

Infections transmissibles sexuellement – Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts

Le présent document n'a pas été mis à jour depuis avril 2009. Il a été préparé à l'époque où le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) rendait compte directement au ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au médecin hygiéniste en chef. À noter que le 1^{er} avril 2011, la responsabilité et les fonctions du CCPMI ont été transférées à l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS), et que le CCPMI relève maintenant de l'AOPPS. Pour obtenir plus de renseignements, on peut consulter www.pidac.ca ou le site Web de l'Agence à www.oahpp.ca.

Comité consultatif
provincial des
maladies infectieuses
(CCPMI)

**Infections transmissibles
sexuellement –
Recommandations pour des
pratiques optimales en
gestion des cas et
localisation des contacts**

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée
Avril 2009



Avertissement – Outils et documents relatifs aux pratiques optimales

Ce document a été élaboré par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), organisme de consultation scientifique multidisciplinaire qui dispense au médecin-hygiéniste en chef adjoint des conseils fondés sur l'expérience clinique des maladies infectieuses concernant différents aspects du dépistage, de la lutte et de la prévention. Pour ce faire, le CCPMI s'appuie sur les meilleures données probantes, qui sont régulièrement actualisées. Les outils et documents publiés par le CCPMI reflètent des positions consensuelles sur ce que le Comité considère comme des pratiques prudentes et, à titre de ressources, sont mis à la disposition des intervenants en santé publique et des fournisseurs de soins de santé.

Remarque : Pour faciliter la lecture, le masculin est utilisé pour désigner les deux sexes.

La reproduction partielle ou intégrale du présent rapport est autorisée uniquement à des fins éducatives, avec mention de l'organisme éditeur comme suit :

© Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario/Division de la santé publique/Comité consultatif provincial des maladies infectieuses

Toronto, Canada
Avril 2009

ISBN 978-1-4249-7947-9 PDF

Le CCPMI tient à souligner la contribution et l'expertise du Groupe de travail qui a mis au point le présent document :

Groupe de travail sur les infections transmissibles sexuellement

D^{re} Rita Shahin, Chair

Médecin-hygiéniste adjointe
Bureau de santé de Toronto

M^{me} Yvette Geridis

Conseillère en promotion de la santé
Infections transmissibles sexuellement
Bureau de santé de Toronto

D^{re} Mary Gordon

Directrice médicale – clinique
Service de santé d'Ottawa-Carleton

D^r Colin Lee

Médecin-hygiéniste adjoint
Bureau de santé du comté de Simcoe

M. Alan Spencer

Gestionnaire, programme de santé sexuelle
Bureau de santé de la région de Niagara

M^{me} Karen Verhoeve

Gestionnaire du programme de lutte contre
le sida et les MTS
Bureau de santé de la région de Waterloo

M^{me} Carol Woods

Directrice, programmes de santé publique
Recherche, évaluation des programmes,
épidémiologie et santé sexuelle
Santé publique Algoma

M^{me} Lorraine Schiedel

Membre d'office
Infirmière conseil en MTS
Direction de la lutte contre les maladies infectieuses
Division de la santé publique, MSSLD

Le CCPMI exprime sa gratitude à la D^{re} Peggy Millson, auteure de ce guide sur les pratiques optimales, ainsi qu'à Amerah Badokhn, à Yelena Katsaga et au personnel du Bureau de santé de la région de Waterloo, qui ont collaboré aux recherches préalables. Le CCPMI remercie également Michael Whelan et Brenda Lee, qui ont fourni les graphiques relatifs à l'épidémiologie des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire en Ontario.

Des remerciements tout particuliers vont aux personnes et organisations suivantes, qui nous ont servi d'informateurs clés pour différents volets de notre étude :

- D^r Matthew Golden, Seattle (Washington), États-Unis.
- D^{re} Heather Jebbari, Health Protection Agency Centre for Infections (HIV and STI Department), Royaume-Uni.
- D^r Jeff Klausner et M. Giuliano Nieri, San Francisco Department of Public Health (STD Prevention and Control), États-Unis.
- D^{re} Sharmistha Mishra, Hôpital Mount Sinai, Toronto (Ontario).
- D^r Michael Rekart et M^{me} Linda Knowles, BCCDC (Colombie-Britannique).
- D^{re} Ameeta Singh, Santé et Bien-être Alberta (Alberta).
- Chicago Department of Public Health (Division of STD/HIV/AIDS Surveillance), États-Unis.
- M^{me} Judi A. Bulmer, directrice, Field Operations. Bureau of STD Control, New York State Department of Health.
- D^r John Kaldor, directeur adjoint, Surveillance, National Center in HIV Epidemiology and Clinical Research (New South Wales), Australie.
- Seattle STD Program at Harborview, États-Unis.
- South Eastern Sydney and Illawarra Area Health Services (New South Wales), Australie.

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	4
TABLEAU	6
FIGURES	6
AVANT-PROPOS	7
PRÉSENTATION DU DOCUMENT	7
DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DES RECOMMANDATIONS.....	7
COMMENT ET QUAND SE SERVIR DE CE DOCUMENT	7
HYPOTHÈSES ET PRINCIPES GÉNÉRAUX	7
SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL	7
ABRÉVIATIONS.....	9
GLOSSAIRE	9
PRATIQUES OPTIMALES EN GESTION DES CAS ET LOCALISATION DES CONTACTS – INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	14
I. INTRODUCTION.....	14
VUE D'ENSEMBLE – CONTRÔLE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT.....	14
1. ÉPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT À DÉCLARATION OBLIGATOIRE EN ONTARIO	16
II. MÉTHODES.....	24
ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES EN GESTION DES CAS – INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT.....	24
ANALYSE DOCUMENTAIRE	25
ENQUÊTE AUPRÈS DES INFORMATEURS CLÉS ET ENTREVUES	26
III. GESTION DES CAS	27
2. VUE D'ENSEMBLE DE LA GESTION DES CAS.....	27
<i>Ressources en gestion des cas d'ITS.....</i>	27
<i>Cadre juridique</i>	28
<i>Composants de la gestion des cas</i>	28
<i>Cas prioritaires et délais</i>	29
<i>Cas perdus pour le suivi</i>	29
3. COUNSELLING EN VUE DE LA RÉDUCTION DU RISQUE	31
4. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT À RÉPÉTITION.....	35
5. RECOURS À DES MESURES LÉGISLATIVES EN GESTION DES CAS D'ITS BACTÉRIENNES ET DE LEURS CONTACTS.....	39
6. DÉFIS ET MESURES LÉGISLATIVES EN GESTION DES CAS DE VIH	43
7. DÉCLARATION DE CAS DE VIH PAR UN TIERS.....	49
8. SYPHILIS LATENTE TARDIVE.....	50
9. SURVEILLANCE MÉDICALE DE LA SYPHILIS	51
IV. GESTION DES CONTACTS.....	53
10. VUE D'ENSEMBLE DE LA GESTION DES CONTACTS	53
<i>Données de base.....</i>	53
<i>Priorités en localisation des contacts.....</i>	53
<i>Questions d'éthique et de droit</i>	54
<i>Cas et contacts perdus pour le suivi</i>	54
<i>Gestion des cas récalcitrants.....</i>	55
11. LOCALISATION DES CONTACTS	55
12. REMISE DE MÉDICAMENTS AU PARTENAIRE PAR LE PATIENT	59
13. LOCALISATION DES CONTACTS PAR VOIE ÉLECTRONIQUE/INTERNET	63
SOMMAIRE DES PRATIQUES OPTIMALES	69

ANNEXES.....	80
ANNEXE A : QUESTIONS AYANT SERVI D'APPUI À LA RECHERCHE – RAPPORT SUR LES PRATIQUES OPTIMALES	80
ANNEXE B : STRATÉGIES ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	82
ANNEXE C : GROUPE DE TRAVAIL SUR LES ITS DU COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES – ENQUÊTE AUPRÈS DES INFORMATEURS-CLÉS ET LISTE DES PARTICIPANTS.....	87
ANNEXE D : SPÉCIMENS DE LETTRES ADRESSÉES AU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ AU SUJET D'UN PATIENT PERDU POUR LE SUIVI	89
ANNEXE E : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES INTERVENTIONS EN MODIFICATION DES COMPORTEMENTS – INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT	91
ANNEXE F : SOMMAIRE DES MODÈLES DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT PERTINENTS POUR LA PRÉVENTION DES ITS (D'APRÈS ST. LAWRENCE ET FORTENBERRY, 2007) ²²	96
ANNEXE G : SPÉCIMENS DE MODÈLES – ORDRES RELATIFS À UNE ITS BACTÉRIENNE DONNÉS EN VERTU DE L'ARTICLE 22 DE LA LOI SUR LA PROTECTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ	101
ANNEXE H : RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX INTERVENTIONS SUR LE COMPORTEMENT VISANT À RÉDUIRE L'INCIDENCE DU VIH	105
ANNEXE I : SUIVI PAR ÉTAPES DES CAS DE VIH QUI RISQUENT DE PROPAGER L'INFECTION	108
ANNEXE J : SPÉCIMEN D'ORDRE EN VERTU DE L'ARTICLE 22 RELATIVEMENT AU VIH	109
ANNEXE K : FEUILLE D'INFORMATION DESTINÉE AUX FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ RELATIVEMENT À LA SYPHILIS LATENTE TARDIVE	111
ANNEXE L : FEUILLE D'INFORMATION DESTINÉE AUX FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ AUX FINS DE LEURS RENCONTRES AVEC LES PATIENTS ATTEINTS DE SYPHILIS LATENTE TARDIVE	112
ANNEXE M : MODÈLE DE FORMULE DE SURVEILLANCE MÉDICALE DE LA SYPHILIS ENVOYÉE AUX AUTORITÉS DE LA SANTÉ PUBLIQUE CONCERNANT UN EXAMEN MÉDICAL EFFECTUÉ À L'EXTÉRIEUR DU CANADA ...	113
ANNEXE N : MODÈLE DE FORMULE DE SURVEILLANCE MÉDICALE DE LA SYPHILIS ENVOYÉE AUX AUTORITÉS DE LA SANTÉ PUBLIQUE CONCERNANT UN EXAMEN MÉDICAL EFFECTUÉ AU CANADA	114
ANNEXE O : MODÈLE DE LETTRE À ENVOYER AUX FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ CONCERNANT LEUR RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES	115
ANNEXE P : ANALYSE DOCUMENTAIRE – LOCALISATION DES CONTACTS.....	118
ANNEXE Q : ANALYSE DOCUMENTAIRE – REMISE DE MÉDICAMENTS AU PARTENAIRE PAR LE PATIENT (RMPP).....	122
ANNEXE R : SPÉCIMEN DE DOCUMENT DESTINÉ AU PATIENT DANS LES CAS DE REMISE DE MÉDICAMENTS AU PARTENAIRE PAR LE PATIENT	125
ANNEXE S : SOMMAIRE DES CONCLUSIONS D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DE SEPT BUREAUX DE SANTÉ PUBLIQUE ET SERVICES DE SANTÉ UNIVERSITAIRES CONCERNANT L'UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES AUX FINS DE LA GESTION DES CAS D'ITS ET DE LA LOCALISATION DES CONTACTS – 2007.....	127
RÉFÉRENCES.....	129

Tableau

Tableau 1 :	Qualité et fiabilité des données probantes – Sommaire	13
-------------	---	----

Figures

Figure 1 :	Taux de chlamydia en Ontario chez les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus	18
Figure 2 :	Taux de chlamydia en Ontario selon le sexe et le groupe d'âge pour l'année 2006	19
Figure 3 :	Taux de gonorrhée en Ontario chez les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus	20
Figure 4 :	Taux de gonorrhée en Ontario selon le sexe et le groupe d'âge pour l'année 2006	20
Figure 5 :	Taux de syphilis infectieuse en Ontario chez les hommes et les femmes âgés de 10 ans et plus	21
Figure 6 :	Taux de syphilis infectieuse en Ontario selon le sexe et le groupe d'âge pour l'année 2006	22
Figure 7 :	Taux de nouveaux cas de VIH diagnostiqués selon le sexe et l'année, Ontario, 1996-2006	23
Figure 8 :	Taux de nouveaux cas de VIH diagnostiqués selon le groupe d'âge et le sexe, Ontario, 1996-2006	24
Figure 9 :	Spécimen d'organigramme courant en gestion des cas, localisation des contacts et suivi – Client perdu de vue (ou non revu)	30

Avant-propos

Présentation du document

Le présent document formule des recommandations sur les pratiques les plus aptes à guider et à appuyer le personnel des programmes de lutte contre les infections transmissibles sexuellement (ITS) des bureaux de santé de l'Ontario dans la mise en œuvre des *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO), du *Protocole concernant la santé sexuelle et la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement*, 2008 (ou version en vigueur), du *Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population*, 2008 (ou version en vigueur) et du *Protocole concernant les maladies infectieuses*, 2008 (ou version en vigueur). Ce rapport s'adresse également aux décideurs (médecins-hygiénistes, médecins-hygiénistes adjoints et gestionnaires de programmes) responsables des politiques régissant l'affectation des ressources et l'exécution des programmes. Notre document peut aussi présenter de l'intérêt pour d'autres fournisseurs de services du secteur de la santé sexuelle. On y traite principalement de la gestion des cas de personnes ayant reçu un diagnostic d'infection transmissible sexuellement et leurs contacts sexuels. Les questions relatives aux modes de dépistage (par exemple dépistage anonyme et examens pratiqués pour le VIH au point de service) débordent la visée de l'étude.

Données probantes à l'appui des recommandations

Les recommandations pour des pratiques optimales dont nous faisons rapport ont été mises au point par le Groupe de travail sur les ITS du CCPMI, à partir de l'analyse d'écrits publiés et non publiés, d'une enquête sur les pratiques adoptées par les programmes de lutte contre les ITS des bureaux de santé de l'Ontario et d'une enquête menée auprès de spécialistes de plan national et international à titre d'informateurs clés.

Comment et quand se servir de ce document

Le présent document est destiné aux responsables des programmes de lutte contre les ITS des bureaux de santé de l'Ontario, qui y trouveront des recommandations à jour pour des pratiques optimales en gestion des cas d'ITS et de leurs contacts.

Hypothèses et principes généraux

En Ontario, les programmes de lutte contre les ITS s'inscrivent dans le cadre juridique que constituent la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS), les NSPO (2008) et les protocoles incorporés. Notre étude définit les pratiques les meilleures, compte tenu de ce cadre. Dans l'éventualité d'un conflit entre tout élément du présent document et la LPPS ou ses règlements, ce sont la LPPS et ses règlements qui l'emportent. Dans toute la mesure du possible, ces recommandations intègrent les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* (2008) et y sont conformes.

Santé et sécurité au travail

Les établissements de soins de santé sont tenus de se conformer aux dispositions applicables de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (LSST) et de ses règlements⁴. Les employeurs, superviseurs et travailleurs continuent d'avoir des droits, des devoirs et des obligations aux termes de la LSST. Pour plus de précisions sur les exigences de la LSST, on se reportera à :

http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90o01_f.htm.

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* impose des devoirs à plusieurs catégories de personnes qui ont des liens avec le lieu de travail, notamment aux employeurs, constructeurs, superviseurs, propriétaires,

fournisseurs, titulaires de permis, administrateurs de sociétés et travailleurs. Il existe un guide sur les exigences de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, consultable à :
<http://www.labour.gov.on.ca/french/hs/ohsaguide/index.html>.

De plus, selon l'alinéa 25 (2) h) de la LSST, l'employeur doit prendre toutes les précautions raisonnables dans les circonstances pour assurer la protection du travailleur.

Certains établissements d'hébergement et de soins de santé doivent satisfaire à des exigences particulières, qui sont exposées dans le *Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé*, à :
http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/french/elaws_regs_930067_f.htm.

L'employeur a l'obligation générale d'établir par écrit des mesures et des procédures visant à protéger la santé et la sécurité des travailleurs, en consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou le délégué à la santé et à la sécurité, s'il y en a un. Ces mesures et procédures peuvent traiter notamment des questions suivantes :

- pratiques de travail sécuritaires;
- conditions de travail sécuritaires;
- pratiques d'hygiène appropriées et utilisation correcte des installations d'hygiène;
- prévention des infections.

Les mesures et procédures de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs sont examinées au moins une fois par an et révisées à la lumière des connaissances et des pratiques les plus récentes. En consultation avec le comité mixte sur la santé et la sécurité au travail ou le délégué à la santé et à la sécurité, s'il y en a un, l'employeur élabore, établit et fournit aux travailleurs un programme de formation sur les mesures et les procédures d'hygiène et de sécurité qui se rapportent à leur travail.

Le travailleur que son employeur ou le *Règlement sur les établissements d'hébergement et de soins de santé* oblige à porter ou à utiliser un vêtement, un dispositif ou un appareil de protection reçoit une formation sur son entretien, son utilisation et ses limites, avant de le porter ou de l'utiliser pour la première fois et à intervalles réguliers par la suite, et il participe à cette formation. On rappelle à l'employeur qu'il doit pouvoir démontrer que cette formation a eu lieu et qu'il a donc intérêt à tenir un relevé des travailleurs formés, des dates de la formation et de la matière exposée au cours de cette formation. Aux termes de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, le travailleur doit se conformer aux dispositions de la Loi et des règlements, et employer ou porter le matériel et les appareils ou vêtements de protection exigés par l'employeur.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le bureau du ministère du Travail de votre localité. La liste des bureaux du ministère du Travail de l'Ontario est consultable en ligne, à :
<http://www.labour.gov.on.ca/>.

Abréviations

AIP	atteinte inflammatoire pelvienne
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIC	Citoyenneté et Immigration Canada
CPSO	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
HARSAH	homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HBV	hépatite B
ITS	infection transmissible sexuellement
LPPS	<i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i>
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
MTS	maladies transmissibles sexuellement
OHIP	Assurance-santé de l'Ontario
RMPP	remise de médicaments au partenaire par le patient
UDI	utilisateur de drogues injectables
UNG	urétrite non gonococcique
VHC	hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Glossaire

Cas : Personne qui a reçu un diagnostic d'ITS; sujet ou patient.

Cas index : Personne chez qui une infection est découverte en premier lieu. Ce sujet ou cas index peut ou non avoir infecté d'autres personnes, mais il représente un point de départ pour le processus de localisation des contacts.

Coinfection : Situation de la personne atteinte simultanément de deux ou plusieurs infections transmissibles sexuellement. Certaines sources d'information et certains documents cités ici emploient le terme « infection concurrente » comme synonyme de coinfection.

Contact : Personne qui a eu des relations sexuelles avec le patient, partagé avec lui un matériel d'injection de drogues ou a eu d'autres types de rapports avec lui. Il peut s'agir d'une exposition non protégée, sans précautions aucunes (le contact court alors un risque important de contracter toute infection dont le patient est atteint), ou de relations protégées, avec des degrés divers de précautions (le contact court alors un risque moindre).

Gestion des cas : En ce qui a trait aux ITS, comprend le traitement et un counselling appropriés, l'obtention des noms des contacts et la détermination des moyens à prendre pour informer ces personnes d'une exposition possible à l'infection ainsi que de la nécessité d'une évaluation et d'un traitement.

Incidence : Nombre de nouveaux cas d'une maladie survenant dans une population définie pendant une période de temps donnée (habituellement un an); s'exprime habituellement sous forme d'un taux par tranche de 100 000 de population.

Infection récidivante : Peut désigner une large gamme d'occurrences d'ITS après une première infection. Dans les comptes rendus de recherches, on considère généralement une infection récidivante comme un

deuxième épisode, d'une même ITS ou d'une autre, au cours d'une période de temps déterminée, en pratique une ou deux années.

Infections transmissibles sexuellement (ITS) : Dans le présent document, nous traitons principalement des infections transmissibles sexuellement qui sont des maladies à déclaration obligatoire en Ontario et prises en charge, à tout le moins dans une certaine mesure, par les services de santé publique. Il s'agit donc ici des suivantes : chlamydia, gonorrhée, syphilis infectieuse, syphilis latente tardive et VIH. Il n'y est pas spécifiquement question des hépatites B et C.

Localisation du ou des contacts : Processus qui consiste à identifier les contacts pertinents de la personne atteinte d'une maladie infectieuse et à les informer qu'ils y ont été exposés. S'agissant des infections transmissibles sexuellement (ITS), les contacts pertinents comprennent les personnes avec lesquelles le patient a eu des relations sexuelles pendant la période infectieuse, de même que les nourrissons dont la mère est infectée. Les pratiques sexuelles en cause varient en importance, selon l'ITS. Pour ce qui est des infections transmissibles par le sang (VIH, hépatites B et C), il faut également prévenir les personnes qui ont partagé des seringues ou du matériel d'injection de drogues avec le patient, les receveurs de transfusions, et les personnes qui ont pu être accidentellement exposées à du sang par d'autres moyens. Le terme « notification aux partenaires » est parfois employé comme synonyme de « localisation des contacts » dans le contexte du VIH, mais il est important de tenir compte des contacts autres que « partenaires », par exemple les personnes qui ont partagé des seringues, les receveurs de transfusions et les enfants nés de mères infectées. Aux États-Unis, le terme anglais signifiant « localisation des contacts » peut être synonyme de « notification/aiguillage par un fournisseur de soins de santé » (voir ci-dessous), tandis que le terme équivalant à « notification aux partenaires » peut être synonyme de « notification/aiguillage par le patient ».

Notification/aiguillage au(x) contact(s) sous condition : Approche négociée pour la localisation du ou des contacts : c'est le patient qui est d'abord chargé d'apprendre à ses contacts qu'il a une infection et de les inciter à demander une évaluation médicale. Il est convenu que tout contact qui n'a pas fait l'objet d'un aiguillage pour évaluation dans un intervalle de temps donné doit être joint par le fournisseur de soins de santé ou le personnel de la santé publique.

Maladies transmissibles sexuellement (MTS) : Désignation relativement ancienne des infections transmissibles sexuellement (ITS), qui est toujours utilisée par certains praticiens et dans certaines compétences.

Matériel de dépistage remis par le patient : Stratégie de rechange en gestion des contacts pouvant comporter la remise par le patient à son ou à ses contacts d'un matériel de test, par exemple un contenant pour l'urine ou une trousse d'écouvillonnage. Cette stratégie peut également s'allier à la remise de médicaments au(x) partenaire(s) par le patient.

Notification au(x) partenaire(s) : Voir « Localisation du ou des contacts ».

Notification/aiguillage par le patient (cas) : Le sujet informe son ou ses contacts qu'ils ont été exposés à une infection et les aiguille vers les services appropriés. Le fournisseur de soins de santé conseille le patient quant à l'information à transmettre à ses contacts et sur les façons de s'y prendre.

Notification/aiguillage par un fournisseur de soins de santé : Le sujet transmet le nom et les coordonnées de tous ses partenaires sexuels au cours d'une période de temps déterminée au fournisseur de soins de santé ou au préposé du bureau de santé, qui se charge ensuite de communiquer avec ces personnes, pour les informer de leur exposition possible à une ITS sans identifier le sujet et les inciter à demander une évaluation médicale.

Noyaux de transmetteurs : Il existe des noyaux de transmetteurs, dont les membres ont plusieurs partenaires sexuels et contractent à répétition des infections transmissibles sexuellement; ces personnes contribuent considérablement à perpétuer les foyers d'ITS dans la population.

Période d'incubation : Période de temps qui s'écoule entre le moment où une infection est contractée et l'apparition des symptômes.

Période de retraçage : Période antérieure au diagnostic d'une infection transmissible sexuellement à l'égard de laquelle on demande à un sujet de nommer tous ses contacts sexuels afin qu'ils puissent être localisés.

Période fenêtrée : Pour ce qui est des infections à VIH, la période fenêtrée est l'intervalle entre le moment où une personne est infectée (question d'heures ou de jours après l'exposition) et l'apparition d'anticorps anti-VIH (séroconversion) décelables par test (peut prendre jusqu'à 12 semaines).

Période infectieuse : Période pendant laquelle il y a risque de transmission d'une infection; à ne pas confondre avec la période d'incubation. La période infectieuse, dont la durée varie selon l'infection, peut commencer avant l'apparition des symptômes. Les sujets infectés asymptomatiques doivent être traités comme des sujets infectieux aux fins de la localisation des contacts.

Personne source : Personne qui a transmis une infection au patient ou cas index. La source initiale d'un groupe de cas peut ne jamais être repérée.

Prévalence : Nombre de cas d'une maladie enregistrés dans une population déterminée pendant une période de temps donnée (habituellement un an). Cette notion se distingue de celle d'incidence du fait qu'elle englobe tous les cas enregistrés de la maladie, tant nouveaux que déjà existants; s'exprime habituellement par le nombre de cas par tranche de 100 000 de population.

Rapports protégés/rerelations sexuelles protégées : S'agissant d'une infection à VIH, on peut définir les « rapports protégés » comme toute forme de relations sexuelles au cours desquelles le VIH ne passe pas du sang, du sperme ou des sécrétions vaginales d'une personne directement dans l'organisme d'une autre. On peut se protéger par l'utilisation correcte du condom ou l'évitement des relations vaginales ou anales. L'emploi de barrières (condoms et digues dentaires) devrait contribuer à prévenir d'autres infections génitales transmissibles sexuellement, mais peut être inefficace si des lésions sont présentes sur les surfaces non couvertes par la barrière.

Réinfection : Deuxième occurrence d'une même infection, résultant généralement de la contamination par un contact infecté non traité.

Remise de médicaments au partenaire par le patient (RMPP) : Selon des recherches récentes menées aux États-Unis, le meilleur moyen de traiter les contacts des sujets atteints de certaines ITS consisterait à fournir au patient une ou plusieurs autres ordonnances d'antibiotiques à l'intention de chacun de ses contacts sexuels⁷⁵. Cette stratégie peut n'être applicable qu'à des états traitables par antibiotique oral à dose unique – plus particulièrement la chlamydia et la gonorrhée. Au fil des ans, un certain nombre de médecins ont fait appel à cette stratégie (à titre officieux et avec certaines réserves) dans des situations où il y avait de fortes possibilités que le contact refuse de subir le test et d'être traité. Dans certaines situations, les avantages de la remise d'un médicament à dose unique habituellement bien toléré à l'intention d'un contact récalcitrant qui n'a pas été vu peuvent l'emporter sur les risques, y compris celui de ne dispenser aucun traitement à un membre de la collectivité qui pourrait être infecté. Cette stratégie peut constituer une façon appropriée de traiter un contact ayant un accès restreint à des soins médicaux.

Traitement présomptif : Synonyme de traitement du ou des contacts ou traitement épidémiologique. Il s'agit de traiter les contacts avant même de connaître les résultats des tests subis. On veut ainsi stopper la transmission, éviter les complications pouvant résulter d'un retard de traitement, résoudre le problème des faux négatifs et maximiser l'accès au traitement.

Usage plus sécuritaire des drogues injectables : Utilisation de substances injectables de manière à prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C. Le matériel d'injection, y compris les accessoires servant au mélange, l'eau et les filtres, ne devrait jamais être partagé, et les mains en contact avec le matériel devraient être propres et exemptes de contamination par le sang. La réutilisation de matériel

nettoyé au moyen d'un agent de blanchiment n'est pas complètement sécuritaire et donc non recommandée, le blanchiment n'éliminant pas la possibilité de transmission du VIH et de l'hépatite C.

Qualité et fiabilité des données probantes

Ainsi que nous l'avons décrit à la Section II (Méthodes), chaque recommandation du présent document est suivie d'une cote synthétique, composée d'un chiffre romain et d'une lettre représentant l'une des catégories du Tableau 1 (ci-dessous). Par exemple, une recommandation assortie de la cote IA s'appuie sur des données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif correctement randomisé, dont la fiabilité est jugée suffisante pour appuyer la recommandation.

Tableau 1 : Fiabilité et qualité des données probantes – Sommaire

Catégories relatives à la fiabilité de chaque recommandation	
CATÉGORIE	DÉFINITION
A	Preuves suffisantes à l'appui de l'application d'une recommandation.
B	Preuves acceptables à l'appui de l'application d'une recommandation.
C	Preuves insuffisantes pour appuyer ou déconseiller l'application d'une recommandation.
D	Preuves acceptables pour déconseiller l'application d'une recommandation.
E	Preuves suffisantes pour déconseiller l'application d'une recommandation.
Catégories relatives à la qualité des données probantes sur lesquelles reposent les recommandations	
CLASSE	DÉFINITION
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif correctement randomisé.
II	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes et d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques ou de résultats spectaculaires d'expériences non comparatives.
III	Opinions exprimées par des sommités du domaine et reposant sur l'expérience clinique, sur des études descriptives ou sur des rapports de comités d'experts.

* D'après D.W. Macpherson. *Une approche de la médecine fondée sur les preuves*. RMTc, vol. 20, 1994, p. 145-147.

Pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts – Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire

I. Introduction

Vue d'ensemble – Contrôle des infections transmissibles sexuellement

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) constituent un problème de santé publique majeur en Ontario et dans le monde entier. Les coûts occasionnés par le VIH/sida sur les plans personnel, économique et social sont exorbitants, à témoin le nombre estimatif de 2,9 millions de décès enregistrés dans le monde en 2006. La chlamydia est la maladie contagieuse la plus couramment déclarée en Ontario; avec la gonorrhée, c'est une cause importante d'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), dont les séquelles possibles sont l'infertilité tubaire et la grossesse ectopique. Ces séquelles entraînent à leur tour des coûts personnels et économiques substantiels. De nos jours, en Ontario, il est relativement facile de diagnostiquer et de traiter la syphilis, mais si cette infection n'est pas prise en charge de façon appropriée, elle peut mener à de graves troubles cardiovasculaires et neurologiques, collectivement connus sous le nom de syphilis tertiaire.

La prévention est la méthode par excellence de lutte contre la propagation des ITS. À défaut, le dépistage précoce et le traitement sont également efficaces pour atténuer les conséquences d'ITS telles que l'AIP, le cancer du col utérin et la grossesse ectopique¹. On estime que, pour chaque dollar consacré au dépistage et au traitement précoces de la chlamydia et de la gonorrhée, on pourrait en épargner 12 en coûts connexes². La *Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*³ avance que 20 % des cas d'infertilité chez des couples canadiens est le résultat d'infections à chlamydia ou de gonorrhées non traitées. D'autres études révèlent que 64 % ou plus des cas d'infertilité tubaire et 42 % des cas de grossesse ectopique sont dus à des infections à chlamydia⁴. Au début des années 1990, les tentatives pour remédier aux problèmes d'infertilité par la fécondation in vitro chez les Canadiens représentaient la somme estimative de 30 millions de dollars par an en coûts directs au chapitre de la santé². Ces coûts sont vraisemblablement plus élevés aujourd'hui et continueront certainement à augmenter.

Le contrôle des maladies contagieuses au sein de la population est l'une des grandes fonctions des services de santé publique. Les maladies infectieuses qui posent un risque à la collectivité en raison de leur virulence, prévalence ou potentiel d'entraîner des séquelles graves sont dites « maladies à déclaration obligatoire » en vertu des lois sur la santé publique. La déclaration des infections permet aux organismes de santé publique de surveiller l'incidence et la prévalence de ces maladies dans la population et de concevoir des programmes de prévention et d'intervention aptes à en abaisser le risque et la transmission. En Ontario, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS) est l'instrument législatif en vertu duquel les maladies sont désignées comme étant « à déclaration obligatoire » et elle autorise des enquêtes et des interventions s'il y a lieu. La gonorrhée, la chlamydia, la syphilis et le VIH (à titre d'agent responsable du sida) sont des infections toutes désignées comme maladies contagieuses et à déclaration obligatoire. La gonorrhée et la syphilis sont en outre classées parmi les maladies virulentes. Aux termes de la LPPS, on est tenu de déclarer les infections diagnostiquées aux autorités de la santé publique, et les dispositions de la LPPS l'emportent sur les droits de la personne en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS). La protection de la confidentialité des personnes infectées qui sont déclarées, dans la mesure du possible et dans les cas où la loi l'exige, est un volet essentiel de la LPPS et de la pratique en santé publique. En ce qui concerne la lutte contre les ITS, la pratique ontarienne en santé publique diffère de celle d'autres compétences, où la gestion des cas et la localisation des contacts figurent au nombre des services cliniques dispensés par les fournisseurs de soins de santé (dont des cliniques publiques de traitement des ITS, dotées d'un personnel spécialisé). Dans ces compétences, le rôle du service de santé publique est surtout axé sur la surveillance et la recherche.

L'objectif des programmes de lutte contre les ITS en santé publique est double : prévenir les préjudices chez la personne infectée et chez ses contacts pouvant être contaminés, et contrôler les ITS au sein de la

population. La gestion des cas d'ITS et la localisation des contacts, dont traite principalement notre document sur les pratiques optimales, contribuent directement à la réalisation du premier objectif, et indirectement à celle du second. Il est important de reconnaître que d'autres aspects des programmes de lutte contre les ITS peuvent contribuer considérablement à la réalisation de cet objectif. Les recherches récentes sur l'importance des réseaux sociaux en épidémiologie des ITS pourraient faire entrevoir de nouvelles possibilités d'interventions à une échelle autre que celle de l'individu ou du couple. Les politiques de santé publique doivent tenir compte d'un juste équilibre entre les ressources et les dépenses dans l'accomplissement de leur objectif global, qui est le contrôle des ITS au niveau de la population.

Outre la gestion des cas d'ITS et de leurs contacts, les stratégies de santé publique applicables au plan de la population comprennent l'éducation, des jeunes en particulier; des campagnes de marketing social, telles que promotion de l'utilisation du condom et promotion des tests de dépistage du VIH et du counselling sur une base volontaire; des programmes de dépistage; des programmes de changement des comportements ciblant des groupes de population à risque élevé, y compris des initiatives de sensibilisation et de soutien par les pairs. Au Canada, l'une des grandes questions qui se posent en permanence dans le champ de la pratique en santé publique est celle du palier principalement responsable quant à ces interventions au niveau de la population : bureaux de santé plutôt que fournisseurs de soins de santé autres au plan local; agences de santé publique plutôt qu'établissements publics autres au plan provincial ou fédéral. Par exemple, les campagnes de communication de masse peuvent être conçues et financées de façon appropriée au palier provincial ou fédéral, tandis que la prestation de programmes d'éducation à la santé sexuelle destinés aux jeunes est généralement considérée comme relevant du système scolaire. Les programmes de prévention actuels ont tendance à être compartimentés et peuvent ne pas répondre de manière intégrée aux besoins des personnes à risques multiples, besoins qui dépassent le cadre des soins de santé et englobent des nécessités fondamentales, telles qu'un logement et un revenu adéquats ainsi que des moyens d'inclusion et de soutien social.

Comme méthode de recherche des cas, la localisation des contacts peut se comparer à d'autres formules, telles que le dépistage chez les personnes à risque en ce qui concerne les ITS. Les personnes infectées mais asymptomatiques qui ne consultent pas régulièrement et ne sont pas nommées à titre de contacts peuvent être identifiées si elles ont accès à un programme de dépistage. Le dépistage peut avoir lieu dans un centre de soins de santé sexuelle (p. ex. cliniques de soins primaires, de planification familiale ou autres) et peut donc être davantage accessible aux femmes, qui sont plus susceptibles de fréquenter ces centres que les hommes. Au Royaume-Uni, on a récemment institué un programme de dépistage de la chlamydia. Une fois connus les résultats de ce programme, on disposera de faits quant à la rentabilité potentielle de cette stratégie. Comme c'est le cas pour la localisation des contacts, un problème clé en matière de dépistage est l'accès aux personnes difficiles à joindre qui présentent un risque élevé d'infection.

On peut aussi promouvoir la recherche des cas par l'éducation du public et/ou des groupes à haut risque, parallèlement à l'amélioration de l'accès aux tests de dépistage des ITS sur une base volontaire. L'efficacité d'une intensification des tests sur une base volontaire dépend du degré auquel les cas se perçoivent à juste titre comme se trouvant à risque, particulièrement s'ils sont asymptomatiques, et le degré auquel ils sont disposés à se soumettre à un diagnostic et à un traitement. La crainte de la stigmatisation et de la discrimination, les inquiétudes entourant la divulgation et le déni sont tous des motifs pouvant empêcher les personnes à risque de subir des tests. Les programmes de lutte contre les ITS doivent évaluer l'efficacité des stratégies disponibles en recherche des cas afin de définir l'allocation optimale des ressources et d'accorder une importance appropriée à la localisation des contacts.

Pour que les bureaux de santé locaux puissent intervenir efficacement dans la gestion des cas d'ITS et dans le soutien à la modification des comportements chez les sujets et leurs contacts, leur personnel doit recevoir une formation appropriée et pouvoir compter sur des mesures d'assurance de la qualité. D'une importance particulière sont la formation en counselling, la compréhension de la diversité et des normes culturelles en matière de sexualité et des occasions d'éducation permanente et de perfectionnement des connaissances et compétences. La prise en charge de cas complexes d'infections à VIH et d'autres d'ITS, dont les infections récidivantes, exige l'accès à la consultation et au soutien de spécialistes, au sein du bureau de santé ou à l'extérieur. Ouvrer auprès de clients ayant des besoins et des problèmes

particuliers, tels que les membres de la communauté transsexuelle, exige la consultation de spécialistes de ce domaine.

Notre étude porte principalement sur des pratiques de santé publique telles que la gestion des cas et la localisation des contacts, mais cela ne veut pas dire que d'autres niveaux d'intervention ne sont pas nécessaires ou importants. Les cas individuels d'ITS font partie d'un tableau plus vaste, celui de forts segments de population touchés, et leur prise en charge ne saurait constituer la seule solution. En santé publique, les praticiens devraient à tout le moins obtenir les politiques et programmes nécessaires, lesquels dépassent la compétence de leurs bureaux de santé respectifs. Il peut aussi être important d'accroître les ressources des bureaux de santé, afin de leur permettre de dispenser les services nécessaires, y compris des interventions à plus large portée quant à la modification des comportements.

1. Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire en Ontario

Recommandations :

- 1.1 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) devrait mettre à profit les données issues de la surveillance pour planifier et évaluer les programmes de lutte contre les ITS. [IIIA]**
- 1.2 Les bureaux de santé devraient se servir des données issues de la surveillance pour examiner l'épidémiologie des coinfections et des infections récidivantes et, s'il y a lieu, planifier des interventions. [IIIB]**
- 1.3 Les bureaux de santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devraient se concerter pour aplanir les obstacles à la mise en commun des données et résoudre les difficultés techniques en matière de surveillance des coinfections et des infections récidivantes. [IIIA]**

En 2006, on a signalé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario la présence dans la province de quelque 48 600 cas de maladies à déclaration obligatoire. Quelque 64 % de ces cas (31 200) se sont révélés être des ITS (notamment hépatite B ou C)⁵. Depuis une dizaine d'années, les taux d'ITS à déclaration obligatoire sont à la hausse en Ontario, situation analogue à celle qu'on retrouve dans d'autres compétences canadiennes et internationales. Les motifs de cette hausse sont complexes et comprennent des facteurs tels que l'indifférence aux messages relatifs aux rapports protégés, une meilleure sensibilité diagnostique et une meilleure recherche de cas. Cette hausse de l'incidence souligne l'importance d'une surveillance et d'une localisation des contacts rigoureuses, de l'éducation et d'un counselling sur les stratégies de réduction du risque ainsi que de la surveillance de l'observance thérapeutique si l'on veut abaisser les taux d'acquisition et de transmission des ITS. Les données de surveillance devraient faire l'objet d'une analyse attentive, tant au palier local (bureaux de santé) qu'au palier provincial, ce qui permettrait d'évaluer les programmes de lutte contre les ITS et d'orienter les ressources de façon plus efficiente. Tout particulièrement, les données de surveillance devraient être examinées du point de vue de l'incidence des ITS récidivantes (récurrence au cours d'une période d'une à deux années de la même ITS chez la même personne) et des coinfections (p. ex. VIH et seconde ITS subséquente). Les CDC ont récemment émis des recommandations à l'égard des programmes de services aux partenaires⁶ concernant le VIH, la syphilis, la gonorrhée et la chlamydia, dont un bref exposé sur l'utilité possible d'une analyse de la répartition géographique des ITS déclarées et sur l'utilisation de ces données pour cibler la localisation des contacts et d'autres mesures. Ainsi, on recommande de prioriser les cas de VIH et de syphilis précoce lors de la localisation des contacts par les services de santé, et, là où le manque de ressources peut restreindre la capacité de prestation de services semblables dans tous les cas de gonorrhée et de chlamydia, d'envisager la recommandation de services aux partenaires dans les régions géographiques renfermant de fortes proportions du fardeau global des cas de la compétence. L'analyse du SIG pourrait servir à l'examen de cette question de la répartition géographique des cas.

Pour que la surveillance des coinfections et des infections récidivantes puisse être efficace, les bureaux de santé doivent avoir accès aux données nécessaires. L'instrument de surveillance utilisé par les bureaux ne leur permet pas de compiler facilement les rapports de surveillance et les rapports épidémiologiques sur les coinfections et les infections récidivantes, en particulier si ces infections ont été diagnostiquées par des bureaux différents. Ce fait est particulièrement problématique en ce qui concerne les coinfections et les infections récidivantes mettant en cause des infections chroniques de longue date telles que le VIH, l'hépatite C et l'hépatite B. Relevons qu'il n'existe pas d'obstacles semblables quant à la mise en commun des données en gestion des cas individuels, mais il est impossible d'effectuer une surveillance efficace sur une base de cas par cas. Les bureaux de santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devraient unir leurs efforts pour éliminer les obstacles à la mise en commun des données et résoudre les difficultés techniques que pose la surveillance des coinfections et des infections récidivantes au sein des systèmes actuels et futurs d'information en santé publique.

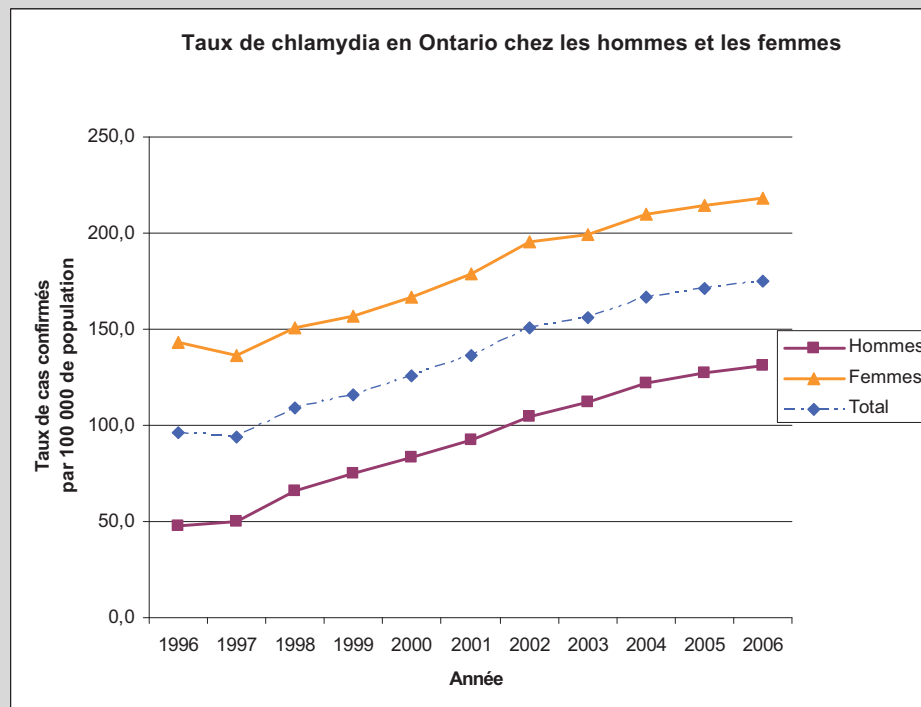
Chlamydia

L'infection à chlamydia ou chlamydiose est la plus courante des ITS signalées et constitue un important problème de santé publique, en Ontario comme dans d'autres compétences canadiennes et internationales. Dans la province, les taux de chlamydia avaient graduellement décliné pour s'établir à 94,03 par 100 000 en 1997, mais sont en constante augmentation depuis. En 2006, ce taux était de 174,98 par 100 000. Les taux ont toujours été plus élevés chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans. En 2004, près de 50 % de toutes les infections à chlamydia se retrouvaient chez les femmes de 15 à 24 ans⁷. En 2006, le taux pour cette population en Ontario était de 1 300,52 par 100 000. Étant donné l'adoption de tests de dépistage améliorés, en particulier de l'analyse d'urine introduite en 1997, les taux ont également grimpé chez les hommes. Cette hausse peut en partie s'expliquer par l'accent mis sur le dépistage des personnes asymptomatiques mais à risque élevé.

Au Canada, on ne dispose d'aucune étude à grande échelle sur la prévalence de la chlamydia. En 2004, on enregistrait 62 971 cas de chlamydia au pays. Cependant, parce que la majorité des infections sont asymptomatiques et non diagnostiquées, et aussi en raison de la sous-déclaration, on estime que le nombre réel des infections est beaucoup plus élevé. Davies et Wang⁸ ont analysé des études sur la prévalence au Canada en 1996 et, pour la chlamydia, constaté des taux de 7 % à 25 % chez les sujets sexuellement actifs des groupes suivants : adolescents, étudiants de niveau collégial et femmes suivies dans des cliniques communautaires, des centres de planification familiale et des cliniques d'avortement. Une étude sur la prévalence menée en 2003 à Hamilton (Ontario) situait la prévalence à 6 % chez les femmes de 16 à 30 ans⁹. Ces taux de prévalence concordent avec les résultats d'études menées aux États-Unis (Centers for Disease Control and Prevention, 2006)¹⁰, qui citent un taux médian de prévalence de 6,7 % pour la chlamydia, selon les États (fourchette de 2,8 % à 16,9 %), chez les femmes de 15 à 24 ans suivies dans une clinique de planification familiale.

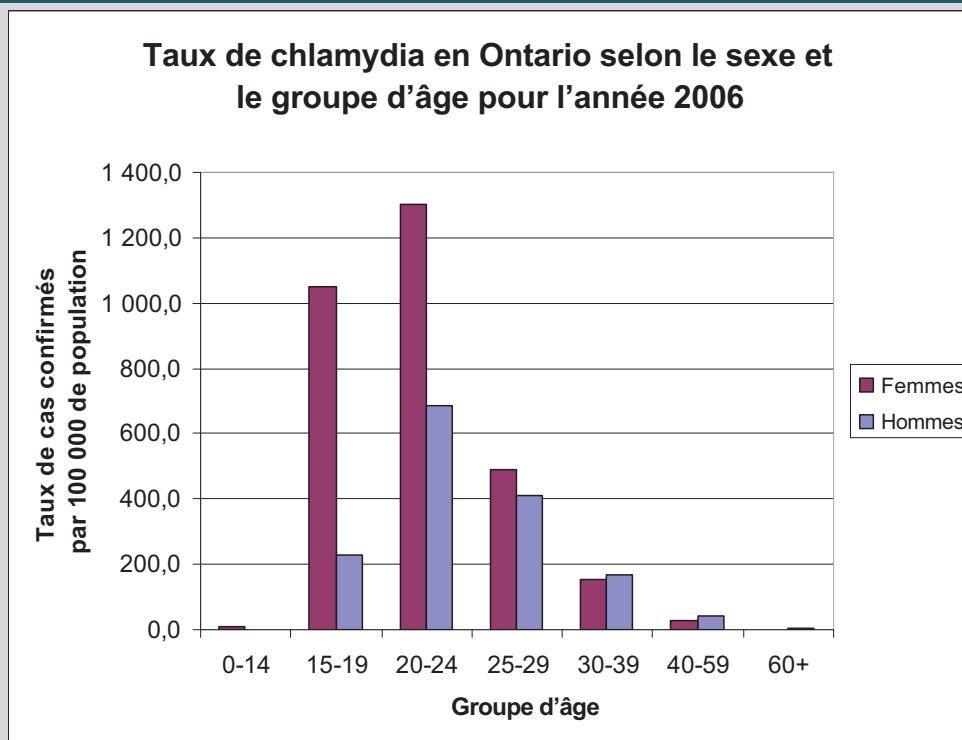
Une foule de cas de chlamydia sont asymptomatiques et passent inaperçus, ce qui met les femmes à risque de graves complications en santé génésique. En effet, la chlamydia est une cause majeure d'infections pelviennes, de douleurs pelviennes chroniques, de grossesses ectopiques et d'infertilité évitable chez les femmes^{11, 12, 13}. Le risque de complications génésiques à la suite d'infections à chlamydia s'accroît considérablement lors d'infections récidivantes, lesquelles surviennent, d'après différentes études, dans une proportion de 15 % à 30 % chez les jeunes femmes dans les six mois.

Figure 1 :



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), extrait [2008-09-01]

Figure 2 :

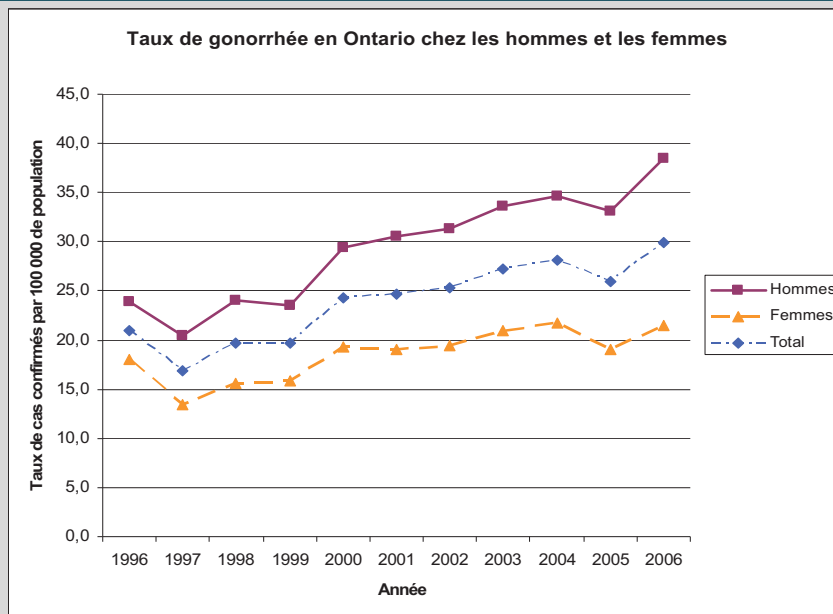


Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), extrait [2008-09-01]

Gonorrhée

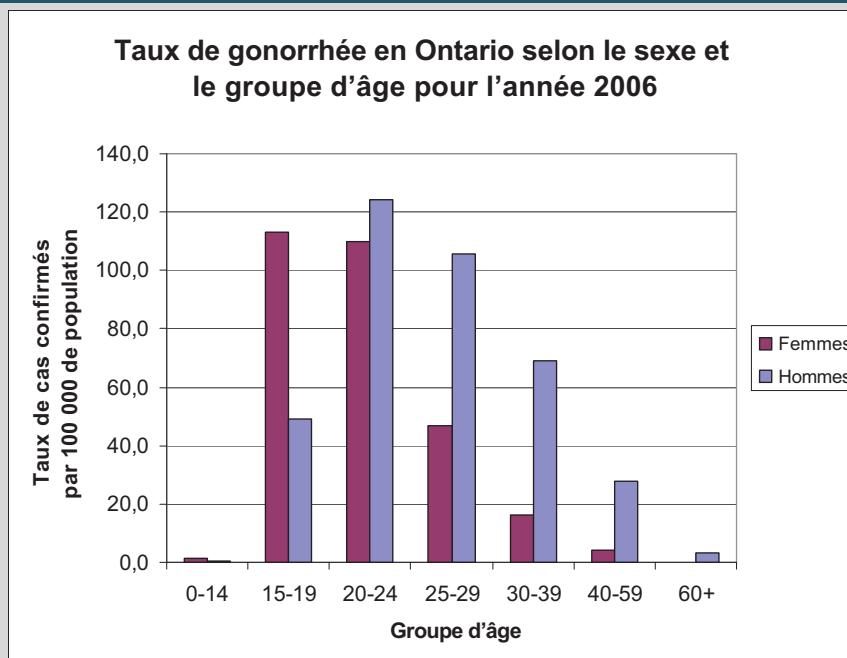
La tendance à la baisse des taux de gonorrhée, amorcée au début des années 1980, s'est poursuivie jusqu'en 1994; puis des fluctuations mineures (de 17 à 30 cas par 100 000) ont commencé à apparaître. Depuis 2000, l'incidence de la gonorrhée a été stable (plus de 25 cas par 100 000). Dans l'ensemble, depuis 1997, la tendance a favorisé un taux à la hausse, avec une augmentation relativement marquée en 2006. Le taux provincial le plus récent (2006) est de 29,91 cas par 100 000. Les taux les plus élevés se retrouvent chez les hommes de 20 à 29 ans et chez les femmes de 15 à 24 ans.

Figure 3 :



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), extrait [2008-09-01]

Figure 4 :

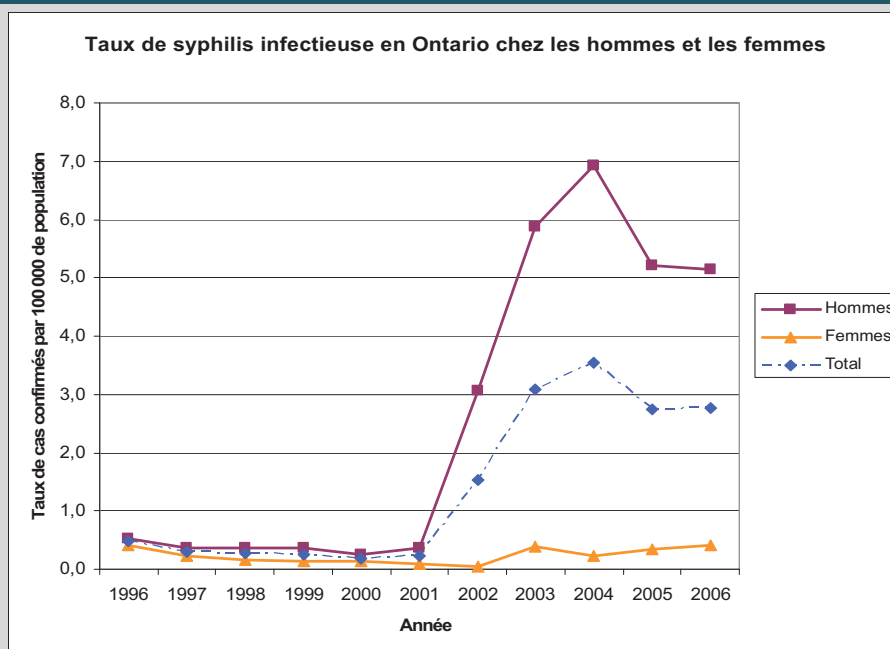


Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), extrait [2008-09-01]

Syphilis infectieuse

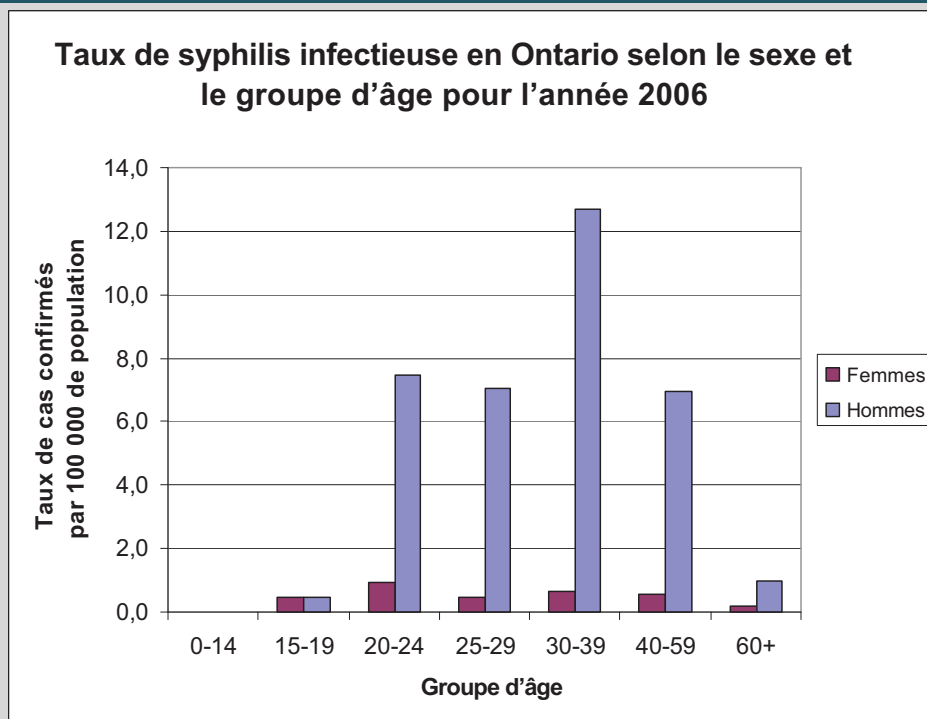
L'incidence accrue de la syphilis infectieuse est une source d'inquiétude particulière pour les autorités de la santé publique en raison des séquelles à long terme des cas non diagnostiqués ou traités de façon inadéquate. Jusqu'à récemment (2000), certains optimistes ont cru que la syphilis endémique pourrait être éliminée en Ontario¹⁴. Or, en 2001, on a vu le taux de 0,23 par 100 000 multiplié par 6,7 et s'établir à 1,54 par 100 000 en 2002, en raison principalement d'une poussée de syphilis infectieuse chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) dans les grands centres urbains. Le taux a poursuivi son escalade pour atteindre 3,54 en 2004, puis a lentement décliné jusqu'en 2006, où il s'établissait à 2,76 par 100 000. Fort heureusement, le nombre de déclarations de syphilis congénitale a considérablement décliné depuis 10 ans. En 2006, un seul cas de syphilis congénitale a été enregistré en Ontario.

Figure 5 :



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), extrait [2008-09-01]

Figure 6 :



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), extrait [2008-09-01]

VIH

À la fin de 2006, on avait diagnostiqué 27 621 infections à VIH en Ontario depuis les débuts de la déclaration en 1985. Le nombre de diagnostics de VIH a connu un bond de 1985 à 1990, année où il a culminé. Depuis, le nombre annuel de diagnostics a diminué graduellement pour s'établir à un niveau relativement faible en 2000. En 2006, on a diagnostiqué en Ontario 1 160 nouveaux cas de VIH, taux de 30 % plus élevé qu'en 2000. On estime que, dans l'ensemble, 26 356 personnes infectées au VIH (diagnostiquées et non diagnostiquées) vivaient en Ontario à la fin de 2006. Selon ces estimations, les groupes les plus touchés selon la catégorie d'exposition étaient les HARSAH (15 656), les personnes vivant dans les régions où le VIH est endémique (4 181), ainsi que d'autres personnes, infectées lors de rapports hétérosexuels (3 715). Du nombre des diagnostics de VIH posés en Ontario en 2006, 30 % touchaient des femmes¹⁵.

Figure 7¹⁵ :

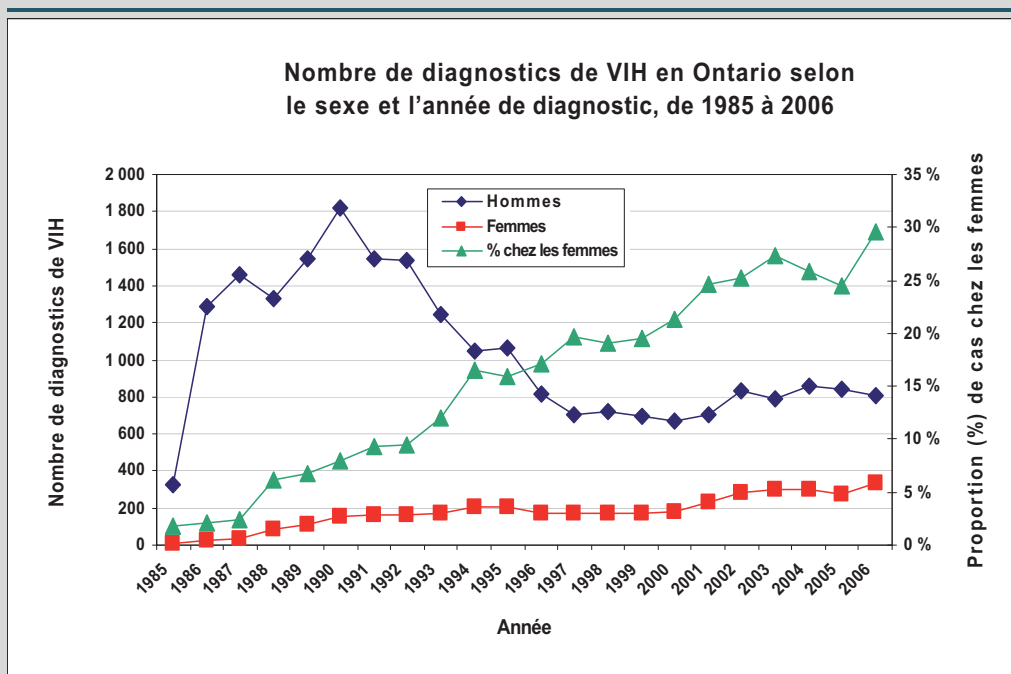
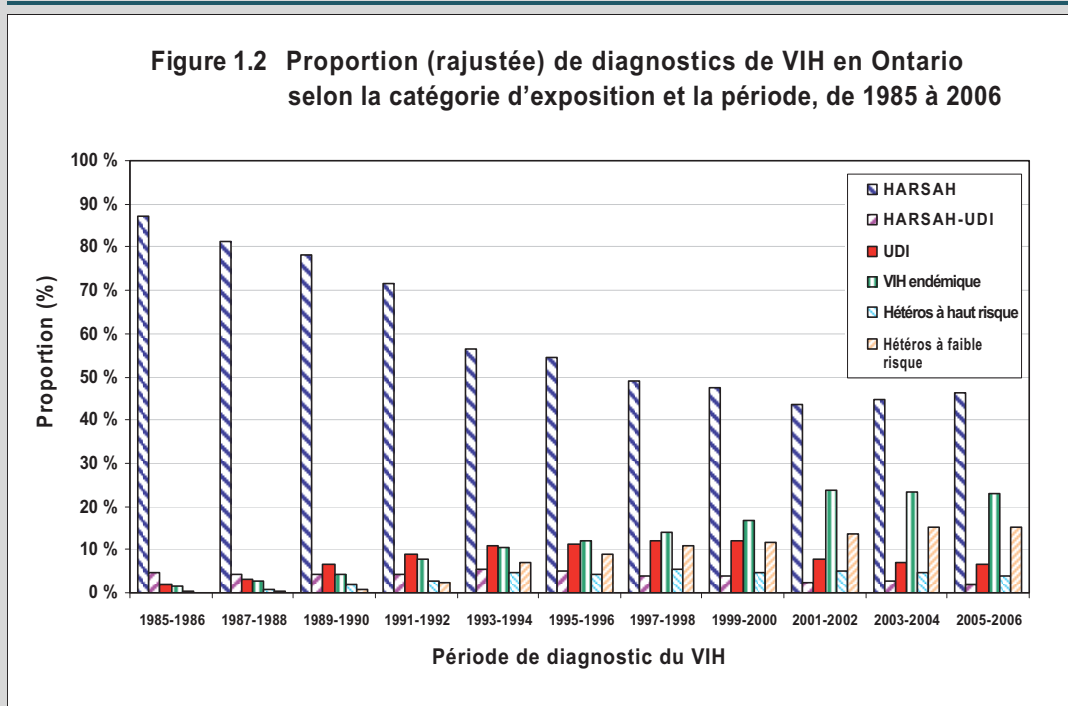


Figure 8¹⁵



II. Méthodes

Aux fins de notre étude, nous avons consulté de nombreuses sources de données, dont une enquête sur les pratiques adoptées dans les bureaux de santé de l'Ontario, l'analyse et l'évaluation des données probantes dans des écrits publiés et non publiés ainsi que des opinions de spécialistes. Ces avis d'experts prennent la forme d'information et de documentation sur les méthodes employées par des praticiens chevronnés en santé publique et de rapports obtenus d'experts des maladies infectieuses, en particulier de la syphilis latente tardive. En outre, nous avons sollicité l'opinion, à titre d'informateurs clés, de spécialistes de plan national et international en recherche de pointe et lutte contre les maladies transmissibles sexuellement.

Enquête sur les pratiques en gestion des cas – Infections transmissibles sexuellement

Les 36 bureaux de santé de l'Ontario ont reçu par courrier électronique une formule d'enquête à autodéclaration mise au point par le Groupe de travail sur les ITS en consultation avec la D^{re} Peggy Millson, chercheuse à la Dalla Lana School of Public Health de l'Université de Toronto. L'instrument comprenait une série de questions destinées à recueillir de l'information sur la gestion des cas et des contacts touchant la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis infectieuse, la syphilis latente tardive et le VIH, de même que des renseignements généraux sur les volumes de cas et les ressources des bureaux de santé. Le Groupe de travail priait les bureaux de santé de lui transmettre leurs politiques et lignes directrices écrites. Les formules ont été envoyées par courrier électronique aux médecins-hygiénistes et aux gestionnaires du programme de lutte contre les ITS de chaque bureau. Les données d'enquête ont été entrées dans le progiciel SPSS pour analyse quantitative. Les données avaient été déclarées sous forme totalisée, afin de

préserver l'anonymat des bureaux de santé dans la mesure du possible. Les résultats de l'enquête sur les pratiques ont servi à renseigner le Groupe de travail sur l'éventail et la variabilité des pratiques de santé publique quant à la gestion des cas d'ITS et de leurs contacts en Ontario, de même que sur la gamme des ressources disponibles et les causes de préoccupation ventilées par catégories.

Analyse documentaire

Afin de déterminer la nature et la portée des données à rechercher dans les écrits publiés et autres, le Groupe de travail a d'abord rédigé une série de questions clés en rapport avec la gestion des cas d'ITS et de leurs contacts et formulant l'objet de la recherche. La liste de ces questions figure à l'Annexe A. Avec l'aide d'une bibliothécaire de recherche, on a élaboré des stratégies en vue de répondre à ces questions. (Voir les stratégies et les résultats de recherche à l'Annexe B). La D^{re} Millson et ses assistants ont analysé les résumés de certaines études du point de vue de leur pertinence, puis procédé à l'analyse de la version intégrale des articles jugés pertinents. Ces études ont été évaluées du point de vue de la rigueur méthodologique à l'aide des critères publiés par le groupe de travail sur les Community Health Practice Guidelines (CHPG)¹⁶ et des méthodes actuelles de l'US Preventive Services Task Force¹⁷ et du Task Force on Community Preventive Services¹⁸. On a également fait un examen attentif de la population à l'étude et de son contexte, afin d'évaluer la possibilité d'en étendre les conclusions à l'ensemble de la pratique ontarienne dans ce secteur de la santé publique.

La recherche a porté sur des articles publiés et non publiés; en outre, l'ouvrage suivant a été intégralement analysé, étant donné sa pertinence pour notre étude sur les pratiques optimales, et ses listes de références ont été utilisées comme source bibliographique supplémentaire :

Aral, S.O. et J.M. Douglas, éd. *Behavioural Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases*, Springer, New York, 2007.

Vu la complexité des problèmes associés à la syphilis, un membre du Groupe de travail a consulté des cliniciens experts relativement à certaines données exposées dans les sections 8 et 9.

Aux fins de la section portant sur les nouvelles technologies (Section 13), le personnel préposé à la recherche du bureau de santé de la région de Waterloo a effectué l'analyse d'écrits publiés et non publiés de même que d'une enquête sur les pratiques ayant cours dans quatre services de santé et quatre bureaux de santé ontariens quant à l'utilisation de moyens électroniques pour communiquer avec les personnes atteintes et leurs contacts.

Les données probantes ont été résumées et présentées au Groupe de travail sur les ITS pour étude lors de leurs réunions. Les résultats des discussions et des commentaires ont été intégrés aux divers chapitres de notre rapport sur les pratiques optimales, et des recommandations ont été formulées de manière consensuelle. En ce qui concerne les sujets et chapitres à l'égard desquels le nombre des écrits publiés étaient relativement restreint, certains membres du Groupe de travail se sont chargés d'examiner et de résumer les écrits non publiés et de localiser des sources d'avis de spécialistes ainsi que des ressources sur lesquelles appuyer les recommandations. À toutes les étapes du processus, on a eu soin de tenir compte des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, et, dans toute la mesure du possible, d'harmoniser les recommandations formulées avec ces directives. La méthode employée pour évaluer les données probantes a été exposée au début du présent document, au Tableau 1 (page 13).

Enquête auprès des informateurs clés et entrevues

Le Groupe de travail sur les ITS ayant passé en revue les données probantes disponibles sur les questions clés de la gestion des cas et des contacts, il demeurait en suspens certaines questions à l'égard desquelles les données étaient considérées insuffisantes et une analyse comparative avec d'autres territoires de compétence estimée souhaitable. Le Groupe de travail a formulé une série de questions relativement à ces problèmes. Par la suite, le président est entré en communication avec un certain nombre des principaux informateurs experts, afin d'obtenir les renseignements voulus verbalement ou par écrit. On trouvera à l'Annexe C le questionnaire de l'enquête et la liste des compétences enquêtées.

III. Gestion des cas

2. Vue d'ensemble de la gestion des cas

Recommandations :

- 2.1 Le personnel du bureau de santé devrait communiquer avec le fournisseur de soins de santé qui administre les tests ou avec le patient le plus tôt possible après réception (au bureau de santé) des résultats d'analyse de laboratoire ou du rapport sur le cas, idéalement dans les deux jours ouvrables suivants. [IIIA]**
- 2.2 Le personnel du bureau de santé responsable de la gestion des cas d'ITS doit être ouvert aux différences culturelles, posséder de bonnes compétences en counselling et adopter à l'égard des clients une attitude neutre et aidante. [IIIA]**
- 2.3 Le personnel du bureau de santé responsable de la gestion des cas d'ITS doit connaître à fond les recommandations thérapeutiques courantes et les ressources disponibles pour l'aiguillage, notamment les moyens de soutien pour les personnes en danger de violence familiale ou d'abus sexuel. Le personnel doit aussi bien connaître les ressources et les mécanismes d'aiguillage locaux à l'intention des personnes atteintes de maladies virales chroniques, telles que le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C (VHC). [IIIA]**
- 2.4 Les bureaux de santé devraient mettre au point, à l'égard des cas perdus pour le suivi, des politiques et procédures qui tiennent compte des priorités, selon la maladie et selon la population. [IIIA]**

Ressources en gestion des cas d'ITS

Pour une bonne gestion des cas, il est primordial de disposer de ressources humaines et de moyens de formation adéquats, surtout dans le contexte de l'Ontario, où 64 % des cas de maladies à déclaration obligatoire sont des ITS, et où les taux de cas signalés sont à la hausse. Puisque les ITS représentent la majorité de toutes les maladies transmissibles signalées aux autorités de la santé publique en Ontario, il est nécessaire de faire en sorte que les ressources en personnel soient à la hauteur de cette réalité, tant sur le plan du nombre que des compétences. La gestion des cas d'ITS demande un personnel qualifié, capable d'établir et de soutenir de bons rapports avec les personnes atteintes, en particulier lorsque ces personnes ont un risque élevé d'infections récidivantes et seraient les premières à bénéficier d'interventions visant à modifier les comportements. Les cas les plus difficiles et qui demandent le plus de temps mettent généralement en cause des personnes à très haut risque, qui font souvent partie de « noyaux transmetteurs », c.-à-d. les plus susceptibles de transmettre leur infection à d'autres et donc de contribuer à alimenter la chaîne de transmission des ITS. Les cas de VIH, tout spécialement, sont souvent fort complexes et exigent d'excellentes compétences en gestion de cas. Notre enquête sur les pratiques a permis de constater une importante variation dans les niveaux de dotation entre les bureaux de santé de l'Ontario. Dans nombre de ces bureaux, on croit que la dotation en personnel n'est pas proportionnelle au fardeau de la maladie, surtout si l'on considère l'augmentation récente du nombre des cas d'ITS déclarés. Les programmes de lutte contre les ITS doivent disposer de ressources adéquates et d'un personnel mieux formé si l'on veut pour obtenir des résultats en matière de lutte contre la transmission des ITS en Ontario. La Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mettre au point des spécifications quant aux compétences de base et aux programmes de formation et d'éducation permanente communs à l'intention du personnel de la gestion des cas d'ITS. Dans le passé, les sessions annuelles d'éducation permanente se sont révélées bénéfiques. L'adaptation de certains modèles de formation existants et leur accès, en particulier pour ce qui est du counselling en matière de VIH, constitueraient également des moyens appréciables de perfectionnement.

Cadre juridique

En Ontario, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS), L.R.O. 1990, chap. H.7, est le cadre juridique autorisant les services de santé publique à se charger de la lutte aux maladies transmissibles, y compris les infections transmissibles sexuellement. Le Règlement 559/91 pris en application de la LPPS donne la liste des maladies à déclaration obligatoire en Ontario. La chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le VIH (comme agent causal du sida) sont tous classés comme maladies transmissibles à déclaration obligatoire. De plus, la gonorrhée et la syphilis sont classées comme maladies virulentes. Dans toute situation de maladie transmissible, les médecins-hygiénistes peuvent ordonner à une personne contaminée de prendre des mesures préventives pour éviter de contaminer d'autres personnes ou de se soumettre à un examen médical (article 22 de la LPPS). Dans le cas de maladies virulentes, un juge de la Cour de justice de l'Ontario peut, à la requête du médecin-hygiéniste, rendre diverses ordonnances, y compris la détention du malade à des fins de traitement (article 35 de la LPPS) et d'atténuation du risque de contamination d'autrui.

Le Règlement 569 pris en application de la LPPS expose les exigences en matière de rapports des maladies à déclaration obligatoire en Ontario. Les médecins, d'autres praticiens désignés, les directeurs généraux d'hôpital, les chefs d'établissement, les directeurs d'école et les exploitants de laboratoires sont tenus de signaler tout cas soupçonné ou confirmé d'une maladie figurant à la liste des maladies à déclaration obligatoire sur-le-champ ou dès le jour ouvrable suivant, tel que stipulé (articles 25-29 de la LPPS).

Composants de la gestion des cas

La gestion des cas d'ITS consiste à administrer le traitement approprié, à dispenser du counselling et à obtenir les noms des sujets contacts, ainsi qu'à déterminer la façon dont ces derniers recevront notification d'une exposition possible et de la nécessité d'une évaluation et d'un traitement éventuel. Dans un cadre de gestion des cas d'ITS en santé publique, on doit veiller à ce qu'un traitement soit dispensé de façon adéquate. Les malades ont besoin de recevoir des conseils sur la nature et la portée de leur infection, notamment quant aux répercussions sur leur propre santé, à la nécessité du traitement et du suivi, et à l'importance d'informer leurs contacts sexuels de leur exposition. Les infections à VIH sont incurables, et les malades sont tenus de divulguer leur infection à tous leurs contacts sexuels et à tous ceux avec qui ils ont partagé, partagent ou partageront du matériel d'injection. Les malades ont parfois besoin des conseils de praticiens compétents en santé publique afin de déterminer la manière appropriée d'informer leurs contacts et de changer de comportement pour se protéger, eux-mêmes et leurs contacts, contre de futures infections (voir la Section 3 sur les méthodes de counselling, et les sections 10 et 11 pour un commentaire plus détaillé de la localisation des contacts).

Pour de plus amples renseignements sur les exigences des programmes de santé publique concernant la gestion des cas de maladies infectieuses en vertu du pouvoir législatif, on consultera les NSPO, 2008, le *Protocole concernant la santé sexuelle et la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement*, 2008 (ou version en vigueur) et le *Protocole concernant les maladies infectieuses*, 2008 (ou version en vigueur).

Cas prioritaires et délais

S'il est important d'assurer le suivi de tous les cas, il faut souvent suivre un ordre de priorité dans l'affectation de ressources restreintes en temps et en personnel. On peut considérer comme hautement prioritaires les personnes non traitées, les femmes enceintes et les partenaires sexuels masculins de femmes enceintes, les jeunes (de moins de 25 ans), les cas de coinfection ou d'infection récidivante, ainsi que les personnes dont on soupçonne ou dont on sait qu'elles ont exposé plusieurs autres personnes à des risques (p. ex. celles qui ont plusieurs partenaires sexuels ou qui partagent des seringues)⁵. Les cas de VIH et de syphilis infectieuse peuvent être considérés comme ayant une priorité élevée, en particulier s'il s'agit d'une séroconversion de VIH récente. En effet, dans les débuts, les cas d'infection à VIH ont une charge virale très élevée et comportent donc un risque très élevé de transmission à leurs contacts sexuels et de partage de seringues, à l'instar des autres cas de VIH à forte charge virale. En Ontario, les lignes directrices actuelles quant à la pratique stipulent qu'il faut communiquer avec le fournisseur de soins de santé ou avec le patient dès que possible, idéalement dans les deux jours ouvrables suivant la réception au bureau de santé des résultats d'analyse de laboratoire. Nous n'avons découvert aucune donnée probante permettant d'appuyer ou de contester ce délai; nous proposons donc de le conserver comme objectif, en reconnaissant que, en pratique, il n'est pas toujours possible de le respecter en raison de ressources restreintes, comme l'indiquent les résultats de notre enquête sur les pratiques.

Les programmes de santé publique pourraient améliorer leur gestion des cas d'ITS par la mise en commun de leurs données – données des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose et données du programme de lutte contre le VIH et les hépatites B et C, par exemple.

Cas perdus pour le suivi

Il arrive que, lors de l'enquête sur un cas d'ITS ou ses contacts, l'enquêteur soit incapable de joindre la personne malgré tous ses efforts. Le nom, le numéro de téléphone ou l'adresse de la personne peuvent être incomplets ou incorrects; ou encore, la personne a déménagé et n'est plus localisable. En outre, les ressources sont souvent restreintes et il peut être plus efficace de les affecter à d'autres cas ou contacts.

Il faut bien, à un moment donné, décider si l'on doit investir davantage de ressources dans une enquête de ce genre. On peut devoir décider que d'autres efforts n'aboutiront vraisemblablement pas à joindre la personne et déclarer le cas « perdu pour le suivi ». Avant de faire ce genre de déclaration, l'enquêteur doit s'assurer que différents moyens ont été mis en œuvre, au cours d'une période de temps raisonnable (des semaines plutôt que des jours), pour tenter de localiser la personne. Au nombre de ces moyens, il y a les appels téléphoniques (le jour et le soir), les lettres envoyées par courrier ordinaire et recommandé, et les visites au domicile et au lieu de travail. Récemment, d'autres moyens se sont ajoutés : courriels, messagerie texte et Internet. Peu importe le moyen utilisé, il faut respecter le caractère confidentiel des renseignements personnels en matière de santé, à moins que la LPPS ne prévale, à des fins d'administration de la santé publique et dans le but d'atténuer le risque pour la population que représente une maladie transmissible ou une maladie virulente.

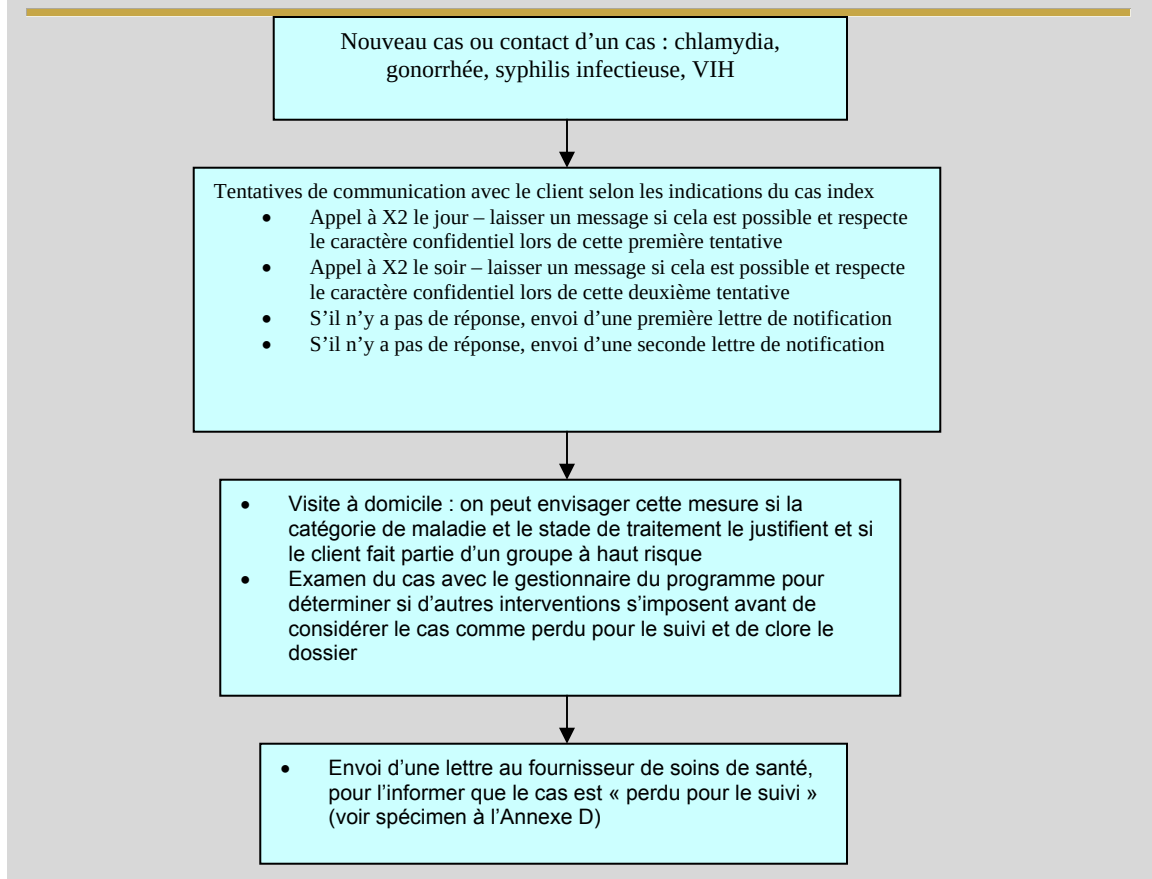
S'il s'agit de personnes ayant reçu un diagnostic de VIH ou de syphilis infectieuse, il faudrait envisager un supplément d'efforts et une période de temps plus longue, en raison du taux plus élevé de morbidité en cause. Par exemple, en ce qui concerne les sujets séropositifs pour le VIH, l'enquêteur peut décider de tenter de joindre la personne tous les six mois pendant deux ans si les efforts n'ont pas abouti pendant les premières semaines. Parmi les autres groupes de sujets à l'égard desquels il faut déployer des efforts accrus et une période de suivi plus longue avant de les considérer comme « perdus pour le suivi », il y a ceux qui présentent un risque plus élevé de complications ou de transmission de l'infection à d'autres : les femmes enceintes et leurs partenaires, les personnes de moins de 25 ans¹⁹ et les personnes atteintes d'infections, de coinfections ou d'infections récidivantes non traitées.

Nous donnons ci-dessous un spécimen d'organigramme courant en gestion des cas, localisation des contacts et suivi concernant les clients perdus de vue (ou non revus). On suggère que les appels téléphoniques aient lieu pendant un intervalle d'une à deux semaines, à différents moments de la journée et

de la soirée. Tel qu'indiqué, s'il n'y a pas de réponse, il faut envoyer une lettre, par courrier ordinaire ou recommandé. Pour l'enquêteur, le courrier recommandé a l'avantage de confirmer que la lettre a été reçue. Cependant, l'obligation d'aller chercher son courrier à un comptoir postal peut constituer un obstacle pour le malade. Également, il y a toujours la possibilité que, dans l'un ou l'autre cas, une personne autre que le destinataire reçoive la lettre et en prenne connaissance.

Quant aux ordres relatifs aux maladies transmissibles (article 22 de la LPPS), ils sont valablement donnés ou signifiés s'ils sont remis à personne ou envoyés par courrier ordinaire à la dernière adresse connue du destinataire²⁰.

Figure 9 : Spécimen d'organigramme courant en gestion des cas, localisation des contacts et suivi – Client perdu de vue (ou non revu)



Soulignons que, lorsqu'il s'agit de cas et de contacts qui présentent des difficultés et facteurs de risque particuliers, il peut être utile et justifiable de suivre une approche plus personnalisée.

Leçons tirées de l'expérience

L'enquête menée auprès des informateurs clés d'autres compétences canadiennes et internationales indique que, dans la plupart, on détermine un ordre entre les cas en vue du suivi; la plus forte priorité va aux cas de VIH et de syphilis infectieuse, de même qu'aux cas non traités d'autres ITS. Comme nous l'avons déjà mentionné, dans certaines compétences et en raison de lois et de mandats différents, le suivi est restreint ou même nul pour les cas de gonorrhée et de chlamydia. C'est ce qui peut également se produire si les cas de VIH sont diagnostiqués par un fournisseur de soins de santé. En général, les délais préconisés quant au suivi après réception d'un rapport d'analyse sont moins bien établis ou plus longs que les deux jours ouvrables préconisés dans d'autres compétences.

Les approches diffèrent pour ce qui est de la détermination des cas perdus pour le suivi. Dans une des compétences, on considère comme perdus pour le suivi tous les cas d'ITS, y compris ceux de VIH, après trois tentatives effectuées de bonne foi au cours d'une période de 14 à 30 jours; dans une autre, on stipule trois tentatives, sans mention de délais; dans deux autres, les délais sont de 60 jours; divers informateurs indiquent que des efforts plus intensifs sont déployés en ce qui concerne les cas de VIH et de syphilis infectieuse.

En ce qui touche la durée du suivi et du counselling des personnes positives pour le VIH, la plupart des compétences en assurent la poursuite jusqu'à ce qu'on soit assuré qu'il y a prestation des soins primaires ou du traitement médical appropriés.

3. *Counselling en vue de la réduction du risque*

Recommandations :

- 3.1 Dans tous les cas d'ITS, il faudrait offrir un counselling axé sur le client en vue de la réduction des risques. Ce type de counselling est plus efficace qu'une simple séance didactique : parmi les modèles qui ont abouti à des résultats bénéfiques dans le cadre d'au moins une étude bien conçue, il y a l'AIDS Risk Reduction Model (RESPECT) et l'Information, Motivation, Behaviour Model, de même que des interventions faisant appel aux stratégies de l'entrevue motivationnelle (voir Annexe F). [IIA]**
- 3.2 Les cas à haut risque appellent des interventions plus intensives, ce qui peut exiger la prestation d'un counselling et/ou d'autres interventions à plus long terme. [IIIB]**
- 3.3 Les personnes atteintes d'ITS récidivantes devraient se voir offrir un counselling et un suivi plus intensifs, tout comme les personnes atteintes de VIH, en particulier celles qui présentent par la suite une autre ITS (voir également la Section 4 sur les infections récidivantes, la Section 5 sur les aspects juridiques de la gestion des cas d'ITS bactériennes, et la Section 6 sur les cas de VIH à problème). [IIIB]**
- 3.4 Les personnes séropositives pour le VIH doivent être avisées de l'obligation de divulguer leur état à tous leurs contacts sexuels et de partage de matériel d'injection, qu'ils soient actuels ou futurs, et il faut les conseiller sur la manière de le faire, de même que sur les moyens d'éviter le partage du matériel d'injection. Les personnes qui craignent le rejet ou des manifestations de violence à la suite de cette divulgation ont besoin d'un soutien supplémentaire et devraient être aiguillées de façon à obtenir de l'aide, si nécessaire. [IIIB]**

Données de base

Le counselling individuel peut avoir plusieurs objectifs, dont celui de veiller au succès du traitement de l'ITS en cause, de localiser les contacts et/ou de modifier les comportements, afin de réduire les risques futurs d'ITS et d'éviter la réinfection. Le counselling peut intégrer diverses modalités d'information et de formation à certaines compétences et aplanir les obstacles au changement de comportement. Les faits suggèrent que les interventions relativement plus longues ont plus d'impact que les interventions courtes, mais, selon certaines données, les interventions conçues en fonction du cas, même brèves, ont aussi un impact salubre (voir le résumé des données relatives aux interventions, à l'Annexe E).

Étant donné le danger constant que représente la transmission du VIH, il faut insister sur la prévention des infections au moyen d'un comportement plus sécuritaire, ce qui peut comprendre l'abstinence de certains modes d'exposition sexuelle favorisant la contamination, la réduction du nombre de partenaires sexuels et l'utilisation de mesures prophylactiques telles que le condom. Lors des premiers tests de dépistage du VIH, le counselling forme un volet important du traitement du VIH mais déborde la visée de notre étude, qui traite de la gestion des cas après le diagnostic. Pour de plus amples renseignements sur le counselling au moment des premiers tests, on consultera le document *Directives sur le dépistage du VIH et la consultation*²¹.

Considérations

La prévalence, l'incidence et les configurations d'ITS sont fonction de facteurs liés aux contextes, notamment démographiques, socioéconomiques et politiques, de même que de l'accès aux services de santé. On n'a fait que très peu de recherches sur l'adaptation à d'autres contextes d'interventions qui ont réussi dans un contexte initial. Ainsi, les programmes de lutte contre les ITS doivent tenir compte de leur propre contexte dans l'adaptation d'un modèle d'intervention. La recherche formative, consistant par exemple à recueillir les commentaires des clients, des fournisseurs de services, des employés d'expérience et des intervenants communautaires, peut être un moyen précieux de s'assurer qu'un modèle d'intervention qui a eu du succès ailleurs puisse aussi réussir après adaptation dans un cadre donné de programmes. La surveillance et l'évaluation des programmes sont importantes pour veiller à ce qu'ils se déroulent comme prévu et permettent les ajustements nécessaires au fil du temps.

Les interventions individuelles sont centrées sur des résultats de plan individuel, et elles ne sont pas souvent évaluées quant à leur impact sur la santé de la population. Ainsi, des efforts d'intervention plus intensifs en vue de modifier les comportements dangereux des patients à haut risque peuvent être plus rentables que des interventions courtes auprès d'un plus grand nombre de patients à faible risque, même si ces dernières sont moins coûteuses sur une base individuelle. Établir le contact avec des patients à haut risque à des fins d'amorce et de maintien des interventions représente souvent un défi majeur.

Le counselling axé sur le client est plus efficace qu'une simple séance didactique : au nombre des modèles qui ont abouti à de bons résultats dans le cadre d'au moins une étude bien conçue, il y a l'AIDS Risk Reduction Model (RESPECT) et l'Information, Motivation, Behaviour Model, de même que des interventions faisant appel aux techniques de l'entrevue motivationnelle²². Quantité de données sont issues d'interventions pluri-séances, et les faits suggèrent que des interventions relativement plus longues peuvent avoir un impact plus marqué que des interventions courtes. Cependant, selon certains, les interventions en counselling conçues en fonction du cas peuvent être fructueuses, même si elles sont brèves. Bien que les données à ce sujet soient encore assez restreintes, un essai récent d'une brève intervention individualisée par ordinateur en vue de la réduction des risques a abouti à l'amélioration du comportement des participants en prévention du VIH²³.

On peut considérer que toutes les personnes atteintes d'une ITS possèdent un marqueur d'exposition qui hausse leur niveau de risque en comparaison de la population générale, et ces personnes devraient bénéficier d'un counselling en réduction des risques; cette mesure est particulièrement importante pour les personnes atteintes d'ITS récidivantes. Les cas à haut risque ont les caractéristiques suivantes : le jeune âge, surtout chez les femmes; la déclaration de plus d'un partenaire sexuel simultanément ou récemment

(p. ex. 6-12 mois); avoir déjà contracté une ITS; avoir contracté plus d'une ITS (p. ex. séropositivité pour le VIH et diagnostic subséquent d'une autre ITS); avoir un partenaire à haut risque (p. ex. un partenaire qui a plusieurs partenaires concurremment ou un partenaire atteint du VIH).

Données probantes

Certains faits indiquent que les interventions fondées sur un modèle théorique sont plus efficaces que les programmes auxquels ce type de modèle fait défaut²¹. On pourrait en conclure que le modèle fournit un principe d'organisation, garant de l'inclusion de facteurs clés. On ne dispose pas de données probantes établissant la supériorité d'un modèle en particulier. Une étude effectuée par St. Lawrence constate que trois modèles distincts ont abouti à des résultats analogues²⁴. En général, les éléments présents dans au moins quelques-uns des modèles ayant eu de bons résultats sont les suivants : information sur les ITS/VIH et les méthodes de prévention; apprentissage des habiletés nécessaires pour l'utilisation correcte du condom ainsi que pour une bonne communication et la négociation avec les partenaires; discussion des questions de confiance en soi et de modification; connaissance des normes culturelles et des pressions qu'exercent les pairs. St. Lawrence et Fortenberry (2007)²¹ examinent des modèles de modification comportementale applicables à la prévention des ITS, en indiquant lesquels ont réussi à modifier les comportements sexuels à risque. Nous donnons à l'Annexe F un résumé de cette étude.

Les stratégies de l'entrevue motivationnelle ont été mises au point par Miller^{25, 26}, en vue d'aider les clients à résoudre des problèmes d'ambivalence à l'égard du changement comportemental, principalement en traitement de la toxicomanie. La plupart des données démontrant l'efficacité de ces techniques se rapportent à des problèmes de dépendance, tandis que les données sur l'efficacité des interventions visant la modification des comportements sexuels sont moins nombreuses. Cependant, ces techniques semblent prometteuses comme approche possible avec les clients dont l'ambivalence les fait résister au changement comportemental. Elles peuvent être particulièrement utiles auprès de clients chez qui la consommation de drogue est un facteur important de comportements sexuels à risque.

Manhart et Holmes (2005)²⁷ font remarquer que les interventions préventives peuvent avoir pour objet de prévenir l'acquisition des infections, la transmission d'une infection à d'autres ou les complications des ITS. Les interventions visant la réduction des comportements sexuels à risque peuvent être efficaces pour prévenir tant l'acquisition que la transmission. Les comportements pouvant être ciblés comprennent l'activité sexuelle en soi (la promotion de l'abstinence), la réduction du nombre de partenaires sexuels (la monogamie réciproque entre personnes non atteintes représentant le risque le plus faible), la modification des activités sexuelles (p. ex. l'évitement de la pénétration) et l'utilisation de mesures de protection, dont les condoms pour hommes et pour femmes ainsi que d'autres barrières. L'intervention doit aussi être conçue en fonction du type d'ITS en cause – ainsi, le condom peut ne pas protéger contre certaines infections, telles que le virus de l'herpès simple, qui touche la vulve, le scrotum et la peau de la région anogénitale.

On trouvera à l'Annexe E un résumé des essais d'interventions en counselling et en modification de comportement, regroupés selon le niveau d'intensité de l'intervention et selon qu'il s'agissait d'interventions individuelles ou de groupe; pour ce faire, on s'est en partie inspiré de l'étude de Manhart et Holmes. Certains types d'intervention autres que le counselling sont commentés ailleurs dans le présent document.

Leçons tirées de l'expérience

Dans le cadre d'une enquête sur les pratiques adoptées en matière de lutte contre les ITS en Ontario, 47 % des programmes indiquaient suivre un modèle précis en counselling axé sur la réduction des risques. Ce modèle vise entre autres des soins centrés sur le client; la réduction des préjudices; les stades du changement/stades du changement de Rochester; les entrevues motivationnelles; un counselling plus poussé ou un counselling spécifique pour les cas de séropositivité.

Soixante-trois pour cent (63 %) des programmes de lutte contre les ITS de l'Ontario déclarent effectuer le suivi des nouveaux cas de VIH diagnostiqués après la première séance de counselling; l'intervalle de

temps déclaré pour ce faire se situe entre trois et 24 mois. Une période plus longue pourrait donner lieu à un counselling sur le changement comportemental plus intensif que ce qui peut être fait lors d'une simple séance de counselling posttest. Cela permettrait également de s'assurer que les personnes atteintes du VIH ont reçu l'aiguillage nécessaire vers les services cliniques et de soutien.

Incidences pour les pratiques

Les programmes de lutte contre les ITS en santé publique doivent déterminer l'approche optimale d'un counselling comprenant le partenariat avec les fournisseurs de soins cliniques et les organismes communautaires afin de prodiguer aux patients à risque élevé des interventions intensives en vue du changement comportemental. On pourrait par exemple procéder en détachant des employés des bureaux de santé pour les affecter à la prestation de ces services ou d'une formation et d'un soutien à d'autres fournisseurs de services.

Les bureaux de santé devront peut-être s'associer à d'autres organismes communautaires pour susciter davantage de soutien au changement comportemental de la part des pairs. En plus d'interventions centrées sur les cas individuels, les bureaux de santé doivent envisager de promouvoir des interventions multiniveaux (interventions auprès des couples, du réseau, de la collectivité ainsi qu'interventions aux plans de la législation/des politiques/du système) et la participation à ces interventions.

Incidences pour les politiques

En somme, l'objectif des interventions liées aux ITS en santé publique est de réduire le fardeau de la maladie et de ses complications et d'améliorer la santé sexuelle dans la population. Parallèlement, les programmes de santé publique ont des mandats législatifs et des préoccupations précises qui peuvent influencer leurs politiques et leur affectation des ressources. Les actuelles politiques et affectations doivent être réexaminées, afin de déterminer si les ressources sont suffisantes pour entreprendre des interventions ayant démontré qu'elles influent sur les comportements à risque et permettant de cibler les populations à risque élevé. Les données probantes citées suggèrent que les comportements à risque pour les ITS résistent au changement et que les interventions et les efforts de suivi à plus long terme aboutissent à de meilleurs résultats. Tout cela souligne la nécessité d'un personnel bien formé si l'on veut que les interventions soient fructueuses. Vu les coûts exorbitants entraînés par l'infection à VIH et les complications d'ITS telles que l'AIP, l'infertilité et la grossesse ectopique, il serait rentable d'investir davantage dans les interventions préventives.

Incidences pour la recherche

Les études et résumés publiés sur les modèles et programmes existants en prévention indiquent que les évaluations d'interventions rigoureuses sont en nombre relativement restreint. Il faudra davantage de recherches sur l'adaptation à d'autres situations d'interventions qui ont démontré leur utilité dans un premier contexte.

Pour déterminer quelles seraient les ressources à consacrer au counselling des patients par opposition à d'autres interventions, il faudrait déterminer, à l'aide de recherches, la rentabilité d'autres modes d'intervention préventive et la formule optimale de l'offre de services à différents niveaux (patients, partenaires, communautés, établissements particuliers, tels qu'écoles et prisons, ainsi que population générale). Les programmes ontariens de lutte contre les ITS doivent procéder à des recherches pour préciser le niveau des connaissances dans la population locale, les facteurs qui déterminent la motivation au changement et les habiletés existantes chez les personnes en matière de comportements préventifs. Les bureaux de santé devraient aussi faire l'évaluation de leurs interventions en counselling. Les modèles de ce type de recherche devraient idéalement être les mêmes pour tous les bureaux de santé, afin de permettre la comparaison entre les programmes et les milieux.

4. Infections transmissibles sexuellement à répétition

Recommandations :

- 4.1 Dans tous les cas de tests positifs pour une ITS, il faudrait examiner les antécédents des patients quant aux ITS [IIB] et adapter le counselling en conséquence à l'égard de ceux qui ont déjà été atteints. [IIIB]**
- 4.2 Dans certaines circonstances, il faudrait préconiser la remise de médicaments au partenaire par le patient afin de réduire les risques de réinfection (voir Section 12). [IA]**
- 4.3 Les bureaux de santé devraient envisager l'utilisation de moyens de rappel, tels que les messages téléphoniques ou électroniques, concernant le retour à la clinique des patients pour subir un nouveau test de dépistage. [IB pour les rappels téléphoniques]**
- 4.4 Les patients qui reçoivent des résultats positifs pour une ITS devraient se voir offrir un counselling axé sur le client en réduction des risques (voir Section 3) et être encouragés à se présenter à un nouveau test de dépistage. Les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement préconisent d'administrer un nouveau test aux patients atteints de chlamydia ou de gonorrhée six mois après le diagnostic initial. [IIB]**
- 4.5 Il faudrait conseiller aux patients qui ont toujours un comportement à risque de subir un test de dépistage plus souvent. Les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement préconisent un intervalle de trois mois. [IIIB]**

Données de base

Les ITS récidivantes surviennent chez une personne qui, sur une certaine période de temps, est infectée par la même ITS ou des ITS différentes mettant en cause des partenaires différents, ou chez une personne qui peut être réinfectée à plusieurs reprises par la même ITS ou des ITS différentes avec le même partenaire. Dans cette dernière situation, l'infection récidivante survient parce que le partenaire n'a pas reçu le diagnostic et le traitement appropriés ou qu'il a été exposé à des ITS d'autres sources. Nous traitons ici des personnes contaminées par des ITS bactériennes récidivantes. La plupart des résultats de recherche publiés portent sur des intervalles d'une ou deux années en ce qui touche les infections récidivantes, mais cet intervalle peut varier selon la situation de la personne.

Considérations

Les personnes atteintes d'une ITS pour la première fois peuvent continuer d'être à risque pour d'autres infections en raison de leurs caractéristiques comportementales et sociales. Dans les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*²⁸ (page 23), on recommande aux personnes présentant un risque constant et accru d'ITS de se soumettre tous les trois mois à des tests de dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia, de la syphilis et du VIH, et on insiste sur l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque. Chez les femmes, des gonorrhées ou des chlamydias récidivantes accroissent le risque d'atteinte inflammatoire pelvienne, d'infertilité tubaire et de grossesse ectopique. Le fait de contracter une ITS bactérienne à répétition constitue un indicateur de risque élevé concernant l'infection à VIH, et dans ces cas, il faut décupler les efforts afin de réduire les comportements à risque. Selon les études citées ci-dessous, les très jeunes femmes (de 25 ans ou moins) présentent un risque particulièrement élevé d'infection à chlamydia récidivante. Par conséquent, il est important de cibler les jeunes comme population prioritaire à risque très élevé. En recherche qualitative, on suggère par ailleurs qu'il existe un lien entre les ITS à répétition d'une part, et l'appauvrissement et la vulnérabilité d'autre part. Le ciblage du counselling sur la sensibilisation aux risques et sur l'avenir peut donc ne pas être efficace chez les clients atteints d'une ITS déjà conscients du risque mais qui sont marginalisés; à leur égard, il pourrait être indiqué de procéder à un type de promotion de la santé à portée plus large et d'examiner les déterminants sociaux de la santé.

Quand un client reçoit un diagnostic d'infection récidivante causée par le même organisme, il peut s'agir de réinfection par un contact non traité. La remise de médicaments au partenaire par le patient (RMPP) peut être appropriée dans ces situations (voir Section 12).

Le diagnostic d'une infection récidivante représente l'occasion de revoir la nature et l'efficacité du counselling déjà reçu et de procéder aux ajustements nécessaires.

Données probantes

Des études effectuées tant aux États-Unis²⁹ qu'au Canada³⁰ suggèrent un taux d'incidence relativement élevé de l'infection à chlamydia récidivante. Selon Rietmeijer et coll., les infections récidivantes sont en corrélation avec le jeune âge, la non-utilisation du condom et le défaut de traitement après des rapports avec un partenaire atteint de chlamydia ou d'une maladie apparentée. Ces conclusions soulignent l'importance qu'il y a de traiter les contacts (p. ex. localisation des contacts, remise de médicaments au partenaire par le patient) et pourraient aussi suggérer l'utilité du dépistage chez les jeunes qui ne se servent pas régulièrement du condom. Dans son étude, Brunham fait l'hypothèse que les efforts de lutte contre la chlamydia incluant un traitement précoce ont pu abaisser le niveau d'immunité au sein de la population et, fait paradoxal, mener à une augmentation graduelle des infections récidivantes. Cette hypothèse ne se rallie que peu d'appui chez les experts. La plupart préconisent toujours un diagnostic et un traitement précoces pour contrôler les ITS, aux niveaux de l'individu aussi bien que de la population.

Au cours de la 2006 National STD Prevention Conference, un représentant des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) exposait les résultats d'une nouvelle recherche menée par le New York City Department of Health and Mental Hygiene : les femmes qui avaient reçu un diagnostic de chlamydia au cours des dernières années présentaient, dans la proportion de une sur huit, une infection récidivante dans l'année suivant le diagnostic initial; près du tiers des infections récidivantes survenaient dans les trois mois suivants. Cette recherche, qui était la première menée à l'échelle de la ville afin de mesurer l'étendue de l'infection à chlamydia récidivante, a aussi déterminé que le taux de réinfection chez les adolescentes (de 10 à 19 ans) était à peu près du double de celui constaté chez les femmes de 25 à 29 ans³¹. Un constat analogue se dégage d'une analyse des California Department of Health Services : une femme sur dix de celles qui avaient subi un test de dépistage de la chlamydia par le biais d'un programme de planification familiale d'État et d'un grand organisme de soins de santé intégrés était de nouveau infectée dans les six mois suivants, les adolescentes étant les plus touchées³². Ces résultats suggèrent qu'une foule de femmes sont réinfectées par un ou des partenaires sexuels qui n'ont pas été diagnostiqués et traités. Selon les CDC, les études soulignent la nécessité de services complets de prévention et de traitement des MTS à l'intention des jeunes, y compris non seulement le dépistage de la chlamydia chez toutes les femmes

sexuellement actives de moins de 26 ans, mais aussi le suivi permanent des femmes contaminées et de leurs partenaires sexuels.

De et coll. rendent compte d'une étude sur la gonorrhée récidivante effectuée en Alberta à l'aide des dossiers informatisés du ministère de la Santé (qui peuvent donner lieu à une sous-déclaration et à une sous-estimation des taux de réinfection) de 1991 à 2003³³. Ces chercheurs ont constaté un taux de réinfection de 2,34 par 100 années-personnes, la réinfection survenant en médiane neuf mois après l'infection initiale. Parmi les facteurs associés à la réinfection, il y avait le fait d'être un Noir ou un Autochtone, un HARSAH ou d'avoir déjà été traité dans une clinique pour MTS.

Wagstaff et coll.³⁴ (1999) ont étudié la réinfection chez des Afro-Américains de 15 à 19 ans traités dans une clinique pour MTS du Midwest américain. Dans les 12 mois suivant la date de référence, 31,3 % d'entre eux étaient traités pour une infection. Le très jeune âge lors des premiers rapports sexuels, le nombre d'enfants engendrés, le fait d'avoir déjà été infecté ou de l'être lors de la visite du cas index, le fait d'avoir eu des rapports sexuels en échange de drogue au cours de l'année précédente et la perception d'un risque d'infection pendant l'année en cours étaient tous des facteurs associés à des infections ultérieures, tandis que l'utilisation fréquente du condom avec un partenaire stable comportait une association négative à cet égard.

Peterman et coll.³⁵ (2006) se sont intéressés aux patients de cliniques d'ITS dans plusieurs villes américaines et ont constaté des taux de nouvelle infection de 25,8 % chez les femmes et de 14,7 % chez les hommes suivis à des intervalles de trois mois pendant une année. Ces chercheurs recommandent un nouveau dépistage aux trois mois des cas d'ITS en raison du risque important de nouvelles infections asymptomatiques.

Hughes³⁶ (2001) a étudié les caractéristiques des patients réinfectés par une ITS à Londres et à Sheffield, en Angleterre, de 1994 à 1998; il s'agissait de 17 466 patients dans trois cliniques pour MTS. Le taux global de récurrence au cours de l'année suivante était de 14 %. Les très jeunes femmes (de 12 à 15 ans), les participants noirs d'origine antillaise, les HARSAH, les personnes ayant des antécédents d'ITS et celles qui avaient eu trois ou plusieurs partenaires sexuels dernièrement étaient tous plus susceptibles de récurrence. Depuis, on a mis sur pied un programme de dépistage de la chlamydia en Grande-Bretagne, et une étude de LaMontagne et coll. effectuée en 2007 préconisait un dépistage annuel chez les femmes de 16 à 24 ans, ainsi qu'un nouveau dépistage des femmes positives pour la chlamydia dans les six mois suivant l'infection de référence³⁷.

Dans certaines recherches, on se penche sur la détermination de stratégies efficaces de dépistage dans les cas de récurrence après une première ITS. Bernstein et coll.³⁸ (2006) ont étudié le dépistage à intervalles de trois mois chez les personnes ayant reçu un diagnostic de gonorrhée dans une clinique d'ITS de Baltimore en 2003-2004, outre une recherche sur le terrain pour localiser les patients qui n'étaient pas revenus. Les taux de ce nouveau dépistage ne dépassaient toujours pas 27 %. Le taux global d'incidence de la réinfection était élevé (13,8 par 100 années-personnes), mais le taux d'infection chez ceux qui s'étaient soumis à un nouveau dépistage n'était que de 2,8 %, ce qui permet de conclure que les efforts du personnel de première ligne pour accroître les taux de nouveau dépistage de suivi n'avaient pas permis de repérer un nombre plus élevé d'infections que la surveillance passive.

Gift et coll.³⁹ (2005) ont comparé la rentabilité de cinq interventions visant à accroître le taux de nouveaux dépistages chez les patients traités pour une gonorrhée ou une chlamydia dans des cliniques pour MTS de quartiers urbains défavorisés aux États-Unis. Une brève recommandation de revenir, faite au moment de la visite initiale et assortie d'un rappel téléphonique aux trois mois, avait abouti au taux de retour le plus élevé (33 %) et au coût le plus bas (par infection traitée) en comparaison de l'entrevue motivationnelle, d'une brève recommandation au moment de la visite initiale mais sans rappel, et de la remise d'un montant incitatif de 20 \$ lors du retour. Ces deux dernières stratégies ont été les moins coûteuses, mais aussi les moins efficaces et les moins rentables en comparaison de la recommandation de revenir initiale, assortie d'un rappel téléphonique aux trois mois.

Leçons tirées de l'expérience

Lors d'une enquête sur les pratiques ayant cours dans les bureaux de santé de l'Ontario, on a demandé aux responsables s'ils dispensaient des recommandations particulières aux personnes atteintes d'une ITS récidivante, par exemple un dépistage périodique. Trente-six pour cent (36 %) des bureaux de santé (12/33) ont donné une réponse positive, tandis que 64 % (21/33) donnaient une réponse négative. Les stratégies employées auprès des patients par les bureaux de santé qui ont donné une réponse positive comprennent : l'incitation à se soumettre à un test de suivi/test de routine; la recommandation de revenir pour subir un test de guérison avec leur partenaire du moment; un meilleur enseignement et soutien/un supplément d'éducation en santé; la discussion/exploration de l'infection récidivante avec le patient; un counselling intensif; la remise de médicaments au partenaire par le patient; le renforcement des mesures de prévention de la maladie; l'offre d'un dépistage de routine à la clinique; l'insistance pour obtenir le nom des contacts.

Dans le cadre de notre enquête sur les pratiques adoptées par d'autres compétences canadiennes et internationales, nous demandions aux informateurs clés si des systèmes de rappel étaient en place afin de recenser les personnes ayant des infections récidivantes. La moitié environ des compétences n'étaient pas dotées d'un système de rappel. Les autres dispensaient un counselling non seulement à ceux qui présentaient une infection récidivante, mais à tous les patients, avec recommandation de revenir dans un intervalle de trois à six mois pour se soumettre à un nouveau test de dépistage.

Incidences pour les pratiques

Les efforts déployés pour parer aux problèmes qu'entraînent les infections récidivantes, en particulier la chlamydia, en raison du grand nombre de personnes en cause, pourront exiger un supplément de ressources de même que l'établissement de systèmes de rappel efficaces. Si l'on veut s'attaquer de façon efficace aux infections à répétition, les fournisseurs de soins de santé doivent tenir compte des avantages potentiels de stratégies telles que la remise de médicaments au partenaire par le patient et le rappel téléphonique quant au retour à la clinique pour un nouveau dépistage. Dans le cas des personnes ayant des antécédents de VIH, il faudrait, lors d'un nouveau diagnostic d'ITS, déterminer s'il y a eu divulgation de la séropositivité aux partenaires sexuels récents.

Incidences pour les politiques

Les infections récidivantes ont des incidences graves, tant pour l'individu (AIP, infertilité) que pour la population (augmentation des coûts de la santé, maintien de niveaux d'infection élevés au sein de la population). À tout le moins certaines des personnes présentant des infections récidivantes sont susceptibles de faire partie d'un noyau de transmetteurs. Or, ces noyaux de transmetteurs sont considérés comme étant un élément clé de la transmission des ITS au sein des populations. Par conséquent, un supplément de ressources permettant d'assurer le suivi, des tests périodiques et des interventions efficaces en modification des comportements auprès des membres de ces noyaux pourrait influencer considérablement sur l'efficacité de la lutte contre les ITS, VIH compris. En particulier, des politiques favorisant la remise de médicaments au partenaire par le patient pourraient contribuer à généraliser l'utilisation de cette stratégie afin de réduire les taux d'infections récidivantes.

Incidences pour la recherche

Il faudrait procéder à des recherches plus poussées sur les méthodes qui réussissent à hausser les taux du dépistage périodique, en particulier dans le contexte canadien et à l'égard des sous-populations vulnérables. Il faudrait également procéder à des analyses, afin de préciser la rentabilité des stratégies visant à réduire les taux d'infections récidivantes et l'étendue de leur impact sur des séquelles graves, telles que l'AIP et l'infertilité. Il faudrait en outre effectuer des recherches pour évaluer le rôle des déterminants généraux de la santé et la façon dont ces leviers pourraient servir à modifier le risque en matière de sexualité et influencer sur la vulnérabilité économique et sociale quant à la transmission des ITS.

5. Recours à des mesures législatives en gestion des cas d'ITS bactériennes et de leurs contacts

Recommandations :

- 5.1 Le recours à des mesures législatives, telles qu'un ordre en vertu de l'article 22 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, est une possibilité à l'égard des cas de chlamydia, gonorrhée ou syphilis qui demeurent sans traitement malgré les efforts intensifs des instances de la santé publique, dans les situations où il est nécessaire d'atténuer ou d'éliminer le risque de transmission. [IIB]**
- 5.2 Un ordre en vertu de l'article 22 peut aussi être envisagé à l'égard des patients qui refusent d'obtempérer quant à la localisation de leurs contacts. [IIB]**

Données de base

Le contrôle des maladies transmissibles dans la population est l'une des fonctions primordiales de la pratique en santé publique. Les maladies infectieuses qui posent un risque dans la collectivité ont raison de leur virulence, de leur prévalence ou du risque de séquelles graves sont classées comme maladies « à déclaration obligatoire » dans les lois relatives à la santé publique. La déclaration des infections permet aux autorités de la santé publique d'en surveiller l'incidence et la prévalence dans la population et de mettre sur pied des programmes d'intervention et de prévention visant à en réduire le risque et la transmission. En Ontario, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)* est l'instrument en vertu duquel les maladies sont classées comme maladies à déclaration obligatoire et qui autorise la tenue d'enquêtes et la mise en œuvre d'interventions. La gonorrhée, la chlamydia, la syphilis et le VIH sont des infections toutes classées au nombre des maladies transmissibles à déclaration obligatoire. La gonorrhée et la syphilis sont en outre classées comme maladies virulentes. La LPPS exige que l'on signale au médecin-hygiéniste tout diagnostic de maladie à déclaration obligatoire.

Toutes les nouvelles infections sont signalées aux autorités locales de la santé publique afin que soit effectué un suivi, conformément aux NSPO (2008), au *Protocole concernant la santé sexuelle et la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement* (2008) (ou version en vigueur) et au *Protocole concernant les maladies infectieuses* (2008) (ou version en vigueur). L'organisme de santé publique assure un suivi, pour veiller à ce que toute personne contaminée reçoive des soins médicaux et un counselling appropriés et abaisser le risque de transmission de l'infection à d'autres membres de la collectivité. Les contacts du malade sont localisés et informés du risque qu'ils courent et de la nécessité d'un examen médical. Si les patients refusent de donner notification à leurs contacts ou de les identifier afin que l'organisme puisse les localiser, la LPPS confère au médecin-hygiéniste le pouvoir de donner un ordre à cet effet. La préservation du caractère confidentiel de l'identité du malade est un volet essentiel de la pratique en santé publique et elle fait l'objet de l'article 39 de la Loi. On trouvera de plus amples détails sur la localisation des contacts à la Section 11.

Aux termes de l'article 22 de la LPPS et si les conditions légales de cet article sont satisfaites, le médecin-hygiéniste peut, au moyen d'un ordre écrit, exiger d'une personne qu'elle prenne ou s'abstienne de prendre les mesures qui y sont précisées à l'égard d'une maladie transmissible. S'il s'agit d'ITS bactériennes, qui sont guérissables, on ordonne à la personne de se faire traiter. On peut aussi donner un ordre pour exiger de la personne qu'elle identifie ses partenaires afin de pouvoir les localiser.

Les alinéas 22 (4) a)-g) énumèrent les éléments pouvant être compris dans un ordre donné en vertu de l'article 22; cependant, il est important de noter que cette liste n'est pas limitative et que le médecin-hygiéniste peut y ajouter les éléments nécessaires pour réduire ou éliminer la propagation de la maladie. On peut ordonner le traitement de la gonorrhée ou de la syphilis aux termes de l'alinéa 22 (4) g), mais cette disposition ne s'applique pas au traitement de la chlamydia, qui n'est pas une maladie virulente en Ontario aux termes de la LPPS. Toutefois, il est possible d'ordonner à une personne atteinte de chlamydia de se

faire traiter en vertu de l'alinéa 22 (4) h) ou d'un autre élément absent de la liste mais compris dans le paragraphe 22 (4) si on l'estime nécessaire pour atténuer ou éliminer le risque que présente cette infection.

Contenu de l'ordre :

Paragraphe 22 (4) L'ordre peut prévoir notamment :

- a) la fermeture, par le propriétaire ou l'occupant, de l'ensemble du lieu ou d'une partie déterminée;
- b) l'affichage dans le lieu d'un avis relatif à l'ordre de fermeture;
- c) l'obligation pour la personne qui, selon l'ordre, est atteinte ou peut être atteinte d'une maladie transmissible ou est ou peut être contaminée par l'agent d'une maladie transmissible, de s'isoler et de rester isolée;
- d) le nettoyage et la désinfection, ou une seule de ces mesures, de la chose ou du lieu qui y est précisé;
- e) la destruction de la matière ou de la chose qui y est précisée;
- f) l'obligation pour la personne qui le reçoit de subir un examen médical et de remettre au médecin-hygiéniste un rapport du médecin qui précise si elle est atteinte ou non d'une maladie transmissible ou est ou non contaminée par l'agent d'une maladie transmissible;
- g) l'obligation pour la personne qui le reçoit à l'égard d'une maladie transmissible qui est une maladie virulente de se confier immédiatement aux soins d'un médecin et de recevoir un traitement;
- h) l'obligation pour la personne qui le reçoit de se comporter de façon à ne pas exposer une autre personne à la contamination. L.R.O. 1990, chap. H.7, par. 22 (4); 1997, chap. 30, annexe D, par. 3 (2)⁴⁰.

L'ordre en rapport avec une maladie transmissible est valablement donné, signifié ou remis dans les sept jours suivant sa remise à personne ou son envoi par courrier ordinaire à la dernière adresse connue du destinataire⁴¹.

En vertu de l'article 35 de la LPPS, un juge de la Cour de justice de l'Ontario peut, à la requête du médecin-hygiéniste, rendre un ordre exigeant, entre autres, que la personne soit mise sous garde et détenue à l'hôpital pour examen et traitement maladie virulente. Aux termes de la LPPS, les maladies virulentes ne comprennent que la gonorrhée et la syphilis.

Considérations

Dans le cadre du suivi d'une ITS bactérienne à déclaration obligatoire, l'observance par la personne atteinte comprend le traitement aux antibiotiques appropriés afin de contrer l'infection et l'identification des partenaires sexuels qui peuvent avoir été exposés à l'infection ou continuer à l'être. On réduit ainsi le risque de poursuite de la transmission de l'infection aux partenaires sexuels et, par extension, à la collectivité en général. La personne apprend à mieux connaître l'infection et le risque de transmission, est traitée de façon à guérir l'infection et est ainsi protégée des séquelles possibles. L'observance par le contact d'un patient signifie que le contact a été informé de son exposition, qu'il a reçu du counselling, qu'il s'est soumis à un test de dépistage des ITS de même que, le cas échéant, à un traitement.

Les professionnels de la santé publique qui ont reçu une formation appropriée sont aptes à dispenser du counselling, à échanger de l'information et à appliquer la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. En collaboration avec les fournisseurs de soins de santé de la collectivité, les praticiens en santé publique veillent à ce que les personnes atteintes reçoivent rapidement du counselling et un traitement et à ce que leurs contacts soient identifiés, informés et examinés par un médecin. Le personnel de la santé publique doit toujours, dans la mesure du possible, opter pour des mesures discrètes, telles que le counselling et l'aiguillage vers des organismes et appuis communautaires et la surveillance d'une situation, avant que le

médecin-hygiéniste n'envisage de donner un ordre en vertu de l'article 22. Dans cette éventualité, les intéressés devront généralement affronter de nombreux autres défis, tels que la stigmatisation, la discrimination, le manque de revenu, le manque de logement et la violence, lesquels pourront constituer des obstacles à l'observance intégrale des prescriptions de la santé publique en ce qui concerne le traitement, la notification aux partenaires et des pratiques sexuelles sécuritaires. Bien souvent, si l'on dispense du soutien aux patients et si on les aide à régler d'autres problèmes, on peut éviter de recourir à des mesures législatives. Les ordres sont considérés comme le dernier recours à l'égard des rares personnes qui ne donnent pas suite à des interventions moins coercitives.

Il y a néanmoins des cas où la personne atteinte ne se conforme pas aux mesures propres à réduire le risque de transmission, et le médecin-hygiéniste peut alors exiger la conformité en vertu de l'article 22 de la Loi.

Le médecin-hygiéniste peut donner un ordre si, en se fondant sur des motifs raisonnables et probables, il croit ce qui suit :

- a) une maladie transmissible existe ou peut exister ou elle risque de se déclarer immédiatement dans la circonscription sanitaire qui est de son ressort;
- b) la maladie transmissible menace la santé des habitants de la circonscription sanitaire qui est de son ressort;
- c) les exigences mentionnées dans l'ordre s'imposent pour réduire ou éliminer le danger pour la santé que présente la maladie transmissible.

L'ordre donné en vertu de l'article 22 entre en vigueur sur-le-champ, mais il doit informer la personne à qui il est adressé qu'elle a le droit de demander une audience devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) si elle remet un avis écrit à cet effet dans les quinze jours qui suivent la date où une copie de l'ordre lui est signifiée. La CARSS peut confirmer, modifier ou rescinder l'ordre. Il est possible d'en appeler d'une ordonnance de la Commission devant la Cour divisionnaire de l'Ontario.

Données probantes

En Ontario, il n'existe pas de lignes directrices normatives touchant l'utilisation des ordres donnés en vertu de l'article 22. On ne dispose pas non plus de données probantes ni de résultats de recherche publiés quant à l'efficacité des mesures et ordres législatifs.

Leçons tirées de l'expérience

En santé publique, la gestion des cas d'ITS difficiles présente un défi permanent. Chaque cas est unique et pose de nombreux problèmes, qui doivent être considérés individuellement. Il y a donc dans la province différentes modalités d'application des ordres en vertu de l'article 22 dans le contexte des ITS. En 2005, ces ordres relatifs aux cas d'ITS n'étaient pas d'utilisation courante en Ontario, et il était encore plus rare d'y faire appel touchant les contacts. Les ordres, même s'ils sont nécessaires, constituent une mesure de dernier recours dans l'éventail des moyens disponibles dans ces situations épineuses. Si le médecin-hygiéniste envisage de donner un ordre en vertu de l'article 22, il devrait consulter son conseiller juridique.

Dans leurs réponses aux questions de notre enquête sur les pratiques dans les compétences canadiennes et internationales, nos informateurs clés ont indiqué qu'ils recourent habituellement à des mesures législatives uniquement dans des cas de syphilis infectieuse, et non de gonorrhée ou de chlamydia.

Lors de notre enquête sur les pratiques en gestion des cas, de 21 à 29 % des bureaux de santé de l'Ontario ont dit considérer une personne atteinte d'une ITS bactérienne qui manquait à coopérer comme étant un cas perdu pour le suivi plutôt que comme un cas de non-conformité.

Incidences pour les pratiques

La formation des professionnels en santé publique à l'art et à la science des interventions visant à réduire le risque de propagation dans la collectivité des infections transmissibles sexuellement est primordiale pour se rallier la confiance des patients et des fournisseurs et obtenir l'observance des recommandations.

La dotation en personnel influe considérablement sur le suivi des cas et des contacts, car on doit disposer du temps suffisant pour interagir avec les fournisseurs de soins de santé et pour intervenir auprès des patients. De plus, lorsqu'on a affaire à des cas difficiles, la participation du gestionnaire du programme et du médecin-hygiéniste est d'une importance critique.

Lorsqu'il devient nécessaire de donner un ordre en vertu de l'article 22 de la LPPS pour obtenir la conformité, le processus de rédaction de l'ordre peut demander du temps.

L'ordre doit comprendre les éléments suivants :

- les mesures que l'on ordonne au patient de prendre et le laps de temps imparti pour la conformité (p. ex. traitement, obligation de nommer les contacts sexuels, obligation de s'abstenir de toute activité sexuelle de pénétration jusqu'à la fin du traitement);
- les motifs de l'ordre (en citant l'article approprié de la LPPS, les articles 25 et 26 pour les rapports médicaux, l'article 29 pour les rapports de laboratoire, les tentatives faites par le médecin ou le bureau de santé pour joindre le patient, le risque pour soi et pour les autres si l'infection n'est pas traitée).

On trouvera à l'Annexe G des spécimens de modèles d'ordres relatifs à une ITS bactérienne.

Les patients qui persistent à ne pas obtempérer peuvent être poursuivis en vertu de la LPPS. Quiconque manque à obtempérer à un ordre pris en vertu de la LPPS peut être accusé d'une infraction provinciale et être passible, sur déclaration de culpabilité, d'une amende d'au plus 5 000 \$ pour chaque journée au cours de laquelle se poursuit l'infraction. On peut aussi demander une ordonnance en vertu de l'article 102

(requête pour obtenir une ordonnance du tribunal) afin d'empêcher une infraction à l'ordre initial en vertu de l'article 22.

Les ordres donnés en vertu de l'article 22 à l'intention des contacts qui n'obtempèrent pas demandent beaucoup de temps et on ne recommande généralement pas de les utiliser concernant les contacts des patients, même si on peut les envisager dans certains cas spéciaux, par exemple les contacts qui sont des femmes enceintes.

Incidences pour les politiques

Les bureaux de santé devraient se doter d'une politique pour le suivi des cas après que des ordres sont donnés, en vue de s'assurer que les patients obtempèrent dans le laps de temps stipulé dans l'ordre.

Incidences pour la recherche

Il faudrait effectuer des recherches sur l'efficacité et la rentabilité des ordres en vertu de l'article 22 comme instrument de lutte contre les ITS bactériennes.

6. Défis et mesures législatives en gestion des cas de VIH

Recommandations :

- 6.1 Tous les patients ayant reçu un diagnostic de VIH doivent faire l'objet d'un counselling posttest complet, conformément aux *Directives sur le dépistage du VIH et la consultation*, MSSLD, 2008 [IIB]. Selon les besoins, on planifiera un supplément de counselling et d'interventions de suivi en vue de la modification des comportements. [IB]
- 6.2 Tous les patients séropositifs pour le VIH devraient être informés de leur obligation de divulguer leur état à tous leurs contacts sexuels et de partage de seringues. [IIB]
- 6.3 Les politiques et les pratiques en santé publique concernant la divulgation par les personnes séropositives pour le VIH devraient tenir compte des constats et des recommandations quant au modèle à adopter du groupe de travail d'experts du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida⁴². [IIB]
- 6.4 Dans le cas des patients séropositifs pour le VIH, on devrait envisager un ordre en vertu de l'article 22 lorsque des efforts intensifs de la part de l'organisme de santé se sont soldés par un échec. [IIB] Cette situation peut survenir si le patient :
 - refuse tout counselling;
 - s'adonne à des relations sexuelles avec pénétration (orale/vaginale/anale) ou au partage de seringues sans divulguer son état;
 - refuse de nommer ses contacts sexuels ou de partage de seringues;
 - a, de propos délibéré, donné du sang/du sperme/des organes/du lait maternel.

Données de base

En Ontario, le VIH est une maladie à déclaration obligatoire à titre d'agent causal du sida, qui est une maladie à déclaration obligatoire aux termes de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS). Toute nouvelle infection doit être signalée aux autorités locales de la santé publique. Un suivi est assuré par la santé publique pour veiller à ce que la personne atteinte reçoive le counselling et les soins médicaux appropriés à son état et afin de réduire le risque de transmission de l'infection dans la collectivité. Les contacts de la personne atteinte sont identifiés et informés de la nécessité d'un examen médical. La préservation du caractère confidentiel des données sur la personne atteinte et sur ses contacts est un volet essentiel de la pratique en santé publique et fait l'objet de l'article 39 de la LPPS.

Rares sont les situations où la personne atteinte ne prend pas les mesures appropriées pour réduire le risque de transmission; si c'est le cas, le médecin-hygiéniste peut donner un ordre de conformité en vertu de l'article 22 de la LPPS, afin de minimiser le risque de transmission de l'infection¹⁹.

Au milieu des années 1980, lorsqu'on a découvert le virus du VIH, la maladie était mortelle et, dans ses débuts, circonscrite à des populations qui faisaient déjà l'objet de stigmatisation et de discrimination. Avec les progrès réalisés en médecine, on en est venu à considérer le VIH comme une maladie chronique traitable, bien que la stigmatisation et la crainte de discrimination persistent. La coopération entre les personnes atteintes, celles qui sont à haut risque et les praticiens de la santé publique peut abaisser le risque de transmission du VIH et éliminer la crainte de discrimination associée.

Considérations

Lorsque survient une infection à VIH, la conformité à la Loi exige que le patient adopte certains comportements, tels que la divulgation de sa séropositivité à ses partenaires et des rapports sexuels protégés. Ces mesures font que le partenaire est conscient du risque potentiel et peut se protéger contre la transmission du virus. La personne atteinte du VIH reçoit un counselling sur les comportements à adopter pour réduire le risque de transmission à d'autres et, au besoin, est aiguillée vers des soins médicaux. L'apparition d'une ITS bactérienne chez une personne séropositive pour le VIH doit donner lieu à un suivi, en vue d'adapter le counselling sur les pratiques sexuelles protégées et l'obligation de divulgation, et de déterminer si la personne se sent capable de révéler sa séropositivité à ses partenaires.

Dans cette situation, la non-conformité signifie que le patient ne s'est pas présenté pour un counselling sur les moyens de réduire la transmission, ou que, preuve à l'appui et en dépit des recommandations, il a exposé d'autres personnes à un risque d'infection sans leur consentement éclairé. La divulgation par le patient à ses partenaires sexuels ou de partage de matériel d'injection avant toute activité sexuelle ou de partage de seringues permet aux partenaires de faire un choix éclairé sur l'opportunité de s'adonner à ces activités. Les rapports sexuels, même protégés, posent toujours un risque faible mais non négligeable de transmission du VIH, en raison de la possibilité d'une défaillance du condom ou de son utilisation incorrecte; par conséquent, le consentement éclairé est toujours nécessaire.

Les Centers for Disease Control⁴³ ont publié un document fondé sur l'expérience clinique qui porte sur l'intégration de la prévention aux soins médicaux des personnes vivant avec le VIH. Le personnel de la santé publique qui œuvre auprès des patients séropositifs pour le VIH pourrait adapter ces mesures en vue de prévenir la transmission de l'infection. Des ressources portant sur la question de la prévention chez les séropositifs ont également été mises au point par la Gay Men's Sexual Health Alliance de l'Ontario; d'autres renseignements sont disponibles au Bureau de lutte contre le sida du MSSLD. On peut aussi se procurer des ressources à la Toronto People with AIDS Foundation.

Il est difficile et parfois improductif de tenter de faire le tour de la question de la prévention dans le contexte d'un counselling posttest axé sur le client. L'acceptation d'un test de séropositivité peut être complexe et traumatique, et les patients sont plus susceptibles d'établir une relation de coopération avec un fournisseur capable de le comprendre et d'assurer un suivi adéquat, qui ne tentera pas de traiter de tous les problèmes en une seule séance posttest. Les bureaux de santé devraient en particulier se pencher sur la proportion

des segments les plus rentables des services : prestation directe de services de counselling et de soutien, formation des fournisseurs de soins de santé et des intervenants nécessaires pour dispenser ces services, et collaboration avec des organismes communautaires dans la prestation de ces services. La composition des services dispensés est susceptible de varier selon le contexte de chaque bureau de santé et les autres ressources disponibles. Il sera sans doute particulièrement important de collaborer de façon efficace avec les fournisseurs de soins de santé qui assurent des soins cliniques de longue durée aux patients séropositifs pour le VIH, puisque ces personnes auront des occasions d'administrer des tests de dépistage à répétition du point de vue des risques cliniques et comportementaux (p. ex. autres ITS) et pourront au besoin renvoyer à l'organisme de santé publique les patients qui ont besoin d'un supplément de counselling touchant leur comportement ou la notification aux partenaires. On trouvera à l'Annexe H des recommandations relatives aux interventions liées au comportement et visant à réduire le risque de transmission du VIH, lesquelles s'inspirent du *MMWR*, 17 juillet 2003. Par ailleurs, certaines interventions ciblent les comportements à risque des personnes séropositives pour le VIH. Par exemple, Kalichman^{44, 45} (2005, 2007) décrit des interventions de groupe qui peuvent être dispensées dans un cadre communautaire ou de groupe de soutien, dont on a fait la preuve qu'elles réduisent les comportements sexuels comportant un risque de transmission du VIH. En Ontario, nous recommandons aussi la divulgation de la séropositivité à tous les partenaires sexuels avant toute activité, protégée ou non, puisque les rapports sexuels même protégés comportent un certain degré de risque. La divulgation avant tout partage de matériel d'injection de drogue contaminé est aussi conseillée; les programmes de santé publique ont toutefois pour objectif de veiller à la disponibilité de matériel stérile en quantité suffisante, afin que le partage d'un matériel déjà utilisé ne soit jamais nécessaire.

Les professionnels qui ont reçu une bonne formation en santé publique sont aptes à dispenser du counselling, à échanger de l'information et à appliquer la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. La personne atteinte de VIH doit parfois affronter nombre d'autres défis, dont la stigmatisation, la discrimination, le manque de revenu, le manque de logement, la crainte du rejet ou de la violence et des pressions d'ordre culturel. Ces facteurs pourront constituer des obstacles à l'observance intégrale des prescriptions de la santé publique se rapportant à la divulgation, à des pratiques sexuelles plus sécuritaires et à la transmission des noms de ses contacts sexuels ou de partage de seringues.

Les besoins qui peuvent motiver le renvoi de patients séropositifs pour le VIH à un service de santé publique ou depuis ce service à un autre peuvent comprendre les suivants :

- besoin d'une intervention intensive en prévention du VIH;
- consommation excessive d'alcool ou de drogues récréatives;
- toxicomanie, y compris consommation de drogues injectables;
- dépression, colère, culpabilité, crainte ou autres besoins en santé mentale;
- besoin de soutien social;
- compulsivité sexuelle;
- mauvais traitements physiques ou sexuels (victimes ou agresseurs);
- désir d'avoir des enfants, counselling sur la contraception;
- besoins en matière de logement ou de transport;
- besoins en matière de nutrition;
- crises financières;
- garde d'enfants, libération conditionnelle ou autres problèmes juridiques;
- questions de couverture d'assurance.

Bien souvent, si l'on dispense du soutien aux patients et si on les aide à affronter d'autres questions épineuses, le besoin de mesures coercitives disparaît. On trouvera à l'Annexe I l'exposé d'une approche graduée à l'égard du patient séropositif pour le VIH qui continue à poser un risque d'infection pour les autres. Le personnel de la santé publique devrait toujours privilégier les mesures discrètes, telles que le counselling et l'aiguillage vers des organismes et appuis communautaires ainsi que la surveillance d'une situation avant de recourir à une mesure plus coercitive, telle qu'un ordre en vertu de l'article 22. Ces ordres sont considérés comme étant le dernier recours à l'égard des rares personnes qui ne répondent pas à des interventions à caractère discret.

En vertu de l'article 22 de la LPPS, le médecin-hygiéniste peut, au moyen d'un ordre écrit, exiger d'une personne qu'elle prenne ou s'abstienne de prendre certaines mesures concernant une maladie transmissible. Dans le cas du VIH, qui est incurable, on ordonne habituellement à la personne de modifier son comportement afin de réduire ou d'éliminer le risque pour les autres. Dans ces situations, les ordres ne sont pas limités dans le temps et il peut être difficile de documenter leur efficacité. On peut aussi, au moyen d'un ordre écrit, exiger d'une personne qu'elle nomme ses partenaires dans le but de les localiser.

Le médecin-hygiéniste peut donner un ordre s'il croit, en se fondant sur des motifs raisonnables et probables :

- a) qu'une maladie transmissible existe ou peut exister ou qu'elle risque de se déclarer immédiatement dans la circonscription sanitaire qui relève du MSSLD;
- b) que la maladie transmissible menace la santé des habitants de la circonscription sanitaire qui relève du MSSLD;
- c) que les exigences mentionnées dans l'ordre s'imposent pour réduire ou éliminer le danger pour la santé que présente la maladie transmissible.

Les dispositions de la LPPS sont garantes de la confidentialité de l'ordre et de l'identité de la personne. Un ordre donné en vertu de l'article 22 entre en vigueur sur-le-champ; cependant, il doit informer la personne à qui il est adressé qu'elle a le droit de demander une audience devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS) si elle poste ou remet un avis écrit à cet effet dans les 15 jours qui suivent la date où l'ordre lui est signifié. On peut en appeler d'une ordonnance de la CARSS devant la Cour divisionnaire de l'Ontario.

Au cours des 10 à 15 dernières années, plusieurs poursuites criminelles ont été intentées au Canada à des personnes atteintes du VIH pour motif de voies de fait graves, agression sexuelle ou négligence criminelle ayant causé des lésions corporelles. En septembre 1998, la Cour suprême du Canada a statué en appel sur l'affaire *R. c. Cuerrier*. La Cour a confirmé que la personne séropositive pour le VIH a l'obligation de divulguer sa séropositivité avant toute activité sexuelle non protégée comportant une pénétration lorsqu'il existe un risque notable de lésions corporelles graves. Au criminel, les accusations sont habituellement portées par le procureur de la Couronne, à la suite d'une plainte déposée par un contact d'une personne atteinte du VIH.

Données probantes

En Ontario, il n'existe pas de lignes directrices normatives touchant l'utilisation des ordres donnés en vertu de l'article 22 relativement au VIH. On ne dispose pas non plus de données probantes ni de résultats de recherche publiés quant à l'efficacité des mesures et ordres législatifs. À la différence des ordres en vertu de l'article 22 relativement à des ITS bactériennes (assortis de délais et de résultats mesurables), l'évaluation de l'efficacité des ordres en vertu de l'article 22 relativement au VIH est extrêmement difficile, parce qu'il s'agit d'une infection à vie et que la surveillance de la modification des comportements est malaisée.

Leçons tirées de l'expérience

La gestion en santé publique des cas complexes de VIH présente des défis permanents. Chaque cas est unique et comporte de nombreuses questions éthiques et morales qui doivent être considérées individuellement. Il y a donc dans la province différentes modalités d'application des ordres en vertu de l'article 22 dans le contexte des ITS. Les ordres, même s'ils sont nécessaires, constituent une mesure de dernier recours dans l'éventail des moyens dont dispose la santé publique. Si le médecin-hygiéniste envisage de donner un ordre en vertu de l'article 22, il devrait consulter des collègues d'expérience dans le domaine et son conseiller juridique.

Selon les résultats de notre enquête sur les pratiques dans les bureaux de santé, la majorité des responsables ont signalé qu'ils envisagent le recours à un ordre dans un cas de VIH ayant reçu un

diagnostic d'autres ITS récidivantes si la personne est nommée à plusieurs reprises comme contact de cas d'ITS ou de VIH et s'il est rapporté qu'elle a eu des rapports sexuels (protégés ou non) sans divulgation de sa séropositivité aux partenaires ou qu'elle a partagé à plusieurs reprises du matériel d'injection de drogue. La plupart des bureaux de santé prévoient le recours à d'autres mesures avant de donner un ordre, dont un supplément de counselling et d'éducation, la consultation d'experts du VIH et l'aiguillage vers des organismes communautaires.

Un groupe de travail d'experts, formé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida en 2002-2003, s'est penché sur les problèmes juridiques et éthiques liés à la non-divulgation de la séropositivité pour le VIH/sida et a publié ses conclusions⁴¹. Ce groupe de travail a étudié le risque de transmission du VIH en relation avec certains comportements et formulé des stratégies pour les cas de non-divulgation. Il a proposé un modèle dont les autorités de la santé publique tiendront compte lorsqu'ils établiront leur propre politique et pratique. Le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida (OACHA) a publié un document sur les moyens d'abaisser le taux de transmission du VIH par les personnes séropositives qui ne peuvent pas ou ne veulent pas prendre les précautions appropriées et ne divulguent pas leur état. On y suggère toute une gamme d'approches plus ou moins discrètes, pouvant servir lors des démarches auprès de la petite minorité de personnes séropositives pour le VIH qui continuent à être sources de risque pour les autres⁴⁶. On trouvera de plus amples renseignements sur les questions juridiques qui se rapportent au VIH, en particulier touchant la criminalisation de certains comportements, dans la publication *Directives sur le dépistage du VIH et la consultation*, MSSLD, 2008²⁰, et dans les feuilles de renseignements sur le VIH et le droit pénal préparées par le Réseau juridique canadien VIH/sida et disponibles sur son site Web (<http://www.aidslaw.ca>)⁴⁷.

Lors de notre enquête sur les pratiques ayant cours dans les compétences canadiennes et internationales, les informateurs clés ont tous indiqué qu'ils conseillent et encouragent la divulgation de la séropositivité pour le VIH aux partenaires sexuels, quoique selon des modalités qui peuvent varier, selon le type de partenaire et le type d'acte sexuel. L'une des compétences s'est dotée d'un système où sont signalés les cas de coinfection à VIH et d'ITS subséquentes, alors que dans d'autres, puisqu'on ne réunit pas les données sur les ITS et le VIH, il est impossible de dépister les coinfections systématiquement.

Incidences sur les pratiques

Notre enquête sur les pratiques a fait ressortir des différences dans l'application des ordres en vertu de l'article 22 relativement aux cas de VIH dans les diverses régions de l'Ontario. Les approches présentent une certaine variation, particulièrement dans les situations où la personne séropositive pour le VIH divulgue son statut à tous ses partenaires mais ne peut utiliser de condoms, ou si la personne séropositive pour le VIH se sert toujours de condoms mais ne divulgue pas sa séropositivité. Le Groupe de travail recommande que tous les patients séropositifs pour le VIH reçoivent un counselling sur la divulgation de leur infection à tous leurs contacts sexuels, qu'ils utilisent ou non le condom. S'il y a déjà eu divulgation et que les partenaires ont donné un consentement éclairé à la non-utilisation du condom, l'utilisation d'un ordre en vertu de l'article 22 est inappropriée.

La formation des professionnels en santé publique à l'art et à la science des interventions visant à réduire le risque de propagation dans la collectivité des infections transmissibles sexuellement est primordiale pour se rallier la confiance des patients et des fournisseurs et obtenir l'observance des recommandations.

La dotation en personnel influe considérablement sur le suivi des cas et des contacts, car on doit disposer du temps suffisant pour interagir avec les fournisseurs de soins de santé et pour intervenir auprès des patients

On trouvera à l'Annexe J des spécimens de modèles d'ordre en rapport avec le VIH.

L'ordre doit comprendre les éléments suivants :

- les mesures que l'on ordonne au patient de prendre et le laps de temps imparti pour la conformité (p. ex. traitement, obligation de nommer les contacts sexuels, obligation de s'abstenir de toute activité sexuelle de pénétration jusqu'à la fin du traitement);

- les motifs de l'ordre (en citant l'article approprié de la LPPS : les articles 25 et 26 pour les rapports médicaux, l'article 29 pour les rapports de laboratoire, les tentatives faites par le médecin ou le bureau de santé pour joindre le patient, le risque pour soi et pour les autres si l'infection n'est pas traitée).

Les bureaux de santé devraient formuler une politique de suivi des cas pour s'assurer que, une fois l'ordre donné, le patient obtempère dans le laps de temps stipulé en ce qui concerne les éléments de l'ordre comportant un délai (p. ex., nommer les contacts ou suivre un counselling). Au moment où l'ordre est donné, il faudrait mettre en place un processus de suivi à intervalles réguliers pendant une période de temps définie selon chaque cas.

Les patients qui persistent à ne pas obtempérer peuvent être poursuivis en vertu de la LPPS. Quiconque manque à obtempérer à un ordre pris en vertu de la LPPS peut être accusé d'une infraction provinciale et être passible, sur déclaration de culpabilité, d'une amende d'au plus 5 000 \$ pour chaque journée au cours de laquelle se poursuit l'infraction. On peut aussi demander une ordonnance en vertu de l'article 102 (requête pour obtenir une ordonnance du tribunal) afin de confirmer l'ordre initial en vertu de l'article 22.

Incidences pour les politiques

Il est recommandé que le médecin-hygiéniste en chef, en collaboration avec le Council of Ontario Medical Officers of Health, forme un comité consultatif d'experts sur les cas de VIH difficiles à gérer. Ce comité pourrait dispenser des services de consultation aux médecins-hygiénistes qui sont aux prises avec des cas à problèmes, en particulier dans les compétences où les cas de VIH sont peu nombreux.

Incidences pour la recherche

Il faudrait tenir des enquêtes périodiques à l'échelle de la province, afin de documenter le recours à des ordres en vertu de l'article 22 relativement au VIH ainsi que la teneur de ces ordres.

7. Déclaration de cas de VIH par un tiers

Recommandations :

- 7.1 Les bureaux de santé devraient procéder à une évaluation et, le cas échéant, à une enquête lorsque des déclarations sont reçues de tierces parties alléguant que certaines personnes sont séropositives pour le VIH et représentent un risque d'infection pour les autres. [IIB]**

Données de base

Les bureaux de santé reçoivent parfois des déclarations de tierces parties, qui se plaignent du comportement d'une personne présumément atteinte de VIH. Ces déclarations peuvent être anonymes ou non. Dans certaines situations, l'auteur de la déclaration est directement en cause (p. ex. un partenaire sexuel à qui l'infection n'a pas été divulguée); dans d'autres, il peut dénoncer un comportement dont il a eu connaissance indirectement. Les plaintes émanant des partenaires sexuels et les déclarations de tiers provenant de sources crédibles indiquant qu'une personne pourrait en exposer d'autres au VIH justifient un suivi par les autorités de la santé publique. La crédibilité des déclarations de tiers doit être évaluée sur une base individuelle, en consultation avec un conseiller juridique au besoin.

Selon le paragraphe 34 (1) de la LPPS, le médecin communique au médecin-hygiéniste le nom et l'adresse personnelle de la personne atteinte d'une maladie transmissible qu'il soigne et traite et qui refuse ou néglige de suivre le traitement de la façon et dans la mesure qu'il juge acceptable. Le paragraphe 39 (2) de la LPPS autorise les médecins et d'autres à divulguer au sujet de leurs patients des renseignements qui devraient normalement demeurer confidentiels, « si la divulgation est à des fins d'administration de la santé publique »¹⁹. La *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS) autorise aussi, pour les mêmes raisons, la divulgation d'autres renseignements personnels sur la santé d'un patient.

Considérations

Lorsqu'un rapport d'une tierce partie est reçu, le bureau de santé devrait réunir autant d'information que possible, afin d'identifier la personne présumément atteinte de VIH, de documenter en détail la nature de la plainte et d'obtenir le nom de l'auteur de la plainte et des précisions sur ses contacts. Le plaignant devrait être informé de façon générale quant aux mesures qui sont prises en gestion des cas de VIH (et sur la manière dont les plaintes émanant de tierces personnes sont enquêtées); on doit aussi l'informer qu'il est impossible de divulguer des précisions au sujet de la personne dont il se plaint. L'auteur de la plainte doit être assuré que son identité sera protégée. S'il croit avoir été exposé au VIH ou infecté en raison d'un défaut de divulgation, il doit être informé qu'il peut également déposer une plainte auprès des services policiers locaux (habituellement l'unité des délits sexuels).

En première étape de l'enquête, il faut vérifier si la personne en cause est déjà connue du bureau de santé en consultant les dossiers du bureau et/ou la base de données provinciale. Si le fait que la personne est séropositive pour le VIH est déjà connu, le dossier doit être revu, afin de déterminer de quelle nature ont jusque-là été les relations du bureau avec ce patient. Selon la nature de la plainte, on pourra dispenser au minimum un supplément de counselling, mais peut-être aussi d'autres services (voir Section 6). Le personnel du programme de lutte contre les ITS consultera le gestionnaire du programme et le médecin-hygiéniste, lequel pourra à son tour désirer consulter l'avocat du bureau et des collègues d'expérience d'autres compétences. Si la personne n'est pas connue du bureau de santé (c.-à-d. qu'on ne dispose d'aucune preuve d'une infection à VIH existante), un suivi plus poussé n'est généralement pas justifié.

Leçons tirées de l'expérience

Environ 60 % des bureaux de santé de l'Ontario enquêtés reçoivent des rapports de tierces parties au sujet de personnes séropositives pour le VIH et font enquête sur ces rapports. La plupart (mais non la totalité) des compétences canadiennes et internationales enquêtées acceptent les plaintes émanant de tierces parties concernant le VIH. Dans certains cas, il s'agit de plaintes anonymes; dans d'autres, le plaignant doit être identifié. On décide généralement des mesures à prendre sur une base de cas par cas; dans l'une des compétences, sur réception d'une plainte, on commence par dispenser du counselling au patient au sujet de son comportement; si d'autres plaintes sont reçues, on procède à des interventions plus poussées; par la suite, si la situation l'exige, on prend des mesures en vertu de la Loi.

Incidences pour les pratiques

Les bureaux de santé devraient mettre au point un mécanisme en vue de la réception de plaintes de tierces parties au sujet de personnes séropositives pour le VIH, de l'évaluation de ces plaintes et, dans certains cas, de l'enquête sur les faits.

8. Syphilis latente tardive

Recommandations :

- 8.1 En gestion des cas de syphilis latente tardive (à l'exclusion des femmes enceintes), la responsabilité première devrait revenir au fournisseur de soins de santé, puisque cette maladie n'est pas infectieuse. Les efforts de la santé publique devraient se limiter au soutien du fournisseur de soins de santé et à la surveillance de l'infection. [IIB]**
- 8.2 La syphilis latente tardive qui survient lors d'une grossesse exige un suivi de santé publique en raison d'un léger risque de transmission verticale au nourrisson. [IA]**

Données de base

L'évaluation et le diagnostic appropriés de la syphilis sont problématiques, en raison de symptômes diversifiés et intermittents, d'une interprétation complexe des résultats de laboratoire et de l'incidence d'autres maladies. Pour ajouter à la difficulté, le nombre des cas de syphilis latente tardive a augmenté depuis l'adoption par le Laboratoire central de santé publique de la province du test immuno-enzymatique (TIE) pour le dépistage de la syphilis, en août 2005⁴⁸. La spécificité et la sensibilité accrue de ce nouveau test permettent de déceler des cas qui n'avaient pas pu l'être par le test Rapid Plasma Reagin (RPR).

Avant l'adoption du test TIE pour le dépistage de la syphilis et, plus récemment, du test CMIA, l'Ontario enregistrait des taux de syphilis non-infectieuse relativement faibles en regard d'autres ITS à déclaration obligatoire⁴⁹. C'est pourquoi les fournisseurs de soins de santé ont eu relativement peu d'occasions de se familiariser avec la gestion clinique de la maladie et doivent recourir à des spécialistes de la santé publique aux fins du diagnostic, du counselling, du traitement et du suivi de ces cas.

Considérations

Le suivi en santé publique des cas de syphilis latente tardive, y compris la localisation des contacts, est de peu d'utilité, car les nouveaux cas sont très peu nombreux. Il faut faire une exception pour les femmes enceintes qui présentent une syphilis, puisqu'il existe un risque de transmission de l'infection au fœtus in utero de 10 %^{50, 51, 52}. Le personnel de la santé publique doit donc, à l'égard des femmes enceintes ayant reçu un diagnostic de syphilis latente tardive, assurer une gestion des cas de routine, veiller à localiser les contacts et dispenser un traitement et un counselling appropriés. Lors des grossesses subséquentes, il ne devrait pas être nécessaire d'assurer le suivi des femmes qui, dans le passé, ont reçu un traitement adéquat, documenté par leur fournisseur de soins de santé.

Les cas de syphilis non infectieuse autres que chez les femmes enceintes peuvent être adéquatement pris en charge par le fournisseur de soins de santé qui administre le test. Le bureau de santé peut dispenser de l'éducation et du soutien au fournisseur de soins de santé, comme aide à la gestion de ces cas. Les consultations avec le fournisseur de soins de santé pourront s'appuyer sur les *Lignes directrices canadiennes sur les ITS* (2006)¹⁸ et sur le fait que le tiers des cas non traités donnent lieu à des complications⁵³. On trouvera à l'Annexe K un spécimen de feuille d'information, comme autre moyen d'aide au fournisseur dans la gestion de ces cas. À l'Annexe L, on trouvera un spécimen de feuille d'information qui pourra être utile au fournisseur de soins de santé lors de ses entretiens avec le patient.

Le personnel de la santé publique aura soin de consigner ces cas dans la base de données provinciale, à des fins de surveillance. La consultation de dossiers renfermant des données épidémiologiques et thérapeutiques sur le cas facilitera l'interprétation appropriée des sérologies futures pratiquées chez la même personne.

Leçons tirées de l'expérience

Une enquête informelle menée auprès d'organisations de santé publique au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie a révélé que, à l'égard des cas de syphilis latente tardive, environ la moitié des organisations contactées n'effectuent pas de suivi sous forme de counselling supplémentaire et de localisation des contacts.

Incidences pour les pratiques

Vu la nature non infectieuse de la plupart des cas de syphilis latente tardive, on ne recommande un suivi en santé publique que pour les femmes enceintes. Cette mesure permet d'optimiser l'utilisation de ressources rares en les affectant à d'autres interventions dont l'importance est plus marquée pour la santé publique.

9. Surveillance médicale de la syphilis

Recommandations :

- 9.1 Les rapports de surveillance médicale de la syphilis émanant de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) n'exigent aucun suivi de la part des bureaux de santé, si ce n'est l'inscription dans la base de données provinciale des cas traités, à des fins de surveillance. [IIIB]**

Données de base

Pour protéger la santé et la sécurité des Canadiens, les personnes qui présentent une demande d'immigration ou de résidence temporaire pour une période de plus de six mois doivent se soumettre à un examen médical effectué par médecin désigné par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC). Un sérodiagnostic de la syphilis est exigé pour toutes les personnes de 15 ans et plus. Les résultats d'un test non tréponémal positif, tel que le test du Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes, doivent être confirmés par l'administration d'un test tréponémal, tel que le test d'immuno-fluorescence absorbée (FTA-ABS). Si le test tréponémal spécifié n'est pas disponible ou s'il est positif, Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) exige la prestation d'un traitement conforme aux *Lignes directrices canadiennes sur les ITS*⁵⁴.

À l'arrivée au Canada de la personne, CIC lui demande de se présenter à l'autorité locale de la santé publique dans le cadre du processus d'immigration, et une formule « S », sous le code « S »2.04, est remise à la personne et à la compétence provinciale où la personne a l'intention de résider⁵⁵. Un avis est envoyé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) à la compétence locale de la personne immigrante. L'avis du MSSLD est accompagné du document dont le modèle figure à l'Annexe M (formule de surveillance médicale envoyée si l'examen médical a été effectué à l'extérieur du Canada), ou

du document dont le modèle figure à l'Annexe N (formule envoyée si l'examen médical a été effectué au Canada).

Considérations

Les personnes en cause ont été examinées par des médecins au service de CIC et sont considérées comme ayant reçu un traitement adéquat de la syphilis. Il n'y a donc aucun risque de transmission de l'infection et aucune intervention de santé publique ne s'impose. Le personnel de la santé publique aura soin de consigner ces cas dans la base de données provinciale, à des fins de surveillance. La consultation de dossiers renfermant des données épidémiologiques et thérapeutiques sur le cas facilitera l'interprétation appropriée des sérologies futures pratiquées chez la même personne.

CIC demande toutefois à chacune de ces personnes d'entrer en contact avec le bureau local de la santé publique dans les 30 jours suivants. Au moment où la personne communique avec le bureau de santé, le préposé à l'accueil doit :

- répondre à toute question posée relativement à la syphilis;
- rappeler à la personne que, même si elle a reçu un traitement adéquat, les anticorps seront toujours présents dans son sang et qu'elle recevra toujours un diagnostic positif pour la syphilis;
- conseiller à la personne d'informer son fournisseur de soins de santé de ses antécédents thérapeutiques et du fait qu'elle présente une sérologie positive pour la syphilis.

Incidences pour les politiques

Le MSSLD devrait demander à CIC de ne plus diriger ces clients au bureau de santé local, car aucune intervention de santé publique n'est nécessaire à leur égard. Il serait utile que CIC continue à transmettre les renseignements relatifs aux personnes qui sont estimées être des cas de surveillance médicale du point de vue de l'Immigration, de façon à pouvoir les consigner à titre de cas traités dans la base de données provinciale, à des fins de surveillance. Puisque ces cas sont non infectieux et ont déjà été traités, aucune autre mesure de santé publique ne s'impose.

IV. Gestion des contacts

10. Vue d'ensemble de la gestion des contacts

Recommandations :

- 10.1 Le personnel du bureau de santé responsable de la localisation des contacts doit être ouvert aux différences culturelles, posséder de bonnes compétences en counselling et adopter à l'égard des clients une attitude neutre et aidante. [IIIB]**
- 10.2 Le personnel du bureau de santé responsable de la localisation des contacts doit se tenir au courant des ressources et services disponibles aux fins de l'aiguillage local, notamment des moyens de soutien aux personnes exposées à des situations de violence familiale ou d'abus sexuel. [IIIB]**

Données de base

La localisation des contacts constitue un volet primordial de la gestion des cas en santé publique. Il s'agit d'un processus exigeant, qui demande parfois beaucoup de temps, une combinaison particulière de compétences et d'expérience, et une bonne connaissance des communautés les plus touchées. Pour son efficacité, cette opération repose sur la bonne volonté et la coopération du sujet atteint, le cas index. Si le fournisseur de soins de santé veut se rallier cette coopération, il doit se montrer ouvert et dénué de préjugés. La localisation des contacts englobe un composant éducation, c'est-à-dire que le cas index et ses contacts doivent être renseignés sur la nature et les répercussions de l'infection, ses modes de prévention et de transmission, ainsi que les possibilités de traitement. Le fournisseur de soins de santé doit être sensible aux différences culturelles et posséder de bonnes compétences de base en counselling et des qualités humaines telles que tact, empathie et capacité de percevoir l'état physique, affectif et social du client. Le fournisseur doit être au courant des services de traitement et de soutien disponibles et connaître à fond la LPPS et les autres aspects juridiques de la gestion des ITS en Ontario.

La localisation des contacts est souvent prise en charge dans le cadre des soins cliniques et peut ainsi être effectuée par le fournisseur de soins de santé qui pose le diagnostic d'ITS. Or, selon des recherches menées aux États-Unis, il arrive fréquemment que les fournisseurs de soins primaires ne procèdent pas à la localisation des contacts, parce qu'ils supposent que cette démarche incombe à la santé publique ou qu'ils préfèrent se fier exclusivement au patient pour la localisation et la notification/aiguillage de ses contacts⁵⁶. En plus de ne pas considérer la localisation des contacts comme étant de leur ressort, les fournisseurs de soins primaires peuvent être trop occupés ou manquer des compétences nécessaires pour réussir cette démarche. Voilà qui soulève la question suivante : le personnel du bureau de santé doit-il s'assurer que les fournisseurs de soins cliniques ont effectué la localisation des contacts, et, si oui, dans quelles circonstances. Généralement, à la réception des résultats des tests de laboratoire, la discussion que le bureau de santé tient avec le fournisseur de soins de santé ou le patient comprend la détermination de l'entité responsable de la localisation des contacts. Lors de l'enquête sur les pratiques de santé publique en Ontario menée en 2006 par le Groupe de travail sur les ITS, on a voulu savoir si les programmes de lutte contre les ITS s'assuraient que la localisation des contacts avait effectivement eu lieu. Selon les résultats, il y aurait une variation importante à ce sujet, tant entre les bureaux de santé pour une même maladie qu'entre les diverses maladies dans un même bureau de santé. Cette variation est probablement, du moins en partie, attribuable à un problème de ressources et, à ce titre, devrait être examinée parallèlement à la question de la détermination des priorités en localisation des contacts.

Priorités en localisation des contacts

La localisation des contacts relativement à certains patients peut être considérée comme hautement prioritaire s'il s'agit de maladies pouvant être mortelles ou entraîner des séquelles majeures. Au nombre de ces maladies, il y a le VIH, la syphilis infectieuse et les infections pour lesquelles les contacts sont des femmes enceintes ou des femmes jeunes ayant un risque accru d'atteinte inflammatoire pelvienne. S'il s'agit du VIH, la priorité absolue va aux partenaires qui ont été exposés au cours des 72 heures précédentes et pourraient être admissibles à une prophylaxie postexposition (PPE), aux partenaires des cas index qui présentent une coinfection avec une autre ITS (ce qui accroît le risque de transmission du VIH), de même qu'aux partenaires dont la première exposition connue a eu lieu au cours des trois derniers mois et qui pourraient donc être atteints d'une infection aiguë, à risque très élevé de transmission de la maladie⁵. La localisation des contacts devrait généralement être considérée comme plus urgente dans les situations où il existe un risque imminent que le contact transmette une infection à d'autres. Au nombre de ces situations, il y a les contacts susceptibles d'avoir des rapports non protégés avec d'autres partenaires sexuels ou de continuer à échanger du matériel d'injection utilisé avec d'autres, ou un contact qui est une femme enceinte. Dans ces situations, il est particulièrement important de s'assurer que la localisation des contacts a eu lieu, et le personnel du bureau de santé peut exiger de communiquer directement avec le contact ou de recevoir la confirmation écrite du fournisseur de soins de santé que le contact a reçu de l'information, du counselling et une évaluation de façon appropriée. On trouvera à l'Annexe O des spécimens de lettres adressées par le bureau de santé à des fournisseurs de soins de santé au sujet de leur responsabilité quant à la localisation des contacts.

Questions d'éthique et de droit

Le bureau de santé a la responsabilité éthique et juridique d'avertir les personnes qui peuvent avoir été exposées à une maladie transmissible. Il a également l'obligation éthique et juridique de protéger le caractère confidentiel des personnes atteintes d'une maladie transmissible. Par conséquent, les contacts ne sont pas informés de l'identité de la personne pouvant être à l'origine de leur infection; ils apprennent simplement qu'ils ont été nommés à titre de contacts d'une personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement. Les programmes de lutte contre les ITS des bureaux de santé, qui sont responsables devant la Loi de veiller à ce que les contacts soient avisés de leur exposition et se voient offrir du counselling et des tests de dépistage, ont besoin de mécanismes pour s'assurer que, lorsque le patient ou un autre fournisseur de soins de santé s'engage à localiser les contacts, cela a effectivement été fait. Cette mesure est particulièrement importante dans le cas d'un partenaire sexuel à long terme, qui peut être exposé au virus du VIH en permanence.

Cas et contacts perdus pour le suivi

Dans les situations où les tentatives du personnel de la santé publique pour localiser les contacts n'ont pas abouti, les critères qui permettent de déclarer qu'un contact est perdu pour le suivi sont analogues à ceux de la déclaration d'un cas perdu pour le suivi. Avant de faire ce genre de déclaration, l'enquêteur doit s'assurer que différents moyens ont été mis en œuvre, au cours d'une période de temps raisonnable (des semaines plutôt que des jours, afin de tenir compte d'absences prolongées), pour tenter de localiser la personne. Au nombre de ces moyens, il y a les appels téléphoniques (le jour et le soir), les lettres envoyées par courrier ordinaire et recommandé, et les visites au domicile. Récemment, d'autres moyens se sont ajoutés : courriel, messagerie texte et Internet (pour un exposé plus détaillé sur l'utilisation de ces technologies, voir Section 13). Qu'on se serve d'un moyen ou d'un autre, le caractère confidentiel des renseignements sur la santé d'une personne doit être préservé.

Gestion des cas récalcitrants

Le cas index est parfois réticent à coopérer, qu'il s'agisse d'informer ses contacts ou de fournir des détails sur ses contacts au fournisseur de soins de santé et/ou au bureau de santé. Il est utile que le fournisseur puisse surmonter cette réticence et réévaluer le cas index. Le tableau ci-dessous, tiré d'une publication de l'Australasian Society for HIV Medicine, expose des motifs possibles (souvent en combinaison) de la réticence à coopérer et des suggestions de stratégies pour la vaincre⁵⁷. D'autres facteurs ne figurant pas ici – tels que les déterminants sociaux, la crainte de la stigmatisation et de la discrimination, la crainte du rejet ou de mauvais traitements de la part du partenaire – peuvent aussi influencer sur la volonté du patient de coopérer à la notification des contacts, ce dont on traitera en fonction des besoins de chaque client.

Motif	Stratégies suggérées
Crainte d'une perte de confidentialité	Offrir la possibilité de l'anonymat grâce à la notification/aiguillage par le fournisseur
Manque d'assurance du client	Pratique du jeu de rôle (peut-être avec l'aide d'un conseiller)
Le client n'accepte pas le diagnostic	Offrir de l'appui et un délai plus long
Logistique (temps/distance/les contacts ne savent pas où aller)	Renseigner sur la notification/aiguillage par le fournisseur, par d'autres organismes de santé/de soutien. La remise de médicaments au partenaire par le patient peut être appropriée.
Le client n'est pas conscient de la gravité des répercussions pour ses contacts	Dispenser de l'éducation au client
Le client se soucie peu des répercussions pour ses contacts	Expliquer que les contacts finissent généralement par savoir ce qui se passe. Renseigner sur le risque de réinfection et les prescriptions de la Loi.

Dans les circonstances où l'on sait qu'il y a des contacts hautement prioritaires qui ne reçoivent pas de notification et qu'aucune des stratégies ci-dessus n'a abouti, l'organisme de santé publique peut envisager de recourir à un ordre en vertu de l'article 22 de la LPPS pour forcer le patient à nommer ses contacts, de façon à pouvoir les informer. Cette mesure doit être étudiée sur une base de cas par cas. Le recours à un ordre en vertu de l'article 22 et de l'article 35 est exposé aux sections 5 et 6.

11. Localisation des contacts

Recommandations :

11.1 La notification/aiguillage par un fournisseur de soins de santé, la notification/aiguillage conditionnel et l'offre au patient du choix entre la notification/aiguillage par le fournisseur ou par le patient sont des mesures qui semblent toutes plus efficaces que la notification/aiguillage par le patient seulement. [IIB]

11.2 On peut améliorer la localisation des contacts par :

- la remise de médicaments au partenaire par le patient (voir Section 12); [IA]
- la remise par le patient à ses contacts de fiches d'aiguillage ou d'autres documents écrits; [IB]
- des rappels téléphoniques adressés au patient. [IB]

11.3 Le personnel de la santé publique et les fournisseurs de soins de santé qui oeuvrent régulièrement auprès d'une clientèle atteinte d'ITS doivent être formés pour procéder de façon compétente aux entrevues avec les patients et à la localisation de leurs contacts. [IIB]

11.4 Des données récentes permettent de recommander la participation directe du personnel de la santé publique (notification conditionnelle ou par le fournisseur) aux services dispensés aux partenaires en ce qui concerne toutes les personnes nouvellement diagnostiquées ou faisant l'objet d'une nouvelle déclaration d'infection à VIH ou de syphilis précoce, de même que, si les ressources le permettent, les patients atteints de gonorrhée et de chlamydia. [IIB]

11.5 Le bureau de santé devrait envisager la mise en train de mécanismes pour s'assurer que les contacts ont été localisés de façon adéquate dans les situations où le patient ou un fournisseur de soins de santé non affilié à l'organisme de santé publique s'est chargé de localiser les contacts [IIIB]. Cette mesure est particulièrement importante quand les contacts sont hautement prioritaires :

- les femmes enceintes et les jeunes femmes (de moins de 25 ans surtout), qui courent le risque de séquelles graves, telles qu'une atteinte inflammatoire pelvienne; [IIB]
- les contacts soupçonnés d'être des cas sources. [IIIB]

Données de base

La localisation des contacts consiste à informer les partenaires sexuels et de partage de seringues de leur exposition possible et à les inciter à se soumettre à un examen médical, à des tests et au traitement approprié. Cette opération a plusieurs objectifs :

- dépister les cas, ce qui peut être à l'avantage tant des partenaires (les amener à se faire traiter et réduire ainsi leur morbidité future) que du cas index (prévenir une réinfection dans le cadre d'une relation en cours)
- réduire la propagation de la maladie
- satisfaire à l'obligation éthique d'informer les partenaires de leur exposition à une ITS
- mieux définir l'épidémiologie d'une ITS au sein d'une population donnée

La localisation des contacts est un composant de longue date de l'approche adoptée en santé publique à l'égard de la lutte contre les ITS. On ne possède que des données probantes restreintes sur l'efficacité de diverses approches. Trois études examinent et comparent l'efficacité de différentes approches en localisation des contacts touchant l'ensemble des MTS et des stratégies d'amélioration de l'efficacité des méthodes employées pour ce faire. Parallèlement à ces travaux, une analyse documentaire réalisée par le groupe Cochrane en 2001, une étude axée sur la localisation des contacts expressément dans les cas de VIH et d'autres études plus récentes ont été analysées aux fins du présent document.

On a défini trois approches distinctes en localisation des contacts : notification/aiguillage par le patient, notification/aiguillage conditionnel ou sur contrat, et notification/aiguillage par le fournisseur (voir le Glossaire pour la définition de ces termes). De plus, une notification conjointe, soit la notification à la fois par le fournisseur et par le patient, a aussi été décrite, bien qu'on ne l'ait pas évaluée formellement⁵⁸.

Selon certains modèles de localisation des contacts, on offre au patient la possibilité d'aviser ses partenaires lui-même ou de demander au fournisseur de le faire, de sorte qu'il a le choix du mode de notification à l'égard de différents partenaires (par exemple, il peut préférer notifier lui-même son partenaire régulier, mais demander que ce soit un fournisseur qui notifie les partenaires passés ou les partenaires occasionnels).

Certains problèmes importants se rattachent expressément à la localisation et au suivi des contacts lorsqu'il s'agit d'une ITS virale incurable par opposition aux ITS bactériennes, à l'égard desquelles on dispose d'un traitement efficace aux antibiotiques. S'agissant d'ITS bactériennes telles que la syphilis infectieuse, la gonorrhée et la chlamydia, l'objectif immédiat est d'assurer un traitement efficace aux contacts atteints et de prévenir la réinfection du cas index, tandis que l'objectif général est de réduire le fardeau global de la maladie au sein de la population. Les ITS virales, le VIH tout spécialement, motivent des préoccupations

croissantes; il est donc devenu important de considérer toute ITS comme un marqueur de risque accru, et d'y voir une occasion de souligner la nécessité de modifier les comportements sexuels à risque. En ce qui concerne le VIH, la modification des comportements est le principal instrument de prévention. La nécessité d'appuyer le changement de comportement exige des praticiens en santé publique de bonnes compétences en counselling et stratégies d'intervention brève, ou encore la capacité d'aiguiller les patients vers les ressources appropriées. (Voir Section 3)

Considérations

Pour être efficace, la localisation des contacts exige la coopération des patients, qui doivent nommer leurs contacts et les informer, ou fournir les renseignements nécessaires pour qu'on puisse les informer. Cette opération requiert donc la capacité d'interagir avec les patients lors des entrevues et de les amener à coopérer. Les praticiens en santé publique doivent être formés de façon à pouvoir mener des entrevues fructueuses avec les patients. Comme les fournisseurs de soins de santé sont souvent les professionnels qui interagissent avec les patients, eux aussi doivent être bien formés en conduite des entrevues. Aux États-Unis, des recherches ont permis de constater que, bien souvent, les médecins ne se considèrent pas responsables de la localisation des contacts; ils supposent que les patients y veilleront eux-mêmes ou que cela sera fait par l'organisme local de santé publique (lequel n'a généralement pas les ressources nécessaires)⁵⁶. On ne dispose pas de résultats de recherche comparables au Canada, mais ce constat suggère que le bureau de santé doit être très explicite avec les fournisseurs locaux de soins de santé quant au mode de localisation des contacts et à la détermination des formules de coopération en vue de résultats optimaux. Les fournisseurs de tests du VIH à titre anonyme forment une catégorie à part, étant donné que les clients qui se soumettent à un dépistage anonyme reçoivent du counselling au centre de dépistage à propos de la notification à leurs partenaires et de la nécessité de divulguer leur infection à tous leurs partenaires futurs; ces personnes peuvent demander de l'aide pour la notification aux partenaires, mais ne sont pas déclarées sous leur nom à l'autorité de la santé publique aux fins du suivi en santé publique du patient et de ses contacts.

Il faut trouver un juste équilibre entre les efforts déployés pour obtenir des données sur les cas individuels et l'importance de maintenir de bonnes relations de travail, spécialement avec les membres de minorités ethniques et sexuelles. Il faut beaucoup de tact concernant les barrières et problèmes qu'affrontent les patients quand il s'agit de la notification aux partenaires, tout particulièrement les inquiétudes et craintes qui entourent la possibilité de violence familiale. Ces impacts négatifs ont fait l'objet de très peu de recherches pouvant guider la pratique.

Le dépistage de nouveaux cas parmi les contacts qui eux-mêmes ont d'autres partenaires sexuels a nécessairement une incidence épidémiologique plus grande que parmi les partenaires monogames. Lorsque les patients nomment plusieurs contacts, ceux-ci sont susceptibles d'être des partenaires occasionnels, qui peuvent être plus difficiles à joindre et demander davantage de temps. Dans ce type de situation, il faut viser l'équilibre entre l'utilisation des ressources et l'importance épidémiologique des contacts à localiser. Il est important d'essayer de joindre et de traiter les contacts qui sont probablement des cas index ou sources, dans leur intérêt propre et aussi pour éviter la réinfection du patient identifié.

Données probantes

On trouvera à l'Annexe P des tableaux qui donnent des précisions sur les études examinées. Trois analyses documentaires systématiques, dont l'une a été effectuée par le groupe Cochrane, résument les études disponibles jusqu'en 2001. Deux de ces analyses^{59, 60} englobaient toutes les études ayant effectué une comparaison entre deux ou plusieurs groupes ou maladies, avec ou sans randomisation. Ces analyses portaient sur des pays développés seulement, tandis que Macke et coll. restreignaient la leur aux États-Unis. L'analyse du groupe Cochrane⁶¹ faisait état d'essais contrôlés randomisés pour la comparaison d'au moins deux stratégies de rechange pour la localisation des contacts, et s'efforçait d'inclure des études sur les pays en développement aussi bien que sur les pays développés.

Oxman et coll. (1994)⁵⁹ concluaient à l'existence de données allant de modérément à assez fortement probantes sur le fait que, s'agissant du VIH, la notification par le fournisseur aboutit à la notification d'un plus grand nombre de contacts qu'une notification par le seul patient, mais, à l'égard des autres ITS, cette corrélation demeurerait imprécise. Ces chercheurs concluaient aussi à l'existence de données fortement probantes quant à l'efficacité de moyens simples pouvant améliorer la notification par le patient, tels que fiches d'aiguillage et rappels téléphoniques en vue d'augmenter le nombre des contacts qui se font traiter.

Pour leur part, Macke et coll. (1999)⁶⁰ tiraient la conclusion que la notification par le fournisseur aboutit à la notification et à l'examen médical d'un plus grand nombre de contacts que la notification par le patient. Ces chercheurs ne se penchent pas sur différents moyens d'améliorer la notification par le patient.

Mathews et coll. (2001)⁶¹ relevaient, dans tous les essais examinés, un certain risque de biais et une certaine variabilité de conception pouvant affecter la comparaison, de même que la possibilité de différences culturelles à cet égard, surtout si l'on considère l'application aux États-Unis des résultats des deux études portant sur des pays en développement, et vice-versa. Ces chercheurs concluent qu'il n'existe pas de données cohérentes et probantes sur les effets relatifs de la notification par le patient par opposition à une notification conditionnelle et selon un choix de modes, mais ils citent les résultats de Levy et coll. (1998)⁶². Ces derniers relèvent la préférence de nombreux patients, en particulier des personnes atteintes de VIH, pour la notification par le fournisseur, si l'identité du patient n'est pas révélée au contact. Les chercheurs concluent à l'existence de preuves modérément probantes voulant que la notification par le fournisseur uniquement, ou le choix entre la notification par le fournisseur et par le patient, si on les compare avec la notification par le patient uniquement, accroît le taux des contacts qui demandent un examen médical. Ils concluent en outre que la notification conditionnelle, si on la compare avec la notification par le patient dans les cas de gonorrhée, aboutit à la demande d'un examen médical par un plus grand nombre de contacts⁶³. L'étude montre également que, si l'on joint une séance d'éducation sanitaire, dispensée verbalement par une infirmière, à un counselling axé sur le patient par des travailleurs non spécialistes, on constate une légère augmentation du taux des contacts traités par comparaison avec la formule des soins standard aux patients atteints de l'une ou l'autre MTS⁶⁴. Il semble que, en l'absence de preuves convaincantes, l'offre d'un choix au patient peut être la solution la plus appropriée; certains faits semblent indiquer^{65, 66} que cette solution est la plus efficace, bien qu'elle n'élimine pas le risque de conflit familial, comme le font remarquer Faxelid et coll. (1996)⁶⁶.

Hogben et coll. ont effectué une analyse systématique de l'efficacité des services d'aiguillage et de counselling dispensés aux partenaires des patients atteints de VIH en vue de hausser le taux de dépistage des patients séropositifs pour le VIH dans les pays à revenu élevé⁶⁸. Selon ces chercheurs, il y aurait des preuves de l'efficacité de la notification par le fournisseur aux partenaires des personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic d'infection à VIH qui seraient suffisantes pour appuyer une recommandation à l'égard de cette option⁶⁷. On ne dispose pas de suffisamment d'études pour déterminer le degré d'efficacité de la notification aux partenaires par le patient lui-même. Deux des études analysées^{68, 69} suggèrent que les services d'aiguillage et de counselling aux partenaires pourraient être efficaces pour la modification des comportements et la réduction de la transmission, mais les preuves ont été considérées insuffisantes pour tirer des conclusions fermes, et on recommandait un supplément de recherche à cet égard. On n'a relevé aucune donnée probante quant aux préjudices associés à ces services, mais on cite des rapports anecdotiques de violence familiale; là encore, un supplément de surveillance et de recherche sur la question est certainement nécessaire.

Plusieurs études appuient également la thèse de la rentabilité probable des services de notification aux partenaires en ce qui touche le VIH^{70, 71, 72, 73}.

Leçons tirées de l'expérience

Les praticiens en santé publique localisent les contacts par différents moyens : message téléphonique, courriel, messagerie texte et entrevue en personne. Notre enquête sur les pratiques de gestion des cas d'ITS en santé publique en Ontario a révélé que 29 des 32 bureaux de santé considéraient les appels/messages téléphoniques comme assez ou très efficaces; 23 sur 32 considéraient les lettres comme assez ou très efficaces; 18 sur 28 considéraient une visite à la clinique du bureau de santé comme assez

ou très efficace; 8 sur 21 considéraient les visites à domicile comme assez ou très efficaces; et 6 sur 14 considéraient les courriels/messages comme assez efficaces (aucun ne les trouvait très efficaces). Cependant, les faibles taux d'efficacité perçue doivent être interprétés à la lumière de la probabilité que des moyens tels que les visites à domicile et les courriels/messages servent principalement dans des cas relativement délicats. L'efficacité doit être jaugée non seulement d'après la capacité de joindre le contact, mais aussi d'après la capacité de se rallier sa coopération pour la localisation d'autres contacts, le suivi médical et, en fin de compte, la modification des comportements à risque.

Les bureaux de santé peuvent envisager la possibilité de recourir à un ordre pour obtenir le nom des contacts ou d'obtenir des contacts qu'ils se présentent pour évaluation. Moins de la moitié des bureaux de santé déclaraient avoir déjà eu recours à des mesures législatives (ordres en vertu de l'article 22) concernant des ITS autres que le VIH; seuls cinq des bureaux déclaraient avoir eu recours à des ordres touchant la gestion des contacts de patients atteints d'ITS bactériennes. De ce nombre, trois rapportaient que les ordres donnent toujours ou presque toujours des résultats.

Les informateurs clés qui ont répondu à notre enquête sur les pratiques ayant cours dans les compétences canadiennes autres et des compétences internationales déclaraient qu'ils tentent habituellement de s'assurer que la localisation des contacts a été effectuée s'il s'agit du VIH, et, dans l'une des compétences, dans le cas également de la syphilis infectieuse. Dans l'une des compétences (mais non dans la plupart), on restreint cette vérification aux partenaires à long terme.

Les bureaux de santé de l'Ontario manifestent une grande diversité dans les moyens actuellement employés pour localiser les contacts. Certains des bureaux déclarent procéder eux-mêmes à cette localisation : taux médian de 70 % dans les cas de chlamydia (fourchette de 10 à 100 %), de 75 % dans les cas de gonorrhée (fourchette de 10 à 100 %) et de 70 % (fourchette de 5 à 100 %) dans les cas de syphilis infectieuse. La fourchette étendue relative à chaque infection suggère que certains des bureaux se fient en grande partie au patient pour la localisation des contacts et leur notification; ils devront peut-être évaluer l'efficacité de cette méthode dans leur contexte particulier.

Les bureaux de santé déclarent des taux de succès relativement bons pour ce qui est de joindre les contacts nommés auxquels ils se chargent d'effectuer la notification : taux médian de 80 % dans les cas de chlamydia (fourchette de 40 à 98 %); de 80 % dans les cas de gonorrhée (fourchette de 50 à 100 %); de 80 % dans les cas de syphilis infectieuse (fourchette de 25 à 100 %) et de 85 % dans les cas de VIH (fourchette de 10 à 100 %). De 90 à 100 % des bureaux, selon la maladie, utilisent le téléphone/la messagerie vocale et le courrier postal comme moyens de joindre les partenaires, et de 26 à 35 % utilisent le courriel/la messagerie texte dans une certaine mesure. Pour des commentaires plus détaillés sur l'utilisation des moyens électroniques, voir Section 13.

Incidences pour les politiques

La notification par le fournisseur de même que les moyens d'améliorer la notification par le patient, tels que l'éducation des patients et les rappels téléphoniques, exigent des ressources adéquates en personnel.

Incidences pour la recherche

Il faudra un supplément de recherche et un plus grand nombre d'études méthodologiques rigoureuses pour comparer les moyens de localisation des contacts et déterminer leur rentabilité relative. Il faudra également étudier les méthodes d'éducation des fournisseurs, afin d'améliorer la localisation des contacts et d'évaluer les méthodes alliant la formation des fournisseurs et l'éducation des patients. On a besoin d'un supplément d'information sur les préjudices potentiels de la localisation des contacts et sur les façons d'y remédier.

12. Remise de médicaments au partenaire par le patient

Recommandations :

12.1 S'il y a échec des moyens habituels de localisation des contacts, il faudrait envisager la remise de médicaments au partenaire par le patient (RMPP) comme solution possible pour les contacts difficiles à joindre des patients atteints de gonorrhée ou de chlamydia [IA]. À cet effet, les seules données probantes dont on dispose proviennent d'études sur des hétérosexuels, hommes et femmes.

- le recours à la RMPP doit se faire avec prudence dans les populations à risque élevé de VIH et de syphilis;
- les feuilles d'information à l'intention des patients doivent faire partie de la trousse lors de la RMPP;
- l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a publié un énoncé de politique autorisant la RMPP (consultable à : www.cpsso.on.ca/policies/drug_prac.htm).

Données de base

Si l'on veut prévenir la réinfection des patients atteints de gonorrhée ou de chlamydia, les contacts de ces derniers doivent recevoir en temps utile un traitement approprié aux antibiotiques. Tant la gonorrhée que la chlamydia peuvent avoir des répercussions graves, en particulier pour les contacts féminins non traités et pour les femmes qui sont réinfectées, lesquelles peuvent contracter une maladie inflammatoire pelvienne assortie d'un risque élevé d'infertilité ou de grossesse ectopique, en raison de lésions tubaires. Cependant, comme un grand nombre des contacts infectés sont asymptomatiques, ils sont peu susceptibles de consulter. Même lorsque les fournisseurs informent les patients de la nécessité d'un traitement pour leurs contacts, on constate que certains des contacts ont un accès restreint aux soins médicaux ou préfèrent ne pas en demander.

La remise de médicaments au partenaire par le patient (RMPP) est la pratique clinique selon laquelle on traite les partenaires sexuels du patient qui a reçu un diagnostic de gonorrhée ou de chlamydia en confiant au patient une ordonnance ou des médicaments à remettre à chacun de ses partenaires, sans examen médical préalable par le fournisseur de soins de santé. Cette formule vise tout particulièrement à assurer un traitement aux partenaires difficiles à joindre, qui pourraient autrement ne pas être traités; elle peut aussi contribuer à s'assurer que les partenaires sont traités en même temps, de façon à éviter une réinfection. Il est établi que, à moins de traiter les deux partenaires lorsque l'un d'eux est atteint de gonorrhée ou de chlamydia, il y a hausse du risque de maladie inflammatoire pelvienne chez les partenaires femmes, ainsi qu'un taux important de réinfection des cas index^{74, 75, 76}. Les Centers for Disease Control sont arrivés à la conclusion que la RMPP est une « formule utile » pour améliorer le taux de traitement des partenaires, en particulier chez les partenaires hommes des femmes atteintes gonorrhée ou de chlamydia. En août 2006, les CDC recommandaient la pratique de la RMPP à l'égard des partenaires hétérosexuels des femmes et des hommes atteints de gonorrhée et de chlamydia, dans leur document intitulé *Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases*⁷⁷.

On préconise actuellement la RMPP dans plusieurs compétences des États-Unis, dont la Californie. La version courante des *Lignes directrices canadiennes sur les ITS* rapporte des données probantes à l'appui de la RMPP, sans toutefois formuler de directives quant à cette formule de traitement.

Considérations

Les preuves disponibles se rapportent uniquement à la pratique de la RMPP chez les femmes et les hommes hétérosexuels atteints de gonorrhée et de chlamydia. On ne dispose d'aucune donnée probante touchant son efficacité chez les HARSAH, non plus que dans les cas de syphilis. Il existe de bonnes raisons d'user d'une grande prudence quant à son utilisation dans les populations à risque élevé pour la syphilis et le VIH, puisque cette forme de traitement peut abaisser la probabilité que les partenaires à risque élevé soient évalués quant à ces infections, et qu'elle pourrait aboutir au traitement partiel ou inadéquat des partenaires infectés à la syphilis. Il est également nécessaire de veiller à ce que les patients comprennent

l'importance de la RMPP et à ce que leurs partenaires reçoivent des renseignements précis au sujet de leur traitement et des risques et effets secondaires possibles.

Il faudrait peser les avantages de la RMPP en regard de ses inconvénients possibles :

- la possibilité de réactions allergiques ou d'autres effets indésirables liés aux médicaments;
- la possibilité que les partenaires traités sans une évaluation clinique préalable présentent des ITS concurrentes ou des séquelles, telles qu'une atteinte inflammatoire pelvienne, identifiables uniquement s'ils se soumettent à un examen médical;
- la possibilité que le recours à la RMPP élimine une occasion de conseiller aux partenaires sexuels de renvoyer leurs autres partenaires pour évaluation et traitement (on perd également une occasion de conseiller les partenaires au sujet de la réduction du risque par des pratiques sexuelles sécuritaires).

Données probantes

La stratégie de la RMPP a fait l'objet de trois essais contrôlés randomisés aux États-Unis et d'un autre en Ouganda. Nous examinerons ici les trois essais américains selon nos critères d'évaluation des données probantes les plus pertinentes pour la pratique ontarienne en santé publique.

Schillinger et coll. (2003)⁷⁸ ont étudié la RMPP (des femmes transmettaient le traitement à leurs partenaires masculins) comme solution de rechange à la notification aux partenaires par le patient chez des femmes atteintes d'une infection à chlamydia récidivante. Les chercheurs ont découvert des taux d'infection récidivante comparables dans les deux groupes, ce qui suggère que la RMPP avait été aussi efficace que la notification par le patient, avec déclaration d'un taux élevé d'observance.

Golden et coll. (2005)⁷⁵ ont voulu déterminer si la RMPP ne pourrait pas abaisser le taux des infections à chlamydia ou à gonorrhée récurrentes ou persistantes chez les femmes et chez les hommes hétérosexuels. Ils ont constaté que la RMPP abaissait considérablement le taux d'infection récurrente ou persistante pour la gonorrhée en comparaison de la notification standard aux partenaires par le patient, et qu'elle aboutissait à un taux qui n'était pas très différent (ni moins bon) de la notification standard aux partenaires pour la chlamydia. Les patients qui avaient bénéficié d'une RMPP étaient beaucoup plus susceptibles que ceux qui avaient reçu une notification standard de déclarer que tous leurs partenaires avaient été traités et beaucoup moins susceptibles de déclarer avoir des relations sexuelles avec un partenaire non traité.

Kissinger et coll. (2005)⁷⁹ ont mené un essai contrôlé randomisé visant à déterminer si la RMPP n'était pas plus efficace que deux autres méthodes de notification aux partenaires par le patient touchant l'administration d'un traitement aux antibiotiques aux partenaires sexuels d'hommes atteints d'urétrite et la réduction de la récurrence de la chlamydia et de la gonorrhée. Chez les hétérosexuels masculins atteints d'urétrite, la RMPP avait été plus efficace que la notification standard aux partenaires par le patient concernant le traitement des partenaires et la prévention de la récurrence de l'infection à chlamydia ou à gonorrhée. La RMPP a aussi donné des résultats analogues à ceux de l'autre méthode de notification aux partenaires, laquelle comportait la remise aux patients d'une brochure renfermant de l'information à l'intention du ou des partenaires et des directives thérapeutiques à l'intention des professionnels. Les partenaires pouvaient alors se présenter à la clinique de leur choix. Les auteurs suggèrent que cette dernière stratégie pourrait constituer une solution de rechange lorsque la RMPP est considérée comme non acceptable ou impraticable.

Outre ces essais randomisés, deux études fondées sur l'observation ont été menées aux États-Unis : Ramstedt et coll. (1991)⁸⁰ ont étudié la RMPP au nombre de quatre stratégies non randomisées en gestion de cas des partenaires de femmes atteintes d'une infection à chlamydia, et découvert que la RMPP aboutissait au plus faible taux de réinfection en comparaison de l'absence de gestion de cas des partenaires, d'un counselling visant l'aiguillage des partenaires et d'un counselling visant l'aiguillage des partenaires avec surveillance de l'observance thérapeutique.

Kissinger et coll. (1998)⁸¹ ont comparé la RMPP à la notification standard aux partenaires par le patient au cours d'une étude fondée sur l'observation d'une cohorte de femmes atteintes de chlamydia, et ils ont constaté une importante réduction du nombre de nouveaux cas d'infection dans le groupe ayant fait l'objet

d'une RMPP, bien que leur modèle ait été inapte à distinguer entre les cas d'échec du traitement et les cas de réinfection au sein de la cohorte.

Une enquête nationale menée en 1999-2000 aux États-Unis auprès des médecins spécialistes les plus susceptibles de diagnostiquer des maladies transmissibles sexuellement a révélé que de 50 à 56 % d'entre eux avaient déjà eu recours à la RMPP, et que de 11 à 14 % y recouraient habituellement ou systématiquement. Les médecins étaient plus susceptibles de recommander la RMPP aux cas index mettant en cause des femmes blanches, ce qui suggère qu'il pourrait être particulièrement pressant d'améliorer l'accessibilité de cette solution pour les membres des minorités et pour les femmes partenaires des cas index masculins⁸² (Hogben et coll., 2005).

Une étude effectuée en 2007 par Golden et coll. rendait compte de l'évaluation d'un programme de RMPP pour la gonorrhée et la chlamydia, institué en 2004 par les autorités de la santé publique des comtés de Seattle et de King County, aux États-Unis⁸³. Le programme consistait à encourager le recours systématique à la RMPP chez les fournisseurs de soins de santé à l'intention des patients hétérosexuels atteints d'une gonorrhée ou d'une chlamydia. La recommandation était accompagnée d'une provision de médicaments gratuits et d'une formule de triage et de déclaration des cas pour faciliter la localisation des contacts par le bureau de santé. La formule de déclaration des cas demandait au fournisseur de soins de santé de cocher l'une de trois options : tous les partenaires déjà traités; tous les partenaires devant être traités par le fournisseur de soins de santé; ou demande d'aide au service de santé pour la notification aux partenaires et leur traitement. L'évaluation concluait que la proportion des cas à l'égard desquels on déclarait que tous les partenaires avaient été traités avait augmenté, passant de 39 % avant la tenue du programme à 65 % après sa mise en oeuvre.

Jusqu'ici, il semble qu'on n'ait réalisé aucune étude sur les problèmes propres à un genre ou à une culture quant à l'application de la RMPP. Le fait que, sur les trois essais contrôlés randomisés, il y en ait eu un dont les sujets étaient uniquement des femmes, un deuxième dont les sujets étaient uniquement des hommes, et un troisième dont les sujets étaient des deux genres suggère que la RMPP pourrait être indiquée pour les hétérosexuels, peu importe le genre du cas index.

On trouvera à l'Annexe Q un tableau récapitulatif de toutes les études sur la RMPP qui ont été analysées.

Leçons tirées de l'expérience

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO) a formulé une politique autorisant les médecins à préconiser la RMPP (définie par le biais d'une situation légitime où un médecin peut l'envisager en l'absence d'un rapport médecin-patient établi), dans les termes suivants : [traduction] « Traitement d'un partenaire sexuel d'un patient atteint d'une maladie transmissible sexuellement (MTS) qui, de l'avis du médecin, ne recevrait pas de traitement autrement et en présence d'un risque de transmission de la MTS »⁸⁴ (*Policy #2-05*, www.cpso.on.ca/policies/drug_prac.htm).

Les bureaux de santé désireux d'encourager les médecins de la collectivité à offrir la RMPP pourraient envisager de diffuser des renseignements là-dessus et au sujet de la politique de l'Ordre dans leurs communications avec les médecins de leurs régions respectives.

L'enquête sur les pratiques menée en 2006 par le Groupe de travail sur les ITS indiquait que 44 % des bureaux de santé procèdent à l'occasion à la RMPP. La raison la plus courante donnée pour ce faire est le refus du contact ou son incapacité de se rendre à la clinique de traitement des ITS ou de se soumettre à un traitement médical autre (y compris les contacts qui ne bénéficient pas de la couverture de l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP) ou qui n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments prescrits).

Incidences pour les pratiques

La RMPP devrait comprendre le nombre voulu de documents d'information à l'intention du patient, soit une copie à remettre à chacun des contacts; ces documents renseignent sur la maladie, les symptômes, le traitement ainsi que ses risques et effets secondaires possibles, en particulier les allergies aux

médicaments et leurs symptômes. Lorsque les contacts sont des femmes, on devrait les inciter à demander un examen médical si elles présentent des symptômes d'atteinte inflammatoire pelvienne (p. ex. fièvre, vomissements, douleurs au bas-ventre, douleurs lors des rapports, etc.), ou si elles sont enceintes. Les contacts hommes devraient être incités à demander un examen médical en cas de fièvre ou d'enflure des testicules. Il faudrait aussi inclure de l'information sur l'échec possible du traitement et la nécessité de demander un suivi médical si c'est le cas. Par exemple, il faudrait conseiller aux intéressés de consulter un fournisseur de soins de santé si leurs symptômes sont toujours présents sept jours après le traitement. On fournira également de l'information sur la prévention des ITS, VIH compris, par l'utilisation du condom et sur les centres de traitement des ITS et du VIH. On trouvera à l'Annexe R un spécimen de document à remettre aux patients (adaptation d'un document sur la RMPP publié par la Californie).

Aux fins de la pratique en santé publique, la RMPP exige la mise en place de directives médicales pour permettre aux membres des professions de la santé réglementées de préconiser la RMPP sous la surveillance d'un médecin responsable. Ces directives doivent satisfaire aux exigences de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Le bureau de santé devrait poursuivre sa gestion de cas, notamment quant à la recommandation voulant que le cas index passe de nouveau un test de dépistage trois mois après le premier, pour veiller au maintien de la guérison dans les situations où la RMPP est indiquée. En matière de RMPP, les options comprennent sa prestation par les cliniques de santé sexuelle et aussi la diffusion d'information auprès des médecins de la collectivité, afin qu'ils ajoutent la RMPP à leur pratique.

Incidences pour les politiques

En Ontario, les politiques actuelles autorisent les médecins à recourir à la RMPP s'ils le jugent opportun. Les politiques de santé publique de l'Ontario devraient comprendre des lignes directrices sur la RMPP dans les centres de santé publique qui suivent des directives médicales. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario devrait formuler des politiques sur la RMPP à l'intention des infirmières et infirmiers autorisés de la catégorie supérieure RN(EC).

Incidences pour la recherche

Relativement peu de recherches ont été réalisées sur la RMPP (aucune en Ontario), mais les données existantes sont de niveau I. Au minimum, les programmes de RMPP devraient réunir de l'information aux fins de l'évaluation du processus, dont la fréquence et les circonstances dans lesquelles on fait appel à la RMPP, ainsi que les résultats du suivi des patients. Il faudrait entreprendre une évaluation plus formelle des résultats de recherche quant au recours à la RMPP en Ontario pour ce qui est de la chlamydia et de la gonorrhée. Puisqu'on ne dispose actuellement d'aucune preuve quant à l'utilité de la RMPP pour les HARSAH atteints de chlamydia et de gonorrhée, il est essentiel que l'utilisation de la formule dans cette population se fasse dans le contexte d'un projet de recherche poussé et complet. Si l'on veut mieux comprendre la RMPP et son efficacité, il faudrait également mener des études sur les dimensions genre et culture.

13. Localisation des contacts par voie électronique/Internet

Recommandations :

13.1 Selon les écrits sur la localisation des contacts par voie électronique/Internet, il est peu probable que ces modes de communication deviennent les *seuls* moyens de joindre les contacts à ce stade; il reste que ce sont là des outils supplémentaires, qui peuvent être utilisés avec soin et judicieusement, en combinaison avec d'autres. [IIIB]

13.2 Les organismes qui désirent procéder à la localisation des contacts par voie électronique/Internet doivent se pencher sur les problèmes d'accessibilité, de confidentialité,

de formulation des renseignements, d'occasions de suivi et de possibilité d'une mauvaise utilisation. [IIB]

Données de base

La localisation des contacts peut se définir comme étant le processus au cours duquel des personnes sont informées de leur exposition à une infection transmissible sexuellement dans le but de les encourager à se soumettre à des tests et, si nécessaire, à un traitement⁸⁵. Ce processus, important pour la lutte contre les ITS⁸⁶, peut être effectué par le personnel de la santé publique (notification par le fournisseur) ou par un partenaire sexuel (notification par le patient)^{87, 88}. En localisation des contacts, une approche globale et complète est nécessaire, peu importe le moyen de communication adopté^{87, 88}.

Étant donné des ressources restreintes, la notification par le fournisseur peut ne s'adresser qu'aux patients, dans les populations à risque très élevé⁸⁹. De plus, même si les recherches menées par Apoola et coll.⁸⁵ suggèrent que les personnes avec lesquelles on communique au sujet de la possibilité d'une ITS préfèrent que la notification soit faite par le patient, le système ne peut dépendre uniquement de mesures prises par les patients eux-mêmes^{86, 89}.

En vue de définir un mode de localisation des contacts plus complet et plus efficace et ainsi restreindre la transmission des ITS, les chercheurs ont exploré tout un éventail de méthodes reposant sur la notification à la fois par le fournisseur et par le patient (voir Hogben, 2007, pour une analyse d'un bon nombre de ces études⁸⁷). Dans notre société de plus en plus « virtuelle », la localisation des contacts par voie électronique/Internet a suscité beaucoup d'intérêt. La localisation des contacts par Internet est particulièrement pertinente dans ce nouvel univers en devenir, où l'on rencontre ses partenaires sexuels en ligne et où les données électroniques peuvent être les seules disponibles pour identifier les contacts.

Considérations

Ainsi que le relève un auteur, [traduction] « Internet présente de grands défis en santé publique, mais on pourrait en tirer des avantages immenses si l'on sait s'en servir correctement »⁹⁰.

Tomnay, Pitts et Fairley (2005) commentent l'omniprésence d'Internet et du téléphone cellulaire comme moyens de communication, dans le monde tout entier⁹¹. Au cours des années qui se sont écoulées depuis la publication de cette recherche, ces outils sont devenus encore plus indissociables du quotidien.

Dans les écrits, on définit la localisation des contacts par voie électronique/Internet comme étant des tentatives de communiquer avec les partenaires par différents moyens : courrier électronique (courriel), messagerie texte (texto), forums de discussion et liens URL vers des documents sur les ITS sur le Web, outre un matériel de suivi (p. ex. lettres du fournisseur de soins de santé). Le cellulaire et les messages texto, bien que distincts d'Internet, font partie des moyens de communication commentés ici.

Données probantes

Nous résumons ci-dessous les résultats d'une large gamme d'études explorant l'efficacité de la localisation des contacts par voie électronique/Internet. Nous regroupons ces résultats selon deux catégories : 1) préférence relative, et 2) efficacité.

Préférence relative : Une étude d'Apoola et coll.⁸⁵ présente une discussion des plus détaillées sur les moyens de notification privilégiés. Les répondants ont exprimé une préférence pour des moyens de communication personnels (annonce directe par le partenaire) ou la suggestion de communiquer avec une clinique plutôt que l'annonce directe d'information au sujet d'une ITS. Seules un petit pourcentage de personnes considéraient préférable de recevoir un message texte (17 %) ou un courriel (9,1 %) leur apprenant qu'elles pourraient avoir contracté une ITS.

D'autres études indiquent qu'il n'existe pas de préférence unanime quant à un moyen de localisation des contacts, mais plutôt toute une gamme d'options. Les chercheurs ont constaté un niveau de préférence élevé (76 %) pour : la fourniture d'une adresse Web pour les contacts⁹¹ et des moyens d'annonce directe, en personne – à moins que le contact ne soit géographiquement éloigné⁹².

Efficacité des moyens de communication : Tomnay, Pitts et Fairley (2005)⁹¹ sont d'avis que l'évaluation de l'efficacité doit comprendre des questions sur la préférence du client, l'accessibilité et la confidentialité. Ce que nous savons sur la réussite d'un moyen doit être interprété en contexte, en tenant compte de nombreux facteurs, p. ex. : si la notification a été effectuée par le fournisseur ou par le patient, de quelle communauté il s'agissait (genre, âge, origine ethnique, HARSAH participant à un forum de discussion, clients de cliniques de santé sexuelle, etc.), le contexte de l'information et la façon de l'annoncer, le degré d'accessibilité des moyens de communication, tant pour le fournisseur que pour le contact. Vu la nature limitée des recherches dans ce secteur, les études exhaustives et les méta-analyses sont rares, ce qui fait obstacle aux généralisations. Les résultats présentés ici sont regroupés selon les segments de population en cause.

Personnes qui se servent d'Internet pour trouver des partenaires sexuels :

Un certain nombre d'études de cas ont exploré le succès de la localisation des contacts par voie électronique dans les situations où la personne avait trouvé des partenaires sexuels et communiqué avec eux via des forums de discussion sur Internet. Ces études, toutes effectuées aux États-Unis et principalement sur des populations de HARSAH, portent sur la notification relative à la syphilis.

Au cours d'une flambée de syphilis, deux personnes infectées avaient fourni au service de santé une liste de contacts accompagnée de leurs noms d'utilisateurs sur un site de clavardoir. Les courriels envoyés par le service de santé ont abouti à une notification confirmée de 42 % des partenaires « nommés »⁸⁷.

Dans une autre situation, le service de santé avait reçu 111 adresses courriel concernant les partenaires sexuels d'une personne atteinte de syphilis. Un courriel a été envoyé à toutes ces personnes, et 29 réponses ont été reçues⁹³.

Au cours d'une entrevue avec un patient, on avait obtenu le nom de dix contacts en ligne. On a retrouvé huit de ces derniers dans le cadre d'un clavardoir et sept d'entre eux se sont soumis à un diagnostic et à un traitement⁹⁰.

A l'occasion d'une flambée de syphilis, un fournisseur de services Internet avait envoyé un courriel à chacun des participants à un clavardoir, les informant de l'existence d'une grappe de cas de la maladie. Ces personnes ont été encouragées à consulter un médecin, et le nombre des personnes retracées via Internet qui se sont par la suite soumises à une évaluation a été « remarquablement élevé » en regard des résultats d'études antérieures sur des populations analogues⁹⁴.

Un homme qui avait été traité pour une syphilis accompagnée de gale déclarait avoir rencontré 16 partenaires sexuels sur Internet alors qu'il était infecté. Il a remis au service de santé 16 adresses et la copie des courriels qu'il avait envoyés à 13 partenaires. Sept de ces 13 personnes ont répondu et se sont soumises à des tests⁹³.

Clients de cliniques de santé sexuelle de 16 ans et plus : Une étude réalisée en Australie a porté sur 105 clients de cliniques de santé sexuelle qui avaient reçu un diagnostic d'urétrite non gonococcique (UNG) et de chlamydia. Ces personnes ont fait l'objet de l'une ou l'autre de deux interventions : 1) lettre standard de notification; 2) lien vers un site Web d'information à l'intention de leurs partenaires sexuels. Parmi les participants qui avaient reçu la lettre, 65 % l'ont transmise à leurs partenaires. Un pourcentage légèrement plus bas (55 %) de ceux qui avaient reçu le lien vers le site Web ont transmis la notification à un contact⁹². Dans l'ensemble, la majorité des sujets ont préféré communiquer avec leur(s) partenaire(s) en le(s) rencontrant en personne (45 %) ou en communiquant avec lui ou eux par cellulaire (38 %) plutôt que par Internet (25 %).

Dans un rapport récent sur l'utilisation d'inSPOT, un système en ligne de notification des partenaires de leur exposition possible à une ITS, on relève son utilité comme moyen pour les clients d'envoyer une carte électronique à leurs partenaires afin de les informer d'une exposition possible à une ITS, moyen qui donne également aux destinataires accès à de l'information en direct sur la maladie et sur les services offerts dans les cliniques de traitement des ITS. Au départ, ce système visait à améliorer la notification aux partenaires par les HARSAH, en particulier dans le contexte des partenaires occasionnels dont on ne connaissait que l'adresse courriel; mais des évaluations des besoins ultérieures ont mené à l'expansion du service dans d'autres compétences et à l'inclusion de sujets hétérosexuels, ce qui semble avoir été très bien accueilli⁹⁵.

Leçons tirées de l'expérience

Récemment, le bureau de santé de la région de Waterloo a mené des entrevues avec les responsables de trois bureaux de santé et de quatre centres de services de santé universitaires ontariens qui se servent du courriel comme outil de gestion des cas. Les résultats de l'enquête figurent à l'Annexe S. Dans l'ensemble, les données recueillies lors des entrevues révèlent que, pour certains services, le courriel est un moyen plus efficace que le téléphone pour rappeler aux clients de revenir à la clinique. L'enquête expose un certain nombre de moyens utiles en gestion des communications électroniques avec les clients.

Incidences pour les pratiques

Comme les données sur l'efficacité sont restreintes étant donné le petit nombre des exemples et la nature très spécifique des essais, il est important d'examiner les occasions et les défis d'ordre plus général que présentent ces moyens aux praticiens.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (2006)⁹⁶ signale que le médecin qui se sert de moyens électroniques pour communiquer avec ses patients peut, de différentes façons et par inadvertance, porter atteinte à la confidentialité (p. ex., la connexion à un réseau sans fil peut donner lieu à des problèmes de sécurité, le courriel peut être envoyé au mauvais destinataire par accident ou être lu par un destinataire non prévu, etc.). L'Ordre a exprimé très clairement qu'il incombe au médecin de s'assurer que des dispositions appropriées ont été prises en matière de sécurité. Il conseille fortement aux médecins d'obtenir le consentement du patient avant d'utiliser un moyen électronique pour lui communiquer des renseignements personnels sur sa santé. Lorsqu'ils demandent ce consentement, les médecins doivent informer le patient des risques inhérents à cette forme de communication.

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2005)⁹⁷ exprime des préoccupations analogues. On insiste sur le fait que le courriel constitue un mode de transmission de renseignements confidentiels qui est non sécuritaire par définition, et on signale que les messages peuvent facilement être envoyés à la mauvaise adresse ou interceptés par des personnes autres que le destinataire. De plus, les renseignements peuvent être lus, transmis et/ou imprimés. Pour ces raisons, les infirmières et infirmiers doivent éviter de transmettre ce type de renseignements aux clients par courriel non sécurisé. Certains logiciels de courrier électronique sont beaucoup plus sécuritaires que d'autres. Ces programmes emploient des techniques telles que le chiffrement, la vérification d'identité des utilisateurs et des connexions sécurisées point à point. Le personnel infirmier peut transmettre des renseignements confidentiels par courriel lorsqu'il a des raisons de croire que la communication est sécurisée. Les normes sont satisfaites si le personnel infirmier :

- s'abstient d'utiliser un logiciel de courrier électronique standard pour transmettre des renseignements ayant trait au dossier médical;
- vérifie l'efficacité du logiciel de courrier électronique sécurisé avant de l'utiliser pour transmettre des renseignements ayant trait au dossier médical;
- sécurise encore davantage la communication en formulant l'objet du courriel de façon à signaler au destinataire qu'il s'agit d'un message confidentiel et en incluant un avertissement sur la confidentialité du message dans le corps du courriel indiquant que le message ne doit être lu que par le destinataire et ne doit être ni copié ni transmis;

- en insistant sur le fait que seul un logiciel de courrier électronique sécurisé doit être utilisé pour transmettre des renseignements confidentiels sur la santé.

La localisation des contacts par voie électronique/Internet présente une souplesse unique, tant pour les fournisseurs de soins de santé que pour les patients. La localisation des contacts par courriel devrait se révéler le plus utile pour les patients et leurs partenaires qui se servent du courriel quotidiennement. L'utilisation du courriel comme outil de localisation des contacts comporte plusieurs avantages :

- Communication passive : le courriel et des liens vers des sites Web offrent au patient l'occasion de transmettre des renseignements à la date et à l'heure de son choix et permettent aux contacts qui les reçoivent d'en conserver copie⁹⁰.
- Possibilité d'anonymat : la localisation des contacts par voie électronique/Internet peut permettre à un sujet de communiquer avec ses partenaires sexuels de façon anonyme et, par conséquent, éliminer certains obstacles à la communication⁹¹. Notons cependant que ce ne sont pas **tous** les moyens électroniques qui offrent cette possibilité.
- Efficience : les moyens de communication électroniques/par Internet peuvent permettre une notification plus efficiente à des personnes qui pourraient autrement être inaccessibles et permettre également aux fournisseurs de services d'envoyer rapidement aux patients un message pouvant ensuite être transmis directement à leur(s) partenaire(s) sexuel(s)^{91, 93}.
- Communication à distance avec les partenaires : les moyens électroniques peuvent permettre à une personne de communiquer avec un contact géographiquement éloigné⁹².
- Soutiens en matière de ressources : outre la réception rapide des renseignements que renferme une notification standard, l'utilisation de dispositifs électroniques et d'Internet en vue de la localisation des contacts offre la possibilité d'une éducation en ligne et de l'affichage des résultats^{91, 92}.

Certains défis que pose la localisation électronique des contacts ne lui sont pas particuliers, tandis que d'autres, inhérents à toute communication électronique, sont communs à tous les secteurs de la recherche de pointe.

- Accessibilité des outils : l'accès à un téléphone cellulaire ou à une adresse courriel/Internet privée, tant pour les patients que pour les contacts, est primordial pour l'acceptabilité de ce moyen de communication⁸⁵. De plus, les contrôles d'accès, y compris les politiques d'utilisation et les pare-feu peuvent compliquer l'utilisation du courriel et des sites Web⁹⁰.
- Confidentialité des données : les exigences de confidentialité représentent un défi clé pour ce moyen de notification. Les ordinateurs et les téléphones cellulaires sont souvent utilisés par plus d'une personne; il faudrait que la communication soit sécurisée et être assuré que *seul* le destinataire du message y aura accès^{87, 91}.
- Complications de l'accès : les aménagements nécessaires à la sécurité peuvent compliquer et restreindre la possibilité de consulter certains sites Web et d'utiliser d'autres moyens de communication par Internet⁹².
- Formulation du message : peu importe le mode de communication utilisé, la formulation des renseignements transmis est importante pour son acceptabilité. Plus précisément, on semble préférer recevoir un message à caractère à la fois discret et urgent⁹³, où l'on demande à la personne de communiquer avec le bureau de santé ou la clinique, plutôt que l'annonce directe de la possibilité d'une ITS⁸⁵.
- Restriction de la communication dans les deux sens : les personnes qui reçoivent un message électronique peuvent ne pas pouvoir poser de questions dans l'immédiat⁹¹.
- Mauvaise utilisation des outils : il arrive que ces moyens de communication facilitent une mauvaise utilisation et que certains envoient des messages à des personnes avec qui ils n'ont jamais eu de contacts⁹¹.

Incidences pour les politiques

Il est important que les services de santé oeuvrent en collaboration avec des spécialistes locaux des technologies de l'information, des avocats en santé publique et des organismes de réglementation des professions, afin de veiller à l'utilisation appropriée des communications par voie électronique/Internet pour

localiser les contacts. Les services de santé et les réseaux régionaux devraient être encouragés à mettre en commun leurs politiques et expériences en la matière.

Incidences pour la recherche

Les fournisseurs de services et les patients peuvent être disposés à explorer des moyens électroniques/par Internet pour localiser les contacts, mais les possibilités offertes par ces technologies sont restreintes du fait d'importants défis, qui demanderont des recherches plus poussées. Il faudra prendre pour base une connaissance approfondie des besoins et des pratiques des populations cibles et procéder également à une évaluation continue, en cette époque où le dynamisme d'Internet et les possibilités qu'il présente sont en plein essor⁹⁰.

Sommaire des pratiques optimales

Nous résumons ci-dessous les pratiques optimales préconisées dans notre étude :

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT – RECOMMANDATIONS POUR DES PRATIQUES OPTIMALES EN GESTION DES CAS ET LOCALISATION DES CONTACTS						
1.1	<i>Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) devrait mettre à profit les données issues de la surveillance lors de la planification et de l'évaluation des programmes de lutte contre les ITS. [IIIA]</i>					
1.2	<i>Les bureaux de santé devraient se servir des données issues de la surveillance lors de l'examen de l'épidémiologie des coinfections et des infections récidivantes et, s'il y a lieu, planifier des interventions. [IIIB]</i>					
1.3	<i>Les bureaux de santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devraient se concerter pour aplanir les obstacles à la mise en commun des données et résoudre les difficultés techniques en matière de surveillance des coinfections et des infections récidivantes. [IIIA]</i>					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
2.1	<i>Le personnel du bureau de santé devrait communiquer avec le fournisseur de soins de santé qui administre les tests ou avec le patient le plus tôt possible après réception (au bureau de santé) des résultats d'analyse de laboratoire ou du rapport sur le cas, idéalement dans les deux jours ouvrables suivants. [IIIA]</i>					
2.2	<i>Le personnel du bureau de santé responsable de la gestion des cas d'ITS doit être ouvert aux différences culturelles, posséder de bonnes compétences en counselling et adopter à l'égard des clients une attitude neutre et aidante. [IIIA]</i>					
2.3	<i>Le personnel du bureau de santé responsable de la gestion des cas d'ITS doit connaître à fond les recommandations thérapeutiques courantes et les ressources disponibles pour l'aiguillage, notamment les moyens de soutien pour les personnes en danger de violence familiale ou d'abus sexuel. Le personnel doit aussi bien connaître les ressources et les mécanismes d'aiguillage locaux à l'intention des personnes atteintes de maladies virales chroniques, telles que le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C (VHC). [IIIA]</i>					
2.4	<i>Les bureaux de santé devraient mettre au point, à l'égard des cas perdus pour le suivi, des politiques et procédures qui tiennent compte des priorités, selon la maladie et selon la population. [IIIA]</i>					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
3.1	<i>Dans tous les cas d'ITS, il faudrait offrir un counselling axé sur le client en vue de la réduction des risques. Ce type de counselling est plus efficace qu'une simple séance didactique : parmi les modèles qui ont abouti à des résultats bénéfiques dans le cadre d'au moins une étude bien conçue, il y a l'AIDS Risk Reduction Model (RESPECT) et l'Information, Motivation, Behaviour Model, de même que des interventions faisant appel aux stratégies de l'entrevue motivationnelle (voir Annexe F). [IIA]</i>					
3.2	<i>Les cas à haut risque appellent des intervention plus intensives, ce qui peut exiger la prestation d'un counselling et/ou d'autres interventions à plus long terme. [IIIB]</i>					
3.3	<i>Les personnes atteintes d'ITS récidivantes devraient se voir offrir un counselling et un suivi plus intensifs, tout comme les personnes atteintes de VIH, en particulier celles qui présentent par la suite une autre ITS (voir également la Section 4 sur les infections récidivantes, la Section 5 sur les aspects juridiques de la gestion des cas d'ITS bactériennes, et la Section 6 sur les cas de VIH à problème). [IIIB]</i>					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
3.4	<i>Les personnes séropositives pour le VIH doivent être avisées de l'obligation de divulguer leur état à tous leurs contacts sexuels et de partage de matériel d'injection, qu'ils soient actuels ou futurs, et il faut les conseiller sur la manière de le faire, de même que sur les moyens d'éviter le partage du matériel d'injection. Les personnes qui craignent le rejet ou des manifestations de violence à la suite de cette divulgation ont besoin d'un soutien supplémentaire et devraient être aiguillées de façon à obtenir de l'aide, si nécessaire. [IIIB]</i>					
4.1	<i>Dans tous les cas de tests positifs pour une ITS, il faudrait examiner les antécédents des patients quant aux ITS [IIB] et adapter le counselling en conséquence à l'égard de ceux qui ont déjà été atteints. [IIIB]</i>					
4.2	<i>Dans certaines circonstances, il faudrait préconiser la remise de médicaments au partenaire par le patient afin de réduire les risques de réinfection (voir Section 12). [IA]</i>					
4.3	<i>Les bureaux de santé devraient envisager l'utilisation de moyens de rappel, tels que les messages téléphoniques ou électroniques, concernant le retour à la clinique des patients pour subir un nouveau test de dépistage. [IB pour les rappels téléphoniques]</i>					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
4.4	<i>Les patients qui reçoivent des résultats positifs pour une ITS devraient se voir offrir un counselling axé sur le client en réduction des risques (voir Section 3) et être encouragés à se présenter à un nouveau test de dépistage. Les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement préconisent d'administrer un nouveau test aux patients atteints de chlamydia ou de gonorrhée six mois après le diagnostic initial. [IIB]</i>					
4.5	<i>Il faudrait conseiller aux patients qui ont toujours un comportement à risque de subir un test de dépistage plus souvent. Les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement préconisent un intervalle de trois mois. [IIB]</i>					
5.1	<i>Le recours à des mesures législatives, telles qu'un ordre en vertu de l'article 22 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, est une possibilité à l'égard des cas de chlamydia, gonorrhée ou syphilis qui demeurent sans traitement malgré les efforts intensifs des instances de la santé publique, dans les situations où il est nécessaire d'atténuer ou d'éliminer le risque de transmission. [IIB]</i>					
5.2	<i>Un ordre en vertu de l'article 22 peut aussi être envisagé à l'égard des patients qui refusent d'obtempérer quant à la localisation de leurs contacts. [IIB]</i>					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
6.1	<i>Tous les patients ayant reçu un diagnostic de VIH doivent recevoir un counselling posttest complet, conformément aux Directives sur le dépistage du VIH et la consultation, MSSLD, 2008 [IIB]. Selon les besoins, on planifiera un supplément de counselling et d'interventions de suivi en vue de la modification des comportements. [IB]</i>					
6.2	<i>Tous les patients séropositifs pour le VIH devraient être informés de leur obligation de divulguer leur état à tous leurs contacts sexuels et de partage de seringues. [IIB]</i>					
6.3	<i>Les politiques et les pratiques en santé publique concernant la divulgation par les personnes séropositives pour le VIH devraient tenir compte des constats et des recommandations quant au modèle à adopter du groupe de travail d'experts du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/sida⁴¹. [IIB]</i>					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
6.4	<i>Dans le cas des patients séropositifs pour le VIH, on devrait envisager un ordre en vertu de l'article 22 lorsque des efforts intensifs de la part de l'organisme de santé se sont soldés par un échec. [IIB] Cette situation peut survenir si le patient :</i> <i>• refuse tout counselling;</i> <i>• s'adonne à des relations sexuelles avec pénétration (orale/vaginale/anale) ou au partage de seringues sans divulguer son état;</i> <i>• refuse de nommer ses contacts sexuels ou de partage de seringues;</i> <i>• a, de propos délibéré, donné du sang/du sperme/des organes/du lait maternel.</i>					
7.1	<i>Les bureaux de santé devraient procéder à une évaluation et, le cas échéant, à une enquête lorsque des déclarations sont reçues de tierces parties alléguant que certaines personnes sont séropositives pour le VIH et représentent un risque d'infection pour les autres. [IIB].</i>					
8.1	<i>En gestion des cas de syphilis latente tardive (à l'exclusion des femmes enceintes), la responsabilité première devrait revenir au fournisseur de soins de santé, puisque cette maladie n'est pas infectieuse. Les efforts de la santé publique devraient se limiter au soutien du fournisseur de soins de santé et à la surveillance de l'infection. [IIB]</i>					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
8.2	<i>La syphilis latente tardive qui survient lors d'une grossesse exige un suivi de santé publique en raison d'un léger risque de transmission verticale au nourrisson. [IA]</i>					
9.1	<i>Les rapports de surveillance médicale de la syphilis émanant de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) n'exigent aucun suivi de la part des bureaux de santé, si ce n'est l'inscription dans la base de données provinciale des cas traités, à des fins de surveillance. [IIIB]</i>					
10.1	<i>Le personnel du bureau de santé responsable de la localisation des contacts doit être ouvert aux différences culturelles, posséder de bonnes compétences en counselling et adopter à l'égard des clients une attitude neutre et aidante. [IIIB]</i>					
10.2	<i>Le personnel du bureau de santé responsable de la localisation des contacts doit se tenir au courant des ressources et services disponibles aux fins de l'aiguillage local, notamment des moyens de soutien aux personnes exposées à des situations de violence familiale ou d'abus sexuel. [IIIB]</i>					
11.1	<i>La notification/aiguillage par un fournisseur de soins de santé, la notification/aiguillage conditionnel et l'offre au patient du choix entre la notification/aiguillage par le fournisseur ou par le patient sont des mesures qui semblent toutes plus efficaces que la notification/aiguillage par le patient seulement. [IIB]</i>					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
11.2	<i>On peut améliorer la localisation des contacts par :</i> <i>la remise de médicaments au partenaire par le patient (voir Section 12); [IA]</i> <i>la remise par le patient à ses contacts de fiches d'aiguillage ou d'autres documents écrits; [IB]</i> <i>des rappels téléphoniques adressés au patient. [IB]</i>					
11.3	<i>Le personnel de la santé publique et les fournisseurs de soins de santé qui oeuvrent régulièrement auprès d'une clientèle atteinte d'ITS doivent être formés pour procéder de façon compétente aux entrevues avec les patients et à la localisation de leurs contacts. [IIB]</i>					
11.4	<i>Des données récentes permettent de recommander la participation directe du personnel de la santé publique (notification conditionnelle ou par le fournisseur) aux services dispensés aux partenaires en ce qui concerne toutes les personnes nouvellement diagnostiquées ou faisant l'objet d'une nouvelle déclaration d'infection à VIH ou de syphilis précoce, de même que, si les ressources le permettent, les patients atteints de gonorrhée et de chlamydia. [IIB]</i>					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
11.5	Le bureau de santé devrait envisager la mise en train de mécanismes pour s'assurer que les contacts ont été localisés de façon adéquate dans les situations où le patient ou un fournisseur de soins de santé non affilié à l'organisme de santé publique s'est chargé de localiser les contacts [IIIB]. Cette mesure est particulièrement importante quand les contacts sont hautement prioritaires : • les femmes enceintes et les jeunes femmes (de moins de 25 ans surtout), qui courent le risque de séquelles graves, telles qu'une atteinte inflammatoire pelvienne; [IIB] • les contacts soupçonnés d'être des cas sources. [IIIB]					
12.1	S'il y a échec des moyens habituels de localisation des contacts, il faudrait envisager la remise de médicaments au partenaire par le patient (RMPP) comme solution possible pour les contacts difficiles à joindre des patients atteints de gonorrhée ou de chlamydia [IA].					
13.1	Selon les écrits sur la localisation des contacts par voie électronique/Internet, il est peu probable que ces modes de communication deviennent les seuls moyens de joindre les contacts à ce stade; il reste que ce sont là des outils supplémentaires, qui peuvent être utilisés avec soin et judicieusement, en combinaison avec d'autres. [IIIB]					

Recommandation		Conforme	En partie conforme	Non conforme	Plan d'action	Obligation redditionnelle
13.2	<i>Les organismes qui désirent procéder à la localisation des contacts par voie électronique/Internet doivent se pencher sur les problèmes d'accessibilité, de confidentialité, de formulation des renseignements, d'occasions de suivi et de possibilité d'une mauvaise utilisation. [IIB]</i>					

Annexes

Annexe A : Questions ayant servi d'appui à la recherche – Rapport sur les pratiques optimales

Gonorrhée, syphilis, chlamydia :

- 1) Quels sont les meilleurs délais, depuis la date de notification par le laboratoire jusqu'à la communication avec le fournisseur de soins de santé responsable puis avec le client atteint et ses contacts, pour chacune des MTS? Que faut-il faire lorsqu'il est difficile de communiquer avec un patient? À quel moment est-il approprié de cesser la recherche d'un patient ou d'un contact?
- 2) Quels sont les moyens les plus efficaces pour la notification aux contacts, y compris les tout nouveaux moyens de communication tels que le courriel et Internet?
- 3) Les méthodes de counselling sont-elles efficaces? Dans l'affirmative, quelles sont les formules les plus efficaces en gestion des cas et des contacts : téléphone, rencontre avec la personne, lettre ou courriel?
- 4) Idéalement, quelle devrait être la matière des séances de counselling? Existe-t-il des stratégies de counselling différentes à l'égard des différents groupes démographiques, p. ex. âge, culture, orientation sexuelle, emplacement géographique?
- 5) Existe-t-il des stratégies efficaces à l'égard des personnes atteintes d'infections récidivantes? Quelles sont les données à l'appui du dépistage des cas d'infections récidivantes?
- 6) Jusqu'à quand doit-on faire remonter la localisation des partenaires? Selon la norme actuellement appliquée au Canada et par les CDC, cette période est de 60 jours en ce qui touche la gonorrhée et la chlamydia.
- 7) Quelles sont les données probantes à l'appui de la remise de médicaments au partenaire par le patient?
- 8) Quelle est l'efficacité chez les contacts d'un traitement empirique par opposition au dépistage suivi d'un traitement?

VIH :

- 1) Quels sont les meilleurs délais, depuis la date de notification par le laboratoire jusqu'à la communication avec le fournisseur de soins de santé responsable puis avec le client atteint et ses contacts, pour chacune des MTS? Que faut-il faire lorsqu'il est difficile de communiquer avec un patient? À quel moment est-il approprié de cesser la recherche d'un patient ou d'un contact?
- 2) Les méthodes de counselling sont-elles efficaces? Dans l'affirmative, quelles sont les formules les plus efficaces en gestion des cas et des contacts : téléphone, rencontre avec la personne, lettre ou courriel? Les services de santé publique devraient-ils dispenser un counselling à tous les patients?
- 3) Idéalement, quelle devrait être la matière des séances de counselling? Existe-t-il des stratégies de counselling différentes à l'égard des différents groupes démographiques, p. ex. âge, culture, orientation sexuelle, emplacement géographique?
- 4) Existe-t-il des stratégies de counselling différentes à l'égard des différents groupes démographiques, p. ex. âge, culture, orientation sexuelle, emplacement géographique, utilisateurs de drogues injectables?
- 5) Quelles sont la fonction et l'efficacité des instruments législatifs et quels défis ces derniers posent-ils en ce qui concerne la notification aux partenaires et l'observance au plan du comportement?
- 6) Quel est le type de suivi approprié dans les cas de coinfection (p. ex. un cas index ayant reçu un diagnostic de VIH qui contracte ultérieurement une chlamydia, une syphilis ou une gonorrhée)?
- 7) Jusqu'à quand doit-on faire remonter la localisation des contacts d'un patient?
- 8) Quels sont les moyens les plus efficaces d'effectuer la notification aux contacts, y compris les tout nouveaux moyens de communication tels que le courriel et Internet?

Annexe B : Stratégies et résultats de la recherche documentaire

**Nota : ci-dessous, la traduction française
est signalée par un retrait de paragraphe**

1. Recherche dans les écrits non publiés (littérature grise) :

Notre recherche dans les écrits non publiés a été menée dans Google au moyen de synonymes pour chacun des termes suivants : Efficacy (efficacité)/STD (MTS)/Counselling (counselling), de même que STD/infection/control (MTS/infection/lutte).

2. Stratégie de recherche : Case Management (gestion des cas), Contact Management (gestion des contacts), Partner Notification (notification aux partenaires) et Behavioural Intervention (intervention touchant les comportements) concernant les ITS et le VIH ainsi que les cas de Repeated Infections (d'infections récidivantes) (Sections 3.1, 3.2, 3.4, 4.1, 4.2)

Base de données : Ovid MEDLINE(R) <1996 jusqu'à la semaine du 2 mai 2007>

- 2.1 (std or sexually transmitted diseases or gonorrhée or syphilis or chlamydia or sexually transmitted infection :).mp. (18951)
(mts ou maladies transmissibles sexuellement ou gonorrhée ou syphilis ou chlamydia ou infection transmissible sexuellement :).mp. (18951)
- 2.2 (behavio\$ or counsel\$ or psycholog\$ or motivat\$ or social support or interview\$ or prevention or control).mp. (1141350)
(comportement\$ ou counsel\$ ou psycholog\$ ou motivat\$ ou soutien social ou entrevue\$ ou prévention ou lutte).mp. (1141350)
- 2.3 (gestion des cas or case management or contact tracing or contact management or follow\$ or patient care planning or partner notification or disease notification or surveillance).mp. (867317)
(gestion des cas ou localisation des contacts ou contact(s) : gestion ou suivi\$ ou planification des soins au patient ou notification au partenaire\$ ou notification de la maladie ou surveillance).mp. (867317)
- 2.4 (effect\$ or efficacy or evidence or evaluat\$ or impact or outcome\$ or cost : or economic\$ or assess\$ or compar\$).mp. (3241084)
(effet\$ ou efficacité ou données probantes ou évaluat\$ ou impact ou résultat\$ ou coût : ou finance\$ ou évaluat\$ ou compar\$.mp. (3241084)
- 2.5 (hotline : or media or mail or email or internet or telephone or letter : or communicat\$ or social network or web).mp. (512445)
(numéro d'urgence : ou média ou courrier ou courriel ou Internet ou téléphone ou lettre : ou communicat\$ ou réseau social ou Web).mp. (512445)
- 2.6 (strateg\$ or intervention : or screening or treatment or prevent\$ or health promotion or educati\$ or counsel\$ or campai\$ or contact tracing or partner notification or surveillance or case management).mp. (1706690)
(stratég\$ ou intervention : ou dépistage ou traitement ou prévent\$ ou promotion de la santé ou educati\$ ou counsel\$ ou campai\$ ou localisation des

contacts ou notification au partenaire ou surveillance ou gestion des cas).mp.
(1706690)

- 2.7 (repeat or recurren\$ or comorbid\$ or multiple or second\$ or coinfection or reinfection).mp. (839452)
(récidivant ou récurrent\$ ou comorbid\$ ou multiple ou second\$ ou coinfection ou réinfection).mp. (839452)
- 2.8 (time or seroconversion or seropositiv\$ or immunolo\$ or interval or window or risk).mp. (1413196)
(délai ou séroconversion ou séropositiv\$ ou immunolo\$ ou intervalle ou fenêtre ou risque).mp. (1413196)
- 2.9 (difficult or hard to reach or marginal or homeless or low income or low socioeconomic status or educat\$ or litera\$ or vulnerable or legisl\$ or risk).mp. (926459)
(difficile à joindre ou marginal ou sans abri ou faible revenu ou faible statut socioéconomique ou éducat\$ ou analphabète\$ ou vulnérable ou législa\$ ou à risque).mp. (926459)
- 2.10 (case management or contact tracing or contact : management or follow\$ or patient care planning or partner notification or disease notification).mp. (829648)
(gestion des cas ou localisation des contacts ou contact : gestion ou suivi\$ ou planification des soins au patient ou notification au partenaire ou notification de la maladie).mp. (829648)
- 2.11 (hotline : or media or mail or email or internet or telephone or letter : or communicat\$ or web).mp. (511493)
(numéro d'urgence : ou média ou courrier ou courriel ou Internet ou téléphone ou lettre : ou communicat\$ ou Web).mp. (511493)
- 2.12 (strateg\$ or intervention : or screening or prevent\$ or health promotion or educati\$ or counsel\$ or campai\$ or contact tracing or partner notification or case management).mp. (885931)
(stratég\$ ou intervention : ou dépistage ou prévent\$ ou promotion de la santé ou éducati\$ ou couonsei\$ ou campai\$ ou localisation des contacts ou notification du partenaire ou gestion des cas).mp. (885931)
- 2.13 8 or opportun\$.mp. or exposure.mp. or transmission.mp. (1623392)
8 ou occasion\$.mp. ou exposition.mp. ou transmission.mp. (1623392)
- 2.14 1 and 2 (8109)
1 et 2 (8109)
- 2.15 1 and 2 and 3 (1944)
1 et 2 et 3 (1944)
- 2.16 15 and 4 (1442)
15 et 4 (1442)
- 2.17 2 and 3 and 5 (14467)
2 et 3 et 5 (14467)

- 2.18 17 and 1 (187)
17 et 1 (187)
- 2.19 1 and 5 (2120)
1 et 5 (2120)
- 2.20 19 and 3 (319)
19 et 3 (319)
- 2.21 15 or 16 or 18 or 20 (2076)
15 ou 16 ou 18 ou 20 (2076)
- 2.22 limit 21 to (humans and english language) (1852)
limite 21 jusqu'à (population humaine et langue anglaise) (1852)
- 2.23 from 22 keep selected relevant references (474).
à partir de 22 conserver mentions pertinentes choisies (474)

La stratégie ci-dessus a d'abord permis de relever 8 109 articles pouvant être pertinents pour les sujets de la recherche. La recherche a alors été limitée à l'aide de deux critères : population humaine et langue anglaise, ce qui a permis de relever 1 852 articles; le bibliothécaire de recherche en a retenu 474 comme étant pertinents pour l'étude.

3. Stratégie de recherche : Notification au partenaire touchant le VIH (Section 11)

Une recherche distincte a été menée sur la notification au partenaire touchant le VIH, à l'aide des méthodes suivantes :

Recherches électroniques : notre recherche a porté sur les bases de données médicales suivantes :

Ovid MEDLINE(R) 1996 à 2006, EMBASE 1980 à 2006, CINAHL – Index cumulatif des publications en soins infirmiers et sujets connexes en santé de 1982 à la semaine du 5 juin 2006, analyses documentaires EBM – Base de données sur les analyses documentaires systématiques de Cochrane, études EBM – ACP Journal Club jusqu'en mai-juin 2006, études EBM – Base de données sur les résumés d'études sur les effets, 2006, et études EBM – Registre central des essais contrôlés de Cochrane, 2006.

Autres sources : Nous avons effectué, dans d'autres sources, une recherche documentaire manuelle : documents des CDC et *MMWR*, ressources cliniques sur le VIH, toute la documentation sur le VIH/sida et le sida de l'AIDS-HIV Resource Center. Nous avons consulté d'autres études pertinentes à l'aide de Google Scholar et de ses listes de références.

Stratégie de recherche :

Notre intention était d'affiner notre processus de recherche. Par conséquent, les termes suivants ont été utilisés pour la recherche dans les bases de données : HIV, AIDS, Human--Immunodeficiency-Virus-Infection, approach\$, strateg\$, method\$, and evaluation (VIH, sida, infection à virus de l'immunodéficience humaine, approche\$, stratégi\$, méthod\$ et évaluation).

En ce qui concerne la localisation des contacts, la localisation des partenaires, le ou les partenaires sexuels, la gestion des partenaires, la gestion du ou des partenaires sexuels, la notification au(x) partenaire(s) et la notification au(x) contact(s), nous avons utilisé les termes suivants : contact, tracing, partner, sex\$, notification, and management (contact, localisation, partenaire, sex\$, notification et gestion).

Nous avons réuni des articles à partir des bases de données électroniques et des autres sources. En premier lieu, nous avons éliminé les études non pertinentes. Nos bases de données électroniques avaient relevé 1 265 études. Mentions obtenues d'autres sources : 42 mentions de sites Web de ressources sur le VIH/sida, 58 de listes de référence et 61 de Google Scholar, avec de nombreux dédoublements et irrégularités. Nous avons donc revu avec soin tous les titres et certains résumés d'études étroitement apparentées. Enfin, un total de 117 mentions ont été retenues, et le texte intégral d'un document a été obtenu et examiné.

4. Stratégie de recherche : Efficacité de la remise de médicaments au partenaire par le patient (Section 12)

Notre recherche documentaire a suivi les étapes suivantes :

- 4.1 Accès à la base de données **Medline** à l'aide d'**OVID**.
- 4.2 Utilisation des **vedettes matières médicales** et des **mots-clés** suivants (autre MeSH et lorsque MeSH n'était pas disponible) : *gonorrhea, chlamydia, syphilis, patient delivered partner therapy, partner therapy, patient delivered treatment* (gonorrhée, chlamydia, syphilis, remise de médicaments au(x) partenaire(s) par le patient, traitement du ou des partenaires, traitement remis par le patient).
- 4.3 Les recherches ont été combinées de façon à former deux ensembles à l'aide de l'**opérateur « or »** (ou) : l'un englobait toutes les MTS à l'étude, et l'autre portait sur le traitement.
- 4.4 Les deux ensembles ont été combinés au moyen de l'**opérateur « and »** (et) et **restreints par les critères « humans and English language »** (humain(s) et langue anglaise); nous avons obtenu **25** articles à l'aide de l'entité formée des deux ensembles, de même que, indépendamment, par les mots-clés « patient delivered partner therapy » (remise de médicaments au partenaire par le patient) » et « patient delivered treatment » (traitement remis par le patient).
- 4.5 Nous avons examiné les résumés de ces **25** articles afin d'éliminer ceux qui ne semblaient pas en rapport avec l'objet de la recherche. **Neuf (9)** articles ont été retenus (l'Annexe Q en renferme la liste, dans l'ordre alphabétique du premier auteur).
- 4.6 Le reste des articles ont été examinés de façon à relever **d'autres mots-clés** qui pourraient être utilisés pour la recherche. Les mots-clés (locutions) suivants sont ressortis : '*patient delivered partner medication*', '*field delivered therapy*', '*expedited partner therapy*' (remise de médicaments au(x) partenaire(s) par le patient, traitement remis sur place, traitement du ou des des partenaires en accéléré).

Trois (3) autres articles ont été repérés à l'aide de ces mots-clés.

- 4.7 Nous avons repris toutes les recherches précédentes dans **EMBASE (trois (3) autres articles repérés)**, dans **CINAHL (un (1) autre article repéré)** et dans **INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL ABSTRACTS (aucun autre article repéré)** (au total, **quatre (4)** autres articles ont été repérés dans d'autres bases de données).
- 4.8 Nous avons alors fait une recherche à l'aide de **Google Scholar** pour déceler les articles qui auraient pu nous échapper (**sept (7) articles** et **un (1) rapport** de l'AMA ont été repérés).
- 4.9 Nous avons ensuite examiné **toutes les références** des articles retenus à la recherche d'autres articles pertinents. **Trois (3)** autres articles ont été repérés.
- 4.10 Nous avons enfin procédé à une recherche dans **Google.com** afin de repérer des actes de conférences, des lignes directrices et d'autres écrits analogues – nous avons ainsi pu relever **quatre (4) présentations** ayant eu lieu dans le cadre de la 2006 National STD Prevention Conference en Floride, des **lignes directrices** de la California Department of Health Services STD Control Branch, un **rapport** des CDC, de même qu'**un (1) autre article** de revue.

Notre recherche documentaire a permis de relever **34** articles et documents pertinents.

5. Stratégie de recherche : Notification aux partenaires par voie électronique/Internet (Section 13)

Nous avons effectué une recherche dans Medline et CINAHL (texte intégral seulement), de même que dans Academic Search Premier. Termes de recherche utilisés : (email* OR internet) AND (partner* OR "sex partner*" OR "sexual partner*" OR "index patient*") AND (notif*) AND (STD* OR STI* OR "sexually transmitted disease*" OR "sexually transmitted infection*" OR HIV OR syphilis OR chlamydia OR gonorrhea).

(courriel* OU internet) ET (partenaire* OU partenaire sexe* OU partenaire sexuel* OU cas index*) ET (notif*) ET (MTS* OU ITS* OU maladie transmissible sexuellement* OU infection transmissible sexuellement* OU VIH OU syphilis OU chlamydia OU gonorrhée).

Nous avons aussi mené une recherche dans MESH, à l'aide du terme « contact tracing » (localisation des contacts) comme vedette matière et (email* OR internet) (courriel* OU Internet) comme terme de recherche

Annexe C : Groupe de travail sur les ITS du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – Enquête auprès des informateurs-clés et liste des participants

1. Enquête auprès des informateurs-clés

1.1 Gestion des cas pour l'ensemble des ITS

Établissez-vous un ordre de priorité parmi les patients et leurs contacts aux fins de la gestion des cas et de la localisation des contacts? Dans l'affirmative, veuillez décrire.

Avez-vous déterminé des délais de communication avec les patients (c.-à-d. laps de temps entre la notification du laboratoire et la communication avec le fournisseur de soins de santé et avec le patient)? Dans l'affirmative, veuillez décrire.

Avez-vous déterminé des délais de communication avec le(s) partenaire(s) (c.-à-d. laps de temps entre l'entrevue avec le patient et la communication avec le(s) partenaire(s))? Dans l'affirmative, veuillez décrire.

Aux fins de la localisation des contacts, y a-t-il des ressources pour aiguillage (lettres ou fiches) que vous fournissez au cas index? Seriez-vous disposé à nous en faire part?

À quel stade décidez-vous que les clients sont perdus pour le suivi? Ce moment est-il différent selon qu'il s'agit d'une ITS bactérienne ou du VIH?

1.2 Gestion des cas de VIH

Quelle est la durée de votre suivi initial pour les patients qui viennent de recevoir un diagnostic de séropositivité pour le VIH?

Vous assurez-vous que la notification aux partenaires a effectivement eu lieu lorsque le client se charge de localiser ses contacts lui-même? Dans l'affirmative, comment? Dans l'affirmative, procédez-vous ainsi à l'égard de tous les partenaires? Uniquement pour les relations en cours ou les relations à long terme?

Conseillez-vous à tous les nouveaux patients ayant reçu un diagnostic de séropositivité pour le VIH de divulguer leur état avant des relations sexuelles comportant une pénétration? Vos conseils varient-ils selon les niveaux de risque (p. ex. relations sexuelles orales, utilisation du condom)?

Conseillez-vous aux clients d'utiliser le condom lors de toutes leurs relations sexuelles, même s'il y a eu divulgation? Lors des relations sexuelles orales également?

1.3 Infections récidivantes

Vous êtes-vous doté d'un système de rappel des clients atteints d'une infection récidivante (rappel pour un dépistage ou du counselling supplémentaire)? Dans l'affirmative, comment définissez-vous une infection récidivante?

1.4 Coinfection (infection à VIH et ITS bactérienne subséquente)

Possédez-vous un système de signalisation des sujets atteints d'une coinfection? Si c'est le cas, avez-vous prévu de traiter ces personnes de façon différente? Dans l'affirmative, veuillez décrire.

1.5 Rapports ou plaintes émanant de tierces personnes

Acceptez-vous les plaintes émanant de tierces personnes et faites-vous enquête dans ces cas?

L'auteur de la plainte doit-il s'identifier ou acceptez-vous les plaintes anonymes? De quelle façon déterminez-vous la crédibilité de la source?

Quelles sont les mesures auxquelles donne lieu une plainte déposée par une tierce personne?

1.6 Mesures législatives et ITS bactériennes

Vous arrive-t-il de recourir à des mesures législatives envers certains clients atteints d'une ITS bactérienne? Dans l'affirmative, quels sont ces cas?

Vous arrive-t-il de recourir à des mesures législatives envers des contacts de sujets atteints d'une ITS bactérienne?

2. Personnes-ressources – Enquête auprès des informateurs-clés :

D^r Matthew Golden, Seattle (Washington), États-Unis.

D^{re} Heather Jebbari, Health Protection Agency Centre for Infections (HIV & STI Department), Royaume-Uni.

D^r Jeff Klausner et M. Guiliano Nieri, San Francisco Department of Public Health (STD Prevention & Control), États-Unis.

D^r Michael Rekart et M^{me} Linda Knowles, BCCDC (Colombie-Britannique), Canada.

D^{re} Ameeta Singh, Santé publique Alberta (Alberta), Canada.

M^{me} Judi A. Bulmer, directrice, Field Operations. Bureau of STD Control, New York State Department of Health, États-Unis.

D^r John Kaldor, Deputy Director for Surveillance, National Center in HIV Epidemiology and Clinical Research (New South Wales), Australie.

Annexe D : Spécimens de lettres adressées au fournisseur de soins de santé au sujet d'un patient perdu pour le suivi

Spécimen 1

(Use health unit letterhead)

Confidentielle

[insert date here]

[insert health care provider's name]

[insert health care provider's mailing address]

Madame, Monsieur [health care provider's name],

OBJET : [insert client's name]

DN : [insert client's date of birth]

Le [insert health unit name] a reçu un rapport de séropositivité pour [insert type of infection] concernant le prélèvement du [insert date] chez le patient ci-dessus mentionné. Votre bureau a demandé que la santé publique en donne notification au client, aux fins suivantes :

- ☐ Discuter avec lui de l'importance du traitement et d'un test de contrôle (s'il y a lieu).
- ☐ Lui conseiller de s'abstenir de toute activité sexuelle pendant les sept jours suivant le traitement et/ou pendant les sept premiers jours suivant le traitement du ou des partenaires).
- ☐ Obtenir les renseignements nécessaires à la notification au(s) partenaire(s). Tous les partenaires qu'a eus le patient au cours des 60 jours précédant le diagnostic doivent être informés en conséquence par le client ou par la santé publique. Si le client n'a pas eu de partenaire(s) au cours des 60 jours précédents, son dernier partenaire sexuel doit être avisé.
- ☐ Obtenir une liste de tous les partenaires sexuels (selon la directive ci-dessus) si le client est atteint de gonorrhée. La santé publique doit communiquer avec ces partenaires, pour s'assurer qu'ils ont reçu la notification ou pour leur envoyer une notification à titre anonyme.
- ☐ Renforcer les mesures aptes à protéger le client contre toute infection transmissible sexuellement à l'avenir.

Je n'ai pas réussi à communiquer avec votre patient par téléphone ou par lettre. Si ce patient revient à votre cabinet, veuillez, le cas échéant, le traiter, le conseiller et l'aider à donner notification à ses partenaires. Je vous prie de me tenir au courant par téléphone ou par télécopieur en vous servant de la formule jointe, où est décrite la prise en charge des infections à chlamydia et à gonorrhée.

Si vous avez besoin d'un supplément d'aide, n'hésitez pas à communiquer avec moi au [insert PHN phone #] ou par l'intermédiaire du secrétariat de notre Programme [insert phone #]. Les clients ont accès à la ligne d'information sur la santé sexuelle, au [insert phone #].

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations cordiales.

[insert name, professional designation and title]

Spécimen 2

(Use health unit letterhead)

Confidentielle

[insert date here]

[insert health care provider's name]

[insert health care provider's mailing address]

Madame, Monsieur [insert health care provider's name],

OBJET : [insert client's name]

DN : [insert client's date of birth]

Le [insert health unit name] a récemment reçu un rapport de séropositivité pour [insert type of infection] concernant le client ci-dessus nommé. Nous avons tenté à plusieurs reprises de communiquer avec ce client, sans succès. En conséquence, le [insert health unit name] n'a pas été en mesure de conseiller le client sur les mesures à prendre pour se protéger à l'avenir contre les infections transmissibles sexuellement ni d'obtenir les renseignements nécessaires à la notification aux partenaires.

Comme vous êtes le fournisseur de soins de santé le plus récent au dossier, nous vous demandons votre aide aux fins du counselling du client et de la notification aux partenaires. Ainsi que l'explique la brochure ci-jointe, votre client a le choix entre trois options pour s'assurer que son ou ses partenaires sexuels soient informés de la situation et se voient offrir de l'information, des tests et/ou un traitement.

Nous vous prions de bien vouloir placer la présente lettre et la brochure jointe dans le dossier de votre client et lui transmettre ces renseignements lors de sa prochaine visite. Si vous désirez obtenir un supplément d'aide du personnel de la santé publique ou si vous-même ou votre client avez des questions, n'hésitez pas à téléphoner au [insert appropriate information].

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations cordiales.

[insert name, designation and title]

Pièce jointe : [Public Health resources]

Annexe E : Tableau récapitulatif des interventions en modification des comportements – Infections transmissibles sexuellement

1.1. Essais randomisés d'interventions de courte durée en counselling individuel (1-2 séances, durée totale d'une heure ou moins)

Référence	Échantillon de population	Modalités d'intervention	Résultat(s) – ITS	Enchaînement de causalités	Commentaires/ autres considérations
Branson et coll. ⁹⁸	964 clients hommes et femmes dans des cliniques de traitement des ITS aux É.-U.	2 séances de counselling individuel de 20 min chacune vs 4 séances de counselling en petits groupes selon un modèle d'information et de motivation/capacités comportementales, avec une séance de rappel (au total 5 séances)	Taux équivalent d'infections incidentes (gonorrhée, chlamydia, syphilis ou VIH)	Réduction équivalente dans la déclaration de >1 partenaire sexuel; hausse équivalente quant à l'utilisation du condom déclarée	Conçue comme essai d'une intervention de groupe de 4 séances; constat : des séances individuelles plus courtes avaient un effet équivalent
Dilley, 2002 ⁹⁹	248 HARSAH soumis à des tests à répétition dans une clinique de dépistage du VIH	1 séance de 1 hr + dépistage du VIH et counselling	Aucune mesure	Réduction des relations sexuelles anales non protégées	Des conseillers autorisés en santé mentale ont effectué un counselling cognitif personnalisé en réduction des risques
Kamb et coll. ¹⁰⁰ ; Peterman et coll. ¹⁰¹	5 758 hétérosexuels hommes et femmes séronégatifs pour le VIH dans diverses cliniques de traitement des ITS de quartiers urbains défavorisés aux É.-U.	Intervention de 2 séances selon le modèle de counselling sur le VIH axé sur le client des CDC vs counselling de 4 séances individuelles en réduction des risques fondé sur la théorie de l'action raisonnée et la théorie sociale cognitive vs des messages didactiques	Réduction (20 %) des ITS incidentes sur une période de 12 mois, pour chacune des 2 interventions en counselling (p=0,008)	ITS incidentes plus courantes chez les personnes ayant ≥3 partenaires sexuels (RO 1,9) et/ou ≥6 épisodes de relations sexuelles non protégées avec un partenaire occasionnel (RO 1,9)	Suivi de 54 % des cas seulement

Voluntary Counselling and Testing (VCT) Efficacy Study Group ¹⁰²	3 120 individus et 586 couples recrutés par sollicitation directe ou par les médias, en Tanzanie, au Kenya et à Trinidad	Counselling sur une base volontaire selon le modèle des CDC en counselling axé sur le client pour le VIH	Réduction négligeable des ITS incidentes (RO, 0,8; 95 % IC 0,53-1,20)	Réduction des relations sexuelles non protégées : 39 % avec CTV vs 17 % avec information sur la santé (femmes); 35 % avec CTV vs 13 % avec information sur la santé (hommes)	On visait un counselling et un dépistage du VIH volontaires plutôt qu'un counselling axé sur le changement des comportements en soi
---	--	--	---	--	---

1.2 Essais randomisés d'interventions à plusieurs séances en counselling individuel*

Référence	Échantillon de population	Modalités d'intervention	Résultat(s) – ITS	Enchaînement de causalités	Commentaires/ autres considérations
Boyer et coll. ¹⁰³	399 hétérosexuels hommes et femmes dans des cliniques de traitement des ITS aux É.-U.	Intervention individuelle cognitivo-comportementale de 4 séances selon le modèle de réduction des risques de sida	Aucune différence dans l'acquisition des ITS (7 % vs 8 %, $p>0,20$ (hommes); 22 % vs 22 % ($p>0,20$ (femmes)	Réduction des relations sexuelles non protégées au bout de 3 mois ($p<0,05$), mais non au bout de 5 mois	Selon les résultats, impact à court terme, mais nécessité d'un renforcement par un suivi/des séances de rappel
EXPLORE Study Team ¹⁰⁴	4 296 HARSAH dans 6 villes des É.-U.	10 modules de counselling de base dispensés individuellement, suivis de séances de maintien trimestrielles pendant 48 mois, en regard d'un counselling 2 fois par an selon le modèle du projet RESPECT	Réduction négligeable dans l'acquisition du VIH (RO ajusté, 0,8; 95 % IC, 0,66-1,08); effet de l'acquisition d'une ITS non signalé	Réduction des relations sexuelles anales non protégées (RO, 0,9, 95 %; IC, 0,79-0,94), des relations sexuelles anales non protégées entre HARSAH sérodiscordants (RO, 0,9, 95 %; IC, 0,78-0,94) et des relations sexuelles anales passives non protégées avec un partenaire séropositif pour le VIH ou un partenaire à séropositivité inconnue (RO, 0,8, 95 %; IC, 0,71-0,89)	Séances animées par des conseillers au centre même, sur le terrain ou par téléphone
Robles ¹⁰⁵	Utilisateurs de drogues	6 séances hebdomadaires, prise en charge des cas	Non signalé(s)	Réduction de l'utilisation de drogues	Participation du gestionnaire de cas, d'une

		pendant 1,5 mois, 2 séances de dépistage du VIH et de counselling		injectables; réduction du partage de seringues	travailleuse sociale et d'une infirmière; séances tenues dans des centres de traitement pour toxicomanie et des services communautaires de même qu'aux sites de l'étude
Sterk ^{106,107}	Afro-Américaines hétérosexuelles usagères de drogues	4 séances, au total de 2 à 2,5 heures, axées sur les femmes et les habiletés de négociation propres à la culture	Non signalé(s)	Réduction de l'échange de relations sexuelles pour de l'argent ou des drogues; utilisation accrue du condom	Séances animées par un conseiller et une facilitatrice en santé

* Nous ne rendons pas compte ici de certaines interventions auprès de populations particulières ou appelant un degré poussé d'intervention (plus de 10 séances), qui exigent des ressources dont ne disposent pas la plupart des programmes de santé publique

1.3 Essais randomisés d'interventions en counselling – Séances de groupe et séances individuelles et de groupe

Référence	Échantillon de population	Modalités d'intervention	Résultat(s) – ITS	Enchaînement de causalités	Commentaires/ autres considérations
Baker et coll. ¹⁰⁸	Femmes hétérosexuelles	« Choices » (Choix); 16 séances, 32 heures	Réduction du nombre de nouveaux cas d'ITS		Séances animées par des équipes de psychothérapeutes hommes et femmes
Branson et coll. ⁹⁸	964 clients hommes et femmes dans des cliniques de traitement des ITS aux É.-U.	4 séances de counselling en petits groupes selon un modèle fondé sur l'information et la motivation/habiletés comportementales, avec 1 séance de rappel (au total 5 séances), en regard de 2 séances de counselling individuel de 20 min chacune	Taux équivalents de gonorrhée, chlamydia, syphilis et VIH incidents	Réduction équivalente du nombre de déclarations de >1 partenaire sexuel; hausse équivalente du nombre de déclarations quant à l'utilisation du condom	Intervention conçue comme essai de séances de groupe; on a constaté que ce type d'intervention n'était pas beaucoup plus efficace que le counselling individuel
DiClemente et coll. ¹⁰⁹	Adolescentes afro-américaines dans une clinique de médecine familiale	4 séances, 16 heures	Réduction du nombre de nouveaux cas d'ITS	Réduction du nombre de nouveaux partenaires; utilisation accrue du condom	Séances animées par une éducatrice en santé afro-américaine et des pairs
Ehrhardt et coll. ¹¹⁰	Femmes hétérosexuelles	Projet FIO; 8 séances, 16 heures + 1 séance de rappel de 2 heures au bout de 9 mois		Réduction des relations sexuelles vaginales et	2 facilitatrices, dont 1 avait les mêmes antécédents

				anales non protégées	ethniques que les participantes
El-Bassel ^{111, 112}	Couples hétérosexuels dans un service externe d'hôpital	Projet Connect, couples ou femmes seules; 6 séances, 12 heures		Utilisation accrue du condom; réduction des relations sexuelles vaginales non protégées	Séances animées par des travailleuses sociales d'origine correspondante
Hobfoll et coll. ¹¹³	Femmes hétérosexuelles à faible revenu dans des cliniques communautaires et d'hôpital	6 séances, de 9 à 12 heures		Utilisation accrue du condom	Séances animées par des facilitatrices
Kalichman ^{4, 114}	Adultes séropositifs pour le VIH dans un organisme communautaire de services aux personnes sidéennes	« Health Relationships » (Des relations saines); 5 séances, 10 heures		Réduction des relations sexuelles vaginales et anaales non protégées et avec des partenaires atteints du VIH; utilisation accrue du condom	Séances animées par des facilitateurs communautaires hommes et femmes, dont un pair séropositif pour le VIH
Latkin ¹¹⁵	Usagers de drogues	« Shield » (Bouclier); 10 séances, 15 heures		Réduction du partage de seringues et du nombre d'UDI; utilisation accrue du condom	Séances animées par des travailleurs sociaux et des pairs comme facilitateurs des deux sexes
NIMH Multisite Prevention Trial Group ¹¹⁶	Hommes et femmes hétérosexuels suivis dans des cliniques communautaires de quartiers urbains défavorisés aux É.-U.	7 séances axées sur les attitudes, les compétences et les stratégies de réduction du risque en vue du changement des comportements	Importante réduction du nombre de cas de gonorrhée chez les hommes à court terme, mais réduction non significative quant à la gonorrhée et à la chlamydia incidentes après 1 an	Réduction beaucoup plus importante des relations sexuelles non protégées et utilisation accrue du condom dans le groupe visé par l'intervention (p<0,0001)	
Shain (Project SAFE) ^{117, 118}	Américaines hétérosexuelles d'origine mexicaine et africaine dans une clinique/centre de recherche sur les ITS	3 séances (de 9 à 16,5 heures) + counselling et traitement, ainsi que tests de dépistage du VIH et counselling à répétition	Réduction du nombre de nouveaux cas d'ITS	Réduction des relations sexuelles non protégées; réduction du nombre de partenaires sexuels	Séances individuelles et de groupe animées par une infirmière et une facilitatrice de la même origine ethnique que les patientes
Wechsberg	Afro-	Coop de femmes; 4		Réduction des	Séances

¹¹⁹	Américaines hétérosexuelles usagères de drogues dans des centres communautaires de quartiers défavorisés	séances, 3-4 heures		relations sexuelles non protégées	animées par des homologues afro-américaines
Wingood ¹²⁰	Patientes séropositives pour le VIH dans des cliniques	« WILLOW »; 4 séances, 16 heures	Réduction du nombre de nouveaux cas d'ITS	Réduction des relations sexuelles vaginales non protégées; utilisation accrue du condom	Séances animées par une éducatrice en santé et une homologue afro-américaine séropositive pour le VIH
Wolitski ^{121, 122}	HARSAH séropositifs pour le VIH	« SUMIT » évolué, 6 séances de soutien par les pairs, 18 heures		Réduction des relations sexuelles anales passives non protégées avec des partenaires atteints du VIH ou dont la séropositivité était inconnue	Séances facilitées par des pairs HARSAH séropositifs pour le VIH
Wu ¹²³	Jeunes afro-américains à faible revenu	FOK et ImPACT; 9 séances (8 FOK = 12 heures, 1 ImPACT = 20 min+)		Réduction des relations sexuelles non protégées	

Annexe F : Sommaire des modèles de modification du comportement pertinents pour la prévention des ITS (d'après St. Lawrence et Fortenberry, 2007)²²

St. Lawrence et Fortenberry reconnaissent sept axes conceptuels :

1. Les **théories psychopédagogiques**, centrées sur l'information et l'éducation. Ces théories ont pu jouer un rôle utile en sensibilisation du public, mais se sont révélées insuffisantes pour modifier les comportements à risque.
2. Les **théories cognitives** supposent que les processus cognitifs liés aux valeurs, croyances, perceptions, intentions et attitudes sont des facteurs de causalité et de prédisposition qui expliquent les comportements sexuels.
 - 2.1. Le *modèle des croyances en santé* (MCS) fait l'hypothèse que certains facteurs – tels que vulnérabilité perçue face à un risque pour la santé, gravité perçue du danger, croyance en l'efficacité des mesures préventives, coûts perçus de la prise de mesures, présence de signaux dans l'entourage – interagissent pour entraîner la modification du comportement, des signaux spécifiques et identifiables étant nécessaires pour déclencher le processus décisionnel. En ce qui touche les comportements à risque en matière d'ITS, ce modèle a donné lieu à des résultats variables dans la prédiction des comportements à risque et, de façon générale, éclaire relativement peu les variations de comportement. Le modèle n'explique pas non plus les origines ni la persistance des croyances en santé. De plus, il ne tient pas compte des résultats de recherche suggérant qu'un bon nombre de croyances en santé peuvent être des conséquences plutôt que des causes en matière de comportements.
 - 2.2. La *théorie de l'action raisonnée* (TAR) voit également dans le comportement le résultat de croyances, mais y ajoute la notion que les perceptions des attitudes des pairs et la valeur que l'intéressé attache à l'approbation de ses pairs concourent avec ces croyances pour former l'intention d'agir d'une certaine façon, ce qui mène au comportement. Cette théorie présente les mêmes restrictions que le modèle précédent (MCS). On a aussi critiqué son postulat que les comportements sexuels résultent entièrement d'un processus décisionnel conscient, alors qu'une grande partie des recherches récentes suggèrent que les comportements sexuels sont déterminés, du moins en partie, par des facteurs affectifs plutôt que par une évaluation intentionnelle. D'autres recherches soulèvent des questions quant au rapport entre l'intention et le comportement, ce qui est un élément clé de la TAR. En outre, cette théorie ne contribue en rien à comprendre l'intervention visant à modifier les relations sur laquelle elle veut porter.
 - 2.3. La *théorie du comportement planifié* (TCP) est une variante de la TAR et y adjoint le volet du contrôle comportemental perçu; elle s'intéresse à la croyance de la personne en la possibilité d'infléchir tel et tel comportement. À l'exemple de la TAR, elle postule l'importance majeure de la planification du comportement, mais ne tient pas compte du contexte culturel ou environnemental.
 - 2.4. La *théorie de la prise de décision* est analogue à la TAR et à la TCP en cela qu'elle tient pour acquis que les gens font des choix rationnels quant aux comportements sexuels à risque, dans l'attente de résultats positifs. Ce type de théorie n'examine pas la question de la gratification immédiate tirée des comportements à risque par opposition au

caractère durable des conséquences négatives, bien que des preuves incontestables établissent que la gratification dans l'immédiat l'emporte habituellement (Mischel, 1970)¹²⁴.

3. Les **théories de l'apprentissage** sont en jeu dans les interventions sur le comportement qui veulent identifier les stimulus signaux et les agents renforçateurs pour expliquer l'acquisition et le maintien des comportements.
 - 3.1. La *théorie de l'apprentissage opérant* cible trois composants : définition du comportement, relevé des conséquences présentes du comportement qui opèrent dans son maintien (agents renforçateurs) et repérage des stimuli environnementaux qui « déclenchent » le comportement. Les stratégies de modification du comportement fondées sur ces théories intègrent des agents renforçateurs comme appuis au comportement souhaitable (agents qui sont internes, soit gratifications que les gens s'accordent à eux-mêmes, ou externes, soit gratifications provenant d'autrui); la punition (qui supprime habituellement un comportement sans l'éliminer) et l'extinction (qui vise à éliminer un comportement en écartant les agents renforçateurs provoquant son apparition ou contribuant à le maintenir); le « modelage », qui remplace les comportements d'une chaîne ayant mené au comportement à risque afin d'obtenir un autre résultat; le contre-conditionnement, qui substitue une solution de rechange à un comportement problématique avec lequel elle n'est pas compatible (ainsi apprendre l'affirmation de soi à une personne facilement amenée à adopter des comportements à risque); et le contrôle des stimulus, afin d'éviter ou de contrer les stimulus qui ont déjà mené à des comportements à problème (par exemple, éviter les endroits associés dans le passé à des relations sexuelles non protégées). La théorie de l'apprentissage opérant est habituellement incorporée aux approches fondées sur la théorie de l'apprentissage social décrite ci-dessous.
 - 3.2. La *théorie de l'apprentissage social et de l'auto-efficacité*. La théorie de l'apprentissage social et la construction ultérieure de la théorie sociocognitive ajoutent aux approches ci-dessus, fondées sur l'apprentissage opérant, la notion que de nouveaux comportements peuvent aussi être acquis grâce à l'apprentissage par observation, c'est-à-dire regarder les autres agir, observer les conséquences de leurs actes et imiter les habiletés observées qui ont eu des suites positives (Bandura, 1977)¹²⁵. La théorie sociocognitive introduit l'idée d'auto-efficacité, c'est-à-dire l'assurance d'avoir la capacité de réussir à concrétiser les changements (Bandura, 1989)¹²⁶. Une foule d'interventions sont basées sur ces théories, et la plupart ont aussi tendance à incorporer des aspects informatifs et cognitifs (voir ci-dessus), de sorte que les théories de l'apprentissage sont d'un apport positif à celles que nous avons déjà commentées.
4. Les **théories de la motivation et de l'éveil affectif** ont été mises au point dans une certaine mesure pour tenir compte des aspects affectifs et motivationnels sous-représentés dans le cadre des théories cognitives commentées ci-dessus. Cependant, dans l'ensemble, on s'inquiète du fait que les méthodes servant à susciter de la crainte puissent mener à affermir le déni. C'est pourquoi les programmes exploitant des tactiques de crainte ne sont pas à conseiller.
 - 4.1. Les *modèles à processus mixte et d'action directe par la peur* prennent cette émotion comme agent de motivation en vue du changement de comportement. Ces modèles reconnaissent que la crainte peut mener à des comportements tels que le déni, qui empêchent la modification du comportement. On se sert rarement de ces théories comme base d'intervention.

- 4.2. La *théorie de la motivation à la protection du soi (TMP)* se fonde sur les théories cognitives et de l'éveil affectif, suggérant que l'inquiétude provoquée par une menace pour la santé mène à des réactions qui sont soit adaptatives, soit maladaptatives. La réaction est fonction de l'équilibre entre l'« évaluation de la menace » et l'« évaluation de la capacité d'agir ». L'évaluation de la menace comporte un équilibre entre les avantages anticipés du comportement et le degré de vulnérabilité à la menace de la personne, tandis que l'évaluation de la capacité d'agir comporte un équilibre entre la probabilité perçue que l'action abaisse le niveau de menace, la croyance que la personne est capable d'adopter le comportement d'une part, et, d'autre part, les obstacles ou l'inconfort associés audit comportement. La TMP sert principalement à la recherche des causes des comportements à risque et du comportement de protection du soi, plutôt qu'à la recherche sur les interventions; et, même dans le premier cas, les variables de la TMP n'expliquent généralement qu'une part minime de l'écart comportemental.
5. Le **modèle transthéorique (MTT)** (stades du changement) définit les cinq stades que doivent franchir les personnes qui effectuent des changements de comportement, et il décrit plus particulièrement les méthodes d'intervention correspondant à chacun des stades. Ces stades sont les suivants : *préréflexion* : des techniques de conscientisation telles que l'observation, la confrontation et l'interprétation peuvent servir à essayer de surmonter la résistance à reconnaître l'existence d'un problème ou d'un risque; *réflexion* : la personne est consciente de l'existence d'un problème, mais n'est pas encore décidée à agir; on peut faire appel à des techniques de soulagement spectaculaire pour susciter des émotions positives quant aux bienfaits du changement et pour préciser les émotions négatives qui pourraient être atténuées par le changement, de même que pour mener à réévaluer les façons dont le comportement affecte d'autres personnes; *préparation* : la personne s'achemine vers l'action; des techniques de modification des stimulus (contreconditionnement, contrôle) peuvent commencer à affecter le comportement ou aider à éviter des situations dans lesquelles le comportement à risque a souvent eu lieu dans le passé; *action* : des changements explicites au comportement et au milieu sont amorcés et le comportement problématique est modifié pendant une période de temps circonscrite, à l'aide d'interventions destinées à s'assurer que la personne possède les capacités nécessaires et recourt au contrôle des stimulus si nécessaire; *maintien* : la personne consolide ses progrès et se concentre sur la prévention de la rechute, par exemple, en prévoyant les situations dans lesquelles la rechute est probable et en acquérant des habiletés spécifiques pour les éviter.
6. Le **modèle information-motivation-comportement (IMC)** est un modèle pratique largement appliqué, qui a été proposé à la suite d'une analyse poussée des écrits sur la réduction du risque de sida qui faisait ressortir des facteurs favorisant la modification des comportements en réduction du risque. Ce modèle allie des théories éducatives, cognitives et comportementales, en se fondant sur le principe que les interventions de réduction du risque de sida doivent dispenser de l'information sur la transmission du sida et sa prévention, y compris des stratégies qui insistent sur la motivation à réduire le risque de sida et permettent aux intéressés d'acquérir les capacités comportementales nécessaires à l'adoption de comportements propres à réduire le risque. Le modèle propose également un processus d'élaboration d'interventions auprès de la population qui commence par un bilan de situation (analogue à une évaluation des besoins) : niveau des connaissances au sein de la population, facteurs déterminants de la motivation au changement et aptitude présente à l'adoption de comportements préventifs. Ce bilan donne lieu à l'élaboration d'interventions appropriées, fondées sur des données probantes, en vue de répondre aux besoins constatés, ainsi qu'à une évaluation exhaustive, permettant de vérifier si les interventions ont produit les changements recherchés.

7. Les **théories de l'influence sociale** ne se prêtent pas à des approches de gestion de cas, mais servent à élaborer des interventions visant à modifier les normes sociales de régulation ou de soutien des comportements, habituellement en tentant d'influer sur une masse critique de personnes au sein d'une collectivité ou d'une population sur les plans de l'information, de la motivation et des capacités.
- 7.1. Le *marketing social* consiste [traduction] « à concevoir, mettre en œuvre et contrôler des programmes visant à accroître l'acceptabilité d'une idée ou d'une pratique sociale dans un groupe donné »¹²⁷ (Silvestre, 1986, p. 223). On a fait appel au marketing social dans des campagnes communautaires de prévention du sida telles que STOP AIDS¹²⁸ (Puckett, 1987), et dans des programmes axés sur la promotion du condom. L'évaluation du marketing social est complexe, puisque son action coexiste généralement avec d'autres facteurs influant sur le comportement et dont les effets ne peuvent en être facilement distingués.
- 7.2 La *théorie de la diffusion de l'innovation* (TDI)/interventions des leaders de l'opinion populaire (LOP) vise la modification des comportements au sein des collectivités en se fondant sur l'hypothèse que l'innovation est le plus efficace lorsqu'une masse critique de leaders de l'opinion (personnes respectées ou populaires), qui représente habituellement 15 % de la population totale, adopte l'innovation ou l'appuie. Les actions de type LOP identifient systématiquement ces personnes populaires qui ont de l'influence et les recrutent pour participer à une intervention donnée. Il s'agit de former ces personnes, qui sauront alors entamer facilement des conversations sur la réduction du risque avec des amis et des connaissances, en faisant appel à des techniques efficaces de transmission de messages sur la modification du comportement. Les actions comprennent un suivi poussé et continu auprès des LOP, de même que l'apprentissage de slogans et d'autres signaux dont ils peuvent se servir pour amorcer une conversation. On a évalué ce modèle, qui a très bien réussi lors d'une intervention communautaire dans des clubs fréquentés par des HARSAH dans trois petites villes américaines^{129, 130, 131} (Kelly et coll., 1991; Kelly et coll., 1992; St. Lawrence et coll., 1994).

Références

- BANDURA, A.A. *L'apprentissage social*, traduit par Jean-A. Rondal, Bruxelles, Belgique, Éditions Mardaga, 1980.
- BANDURA, A.A. « Perceived self efficacy in the exercise of control over AIDS infection », dans Mays, V.M., Albee, G.W. et S.F. Schneider, éd., *Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches*, Newbury Park, Sage Publications, 1989, p. 128-141.
- KAMB, M., FISHBEIN, M., DOUGLAS, J. JR., et coll. « Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases : a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group », *JAMA*, vol. 280, n° 13, 1998, p. 1161-1167.
- KELLY, J.A., ST. LAWRENCE, J.S., DIAZ, Y.E., et coll. « HIV risk behaviour reduction following intervention with key opinion leaders of a population: an experimental community-level analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 81, n° 2, 1991, p. 168-171.
- KELLY, J.A., ST. LAWRENCE, J.S., STEVENSON, L.Y., et coll. « Producing population wide reductions in HIV risk behaviour among small-city gay men: Results of an experimental field trial in three cities », *American Journal of Public Health*, vol. 82, 1992, p. 1483-1489.
- MISCHEL, W. et E.B. EBBESON. « Attention to delay of gratification », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 16, 1970, p. 329-337.

PETERMAN, T.A., LIN, L.S., NEWMAN, D.R., et coll. « Does measured behavior reflect STD risk? An analysis of data from a randomized controlled behavioral intervention study. Project RESPECT Study Group », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 27, n° 8, 2000, p. 446-451.

PUCKETT, S.B. et L.L. BYE. *The Stop-AIDS Project: An Interpersonal AIDS Prevention Plan*, Rapport présenté à la San Francisco AIDS Foundation, San Francisco, 1987.

SILVESTRE, A., LYSTER, D.W., RINALDO, C.R., KINGSLEY, I.A., FORRESTER, R. et J. HUGGINS. « Marketing strategies for recruiting gay men into AIDS research and education projects », *Journal of Community Health*, vol. 11, n° 4, 1986, p. 222-231.

ST. LAWRENCE, J.S., BRASFIELD, T.L., DIAZ, Y.E., JEFFERSON, K.W., REYNOLDS, M. et M. LEONARD. « Longitudinal follow-up from a community AIDS/HIV risk reduction intervention training popular peers as change agents: population risk behaviour three years later », *American Journal of Public Health*, vol. 84, 1994, p. 2027-2028.

ST. LAWRENCE, J. et J. FORTENBERRY. « Behavioural interventions for STDs », dans *Behavioural Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Disease*, Aral, S., Douglas, J. et J. Lipshutz, éd., New York, Springer, 2007.

ST. LAWRENCE, J., WILSON, T., ELDRIDGE, G., BRASFIELD, T. et R. O'BANNON. « Evaluation of community-based intervention to reduce low income African-American women's risk of sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial of three theoretical models », *American Journal of Community Psychology*, vol. 29, 2001, p. 937-964.

VOLUNTARY HIV-1 COUNSELLING AND TESTING EFFICACY STUDY GROUP. « Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial », *Lancet*, vol. 356, n° 9224, 2000, p. 103-112.

Annexe G : Spécimens de modèles – Ordres relatifs à une ITS bactérienne donnés en vertu de l'article 22 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé

Spécimen 1.1 Modèle – Ordre relatif à la chlamydia

O R D R E

**donné en vertu de l'article 22 de la *Loi sur la protection
et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7**

[insert date]

DESTINATAIRE : [insert client name]
[insert client address]

Je soussigné [insert health care provider's name], médecin-hygiéniste adjoint au [insert health unit name], vous ordonne de prendre les mesures suivantes :

1. Vous devez, dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la réception du présent ordre, vous présenter au cabinet de

[insert health care provider's name]
[insert health care provider's address]

ou d'un autre fournisseur de soins de santé mutuellement acceptable à vous-même et au [insert health unit name], et vous conformer au traitement recommandé pour la chlamydia et à la prise des médicaments prescrits, à des examens médicaux périodiques et à des soins hospitaliers le cas échéant, jusqu'à ce que, de l'avis de votre fournisseur de soins de santé et du [insert health unit name], vous ne représentiez plus de risque d'infection à chlamydia pour d'autres personnes dans la collectivité.

2. Vous devez, dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la réception du présent ordre, fournir au [insert health unit name] le nom du fournisseur de soins de santé au cabinet duquel vous vous êtes présenté, tel que stipulé au paragraphe 1 des présentes.
3. Vous devez vous abstenir de toute activité sexuelle comportant une pénétration vaginale, anale ou buccale. Cette mesure demeure en vigueur jusqu'à la fin de la semaine suivant l'achèvement du traitement de la chlamydia qui vous est prescrit.
4. Vous devez, dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la réception du présent ordre, fournir à [insert first name of PHN and phone number], les noms et dernières adresses connues de tous les partenaires avec lesquels vous avez eu des relations sexuelles non protégées depuis le [insert date].

LES MOTIFS du présent ORDRE sont les suivants :

1. J'ai reçu des rapports en vertu des articles 25, 26 et 29 [insert relevant sections of HPPA depending on source of report] de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, indiquant que :

- a) Vous avez reçu un diagnostic de chlamydia, tel que déclaré au [insert health unit name] le [insert date], selon le test de laboratoire n° [insert lab #], effectué le [insert testing date].
 - b) Vous n'avez pas été traité pour cette infection.
 - c) Vous n'êtes pas retourné vous faire traiter à la clinique où vous aviez subi le test.
 - d) Vous n'avez pas répondu aux messages téléphoniques qui vous ont été laissés par l'infirmière-hygiéniste le [insert date] ni à la lettre qui vous a été envoyée par le [insert health unit name] le [insert date].
 - e) Le [insert date], vous ne vous étiez pas encore présenté au cabinet de [insert health care provider name].
2. La chlamydia se propage par des relations sexuelles non protégées et peut être cause d'infertilité et d'atteinte inflammatoire pelvienne.

J'ai des motifs raisonnables de croire :

- a) qu'une maladie transmissible existe ou peut exister ou qu'il y a un risque immédiat de poussée d'une maladie transmissible dans la circonscription sanitaire qui est de mon ressort;
- b) que la maladie transmissible menace la santé des habitants de la circonscription sanitaire qui est de mon ressort;
- c) que les mesures stipulées dans le présent ordre s'imposent pour réduire ou éliminer le danger pour la santé que constitue cette maladie transmissible.

AVIS

SACHEZ QUE vous avez droit à une audience devant la Commission d'appel et de révision des services de santé si vous me remettez, à moi-même et à la Commission d'appel et de révision des services de santé, Secrétariat des conseils de santé, 151, rue Bloor Ouest, 9^e étage, Toronto (Ontario), M5S 2T5, un avis écrit, demandant une audience dans les quinze (15) jours suivant la signification du présent ordre.

SACHEZ ÉGALEMENT QUE, même si vous demandez une audience, le présent ordre prend effet au moment où il vous est signifié.

LE DÉFAUT de vous conformer au présent ordre constitue une infraction qui vous rend passible, sur déclaration de culpabilité, d'une amende maximale de 5 000 \$ pour chaque journée ou partie de journée au cours de laquelle l'infraction est commise ou se poursuit.

[insert signature]
Médecin-hygiéniste adjoint

Signifié à :

à [insert time] h,

le [insert date]

Remis en mains propres par [insert name]

Spécimen 1.2 Modèle – Ordre relatif à la syphilis

ORDRE donné en vertu de l'article 22 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7

[insert date]

DESTINATAIRE : [insert client name]
[insert client address]

Je soussigné [insert health care provider's name], médecin-hygiéniste adjoint au [insert health unit name], vous ordonne de prendre les mesures suivantes :

1. Vous devez, dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la réception du présent ordre, vous présenter au cabinet de

[insert health care provider's name]
[insert health care provider's address]

ou d'un autre fournisseur de soins de santé mutuellement acceptable à vous-même et au [insert health unit name], et vous conformer au traitement recommandé pour la syphilis et à la prise des médicaments prescrits, à des examens médicaux périodiques et à des soins hospitaliers le cas échéant, jusqu'à ce que, de l'avis de votre fournisseur de soins de santé et du [insert health unit name], vous ne représentiez plus de risque d'infection syphilitique pour d'autres personnes dans la collectivité.

2. Vous devez, dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la réception du présent ordre, fournir au [insert health unit name] le nom du fournisseur de soins de santé au cabinet duquel vous vous êtes présenté, tel que stipulé au paragraphe 1 des présentes.
3. Vous devez vous abstenir de toute activité sexuelle comportant une pénétration dans le vagin, l'anus ou la bouche de votre partenaire. Cette mesure demeure en vigueur jusqu'à la fin de la semaine suivant l'achèvement du traitement de la syphilis qui vous est prescrit.
4. Vous devez, dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la réception du présent ordre, fournir à [insert first name of PHN and phone number], les noms et dernières adresses connues de tous les partenaires avec lesquels vous avez eu des relations sexuelles non protégées depuis le [insert date].

LES MOTIFS du présent ORDRE sont les suivants :

1. J'ai reçu des rapports en vertu de l'article 29 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* indiquant que vous avez reçu un diagnostic de syphilis, tel que déclaré au [insert health unit name] le [insert date], selon le test de laboratoire n° [insert lab #], effectué le [insert testing date].
2. Le [insert date], vous aviez convenu de téléphoner à la clinique et de prendre rendez-vous pour un suivi.

3. Le [insert date], la clinique a avisé le [insert health unit name] que vous n'aviez toujours pas donné suite à cette démarche.
4. Vous n'avez pas répondu à une lettre qui avait été laissée à votre intention à votre adresse le [insert date] et qui vous demandait de téléphoner à l'infirmière-hygiéniste.
5. La syphilis se propage par des relations sexuelles non protégées et peut causer des lésions organiques durables chez l'autre personne, ou, si elle est transmise à une femme qui est ou qui devient enceinte, des dommages au nourrisson.

J'ai des motifs raisonnables de croire :

- a) qu'une maladie transmissible existe ou peut exister ou qu'il y a un risque immédiat de poussée d'une maladie transmissible dans la circonscription sanitaire qui est de mon ressort;
- b) que la maladie transmissible menace la santé des habitants de la circonscription sanitaire qui est de mon ressort;
- c) que les mesures stipulées dans le présent ordre s'imposent pour réduire ou éliminer le danger pour la santé que constitue cette maladie transmissible.

AVIS

SACHEZ QUE vous avez droit à une audience devant la Commission d'appel et de révision des services de santé si vous me remettez, à moi-même et à la Commission d'appel et de révision des services de santé, Secrétariat des conseils de santé, 151, rue Bloor Ouest, 9^e étage, Toronto (Ontario), M5S 2T5, un avis écrit, demandant une audience dans les quinze (15) jours suivant la signification du présent ordre.

SACHEZ ÉGALEMENT QUE, même si vous demandez une audience, le présent ordre prend effet au moment où il vous est signifié.

LE DÉFAUT de vous conformer au présent ordre constitue une infraction qui vous rend passible, sur déclaration de culpabilité, d'une amende maximale de 5 000 \$ pour chaque journée ou partie de journée au cours de laquelle l'infraction est commise ou se poursuit.

[insert signature]
Médecin-hygiéniste adjoint

Signifié à :

à [insert time] h,

le [insert date]

Remis en mains propres par [insert name]

Annexe H : Recommandations relatives aux interventions sur le comportement visant à réduire l'incidence du VIH

Le document suivant des CDC renferme des recommandations sur les moyens d'informer individuellement les clients sur les mesures de prévention. Ces recommandations, toutefois, n'abordent pas les déterminants sociaux de la santé, lesquels peuvent jouer un rôle important dans la prise de décisions en la matière.

[traduction]

Tableau X : Recommandations relatives aux interventions sur le comportement visant à réduire le risque de transmission du VIH (d'après le *MMWR*, 18 juillet 2003)

Recommandation

Les patients devraient recevoir une information exacte et adéquate sur les facteurs qui influent sur la transmission du VIH et sur les moyens de réduire le risque de transmission; on insistera sur le fait que les méthodes les plus efficaces pour prévenir la transmission sont celles qui protègent les personnes non infectées de l'exposition au VIH (p. ex. abstinence de relations sexuelles; utilisation correcte de condoms faits de latex, polyuréthane ou autres matières synthétiques; relations sexuelles uniquement avec un partenaire dont l'état sérologique pour le VIH est le même que le sien). Il faut conseiller aux patients qui s'adonnent à des pratiques sexuelles à haut risque (c.-à-d. pouvant aboutir à la transmission du VIH) avec des personnes dont l'état sérologique est inconnu ou négatif pour le VIH d'utiliser le condom correctement et régulièrement.

Cote

A-III *(brefs messages remis par le fournisseur de soins de santé et visant à influencer sur le comportement du patient)

Il faut s'efforcer de repérer et de corriger les idées fausses que les patients peuvent avoir concernant la transmission du VIH et les moyens de réduire le risque de transmission. Par exemple, veiller à ce que les patients sachent que : 1) les estimations par acte du risque de transmission du VIH chez un patient varient selon des facteurs d'ordre viral, biologique et comportemental; 2) il ne faut pas se fier à un traitement antirétroviral hautement actif (HAART) pour éliminer le risque de transmission du VIH; 3) le traitement prophylactique postexposition (PEP) est d'une efficacité incertaine dans la prévention de l'infection chez les partenaires exposés au VIH.

A-III (brefs messages remis par le fournisseur de soins de santé et visant à influencer sur le comportement du patient)

En prévention du VIH, il faut faire appel à des interventions personnalisées, selon une approche de réduction du risque, avec les patients à risque élevé de transmission du VIH.

A-III (efficacité dans la promotion d'un comportement plus sécuritaire)

Une fois remis des messages de prévention initiaux, on pourra procéder à des interventions ultérieures plus longues ou plus intensives à la clinique ou au cabinet, dans la mesure du possible.

A-I (efficacité des interventions à plusieurs séances en clinique pour la promotion d'un comportement plus sécuritaire)

Il faut diriger les patients atteints du VIH vers les services appropriés concernant les problèmes associés à la transmission du VIH qu'il est impossible d'aborder de façon adéquate pendant la visite en clinique.	A-I (efficacité des interventions de prévention du VIH menées dans un lieu autre que clinique)
Il faut encourager fortement les personnes usagères de drogues illicites de cesser cette pratique et de s'inscrire à un programme de traitement de la toxicomanie (p. ex. traitement d'entretien à la méthadone) et leur fournir les renvois nécessaires vers ces programmes.	A-II (réduction de l'utilisation de drogues à risque et des comportements sexuels associés)
Il faut conseiller aux personnes qui continuent d'utiliser des drogues injectables de toujours se servir d'un matériel d'injection stérile et de ne jamais réutiliser ou partager les seringues, aiguilles ou autres accessoires d'injection; il faut leur fournir de l'information sur la manière de se procurer des seringues et aiguilles neuves et stériles (p. ex. programme d'échange des seringues).	A-II (réduction du risque de transmission du VIH)

* Le niveau des données probantes présentées dans le document du *MMWR* va de I à III, selon les critères que nous avons exposés ci-dessus, et il est assorti d'une cote alphabétique, le A signifiant qu'il existe des preuves suffisantes pour se prononcer en faveur d'une intervention.

Le tableau suivant renseigne sur les niveaux de risque relatif de divers types de relations sexuelles, avec et sans utilisation du condom. Comme nous l'indiquons ci-dessous, un certain nombre de facteurs peuvent hausser ces niveaux de risque, ainsi la présence d'une autre ITS. Il est important de noter qu'aucun des types de relations mentionnés n'est exempt de risque – les renseignements qui suivent sont offerts à titre indicatif quant aux degrés de risque aux fins du counselling.

TABLEAU 5. Estimation du risque relatif de contracter une infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) pour une personne qui en est exempte, en fonction du type de relations sexuelles* et de l'utilisation ou non du condom†

Facteur de risque	Risque relatif de contracter une infection à VIH pour une personne qui en est exempte
Type de relations sexuelles	
Fellations actives [§]	1
Fellations passives [§]	2
Relations sexuelles vaginales actives [¶]	10
Relations sexuelles vaginales passives [¶]	20
Relations sexuelles anales actives ^{¶¶}	13
Relations sexuelles anales passives [¶]	100
Utilisation du condom	
Oui ^{**}	1
Non ^{**}	20

Remarque : Dans ce tableau, on quantifie le risque relatif de transmission du VIH d'une façon qui peut aider à comparer les effets du choix d'une personne quant au type de relations sexuelles et à l'utilisation du condom. Les données sont présentées du point de vue d'une personne exempte de l'infection à VIH et elles devraient servir à instruire le patient infecté au VIH touchant les risques de transmission à des partenaires qui ne sont pas infectés au VIH ou dont l'état sérologique pour le VIH est inconnu. Ces risques sont estimés à partir des données disponibles. Les degrés de risque peuvent varier en fonction de plusieurs facteurs, notamment de la présence d'une MTS chez l'un ou l'autre partenaire et de la charge virale du VIH chez le partenaire atteint. En outre, la fréquence relative des relations sexuelles à faible et à haut risque a une incidence sur le risque de transmission (voir Messages de prévention à l'intention de tous les patients).

Remarque : Les risques liés à ces choix sont multiplicatifs. En regard du risque relatif le plus bas (fellation active avec utilisation du condom; groupe de référence, RR = 1), le risque relatif global grimpe à 2 000 lors de relations sexuelles anales passives (RR = 100) sans utilisation du condom (RR = 20).

* Les données relatives au risque de transmission par le partage d'un matériel d'injection de drogue sont trop restreintes pour figurer dans ce tableau.

† **Source :** Varghese, B., Maher, J.E., Peterman, T.A., Branson, B.M. et R.W. Steketee. « Reducing the risk of sexual HIV transmission : quantifying the per-act risk for HIV infection based on choice of partner, sex act, and condom use », *Sex Transm Dis*, vol. 29, 2002, p. 38-43.

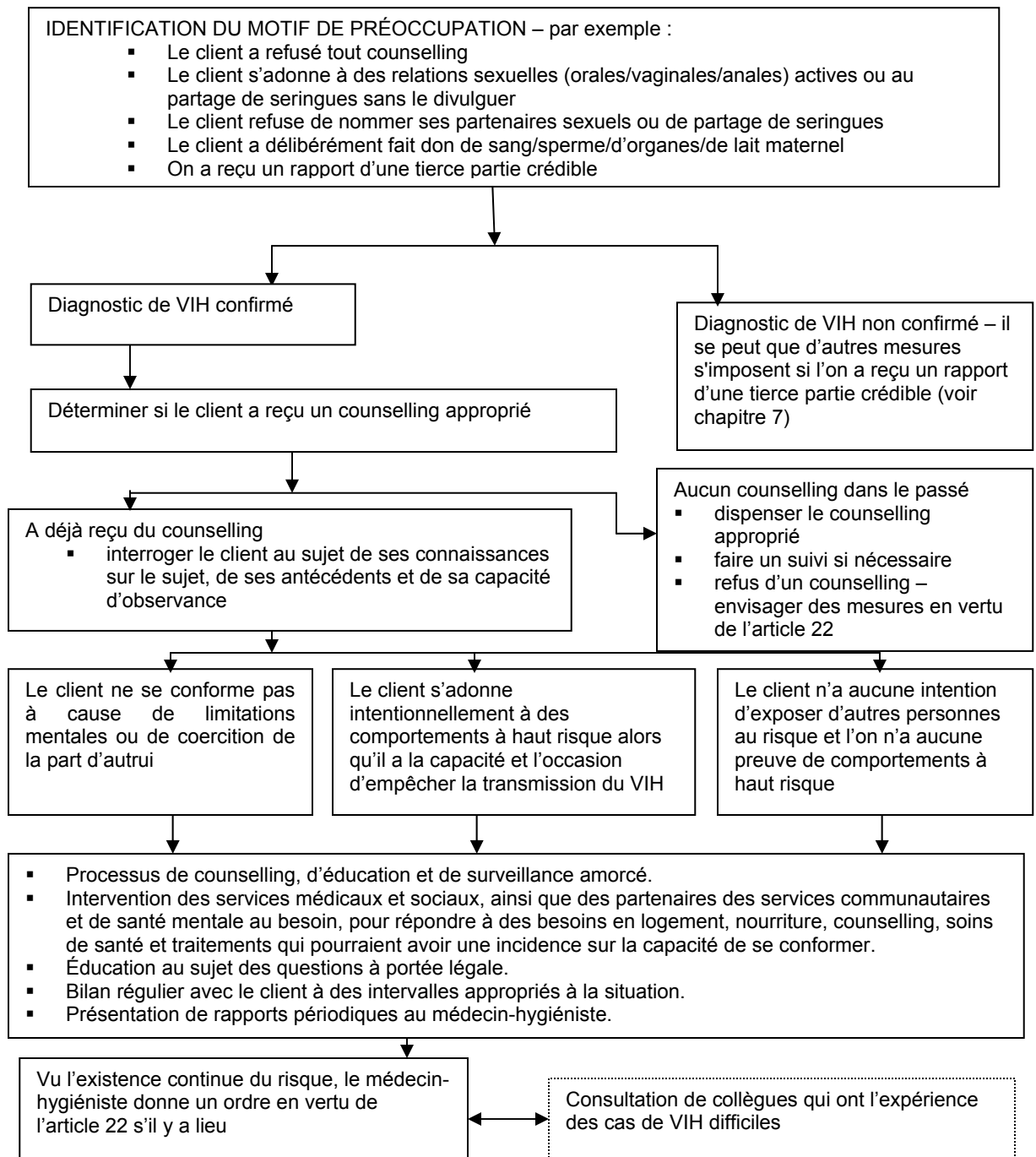
§ Meilleure estimation, d'après Varghese et coll.

¶ **Source :** European Study Group. « Comparison of female-to-male and male-to-female transmission of HIV in 563 stable couples », *BMJ*; vol. 304, 1992, p. 809-813.

** **Source :** Macaluso, J.M., Kelaghan, J., Artz, L. et coll. « Mechanical failure of the latex condom in a cohort of women at high STD risk », *Sex Transm Dis*, vol. 26, 1999, p. 450-458.

Annexe I : Suivi par étapes des cas de VIH qui risquent de propager l'infection

- ↳ Une approche par étapes peut demander de collaborer avec les services médicaux, les services sociaux, ainsi que les partenaires des services de soins communautaires et de soins en santé mentale.
- ↳ Les interventions peuvent avoir lieu à plusieurs niveaux simultanément.
- ↳ Les interventions visent à améliorer la qualité de vie, la réinsertion dans la collectivité ainsi que la protection de la santé publique.



Annexe J : Spécimen d'ordre en vertu de l'article 22 relativement au VIH

O R D R E

**donné en vertu de l'article 22 de la *Loi sur la protection et la promotion de
la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7**

[insert date]

DESTINATAIRE : [insert client name]
[insert client address]

Je soussigné [insert physician's name], médecin-hygiéniste adjoint au [insert health unit name],
vous ordonne de prendre les mesures suivantes :

1. Vous abstenir de toute activité sexuelle comportant la pénétration du pénis dans le vagin, l'anus ou la bouche d'une autre personne ou la pénétration du pénis d'une autre personne dans votre bouche ou votre anus, à moins que les conditions suivantes ne soient satisfaites :
 - a) avant toute activité sexuelle comportant une pénétration, avoir informé votre partenaire que vous êtes atteint du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), agent causal du sida;
 - b) vous recouvrir le pénis d'un condom de latex dès le début de l'érection et jusqu'à la fin de l'activité sexuelle.
2. Ne fournir à personne du matériel ou de l'équipement, tel que seringues ou aiguilles, que vous avez utilisé pour l'injection de drogues ou d'autres substances, ou pour vous percer la peau.
3. Ne faire aucun don de sang, de plasma, d'organes, de sperme ou de tissus.
4. Continuer de vous présenter au cabinet de [insert health care provider's name] et de vous conformer aux conseils dispensés et au traitement prescrit, notamment de vous rendre aux rendez-vous médicaux qui vous sont fixés en rapport avec votre diagnostic de VIH.
5. Dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la réception du présent ordre, fournir à l'infirmière de la santé publique [insert first name], au [insert phone number], les noms et les dernières adresses connues de tous les partenaires avec lesquels vous avez eu des relations sexuelles avec pénétration non protégées depuis le [insert date].

LES MOTIFS du présent ORDRE sont les suivants :

1. J'ai reçu un rapport en vertu de l'article 29 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* indiquant que vous êtes atteint du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), agent d'une maladie transmissible, soit le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), selon le test de laboratoire n° [insert lab #] effectué le [insert testing date], dont la déclaration a été faite au [insert health unit name], le [insert date].

2. Le [insert date], l'infirmière de la santé publique [insert first name] vous a avisé de l'importance de la notification aux partenaires et de la nécessité de fournir les noms de vos partenaires qui pourraient avoir été exposés au VIH. [Insert name] vous a demandé de lui transmettre les noms et adresses de vos partenaires qui pourraient avoir été exposés au VIH.
3. Le [insert date], vous avez refusé de fournir au [insert health unit name] les noms et adresses de vos partenaires sexuels.
4. Le [insert date], votre fournisseur de soins de santé [insert provider's name] a déclaré au [insert health unit name] que vous aviez refusé de lui fournir les nom et adresses de vos partenaires sexuels.
5. Le VIH se propage lors de relations sexuelles non protégées et peut entraîner une maladie grave et/ou la mort. La notification aux partenaires sexuels de leur exposition possible au VIH est donc essentielle.

J'ai des motifs raisonnables de croire :

- a) qu'une maladie transmissible existe ou peut exister ou qu'il y a un risque immédiat de poussée d'une maladie transmissible dans la circonscription sanitaire qui est de mon ressort;
- b) que la maladie transmissible menace la santé des habitants de la circonscription sanitaire qui est de mon ressort;
- c) que les mesures stipulées dans le présent ordre s'imposent pour réduire ou éliminer le danger pour la santé que constitue la maladie transmissible.

AVIS

SACHEZ QUE vous avez droit à une audience devant la Commission d'appel et de révision des services de santé si vous me remettez, à moi-même et à la Commission d'appel et de révision des services de santé, Secrétariat des conseils de santé, 151, rue Bloor Ouest, 9^e étage, Toronto (Ontario), M5S 2T5, un avis écrit, demandant une audience dans les quinze (15) jours suivant la signification du présent ordre.

SACHEZ ÉGALEMENT QUE, même si vous demandez une audience, le présent ordre prend effet au moment où il vous est signifié.

LE DÉFAUT de vous conformer au présent ordre constitue une infraction qui vous rend passible, sur déclaration de culpabilité, d'une amende maximale de 5 000 \$ pour chaque journée ou partie de journée au cours de laquelle l'infraction est commise ou se poursuit.

[insert signature]
Médecin-hygiéniste adjoint

Signifié à :

à [insert time] h,

le [insert date]

Remis en mains propres par [insert name]

Annexe K : Feuille d'information destinée aux fournisseurs de soins de santé relativement à la syphilis latente tardive

[Insert public health unit(s) letterhead]
[insert date]

Prise en charge de la syphilis latente tardive

Selon les renseignements que vous avez transmis, votre patient a reçu un diagnostic de syphilis latente tardive. Afin de confirmer le diagnostic et de prendre en charge la maladie et la traiter, veuillez vous reporter aux **pages 302 et suivantes** des *Lignes directrices canadiennes sur les ITS – Édition 2006*, à http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/pdf/Guidelines_Fr_complete_06-26-08.pdf

Vous voudrez bien ensuite :

- évaluer les antécédents cliniques;
- évaluer les résultats cliniques;
- procéder à de nouveaux tests sérologiques dans un intervalle de 2 à 4 semaines, afin d'exclure, le cas échéant, la possibilité d'une syphilis infectieuse en incubation.

Counselling

Nous vous recommandons de dispenser un counselling à votre patient concernant ce qui suit :

- la transmission des ITS (VIH compris) et la réduction des risques;
- la syphilis latente tardive et la nécessité de suivre le traitement jusqu'au bout;
- l'évaluation du conjoint et, le cas échéant, d'autres partenaires à long terme;
- l'évaluation des enfants, le cas échéant :
 - o pendant la durée d'une syphilis latente tardive, il y a 10 % de probabilité de transmettre l'infection au fœtus pendant la grossesse;
 - o les symptômes de la syphilis congénitale peuvent ne pas être apparents lors de l'examen clinique;
- le suivi sérologique après le traitement, au besoin.

Traitement

Si un traitement est indiqué, veuillez communiquer avec nous au [insert phone number], pour vous procurer les médicaments gratuitement.

En raison des dispositions sur les maladies à déclaration obligatoire de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, et du Règlement 569, vous êtes également tenu de présenter un rapport. Veuillez communiquer avec le bureau de santé au [insert phone number] pour informer le responsable du traitement dispensé.

La présente confirme que, selon les résultats de la sérologie, le [insert health unit] considère que, en l'occurrence, il ne s'agit pas d'un cas de syphilis infectieuse et que vous consentez à la prise en charge du patient.

Nous vous remercions de votre coopération.

[insert case manager's name and designation]

Annexe L : Feuille d'information destinée aux fournisseurs de soins de santé aux fins de leurs rencontres avec les patients atteints de syphilis latente tardive

[insert health unit logo]

Syphilis tardive latente

Il est possible que vous soyez atteint d'une infection qu'on appelle la syphilis.

Définition

La syphilis est une infection transmissible sexuellement, causée par la bactérie *Treponema pallidum*. Cette infection se propage au cours de la première ou les deux premières années après la transmission de l'infection, par contact direct avec une éruption ou une plaie syphilitique pendant les relations sexuelles (vaginales, anales ou orales). Elle peut aussi se propager par l'utilisation de drogues injectables ou de la mère à l'enfant.

Symptômes

Lors de l'entrée de la bactérie dans l'organisme, l'infection connaît différents stades; mais vous pouvez ne pas vous souvenir d'avoir eu des symptômes.

Au stade primaire, une plaie ouverte et indolore (chancre) peut se manifester dans la région génitale, sur le pénis ou les fesses, dans le vagin ou dans la gorge, de 3 à 90 jours après le contact. La plaie peut se résorber d'elle-même, sans traitement, mais l'infection persiste et progresse vers le stade secondaire.

Le stade secondaire a lieu de 2 à 12 semaines après l'apparition du chancre. À ce stade, il peut y avoir éruption sur la plante des pieds, sur la paume des mains ou ailleurs sur le corps. Il peut y avoir une perte de cheveux par endroits, des douleurs musculaires et articulaires et une inflammation des ganglions. Habituellement, ces symptômes se résorbent sans traitement, mais l'infection persiste et progresse vers les stades précoces latents et latents tardifs.

Le stade latent précoce ne s'accompagne pas de symptômes, mais le sujet peut transmettre l'infection à d'autres. En l'absence d'un traitement, l'infection progresse vers le stade latent tardif.

Le stade latent tardif ne s'accompagne d'aucun symptôme. Dans environ 30 % des cas non traités, la bactérie peut envahir le cerveau, le cœur et les os, et causer de graves lésions. À ce stade, il n'y a plus de contagion, à moins qu'une patiente soit enceinte et transmette l'infection au nourrisson.

Diagnostic

On dépiste la syphilis au moyen d'un test sanguin et l'évaluation des antécédents médicaux.

Traitement

On traite la syphilis aux antibiotiques. Le sujet peut recevoir des injections ou des médicaments par voie orale toutes les semaines pendant un (1) mois. Le traitement est disponible sans frais au service de santé publique. Le sujet qui ne reçoit aucun traitement a environ 30 % de probabilité de subir de graves lésions au cœur, au cerveau et aux os.

Répercussions pour les partenaires et les enfants

À tous les stades d'infection, il faudrait évaluer tous les partenaires sexuels et de partage de seringues. Si vous êtes une femme et avez contracté cette infection pendant une grossesse, il se peut que vous l'ayez transmise à votre enfant. Si vous avez des enfants, il faudra peut-être aussi les évaluer. Vous voudrez bien discuter de cette question avec votre fournisseur de soins de santé.

Suivi

Des tests sanguins de suivi peuvent être nécessaires et votre fournisseur de soins de santé en discutera avec vous. Il est important de se rappeler que les tests sanguins pour la syphilis peuvent demeurer positifs à vie, même si vous avez reçu le traitement adéquat. Ce diagnostic fait partie de vos antécédents médicaux et vous devriez en faire part à vos autres fournisseurs de soins de santé.

Annexe M : Modèle de formule de surveillance médicale de la syphilis envoyée aux autorités de la santé publique concernant un examen médical effectué à l'extérieur du Canada

Citizenship and Immigration Canada
Citoyenneté et Immigration Canada

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

MEDICAL SURVEILLANCE UNDERTAKING SURVEILLANCE MÉDICALE - ENGAGEMENT

Date	D - J	M	Y - A

PART A TO BE COMPLETED BY PROCESSING OFFICER PARTIE A RÉSERVÉ AU BUREAU COMPÉTENT

1 Family name - Nom de famille		2 Given name(s) - Prénom(s)		3 Sex - Sexe ☐ Male - Homme ☐ Female - Femme	
4 Date of birth - Date de naissance D - J M Y - A		5 Head of family - Chef de famille ☐ Same as in box 1 or Même qu'à la case 1 ou ☐		6 IMM file no. - N° de réf. IMM	
7 Address where you intend to reside in Canada - Adresse prévue au Canada Street & no. - N° et rue Apt. - App. ☐ No address available - Aucune adresse disponible				8 "S" code - Code « S » ☐ 2.01 ☐ 2.02 ☐ 2.03 ☐ 2.04 ☐ 2.05 ☐ 2.06 ☐ 2.07 ☐ 2	
City - Ville Province Postal code - Code postal		Telephone no. - N° de téléphone Area code - Ind. rég.		9 Office where medical assessment performed - Bureau où l'évaluation médicale a été effectuée IMS file no. - N° de référence SMI	
				10 Type of entry document and serial no. - Genre de document d'admission et n° de série No. N° IMM	
11 I understand that provincial/territorial health authorities in Canada may wish to monitor my health. I agree to them doing so. I understand my landing in Canada is conditional upon my reporting to a provincial/territorial health clinic within 30 days of my admission to Canada as a permanent resident. I shall report any changes in residence forthwith to Canada Immigration and the appropriate provincial/territorial authorities. Je sais qu'au Canada les autorités provinciales/territoriales de la santé voudront vérifier mon état de santé, ce à quoi je consens. Je sais que mon établissement au Canada me sera accordé sous réserve que je me présente à une clinique provinciale/territoriale dans les 30 jours suivant mon admission comme résident permanent. Je m'engage à signaler tout changement d'adresse à Immigration Canada et aux autorités provinciales/territoriales compétentes.					
Signature of applicant - Signature requise				Date D - J M Y - A	

The information you provide on this document is collected under the authority of the *Immigration Act* for the purpose of notifying provincial health authorities in Canada that your medical condition requires surveillance. It will be stored in one of the following Personal Information Banks: EIC PPU 225, 230, 285, 290 and 295 and is protected and accessible under the provisions of the *Privacy Act*.

Les renseignements que vous fournissez sur ce document sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'immigration* aux fins d'informer les autorités provinciales de la santé compétentes au Canada que votre état de santé doit faire l'objet d'une surveillance médicale. Ces renseignements seront versés à l'un des fichiers de renseignements personnels suivants : CEI PPU 225, 230, 285, 290 et 295 et sont protégés et accessibles en vertu des dispositions de la *Loi sur la Protection des renseignements personnels*.

PART B TO BE COMPLETED BY SECONDARY EXAMINER OFFICER AT PORT OF ENTRY DEUXIÈME INTERROGATOIRE AU POINT D'ENTRÉE

PARTIE B RÉSERVÉ À L'AGENT D'IMMIGRATION PRÉPOSÉ AU

12 Confirmation/Update address in Canada Confirmation/Mise à jour de l'adresse au Canada ☐ Same as in box 7 above or La même qu'à la case 7 ou		13 Office stamp - Timbre du bureau	
Street & no. - N° et rue Apt. - App.			
City - Ville Province Postal code - Code postal			
Telephone no. - N° de téléphone Area code - Ind. rég.			
Any change of address within three (3) months of date in box 14 should be provided to a Canada Immigration Centre. See blue pages of telephone directory. Tout changement d'adresse au cours des trois (3) mois suivant la date inscrite à la case 14 doit être signalé à un Centre d'immigration Canada. Consulter les pages bleues de l'annuaire téléphonique.		14 Signature of examining officer Signature de l'examineur	
		Date D - J M Y - A	

IMM 0535 (06-1998) B

THIS FORM HAS BEEN ESTABLISHED BY THE MINISTER OF CITIZENSHIP AND IMMIGRATION
FORMULAIRE ÉTABLI PAR LE MINISTRE DE LA CITOYENNETÉ ET DE L'IMMIGRATION

Canada

1 - ORIGINATING VISA / IMMIGRATION OFFICE
POUR LE BUREAU DES VISAS OU D'IMMIGRATION D'ORIGINE

Annexe N : Modèle de formule de surveillance médicale de la syphilis envoyée aux autorités de la santé publique concernant un examen médical effectué au Canada

LETTRE DE NOTIFICATION AUX AUTORITÉS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

SURVEILLANCE MÉDICALE (SUIVI EN SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA)

Les renseignements suivants vous sont transmis à titre d'information et, le cas échéant, pour la prise des mesures nécessaires.

On a récemment procédé au Canada à un examen médical réglementaire de l'Immigration de la personne suivante, qui réside actuellement dans votre territoire de compétence.

Cet examen a révélé la présence d'un état pathologique qui motive normalement l'envoi d'une notification de surveillance médicale par Citoyenneté et Immigration Canada.

Puisque la personne réside au Canada, la présente notification est donnée avant que le dossier de demande d'immigration ne soit complet.

On a remis au client un document d'information sur le suivi en santé publique au Canada.

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM(S) :

DATE DE NAISSANCE : AAAA/MM/JJ

SEXE : H ☐ F ☐

CODE « S » : S 2.04

ADRESSE :

Code postal :

TÉLÉPHONE :

DOSSIER DE SMI N° :

AU DÉBUT DE LA SURVEILLANCE MÉDICALE, PRIÈRE DE TÉLÉCOPIER CETTE FORMULE
À L'UNITÉ DE SURVEILLANCE MÉDICALE DE CIC. TÉLÉCOPIEUR : 613 952-3891

DATE DE DÉBUT DE LA SURVEILLANCE : AUTORITÉ SANITAIRE EN MATIÈRE DE
SANTÉ PUBLIQUE – TIMBRE DATEUR
AAAA/MM/JJ

Annexe O : Modèle de lettre à envoyer aux fournisseurs de soins de santé concernant leur responsabilité en matière de notification aux partenaires

Spécimen 1 : infections bactériennes

[insert health unit letterhead]

[insert date]

PERSONNELLE ET CONFIDENTIELLE

[insert name of health care provider]

[insert current address of health care provider]

Madame, Monsieur [insert name of health care provider],

Objet : [insert client's name]

DN [insert client's date of birth]

Diagnostic :

La présente lettre confirme notre conversation téléphonique du _____, au cours de laquelle vous nous avez informés que vous assumiez la responsabilité du counselling auprès du client ci-dessus nommé, ainsi que de la notification à ses partenaires.

La santé publique recommande que les séances de counselling comprennent ce qui suit :

- renseigner votre client au sujet du bien-fondé de la localisation de ses partenaires;
- conseiller votre client au sujet de la transmission des MTS (VIH compris) et de la réduction des risques;
- aviser votre client de ne pas avoir de relations sexuelles avec ses partenaires jusqu'à ce que toutes les personnes en cause aient terminé leur traitement;
- veiller à ce que votre client suive le traitement prescrit jusqu'au bout et qu'il passe un test de contrôle post-traitement si nécessaire;
- avant de vous engager vis-à-vis du client, discuter avec lui de sa volonté ou non d'informer ses partenaires de la situation;
- assurer votre client que la notification aux partenaires est effectuée sans divulgation de son nom, ni de la date ou du lieu de l'exposition;
- consigner les renseignements signalétiques relatifs à chaque partenaire de façon aussi complète que possible : nom, sexe, adresse, numéro de téléphone (domicile, travail, cellulaire, téléavertisseur), âge/date de naissance;
- remettre à chacun des partenaires des renseignements sur les infections, la prévention, ainsi que les options en matière de dépistage et de traitement;
- consulter la santé publique si :
 - votre client refuse de vous donner les noms demandés;
 - les partenaires ne peuvent pas être localisés ou refusent que vous communiquiez avec eux;
 - les partenaires refusent de se soumettre au dépistage et au traitement après avoir reçu de votre part la notification qu'ils sont bien des « contacts ».

Pour toute question ou si vous désirez obtenir de l'aide relativement à l'un ou l'autre de ces sujets, n'hésitez pas à communiquer avec moi au [insert phone number].

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations les plus distinguées.

[insert name, professional designation, & title]

Spécimen 2 : VIH

[insert health unit letterhead]

[insert date]

PERSONNELLE ET CONFIDENTIELLE

[insert name of health care provider]

[insert current address of health care provider]

Madame, Monsieur [insert name of health care provider],

Objet : Nom : ____ [insert client's name] ____ (positif pour le VIH) DN [insert client's date of birth]

Comme vous le savez, l'infection à VIH est une maladie à déclaration obligatoire aux autorités de la santé publique en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Notre personnel des soins infirmiers en santé publique a déjà communiqué avec vous pour vous transmettre de l'information d'ordre épidémiologique sur le patient en cause.

Le [insert name of health unit] est aussi responsable de veiller à ce que chaque cas de VIH déclaré reçoive un counselling après les tests et que ses partenaires reçoivent une notification. Les fournisseurs de soins de santé peuvent se charger du counselling posttest et de la notification aux partenaires dans les situations qu'ils estiment appropriées.

La présente lettre confirme que vous nous avez avisés, le _ [insert date] ____, lors de notre conversation téléphonique/par correspondance, que :

1. Vous consentez à assumer la responsabilité du counselling posttest auprès du patient ci-dessus nommé et de la notification à ses partenaires/contacts.

Le [insert name of health unit] recommande que cette responsabilité comprenne les éléments suivants :

- veiller à ce que votre patient comprenne les résultats des tests et la différence qu'il y a entre une infection à VIH et le sida;
- aviser votre patient de ne pas faire don de sang, de sperme, d'organes ou de lait maternel;
- évaluer le réseau de soutien de votre patient et ses besoins en matière de counselling et de soins de suivi, et l'aiguiller vers les services appropriés;
- aider votre patient à aviser ses partenaires sexuels et les personnes avec lesquelles il a partagé des seringues, et encourager ces partenaires/contacts à demander un counselling et une évaluation médicale;
- conseiller votre patient au sujet des relations sexuelles protégées, de l'utilisation d'aiguilles stériles et de la divulgation appropriée de sa séropositivité pour le VIH à ses partenaires sexuels;
- discuter de la nécessité, s'il y a lieu, que votre patient informe ses autres fournisseurs de soins de santé, p. ex. son dentiste;
- discuter des possibilités de répercussions en cas de grossesse avec les patientes qui sont en âge d'avoir des enfants;
- discuter avec votre patient de la nécessité de subir des tests de dépistage de la tuberculose;
- faire part à votre patient du fait que la Société canadienne du sang doit être informée s'il a déjà donné ou reçu du sang.

2. Vous voudrez bien remettre au patient les documents ci-joints [insert the name of health unit's pamphlets], en vous assurant qu'il en comprend le contenu.

Si vous avez des doutes concernant la volonté ou la capacité du sujet de prendre les précautions appropriées afin de réduire les risques de transmission du VIH ou si vous avez besoin d'aide au sujet de l'une ou l'autre de ces questions, n'hésitez pas à communiquer avec le soussigné, au [insert phone number].

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations les plus distinguées.

[insert name, professional designation, & title]

Annexe P : Analyse documentaire – Localisation des contacts

Remarque : La présente annexe ne comprend pas les références concernant la remise de médicaments au partenaire par le patient, qui se trouvent plutôt à l'Annexe R.

Publications renfermant une analyse documentaire sur la localisation des contacts

Premier auteur	Année	Pays/ population et ITS étudiée(s)	Méthodologie	Résultats	Commentaires
Hogben	2007a	Tous pays; principales ITS	Analyse documentaire; centrée sur les stratégies de notification aux partenaires (NP); méthodes de NP par réseau Internet; RMPP	On recommande la souplesse dans l'adaptation des méthodes au patient et au contexte ainsi que des politiques favorisant cette souplesse	La RMPP peut ne pas être souhaitable dans le cas des HARSAH, à cause de la possibilité que les partenaires ne soient pas suivis en cas de coinfection par le VIH; les méthodes via réseau sont surtout utiles pour abréger les délais et améliorer l'efficacité des enquêtes futures, p. ex. lors des poussées
Hogben	2007b	Pays à revenu élevé; VIH	Analyse documentaire systématique	Le counselling et des services d'aiguillage aux partenaires (notification par le fournisseur) ont réussi à identifier des cas de séropositivité pour le VIH antérieurement inconnus; données insuffisantes quant à l'effet sur le changement de comportement ou la réduction de la transmission	La notification par le fournisseur a réussi à identifier une population à haut risque en vue du dépistage; les nouveaux cas de séropositivité pour le VIH n'étaient pas nécessairement infectés par le patient
Macke, B.A. Mathews, C.	1999 2002	États-Unis; toutes ITS Tous; GC, CT, syphilis,	Analyse documentaire Analyse documentaire systématique	Preuves modérément probantes : la	La plupart des études se rapportent à la GC et à la CT; peu

		VIH		notification par le fournisseur ou le choix entre la notification par le fournisseur et la notification par le patient aboutit à la notification et au traitement médical d'un plus grand nombre de partenaires que la notification uniquement par le patient; la notification conditionnelle donne de meilleurs résultats que la notification par le patient en ce qui touche la GC	d'études sur la syphilis Il faudra davantage de données sur les préjudices possibles de la localisation des contacts
Oxman, A.	1994	Tous; GC, CT, syphilis, VIH	Analyse documentaire systématique	Preuves raisonnablement probantes que la notification conditionnelle ou par le fournisseur est plus efficace que la notification par le patient; données probantes quant aux avantages des méthodes d'aide pour améliorer la notification par le patient	Il faudra davantage de données sur les préjudices possibles de la localisation des contacts

Analyses documentaires sur la localisation des contacts :

HOGBEN, M., MCNALLY, T., MCPHEETERS, M., HUTCHINSON, A.B. et TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. « The effectiveness of HIV partner counselling and referral services in increasing identification of HIV-positive individuals : A systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, n° 2S, 2007, p. S89-S100.

HOGBEN, M. « Partner notification for sexually transmitted diseases », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 44, n° S3, 2007, p. S160-S174.

MACKE, B.A. et J.E. MAHER. « Partner notification in the United States. An evidence-based review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17, n° 3, 1999, p. 230-242.

MATHEWS, C., COETZEE, N., ZWARENSTEIN, M., LOMBARD, C., GUTTMACHER, S., OXMAN, A. et G. SCHMID. « Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, 2001.

OXMAN, A.D., SCOTT, E.A.F., SELLORS, J.W., CLARKE, J.H., MILLSON, M.E., RASOOLY, I., FRANK, J.W., NAUS, M. et E. GOLDBLATT. « Partner notification for sexually transmitted diseases : an overview of the evidence », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 85, 1994, p. 127-132.

Méthodes de localisation des contacts :

Gonorrhée, chlamydia, urétrite non gonococcique :

GIESECKE, J., RAMSTEDT, K., GRANATH, F., RIPA, T., RADO, G. et M. WESTRELL. « Efficacy of partner notification for HIV infection », *Lancet*, vol. 338, n° 8775, 1991, p. 1096-1100.

HOGGEN, M., ST. LAWRENCE, J., MONTANO, D., KASPRZYK, D., LEICHLITER, J. et W. PHILLIPS. « Physicians' opinions about partner notification methods : case reporting, patient referral, and provider referral », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 80, n° 1, 2004, p. 30-34.

KATZ, B.P., DANOS, C.S., et coll. « Efficiency and cost-effectiveness of field follow-up for patients with *chlamydia trachomatis* infection in a sexually transmitted disease clinic », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 15, n° 1, 1988, p. 11-16.

MONTESINOS, L., FRISCH, L., GREENE, B. et M. HAMILTON. « An analysis of and intervention in the sexual transmission of disease », *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 23, n° 3, 1990, p. 275-284.

TOMNAY, J.E., HATCH, B.A., PITTS, M.K., CARTER, T.R. et C.K. FAIRLEY. « Partner notification : a 2002 Victorian audit », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 15, 2004, p. 629-631.

Syphilis :

PETERMAN, T.A., TOOMEY, K.E., DICKER, L.W., ZAIDI, A.A., WROTEN, J.E. et J. CAROLINA. « Partner notification for syphilis : a randomised controlled trial of three approaches », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 24, n° 9, 1997, p. 511-518.

VIH :

LANDIS, S.E., SCHOENBACH, V.J., WEBER, D.J., MITTAL, M., KRISHAN, B., LEWIS, K. et G.G. KOCH. « Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina », *New England Journal of Medicine*, vol. 326, n° 2, 1992, p. 101-106.

PAVIA, A.T., BENYO, M., NILER, L., et coll. « Partner notification for control of HIV : Results after 2 years of a statewide program in Utah », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 10, 1993, p. 1418-1424.

RAMSTEDT, K., HALLAHAGEN, G., LUNDLIN, B.I., et coll. « Contact tracing for human immunodeficiency virus (HIV) infection », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 17, n° 1, 1990, p. 47-41.

RUTHERFORD, G.W., WOO, J.M., NEAL, D.P., RAUCH, K.J., et coll. « Partner notification and the control of human immunodeficiency virus infection. Two years experience in San Francisco », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 18, 1991, p. 107-110.

SPENCER, N.E., HOFFMAN, R.E., RAEVSKY, C.A., WOLF, F.C. et T.M. VERNON. « Partner notification for human immunodeficiency virus infection in Colorado : results across index case groups and costs », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 4, n° 1, 1993, p. 26-32.

WELLS, K.D. et G.L. HOFF. « Human immunodeficiency virus partner notification in a low incidence urban community », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 22, n° 6, 1995, p. 377-379.

Moyens d'améliorer la notification aux partenaires par le patient :

ELLISON, G., MONIEZ, V. et J. STEIN. « A randomized controlled trial of a standardised health message vs patient-centred counselling to improve STD partner notification », *Annals of Human Biology*, vol. 29, 2001, p. 462-463.

FAXELID, E., TEMBO, G., NDULO, J. et I. KRANTZ. « Individual counselling of patients with sexually transmitted diseases : a way to improve partner notification in a Zambian setting? », *Sex Transm Dis*, vol. 23, n° 4, 1996, p. 289-292.

LEVY, J.A. et S.E. FOX. « The outreach-assisted model of partner notification with IDUs », *Public Health Reports*, vol. 113, 1998, p. 160-169.

SOLOMON, M.Z. et W. DEJONG. « The impact of a clinic-based educational videotape on knowledge and treatment behaviour of men with gonorrhea », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 15, n° 3, 1988, p. 127-132.

Annexe Q : Analyse documentaire – Remise de médicaments au partenaire par le patient (RMPP)

Articles repérés et analysés – Remise de médicaments au partenaire par le patient

	1 ^{er} auteur	Année	Journal	Titre de l'article	Type d'article
1	Auerswald	2006	<i>Journal of Adolescent Health</i>	Street-based STD testing and treatment of homeless youth are feasible, acceptable and effective	Essai clinique. AR*
2	Fortenberry	1999	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Subsequent STI among adolescent women with genital infection due to CT, NG, or TV	Étude prospective des cohortes
3	Golden	1999	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	PN for chlamydia infections among private sector health care providers in Seattle-King County	AR
4	Golden	2001	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Partner management for gonococcal and chlamydia infections : expansion of public health services to the private sector and expedited sex partner treatment through partnership with commercial pharmacies	AR
5	Golden	2005a	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	The legal status of PDPT** for STI in the US : a national survey of state medical and pharmacy boards	AR
6	Golden	2005b	<i>NEJM</i>	Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydia infection	CTR
7	Golden	2005c	<i>Clinical Infectious Diseases</i>	Expedited partner therapy for STD	Commentaires éditoriaux
8	Golden	2007	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Evaluation of a population-based program for expedited partner therapy for gonorrhea and chlamydia infection	AR Évaluation de programme
9	Gotz	2005	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Management of chlamydia cases and their partners : results from a home-based screening program organized by municipal public health services with referral to regular health care	AR
10	Hogben	2005	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Patient-delivered partner therapy for STD as practiced by US physicians	AR

11	Khan	2005	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	The prevalence of chlamydia, gonorrhea, and trichomonas in sexual partnerships : implication for PN & treatment	AR
12	Kissinger	1998	<i>Sexually Transmitted Infections</i>	Effectiveness of PDPM for preventing recurrent chlamydia trachomatis infection	AR
13	Kissinger	2005	<i>Clinical Infectious Diseases</i>	PDPT for male urethritis : a RCT	AR
14	Klausner	2003	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Patient-delivered therapy for chlamydia : putting research into practice	Analyse documentaire
15	Klausner	2005	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	The Public Health Response to Epidemic syphilis, San Francisco, 1999-2004	AR
16	McConnell	2003	<i>Perspectives on Sexual and Reproductive Health</i>	Integrating chlamydia trachomatis Control Services for males in Female Reproductive Health programs	
17	McGree	2005	<i>American Journal of Health-System Pharmacy</i>	Status of and pharmacists' role in PDPT for STD	AR; analyse documentaire
18	Niccolai	2005	<i>Sexually Transmitted Infections</i>	Knowledge of sex partner treatment for past bacterial STI and risk of current STI.	AR
19	Nuwaha	2001	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Efficacy of PDPmedication in the treatment of sexual partners in Uganda	Essai clinique; AR; RCT
20	Ramstedt	1991	<i>International Journal of STD & AIDS</i>	Contact tracing in the control of genital <i>chlamydia trachomatis</i> infection	AR
21	Rietmeijer	2002	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Incidence and repeat infection rates of <i>Chlamydia trachomatis</i> among male and female patients in an STD clinic: implications for screening and rescreening	Étude prospective des cohortes
22	Schillinger	2003	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	PDPTreatment with azithromycin to prevent repeated chlamydia trachomatis infection among women : a RCT	Essai clinique; AR; étude multi-centres; RCT
23	Steiner	2003	<i>American Journal of Public Health</i>	Field-delivered therapy increases treatment for chlamydia and gonorrhea	AR
24	Stekler	2005	<i>Clinical Infectious Diseases</i>	Concurrent STI in sex partners of patients with selected STI : implications for PDPT	AR; analyse documentaire
25	St. Lawrence	2002	<i>American Journal of Public Health</i>	STD screening, testing case reporting, and clinical and PN	AR

				practices : a national survey of US Physicians	
26	Anonyme	2005	<i>Contraceptive Technology Update</i>	Evidence supports use of PDPT for STDs: programs must overcome legal, financial barriers	AR
27	Whittington	2001	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Determinants of Persistent and Recurrent <i>Chlamydia trachomatis</i> infection in young women: Results of a multi-centre cohort study	Étude de cohortes multi-centres
28	XU	2000	<i>American Journal of Epidemiology</i>	Repeat <i>Chlamydia trachomatis</i> Infection in women: analysis through a surveillance case registry in Washington State, 1993-1998	Analyse d'une base de données
Présentations lors d'une conférence					
1	Bauer	2006	2006 National STD Prevention Conference presentation	Patient-delivered partner treatment for chlamydia in California: legislation, implementation, and evaluation	Présentation lors d'une conférence
2	Boudov	2006	2006 National STD Prevention Conference presentation	Field-delivered patient and partner therapy as a creative chlamydia	Présentation lors d'une conférence
3	California Department of Health Services STD Control Branch	2001	<i>Guidelines for Medical Providers in California</i>	PDPT of antibiotics for <i>chlamydia trachomatis</i>	Lignes directrices
4	Handsfield	2006	2006 National STD Prevention Conference presentation	Evidence Summary and CDC guidance for Expedited Partner Therapy	Présentation lors d'une conférence
5	Handsfield	2006	CDC. Atlanta, GA : US Department of Health and Human Services Report	Expedited Partner Therapy in the Management of STD	Analyse documentaire et rapport sur les orientations
6	McClain	2006	2006 National STD Prevention Conference presentation	Acceptability of PDPT (Patient-delivered partner therapy) for <i>Chlamydia trachomatis</i> Infection	Présentation lors d'une conférence
7	Présentation par Sterling	2005	CSA of American Medical Association Report 9-A-05	Expedited PT (PDPT) (Resolution 820, 1-04)	Rapport
TOTAL : 34 articles/documents					

* AR – Article de revue

**RMPP – Remise de médicaments au partenaire par le patient

Annexe R : Spécimen de document destiné au patient dans les cas de remise de médicaments au partenaire par le patient

(ADAPTATION D'UN DOCUMENT MIS AU POINT PAR L'ÉTAT DE CALIFORNIE)

[insert health unit letterhead]

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS ET URGENTS RELATIVEMENT À VOTRE SANTÉ PRIÈRE DE LIRE ATTENTIVEMENT

DIRECTIVES SUR LES MÉDICAMENTS À L'INTENTION DES PARTENAIRES SEXUELS

Votre partenaire sexuel a récemment été traité pour une (chlamydia/gonorrhée). La (chlamydia/gonorrhée) est une infection bactérienne guérissable que l'on peut contracter lors de relations sexuelles avec une personne atteinte. Une foule de personnes ayant contracté la (chlamydia/gonorrhée) l'ignorent, parce qu'elles ne présentent aucun symptôme et ne se sentent pas malades. D'autres peuvent éprouver des douleurs dans la région pelvienne ou les testicules quand elles urinent ou pendant les relations sexuelles.

Si vous ne prenez pas de médicaments pour vous soigner, vous pouvez devenir très malade. Si vous avez des relations sexuelles non protégées avec votre partenaire, vous pourriez également lui retransmettre l'infection. À moins de se faire traiter, les femmes peuvent devenir incapables d'avoir des enfants.

Il est possible que vous ayez contracté une (chlamydia/gonorrhée).

Il est important de vous faire traiter.

Vous devriez vous procurer les médicaments nécessaires au traitement dès que possible. La meilleure façon de procéder est de vous soumettre à un examen médical et de vous procurer les médicaments nécessaires. Consultez un médecin ou rendez-vous à :

[insert name and address of clinic]

[insert Telephone Number of clinic]

Si vous ne pouvez pas consulter un médecin au cours de la semaine à venir, vous devriez prendre les médicaments ci-joints ou ceux qui vous seront prescrits aussitôt que possible.

AVANT DE PRENDRE LES MÉDICAMENTS, LIRE ATTENTIVEMENT LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS

Ne donnez pas ces médicaments à une autre personne.

Ne prenez pas ces médicaments dans les cas suivants :

- < Si vous êtes une femme et si vous éprouvez de la douleur au bas-ventre, de la douleur pendant les relations sexuelles, si vous avez des vomissements ou si vous faites de la fièvre.
- < Si vous êtes enceinte.
- < Si vous êtes un homme et si vous éprouvez de la douleur ou une enflure aux testicules (couilles) ou si vous faites de la fièvre.
- < Si vous avez une maladie chronique grave, par exemple une maladie du rein, une maladie de cœur ou une maladie du foie.
- < Si vous prenez actuellement un autre médicament d'ordonnance.

Si votre partenaire sexuel a une chlamydia :

- < Le médicament qu'on vous a remis est de l'azithromycine.
- < **Ne prenez pas ce médicament si vous avez déjà eu de mauvaises réactions, une éruption ou une allergie lors de la prise des antibiotiques suivants :** azithromycine (« Zithromax »), érythromycine, clarithromycine (« Biaxin »).

Si votre partenaire sexuel a une gonorrhée :

- < Le médicament qu'on vous a remis est de la céfixime.
- < **Ne prenez pas ce médicament si vous avez déjà eu de mauvaises réactions, une éruption ou une allergie lors de la prise des antibiotiques suivants :** céfixime, « Keflex », céphalosporines, pénicilline, ampicilline, amoxicilline.

Si vous êtes dans une des situations décrites ci-dessus ou si vous avez des doutes, consultez votre fournisseur de soins de santé ou téléphonez au :
[insert health unit info line].

Certaines personnes éprouvent un léger mal de ventre ou de la diarrhée après avoir pris ce médicament. D'autres pourront avoir des douleurs à l'abdomen, une éruption ou des vomissements. Ces effets ne durent pas longtemps. Si vous ressentez d'autres effets secondaires ou une réaction allergique, consultez immédiatement votre fournisseur de soins de santé. D'autres effets secondaires plus graves sont possibles, mais extrêmement rares.

Abstenez-vous de relations sexuelles pendant les sept (7) prochains jours. Le médicament prend sept (7) jours à agir (chlamydia/gonorrhée). Si vous avez des relations sexuelles non protégées pendant les sept (7) jours suivant la prise du médicament, vous pourriez encore transmettre l'infection à vos partenaires sexuels. Les condoms sont efficaces, mais la meilleure façon de vous assurer de ne pas transmettre l'infection à quiconque est de ne pas avoir de relations sexuelles pendant les sept (7) prochains jours.

Si vous avez des questions au sujet de la chlamydia/gonorrhée ou du ou des médicaments, n'hésitez pas à téléphoner au : [insert phone number]. Tous les appels sont confidentiels.

Annexe S : Sommaire des conclusions d'une enquête auprès de sept bureaux de santé publique et services de santé universitaires concernant l'utilisation des nouvelles technologies aux fins de la gestion des cas d'ITS et de la localisation des contacts – 2007

- Au départ, quatre organismes ont obtenu le consentement d'un certain nombre de clients quant à la communication par courriel (le premier a procédé via une formule relative à la première visite; un autre lorsque les clients s'inscrivaient comme nouveaux patients ou prenaient rendez-vous en ligne; et les deux autres à l'aide d'une formule d'évaluation lors de l'accueil). Deux des organismes ont utilisé le courriel pour demander directement aux clients de revenir à la clinique, mais l'un n'a fait appel à ce moyen qu'après avoir essayé sans succès de communiquer avec la personne par téléphone et par lettre. Trois des organismes ont simplement envoyé un courriel aux clients pour leur demander de communiquer avec eux. La réponse aux demandes de retour à la clinique a été qualifiée d'« excellente » dans trois des cas, et d'« assez bonne » dans l'autre. En fait, trois des organismes ont déclaré que le courriel avait donné de meilleurs résultats que le téléphone.
- Pour éviter que les courriels ne soient versés directement dans le dossier de courriels des clients, l'une ou l'autre de diverses mentions a été inscrite sur la ligne « objet » des courriels : [traduction] 1) « Prière de téléphoner aux services de santé »; 2) « Message de votre médecin »; 3) « Rendez-vous »; 4) « Message du D^r (nom de famille du médecin) » ou 5) « Bureau de santé (appellation) »; si le premier courriel était resté sans réponse, un second courriel a été envoyé, intitulé « (nom du client) : Je suis un infirmier de (organisme) », suivi d'un autre, intitulé 6) « Renseignements confidentiels » (expédié depuis une adresse comprenant le nom de la ville). L'un des bureaux de santé avait pris soin de ne pas faire figurer la mention « Bureau de santé » sur la ligne « objet ». La plupart des bureaux et des services universitaires ne savaient pas trop si leur courriel avait été considéré comme du pourriel, mais certains indiquaient que la chose était possible. Trois organismes ont donné le nom du logiciel utilisé pour renforcer la sécurité, mais les autres ignoraient le nom du logiciel employé.
- Cinq organismes ont déclaré que l'utilisation du courriel en gestion de cas était une bonne solution; l'un la trouvait d'une piètre utilité, et, pour un autre, c'était simplement une solution de dernier recours. Il est important toutefois de relever que le seul bureau qui déclarait de mauvais résultats était celui qui avait pris soin de ne pas indiquer que le message provenait d'un bureau de santé sur la ligne « objet ». Les avantages du courriel comme outil de gestion des cas comprenaient les suivants : un moyen de plus pour contacter les clients, son utilité pour la localisation des contacts, la nature personnelle de la correspondance, la certitude que le message avait été envoyé, la facilité de documentation de la correspondance, la rapidité avec laquelle les réponses sont souvent envoyées (en particulier parce que la clientèle jeune se sert assidûment du courriel), la facilité de changement ou d'annulation des dates et heures de rendez-vous et la facilité avec laquelle les clients peuvent être informés de ces changements.
- On relevait les problèmes suivants quant à l'utilisation du courriel comme outil de gestion des cas : impossibilité de savoir si l'on correspond avec la bonne personne, sécurité et protection de la vie privée. Parmi les autres problèmes déclarés, citons : l'incapacité du client de répondre au courriel s'il s'agit d'un compte bloqué; le fait que certains comptes ont atteint leur limite de capacité ou sont rarement utilisés, si bien que les messages ne sont pas reçus (à moins que les messages ne reviennent à l'expéditeur, on n'a aucun moyen de savoir ce qui s'est produit); le fait que les courriels peuvent aboutir dans un dossier de pourriels; le fait que certaines personnes peuvent avoir perdu leur code d'accès à l'ordinateur; le fait que certaines personnes peuvent supprimer les courriels s'ils ne connaissent pas l'expéditeur; le

- manque d'uniformité des messages expédiés (il faudrait utiliser des messages circulaires); enfin, un piètre taux de réponse. De plus, certains s'inquiètent de la possibilité que, si l'appellation du bureau de santé était utilisée, cela pourrait mettre les clients mal à l'aise et porter atteinte à leur vie privée.
- Enfin, au nombre des recommandations formulées quant à l'adoption du courriel comme outil de gestion des cas, notons les suivantes : tout d'abord, envoyer un courriel à la personne lui demandant l'autorisation de discuter de questions de santé avec elle; agir avec prudence à l'égard de tous les problèmes ci-dessus; utiliser le courriel à bon escient (établir une nette distinction entre le suivi clinique et la notification aux partenaires); user de prudence quant au type de renseignement mentionné et à la personne qui l'utilisera; utiliser des formulations générales et consigner tous les courriels sous forme de tableau. Il a également été recommandé que si un bureau de santé envisage d'adopter ce mode de gestion des cas, il devrait soumettre la question de l'utilisation du courriel à son contentieux et l'examiner dans le contexte des politiques de l'organisme de réglementation et de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

Références

- ¹ MATICKA-TYNDAL, E. « Reducing the Risk of Sexually Transmitted Disease Through Behavioural and Social Change », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 6, n° 2, 1997.
- ² CANADA (GOUVERNEMENT), SANTÉ CANADA. *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génétique* (ISBN 0-662-828-38-0), Ottawa, Canada, 1999.
- ³ CANADA (GOUVERNEMENT), COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION. *Rapport final*, Ottawa, Canada, 1993.
- ⁴ DAVIES, D.H. « Dépistage à l'infection à chlamydia », dans *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1994, p. 830-842.
- ⁵ ONTARIO (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. Base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), extrait [09/01/2008]
- ⁶ CENTRES FOR DISEASE CONTROL, DIVISION OF STD PREVENTION, DIVISION OF HIV/AIDS PREVENTION et NATIONAL CENTER FOR HIV/AIDS, VIRAL HEPATITIS, STD, AND TB PREVENTION. « Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection », *MMWR*, vol. 57, 30 oct. 2008, p. 1-63.
- ⁷ ONTARIO (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. Base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), extrait [09/01/2008].
- ⁸ DAVIES, H.D. et E.E. WANG. « Periodic health examination, 1996 update: Screening for Chlamydia infections », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154, 1996, p. 1631-1644.
- ⁹ RICHARDSON, E., SELLORS, J., MACKINNON, S., et coll. « Prevalence of *Chlamydia trachomatis* infections and specimen collection preferences among women using self-collected vaginal swabs in community settings », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, n° 10, 2003, p. 880-805.
- ¹⁰ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2006 Supplement, Chlamydia Prevalence Monitoring Project Annual Report 2006*, révisé en mai 2008.
- ¹¹ BANIKARIM, C. et M.R. CHACKO. « Pelvic inflammatory disease in adolescents », *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 16, 2005, p. 175-180.
- ¹² HILLS, S.D., OWENS, L.M., MARCHBANKS, P.A., et coll. « Recurrent chlamydial infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 176, 1997, p. 103-107.
- ¹³ KELVER, M. et M. NAGAMANI. « Chlamydia serology in women with tubal infertility », *International Journal of Fertility*, vol. 34, 1989, p. 42-45.
- ¹⁴ KABASELE, K., WALLACE, E. et L. SCHIEDEL. *Elimination of infectious syphilis in Ontario*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2000.

-
- ¹⁵ REMIS, R., SWANTEE, C., SCHIEDEL, L. et J. LIU. *Report on HIV/AIDS in Ontario 2006*, Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit, mars 2008. Peut être consulté sur le site Web de l'OHEMU à l'adresse www.phs.utoronto.ca/ohemu.
- ¹⁶ COMMUNITY HEALTH PRACTICE GUIDELINES WORKING GROUP. « An approach to the development of practice guidelines for community health interventions », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 85, supplément, 1994, p. S8-S13.
- ¹⁷ HARRIS, R.P., HELFAND, M., WOOLF, S.H., LOHR, K.N., MULROW, C.D., TEUTSCH, S.M. et D. ATKINS pour le Methods Work Group, Third U.S. Preventive Services Task Force. « Current Methods of the U.S. Preventive Services Task Force: A Review of the Process », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, supplément 3, 2001, p. 21-35.
- ¹⁸ BRISS, P.A., ZAZA, S., PAPPASIOANOU, M., FIELDING, J., WRIGHT-DE AGUERO, L., TRUMAN, B.I., et coll. « Developing an Evidence-Based Guide to Community Preventive Services – Methods », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 18, supplément 1, 2000, p. 35-43.
- ¹⁹ CANADA (GOUVERNEMENT), AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2008, Ottawa, 2008, p. 26-28.
- ²⁰ ONTARIO (GOUVERNEMENT). *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7, art. 106.
- ²¹ ONTARIO (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Directives sur le dépistage du VIH et la consultation*, 2008.
- ²² ST. LAWRENCE, J. et J. FORTENBERRY. « Behavioural interventions for STDs », dans *Behavioural Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Disease*, Aral, S., Douglas, J. et J. Lipshutz, éd., New York, Springer, 2007.
- ²³ KIENE, S.M. et W.D. BARTA. « A Brief Individualized Computer-Delivered Sexual Risk Reduction Intervention Increases HIV/AIDS Preventive Behavior », *Journal of Adolescent Health*, vol. 39, 2006, p. 404-410.
- ²⁴ ST. LAWRENCE, J., WILSON, T., ELDRIDGE, G., BRASFIELD, T. et R. O'BANNON. « Evaluation of community-based intervention to reduce low income African-American women's risk of sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial of three theoretical models », *American Journal of Community Psychology*, vol. 29, 2001, p. 937-964.
- ²⁵ MILLER, W.R. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, New York, Guilford Press, 1991.
- ²⁶ MILLER, W.R. et S. ROLLNICK. *Motivational interviewing: Preparing people for change*, New York, Guilford Press, New York, 2002.
- ²⁷ MANHART, L.E. et K.K. HOLMES. « Randomized Controlled Trials of Individual-Level, Population-Level, and Multilevel Interventions for Preventing Sexually Transmitted Infections: What Has Worked? », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 191, n° S1, p. S7-24.
- ²⁸ CANADA (GOUVERNEMENT), AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2008, Ottawa, 2008.
- ²⁹ RIETMEIJER, C.A., VAN BEMMELEN, R., JUDSON, F.N. et J.M. DOUGLAS. « Incidence and Repeat Infection Rates of Chlamydia trachomatis Among Male and Female Patients in an STD Clinic: Implications for Screening and Rescreening », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, n° 2, 2002, p. 65-72.

-
- ³⁰ BRUNHAM, R., POURBOHLOUL, B., MAK, S., WHITE, R. et M. REKART. « The Unexpected Impact of a *Chlamydia trachomatis* Infection Control Program on Susceptibility to Reinfection », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 192, n° 10, 2005, p. 1836-1844.
- ³¹ NEW YORK CITY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND HYGIENE. « Oral presentation no. 5 », 2006 National STD Prevention Conference, Jacksonville, Floride, États-Unis.
- ³² CALIFORNIE (GOUVERNEMENT), CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES. « Poster 119 », 2006 National STD Prevention Conference, Jacksonville, Floride, États-Unis.
- ³³ DE, P., SINGH, A., WONG, T. et A. KAIDA. « Predictors of Gonorrhea Reinfection in a Cohort of Sexually Transmitted Disease Patients in Alberta, Canada, 1991-2003 », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 34, n° 1, 2007, p. 30-36.
- ³⁴ WAGSTAFF, D.A., DELAMATER, J.D. et K.K. HAVENS. « Subsequent Infection Among Adolescent African-American Males Attending a Sexually Transmitted Disease Clinic », *Journal of Adolescent Health*, vol. 25, 1999, p. 217-226.
- ³⁵ PETERMAN, T., TIAN, L., METCALF, C., SATTERWHITE, C., MALOTTE, C.K., DEAGUSTINE, N., PAUL, S., CROSS, H., RIETMEIJER, C. et J. DOUGLAS pour le RESPECT-2 Study Group. « High Incidence of New Sexually Transmitted Infections in the Year following a Sexually Transmitted Infection: A Case for Rescreening », *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, n° 8, 2006, p. 564-572.
- ³⁶ HUGHES, G., BRADY, A.R., CATCHPOLE, M.A., FENTON, K.A., ROGERS, P.A., KINGHORN, G.R., MERCEY, D.E. et R.N. THIN. « Characteristics of Those Who Repeatedly Acquire Sexually Transmitted Infection: A Retrospective Cohort Study of Attendees at Three Urban Sexually Transmitted Disease Clinics in England », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, n° 7, 2001, p. 379-786.
- ³⁷ LaMontagne, D. S., Baster, K., Emmett, L., Nichols, T., Randall, S., McLean, L., Meredith, P., Harindra, V., Tobin, J.M., Underhill, G.S., Hewitt, W.G., Hopwood, J., Gleave, T., Ghosh, A.K., Mallinson, H., Davies, A.R., Hughes, G. et K.A. Fenton. « Reinfection incidence and reinfection rates of genital chlamydial infection among women aged 16-24 years attending general practice, family planning and genitourinary medicine clinics in England: a prospective cohort study by the chlamydia recall study advisory group », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 83, n° 4, 2007, p. 292-303.
- ³⁸ BERNSTEIN, K., ZENILMAN, J., OLTHOFF, G., MARSIGLIA, V.C. et E.J. ERBELDING. « Gonorrhea reinfection among sexually transmitted disease clinic attendees in Baltimore, Maryland », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 33, n° 2, 2006, p. 80-86.
- ³⁹ GIFT, T., MALOTTE, K., LEDSKY, R., HOGBEN, M., MIDDLESTADT, S., VANDEVANTER, N., ST. LAWRENCE, J.S. et GCAP STUDY GROUP. « A Cost-Effectiveness Analysis of Interventions to Increase Repeat Testing in Patients Treated for Gonorrhea or Chlamydia at Public Sexually Transmitted Disease Clinics », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 9, 2005, p. 542-549.
- ⁴⁰ ONTARIO (GOUVERNEMENT). *Loi sur la protection et la promotion de la santé*; L.R.O. 1990, chap. H.7, par. 22 (4) et art. 35; 1997, chap. 30, annexe D, par. 3 (2).
- ⁴¹ ONTARIO (GOUVERNEMENT). *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7, art. 106.
- ⁴² CANADA (GOUVERNEMENT), AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Non-divulgence de sa séropositivité à l'égard du VIH/sida : conclusions d'un groupe de travail d'experts », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 31, n° 5, 2005, p. 53-61.
-

-
- ⁴³ CENTERS FOR DISEASE CONTROL. « Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV ». *MMWR*, vol. 52, n° RR-12, 2003.
- ⁴⁴ KALICHMAN, S.C., ROMPA, D. et M. CAGE. « Group intervention to reduce HIV transmission risk behavior among persons living with HIV/AIDS », *Behavior Modification*, vol. 29, n° 2, 2005, p. 256-285.
- ⁴⁵ KALICHMAN, S.C., CHERRY, C., WHITE, D., POPE, H., CAIN, D. et M. KALICHMAN. « Altering key characteristics of a disseminated effective behavioral intervention for HIV positive adults: the "healthy relationships" experience », *Journal of Primary Prevention*, vol. 28, n° 2, 2007, p. 145-153
- ⁴⁶ ONTARIO (GOUVERNEMENT), COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA. *Reducing HIV Transmission by People With HIV Who Are Unwilling or Unable to Take Appropriate Precautions: An Update*, mai 2002.
- ⁴⁷ RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. Feuilles d'information portant sur la criminalisation de l'exposition au VIH au Canada. Consulté en décembre 2008 à www.aidslaw.ca.
- ⁴⁸ ONTARIO (GOUVERNEMENT), LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO. « New method for syphilis testing and test interpretation », *Labstract*, vol. 10, 2005, p. 1-2.
- ⁴⁹ CANADA (GOUVERNEMENT), AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (provisoire), *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 33, n° 11, 1^{er} octobre 2007, p. 27-34. Consulté le 28 janvier 2008 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07vol33/rm3311d-fra.php>.
- ⁵⁰ CANADA (GOUVERNEMENT), AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006. Une mise à jour sur la syphilis, octobre 2007, Ottawa. 2007, p. 1-21.
- ⁵¹ FIUMARA, N.J. « Syphilis in newborn children », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 18, n° 1, 1975, p. 183-189.
- ⁵² SANCHEZ, P.J., WENDEL, G.D., GRIMPEL, E., et coll. « Evaluation of molecular methodologies and rabbit infectivity testing for the diagnosis of congenital syphilis and central nervous system invasion by *T. pallidum* », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 167, 1993, p. 148-157.
- ⁵³ HOLMES, K.K., MARDH, P.A., SPARLING, P.F., LEMON, S.M., STAMM, W.E., PIOT, P., et coll. (éd.). *Sexually transmitted disease*, 3^e édition, États-Unis, McGraw-Hill Companies, 1999.
- ⁵⁴ CANADA (GOUVERNEMENT), CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. Services de santé, 2003. Extrait le 30 juillet, à <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/publications/bienvenue/bien-06.asp>.
- ⁵⁵ CANADA (GOUVERNEMENT), CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. *Manuel du médecin désigné*, 2003, Ottawa, Ontario, Canada. Peut être consulté à <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/publications/md-manuel/index.asp>.
- ⁵⁶ HOGBEN, M., ST. LAWRENCE, J., MONTANO, D., KASPRZYK, D., LEICHLITER, J. et W. PHILLIPS. « Physicians' opinions about partner notification methods: case reporting, patient referral, and provider referral », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 80, n° 1, 2004, p. 30-34.
- ⁵⁷ AUSTRALASIAN SOCIETY FOR HIV MEDICINE INC. *Australasian Contact Tracing Manual, Edition 3*. Commonwealth d'Australie, 2006. ISBN 1 74186 065 2.
-

-
- ⁵⁸ HOGBEN, M., MCNALLY, T., MCPHEETERS, M., HUTCHINSON, A.B. et TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. « The effectiveness of HIV partner counselling and referral services in increasing identification of HIV-positive individuals: A systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, n° 2S, 2007, p. S89-S100.
- ⁵⁹ OXMAN, A.D., SCOTT, E.A.F., SELLORS, J.W., CLARKE, J.H., MILLSON, M.E., RASOOLY, I., FRANK, J.W., NAUS, M. et E. GOLDBLATT. « Partner notification for sexually transmitted diseases: an overview of the evidence », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 85, 1994, p. 127-132.
- ⁶⁰ MACKE, B.A. et J.E. MAHER. « Partner notification in the United States. An evidence-based review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17, n° 3, 1999, p. 230-242.
- ⁶¹ MATHEWS, C., COETZEE, N., ZWARENSTEIN, M., LOMBARD, C., GUTTMACHER, S., OXMAN, A. et G. SCHMID. « Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, 2001.
- ⁶² LEVY, J.A. et S.E. FOX. « The outreach-assisted model of partner notification with IDUs », *Public Health Reports*, vol. 113, 1998, p. 160-169.
- ⁶³ POTTERAT, J.J. et R.R. ROTHENBERG. « The case-finding effectiveness of a self-referral system for gonorrhea: a preliminary report », *American Journal of Public Health*, vol. 67, n° 2, 1977, p. 174-176.
- ⁶⁴ ELLISON, G., MONIEZ, V. et J. STEIN. « A randomized controlled trial of a standardised health message vs patient-centred counselling to improve STD partner notification », *Annals of Human Biology*, vol. 29, 2001, p. 462-463.
- ⁶⁵ LANDIS, S.E., SCHOENBACH, V.J., WEBER, D.J., MITTAL, M., KRISHAN, B., LEWIS, K. et G.G. KOCH. « Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina », *New England Journal of Medicine*, vol. 326, n° 2, 1992, p. 101-106.
- ⁶⁶ FAXELID, E., TEMBO, G., NDULO, J. et I. KRANTZ. « Individual counselling of patients with sexually transmitted diseases: a way to improve partner notification in a Zambian setting? », *Sex Transm Dis*, vol. 23, n° 4, 1996, p. 289-292.
- ⁶⁷ TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. « Recommendations to increase testing and identification of HIV-positive individuals through partner counselling and referral services », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, n° S2, 2007, p. S88.
- ⁶⁸ HOXWORTH, T., SPENCER, N.E., PETERMAN, T.A., CRAIG, T., JOHNSON, S. et J.E. MAHER. « Changes in partnerships and HIV risk behaviours after partner notification », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, n° 1, 2003, p. 83-88.
- ⁶⁹ KISSINGER, P.J., NICCOLAI, L.M., MAGNUS, M., et coll. « Partner notification for HIV and syphilis: effects on sexual behaviours and relationship stability », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, n° 1, 2003, p. 75-82.
- ⁷⁰ COHEN, D.A., WU, S.Y. et T.A. FARLEY. « Comparing the cost-effectiveness of HIV prevention interventions », *JAIDS*, vol. 37, n° 3, 2004, p. 1404-1014.
- ⁷¹ COHEN, D.A., WU, S.Y. et T.A. FARLEY. « Cost-effective allocation of government funds to prevent HIV infection », *Health Affairs*, vol. 24, n° 6, 2005, p. 915-926.
- ⁷² TOOMEY, K.E., PETERMAN, T.A., DICKER, L.W., et coll. « Human immunodeficiency virus partner notification. Cost-effectiveness data from an attempted randomized controlled trial », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 25, n° 6, 1998, p. 310-316.
- ⁷³ VARGHESE, B., PETERMAN, T.A. et D.R. HOLTGRAVE. « Cost-effectiveness of counselling and testing and partner notification: a decision analysis », *AIDS*, vol. 13, n° 13, 1999, p. 1745-1751.
-

-
- ⁷⁴ SIMMS, I. et J. STEPHENSON. « Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 76, n° 2, 2000, p. 80-87.
- ⁷⁵ GOLDEN, M.R., WHITTINGTON, A.B., HANDSFIELD, H.H., HUGHES, J.P., STAMM, W.E., HOGBEN, M., CLARK, A., MALINSKI, B.S., HELMERS, B.S., THOMAS, K.K. et K.K. HOLMES. « Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection », *New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 7, 2005a, p. 676-685.
- ⁷⁶ RIETMEIJER, C., VAN BEMMELEN, R., JUDSON, F. et J. DOUGLAS. « Incidence and repeat infection rates of Chlamydia trachomatis among male and female patients in an STD clinic: Implications for screening and rescreening », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, n° 2, 2002, p. 65-72.
- ⁷⁷ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases*, Atlanta, Géorgie, US Department of Health and Human Services, 2006.
- ⁷⁸ SCHILLINGER, J.A., KISSINGER, P., CALVET, H., et coll. « Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated Chlamydia trachomatis infection among women: a randomized controlled trial », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, n° 1, 2003, p. 49-56.
- ⁷⁹ KISSINGER, P., MOHAMMED, H., RICHARDSON-ALSTON, G., et coll. « Patient-delivered partner treatment for male urethritis: a randomized controlled trial », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 41, n° 5, 2005, p. 623-629.
- ⁸⁰ RAMSTEDT, K., FORSSMAN, L. et G. JOHANNISSON. « Contact tracing in the control of genital Chlamydia trachomatis infection », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 2, 1991, p. 116-118.
- ⁸¹ KISSINGER, P., BROWN, R., REED, K., SALIFOU, J., DRAKE, A., FARLEY, T.A. et D.H. MARTIN. « Effectiveness of patient delivered partner medication for preventing recurrent Chlamydia trachomatis », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 74, n° 5, 1998, p. 331-333.
- ⁸² HOGBEN, M., MCCREE, D.H. et M.R. GOLDEN. « Patient-delivered Partner Therapy for Sexually Transmitted Diseases as Practiced by US Physicians », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 2, 2005, p. 101-105.
- ⁸³ GOLDEN, M.R., HUGHES, J.P., BREWER, D.D., HOLMES, K.K., WHITTINGTON, W.L.H., HOGBEN, M., MALINSKI, C., GOLDING, A. et H.H. HANDSFIELD. « Evaluation of a population-based program of expedited partner therapy for gonorrhea and chlamydia infection », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 34, n° 8, 2007, p. 598-603.
- ⁸⁴ ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO. *Policy #2-05*; www.cpsso.on.ca/policies/drug_prac.htm.
- ⁸⁵ APOOLA, A., RADCLIFFE, K.W., DAS, S., ROBSHAW, V., GILLERAN, G., KUMARI, B.S., et coll. « Patient preferences for partner notification », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82, n° 4, 2006, p. 327-329.
- ⁸⁶ ERBELDING, E.J. et J.M. ZENILMAN. « Toward better control of sexually transmitted diseases (editorial) », *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 7, 2005, p. 720-721.
- ⁸⁷ HOGBEN, M. « Partner notification for sexually transmitted diseases », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 44, n° S3, 2007, p. S160-S174.
- ⁸⁸ MATHEWS, C. et D. COETZEE. « Partner notification for the control of sexually transmitted infections (editorial) », *British Medical Journal*, vol. 334, n° 7589, 2007, p. 323.

- ⁸⁹ POTTERAT, J.J. « Partner referral tools and techniques for the clinician diagnosing a sexually transmitted infection », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 18, 2007, p. 293-296.
- ⁹⁰ MCFARLANE, M., KACHUR, R., KLAUSNER, J.D., ROLAND, E. et M. COHEN. « Internet-based health promotion and disease control in the 8 cities: Successes, barriers, and future plans », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 10, 2005, p. S60-S64.
- ⁹¹ TOMNAY, J.E., PITTS, M.K. et C.K. FAIRLEY. « New technology and partner notification--why aren't we using them? », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 16, n° 1, 2005, p. 19-22.
- ⁹² TOMNAY, J.E., PITTS, M.K., KUO, T.C. et C.K. FAIRLEY. « Does the internet assist clients to carry out contact tracing? A randomized controlled trial using web-based information », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 17, n° 6, 2006, p. 391-394.
- ⁹³ CENTRES FOR DISEASE CONTROL. « Using the internet for partner notification of sexually transmitted diseases--Los Angeles County, California, 2003 », *MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report)*, vol. 53, n° 6, 2004, p. 129-131.
- ⁹⁴ KLAUSNER, J.D., WOLF, W., FISCHER-PONCE, L., ZOLT, I. et M.H. KATZ. « Tracing a syphilis outbreak through cyberspace » *JAMA*, vol. 284, n° 4, 2000, p. 447-449.
- ⁹⁵ LEVINE, D., WOODRUFF, A.J., MOCELLO, A.R., LEBRIJA, J. et J.D. KLAUSNER. « inSPOT: The first online STD partner notification system using electronic postcards », *PLoS Medicine*, vol. 5, n° 10, oct. 2008, p. 1428-1431. Consulté à <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=getdocument&doi=10.1371/journal.pmed.0050213&ct=1&SESSIONID=3705846d47e0599010690d8574fb4ffa>.
- ⁹⁶ ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO. *Policies: Confidentiality of Personal Health Information*, avril 2006. Extrait le 14 novembre 2007 du site <http://www.cpsso.on.ca/Policies/confidentiality.htm>.
- ⁹⁷ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO. *Norme d'exercice : La tenue de dossiers, édition révisée de 2008*. Extrait le 14 novembre du site http://www.cno.org/docs/prac/51001_documentation.pdf.

Annexe E

- ⁹⁸ BRANSON, B.M., PETERMAN, T.A., CANNON, R.O., RANSOM, R. et A. ZAIDI. « Group counselling to prevent sexually transmitted disease and HIV : a randomized controlled trial », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 25, n° 10, 1998, p. 553-560.
- ⁹⁹ DILLEY, J.W., WOODS, W.J., SABATINO, J., et coll. « Changing sexual behaviour among gay male repeat testers for HIV : a randomized, controlled trial of a single-session intervention », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 30, n° 2, 2002, p. 177-186.
- ¹⁰⁰ KAMB, M., FISHBEIN, M., DOUGLAS, J. JR., et coll. « Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases : a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group », *JAMA*, vol. 280, n° 13, 1998, p. 1161-1167.
- ¹⁰¹ PETERMAN, T.A., LIN, L.S., NEWMAN, D.R., et coll. « Does measured behavior reflect STD risk? An analysis of data from a randomized controlled behavioral intervention study. Project RESPECT Study Group », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 27, n° 8, 2000, p. 446-451.
- ¹⁰² VOLUNTARY HIV-1 COUNSELLING AND TESTING EFFICACY STUDY GROUP. « Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial », *Lancet*, vol. 356, n° 9224, 2000, p. 103-112.

-
- ¹⁰³ BOYER, C.B., BARRETT, D.C., PETERMAN, T.A. et G. BOLAN. « Sexually transmitted disease (STD) and HIV risk in heterosexual adults attending a public STD clinic : evaluation of a randomized controlled behavioural risk-reduction intervention trial », *AIDS*, vol. 11, n° 3, 1997, p. 359-367.
- ¹⁰⁴ EXPLORE STUDY TEAM. « Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study », *Lancet*, vol. 364, n° 9428, 2004, p. 41-50.
- ¹⁰⁵ ROBLES, R., REYES, J., COLON, H., et coll. « Effects of combined counselling and case management to reduce HIV risk behaviors among Hispanic drug injectors in Puerto Rico : a randomized controlled study », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 27, n° 2, 2004, p. 145-152.
- ¹⁰⁶ STERK, C.E., THEALL, K.P. et K.W. ELIFSON. « Effectiveness of a risk reduction intervention among African American women who use crack cocaine », *AIDS Education and Prevention*, vol. 15, n° 1, 2003, p. 15-32.
- ¹⁰⁷ STERK, C.E., THEALL, K.P., ELIFSON, K.W. et D. KIDDER. « HIV risk reduction among African-American women who inject drugs : a randomized controlled trial », *AIDS Behavior*, vol. 7, n° 1, 2003, p. 73-86.
- ¹⁰⁸ BAKER, S.A., BEADNELL, B., STONER, S., et coll. « Skills training versus health education to prevent STDs/HIV in heterosexual women : a randomized controlled trial utilizing biological outcomes », *AIDS Education and Prevention*, vol. 15, n° 1, 2003, p. 1-14.
- ¹⁰⁹ DICLEMENTE, R.J., WINGOOD, G.M., HARRINGTON, K.F., et coll. « Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls : a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 292, n° 2, 2004, p. 171-179.
- ¹¹⁰ EHRHARDT, A.A., EXNER, T.M., HOFFMAN, S., et coll. « A gender-specific HIV/STD risk reduction intervention for women in a health care setting : short- and long-term results of a randomized clinical trial », *AIDS Care*, vol. 14, n° 2, 2002, p. 147-161.
- ¹¹¹ EL-BASSEL, N., WITTE, S., GILBERT, L., et coll. « The efficacy of a relationship-based HIV/AD prevention program for heterosexual couples », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 6, 2003, p. 963-969.
- ¹¹² EL-BASSEL, N., WITTE, S., GILBERT, L., et coll. « Long-term effects of an HIV/STI sexual risk reduction intervention for heterosexual couples », *AIDS Behavior*, vol. 9, n° 1, 2005, p. 1-13.
- ¹¹³ HOBFOLL, S.E., JACKSON, A.P., LAVIN, J., JOHNSON, R.H. et K.E. SCHRODER. « Effects and generalizability of communally oriented HIV-AIDS prevention versus general health promotion groups for single, inner-city women in urban clinics », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 950-960.
- ¹¹⁴ KALICHMAN, S.C., ROMPA, D., CAGE, M., et coll. « Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 21, 2001, p. 84-92.
- ¹¹⁵ LATKIN, C.A., SHERMAN, S. et A. KNOWLTON. « HIV prevention among drug users : outcome of a network-oriented peer outreach intervention », *Health Psychology*, vol. 22, n° 4, 2003, p. 332-339.
- ¹¹⁶ NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH) MULTISITE HIV PREVENTION TRIAL GROUP. « The NIMH Multisite HIV Prevention Trial: reducing HIV sexual risk behavior », *Science*, vol. 280, n° 5371, 1998, p. 1889-1894.
-

-
- ¹¹⁷ SHAIN, R.N., PIPER, J.M., NEWTON, E.R., et coll. « A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women », *New England Journal of Medicine*, vol. 340, n° 2, 1999, p. 93-100.
- ¹¹⁸ SHAIN, R.N., PERDUE, S.T., PIPER, J.M., et coll. « Behaviors changed by intervention are associated with reduced STD recurrence : the importance of context in measurement », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, n° 9, 2002, p. 520-529.
- ¹¹⁹ WECHSBERG, W.M., LAM, W.K., ZULE, W.A. et G. BOBASHEV. « Efficacy of a woman-focused intervention to reduce risk and increase self-sufficiency among African-American crack abusers », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 7, 2004, p. 1165-1173.
- ¹²⁰ WINGOOD, G.M., DICLEMENTE, R.J., MIKHAIL, I., et coll. « A randomized controlled trial to reduce HIV transmission behaviors and sexually transmitted diseases among women living with HIV: The WILLOW Program », *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome*, vol. 37, suppl. 2, 2004, p. S58-S67.
- ¹²¹ WOLITSKI, R.J., GOMEZ, C.A., PARSONS, J.T., et coll. pour le SUMIT Study Group. « Effects of a peer-led behavioural intervention to reduce HIV transmission and promote serostatus disclosure among HIV-seropositive gay and bisexual men », *AIDS*, vol. 19, suppl. 1, 2005, p. S99-S109.
- ¹²² WOLITSKI, R.J., PARSONS, J.T., GOMEZ, C.A., PURCELL, D.W., HOFF, C.C. et P.N. HALKITIS. « Prevention with gay and bisexual men living with HIV: rationale and methods for the Seropositive Urban Men's Intervention Trial (SUMIT) », *AIDS*, vol. 19, suppl. 1, 2005, p. S1-S11.
- ¹²³ WU, Y., STANTON, B.F., GALBRAITH, J., et coll. « Sustaining and broadening intervention impact: a longitudinal randomized trial of 3 adolescent risk reduction approaches », *Pediatrics*, vol. 111, n° 1, 2003, p. e32-e38.

Annexe F

- ¹²⁴ MISCHEL, W. et E.B. EBBESON. « Attention to delay of gratification », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 16, 1970, p. 329-337.
- ¹²⁵ BANDURA, A.A. *L'apprentissage social*, traduit par Jean-A. Rondal, Bruxelles, Belgique, Éditions Mardaga, 1980.
- ¹²⁶ BANDURA, A.A. « Perceived self efficacy in the exercise of control over AIDS infection », dans Mays, V.M., Albee, G.W. et S.F. Schneider, éd., *Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches*, Newbury Park, Sage Publications, 1989, p. 128-141.
- ¹²⁷ SILVESTRE, A., LYSTER, D.W., RINALDO, C.R., KINGSLEY, I.A., FORRESTER, R. et J. HUGGINS. « Marketing strategies for recruiting gay men into AIDS research and education projects », *Journal of Community Health*, vol. 11, n° 4, 1986, p. 222-231.
- ¹²⁸ PUCKETT, S.B. et L.L. BYE. *The Stop-AIDS Project: An Interpersonal AIDS Prevention Plan*, rapport destiné à la San Francisco AIDS Foundation, San Francisco, 1987.
- ¹²⁹ KELLY, J.A., ST. LAWRENCE, J.S., DIAZ, Y.E., et coll. « HIV risk behaviour reduction following intervention with key opinion leaders of a population: an experimental community-level analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 81, n° 2, 1991, p. 168-171.
- ¹³⁰ KELLY, J.A., ST. LAWRENCE, J.S., STEVENSON, L.Y., et coll. « Producing population wide reductions in HIV risk behaviour among small-city gay men: Results of an experimental field trial in three cities », *American Journal of Public Health*, vol. 82, 1992, p. 1483-1489.

-
- ¹³¹ ST. LAWRENCE, J.S., BRASFIELD, T.L., DIAZ, Y.E., JEFFERSON, K.W., REYNOLDS, M. et M. LEONARD. « Longitudinal follow-up from a community AIDS/HIV risk reduction intervention training popular peers as change agents: population risk behaviour three years later », *American Journal of Public Health*, vol. 84, 1994, p. 2027-2028.

Autres documents pertinents analysés

Section 6 :

ONTARIO (GOUVERNEMENT), COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA. Disclosure of HIV-Positive Status to Sexual and Drug-Injecting Partners, novembre 2001.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. Feuilles d'information portant sur la criminalisation de l'exposition au VIH au Canada. Peut être consulté à l'adresse www.aidslaw.ca.

SHEEHAN, D. Use of Section 22s for Individuals who are HIV Positive: Ontario Public Health Unit Benchmarking Survey.

Section 8 :

ONTARIO (GOUVERNEMENT), LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO. Syphilis – Confirmatory testing. *Labstract*, 1, 2007.

Section 9 :

CANADA (GOUVERNEMENT), CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. *Critères concernant l'examen médical des résidents permanents*, 2002a. Extrait le 14 juin 2007 du site <http://www.cic.gc.ca/francais/information/medicaux/examen-medical-perm.asp>.

CANADA (GOUVERNEMENT), CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. *Critères concernant l'examen médical des visiteurs*, 2002b. Extrait le 14 juin 2007 du site <http://www.cic.gc.ca/francais/information/medicaux/examen-medical-temp.asp>.

CANADA (GOUVERNEMENT), CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. *Manuel du médecin désigné* 2003, Ottawa, Ontario, Canada, 2003b. Peut être consulté à l'adresse <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/publications/md-manuel/index.asp>.

CANADA (GOUVERNEMENT), CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. *Services de santé*, 2003a. Extrait le 30 juillet 2007 du site <http://www.cic.gc.ca/english/resources/publications/welcome/wel-06e.asp>

ONTARIO (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*. Protocole de contrôle des MTS, Toronto, Ontario, Canada, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005.

Section 10 :

AUSTRALASIAN SOCIETY FOR HIV MEDICINE INC. *Australasian Contact Tracing Manual*, Edition 3, Commonwealth d'Australie, 2006. ISBN 1 74186 065 2, 2006.

HOGBEN, M., ST. LAWRENCE, J., MONTANO, D., KASPRZYK, D., LEICHLITER, J. et W. PHILLIPS. « Physicians' opinions about partner notification methods: case reporting, patient referral, and provider referral », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 80, n° 1, 2004, p. 30-34.

Section 11 :

GIESECKE, J., RAMSTEDT, K., GRANATH, F., RIPA, T., RADO, G. et M. WESTRELL. « Efficacy of partner notification for HIV infection », *Lancet*, vol. 338, n° 8775, 1991, p. 1096-1100.

PAVIA, A.T., BENYO, M., NILER, L., et coll. « Partner notification for control of HIV: Results after 2 years of a statewide program in Utah », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 10, 1993, p. 1418-1424.

RAMSTEDT, K., HALLAHAGEN, G., LUNDLIN, B.I., et coll. « Contact tracing for human immunodeficiency virus (HIV) infection », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 17, n° 1, 1990, p. 47-41.

RUTHERFORD, G.W., WOO, J.M., NEAL, D.P., RAUCH, K.J., et coll. « Partner notification and the control of human immunodeficiency virus infection. Two years experience in San Francisco », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 18, 1991, p. 107-110.

SPENCER, N.E., HOFFMAN, R.E., RAEVSKY, C.A., WOLF, F.C. et T.M. VERNON. « Partner notification for human immunodeficiency virus infection in Colorado: results across index case groups and costs », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 4, n° 1, 1993, p. 26-32.

TOMNAY, J.E., HATCH, B.A., PITTS, M.K., CARTER, T.R. et C.K. FAIRLEY. « Partner notification: a 2002 Victorian audit », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 15, 2004, p. 629-631.

WELLS, K.D. et G.L. HOFF. « Human immunodeficiency virus partner notification in a low incidence urban community », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 22, n° 6, 1995, p. 377-379.

Section 12 :

AUERSWALD, C.L., SUGANO, E., ELLEN, J.M. et J.D. KLAUSNER. « Street-based STD testing and treatment of homeless youth are feasible, acceptable and effective », *Journal of Adolescent Health*, vol. 38, 2006, p. 208-212.

GOLDEN, M.R., WHITTINGTON, W.L.H., HANDSFIELD, H.H., et coll. « Partner management for gonococcal and chlamydial infection: expansion of public health services to the private sector and expedited sex partner treatment through a partnership with commercial pharmacies », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, n° 11, 2001, p. 658-665.

GOLDEN, M.R. « Expedited partner therapy for sexually transmitted diseases: Editorial Commentary », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 41, n° 5, 2005b, p. 630-633.

GOLDEN, M.R., ANUKAM, U., WILLIAMS, D.H. et H.H. HANSDSFIELD. « The legal status of patient-delivered partner therapy for sexually transmitted infections in the United States: a national survey of state medical and pharmacy boards », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 2, 2005c, p. 112-114.

-
- HANDSFIELD, H.H. « Evidence summary and CDC guidance for expedited partner therapy », présentation lors de la National STD Prevention Conference, Jacksonville, Floride, 9 mai 2006.
- HANDSFIELD, H.H., HOGBEN, M., SCHILLINGER, J.A., GOLDEN, M.R., KISSINGER, P. et P.F. SPARLING et CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases. Review and Guidance*. Atlanta, Géorgie, US Department of Health and Human Services, 2006.
- KHAN, A., FORTENBERRY, J.D., JULIAR, B.E., TU, W., ORR, D.P. et B.E. BATTEIGER. « The prevalence of chlamydia, gonorrhea and trichomonas in sexual partnerships: implications for partner notification and treatment », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 32, n° 4, 2005, p. 260-264.
- KLAUSNER, J.D. et J.K. CHAW. « Patient-delivered therapy for chlamydia: putting research into practice », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, n° 6, 2003, p. 509-511.
- KLAUSNER, J.D., KIMBALL, S., ZOLT, I., et coll. « Patient Delivered Partner Therapy at San Francisco City Clinic, 1998-1999 », dans Proceedings of the 13th Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Disease Research, Denver, Colorado, juillet 1999.
- MCCLAIN, T. *Acceptability of PDPT for CT Infection*. Présentation lors de la 2006 National STD Prevention Conference, 8-11 mai 2006, Jacksonville, Floride.
- MCCREE, D.H., OH, J. et M. HOGBEN. « Status of and pharmacists' role in patient-delivered partner therapy for sexually transmitted diseases », *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol. 62, 2005, p. 643-646.
- NICCOLAI, L. et D. WINSTON. « Physicians' Opinions on Partner Management for Nonviral Sexually Transmitted Infections », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, 2005, p. 229-233.
- NUWAHA, F., KAMBUGU, F., NSUBUGA, P.S., HOJER, B. et E. FAXELID. « Efficacy of Patient-Delivered Partner Medication in the Treatment of Sexual Partners in Uganda », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, n° 2, 2001, p. 105-110.
- CANADA (GOUVERNEMENT), AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 33S1, 2007, p. 10-16.
- SCHILLINGER, J.A., KISSINGER, P., CALVET, H., et coll. « Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated Chlamydia trachomatis infection among women: a randomized controlled trial », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, n° 1, 2003, p. 49-56.
- STEKLER, J., BACHMANN, L., BROTMAN, R.M., ERBELDING, E.J., LLOYD, L.V., RIETMEIJER, C.A., HANDSFIELD, H.H., HOLMES, K.K. et M.R. GOLDEN. « Concurrent sexually transmitted infections in sex partners of patients with selected STIs: implications for patient delivered partner therapy », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, n° 6, 2005, p. 787-793.