

GUIDE QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE

infections transmissibles
sexuellement et par le sang

Mise à jour juin 2017

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin, et parfois féminin, utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-79530-8 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

La mise à jour 2017 du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* a été effectuée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les personnes suivantes ont contribué aux travaux :

Coordination et rédaction

Évelyne Fleury, sexologue et agente de recherche et planification, Direction de la lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Claude Laberge, médecin-conseil, Direction de la lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Stéphane Roy, médecin-conseil
Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Marie-Carole Toussaint, infirmière clinicienne, Direction de la lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Venne, médecin-conseil, Direction de la lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Validation scientifique

Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) et collaborateurs (2015-2017)

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue, présidente du CALI
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Annick Trudelle, conseillère scientifique, coordonnatrice du CALI
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Claude Fortin, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI
Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Notre-Dame
Isabelle Tétrault, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval – Hôpital de l'Enfant-Jésus
Patrick Dolcé, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI
Hôpital régional de Rimouski, Centre intégré de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette
Marie-Louise Vachon, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du groupe de travail hépatites du CALI
Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval – Centre hospitalier de l'Université Laval
Louise Charest, médecin clinicienne, membre du CALI
Clinique médicale l'Actuel
Eric Frost, microbiologiste, membre du CALI
Université de Sherbrooke
Diane Lambert, médecin-conseil, membre du CALI
Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Gilles Lambert, médecin-conseil, membre du CALI
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Pierre Lebel, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CALI
Centre Universitaire de Santé McGill
Brigitte Lefebvre, microbiologiste, membre du CALI
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec
France Morin, médecin clinicienne, membre du CALI
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – CLSC de la Pommeraie
Donald Murphy, microbiologiste, membre du CALI
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec
Valérie Martel-Laferrrière, médecin microbiologiste-infectiologue, responsable du groupe de travail hépatites du CALI
Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Saint-Luc
Marc Steben, médecin-conseil, président du CITSS, membre du CALI
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Raymond Parent, chef d'unité scientifique, membre d'office du CALI
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Cécile Tremblay, directrice scientifique, membre d'office du CALI (jusqu'en mai 2015)
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec
Jean Longtin, médecin chef, membre d'office du CALI (à partir de mai 2015)
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec
Sylvie Venne, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS, membre du CALI
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marc Fiset, agent de planification et de recherche, membre du groupe de travail LGV du CALI
Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Bernard Lessard, médecin clinicien, membre du groupe de travail LGV du CALI
Clinique médicale du Quartier Latin

Comité sur les ITSS (CITSS) et collaborateurs (juillet 2016 à juillet 2017)

Marc Steben, médecin-conseil, président du CITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Marie-Claude Drouin, M.A. sexologie, agente de planification, de programmation et de recherche, coordonnatrice du CITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Raymond Parent, chef d'unité scientifique, membre du CITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Brigitte Fournier, médecin-conseil, membre du CITSS
Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Michel Alary, médecin-conseil, directeur, membre du CITSS
Centre hospitalier universitaire de Québec – Centre de recherche

Jean-Guy Baril, omnipraticien, président du Comité consultatif sur le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite C (VHC), membre du CITSS
Clinique médicale du Quartier Latin

Geneviève Boily, conseillère en soins infirmiers, membre du CITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Marc Dionne, médecin-conseil, chef de service Immunisation et infections nosocomiales, membre du CITSS (depuis août 2016)
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Judith Fafard, médecin microbiologiste-infectiologue, membre du CITSS,
Association des microbiologistes-infectiologues du Québec
Hôpital Pierre-Le Gardeur, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Mylène Faucher, sexologue, membre du CITSS (jusqu'en août 2016)
Ordre professionnel des sexologues du Québec

Marie-Ève Goyer, médecin, membre du CITSS
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Robert Gervais, médecin-conseil, membre du CITSS
Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada

Lise Guérard, chef de service, membre du CITSS, Direction de la lutte contre les ITSS
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Édith Guilbert, médecin-conseil, membre du CITSS (depuis août 2016)
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Christelle Aïcha Kom Mogto, médecin-conseil, coordonnatrice en maladies infectieuses et membre du CITSS
Table de concertation nationale en maladies infectieuses
Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue, présidente du CALI, membre du CITSS
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Gilles Lambert, médecin-conseil, membre du CITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Danièle Longpré, omnipraticienne, membre du CITSS
Clinique médicale l'Actuel

Jean Longtin, directeur scientifique par intérim, membre du CITSS (jusqu'en février 2017)
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Nathanaëlle Thériault, médecin-conseil, membre du CITSS
Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Ken Monteith, directeur général, membre du CITSS
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida

Geneviève Roy, médecin gynécologue-obstétricienne, membre du CITSS (depuis août 2016)
Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital St-Luc

Maudé Veilleux-Lemieux, pédiatre spécialisée en médecine de l'adolescence, membre du CITSS
Centre hospitalier universitaire de Québec

Patricia Hudson, directrice scientifique, membre d'office du CITSS (depuis août 2016)
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

André Dontigny, directeur, membre d'office du CITSS
Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Unité des maladies infectieuses (ministère de la Santé et des Services sociaux)

Monique Landry, médecin-conseil, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration

Centre maternel et infantile sur le sida de l'hôpital Ste-Justine

Fatima Kakkar, pédiatre infectiologue, professeur adjoint de clinique
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et Université de Montréal

Isabelle Boucoiran, médecin, professeur adjoint de clinique
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et Université de Montréal

Groupe de travail pour la mise à jour du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*

Geneviève Boily, conseillère en soins infirmiers

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Manon Dugas, conseillère en soins infirmiers – Équipe ITSS

Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Évelyne Fleury, sexologue et agente de recherche et planification, Direction de la lutte contre les ITSS

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Claude Drouin, M.A. sexologie, agente de planification, de programmation et de recherche, coordonnatrice du CITSS

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Stéphanie Girard, infirmière-clinicienne

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest – clinique CLIMATS

Claude Laberge, médecin-conseil, Direction de la lutte contre les ITSS

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Caroline Paquet, sage-femme

Université du Québec à Trois-Rivières

Erica Goupil, sage-femme

Université du Québec à Trois-Rivières

Nathalie Paquette, coordonnatrice professionnelle – Équipe ITSS

Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Jasmine Perron, conseillère

Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux

Andréanne Savard, conseillère

Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marjolaine Gauthier, infirmière-clinicienne

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides – CLSC Thérèse-De Blainville

Stéphane Roy, médecin-conseil

Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Marie-Carole Toussaint, infirmière clinicienne, Direction de la lutte contre les ITSS

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Annick Trudelle, conseillère scientifique et coordonnatrice du CALI

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Venne, médecin-conseil, Direction de la lutte contre les ITSS

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Ordres professionnels

Jean-Bernard Trudeau, Secrétaire adjoint, Direction générale

Collège des médecins du Québec

Lynda Bélanger, Avocate et directrice adjointe, Direction des services juridiques

Collège des médecins du Québec

Martine Maillé, Infirmière-conseil, Direction Développement et soutien professionnel

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Mise en page

Alphatek

Les mises à jour 2014 et 2016 du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* ont été effectuées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les organisations suivantes ont contribué aux travaux :

Validation scientifique

Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) et collaborateurs

Comité sur les ITSS (CITSS) et collaborateurs

Unité des maladies infectieuses du ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration

Collège des médecins du Québec

Groupe de travail sur la criminalisation de l'exposition au VIH

Groupe de travail pour la mise à jour du Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Ordre des sages-femmes du Québec

Secrétariat

Aline Crochemore

Ministère de la Santé et des Services sociaux

La version originale du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* a été élaborée par un groupe de travail mandaté par le directeur de la protection de la santé publique, Horacio Arruda, M.D.

Composition du groupe de travail

Suzanne Carrière, directrice des services spécifiques
Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

Laurent Delorme, microbiologiste-infectiologue, médecin-conseil
Programme de biologie médicale, direction générale des services de santé et médecine universitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Annie-Claude Labbé, microbiologiste-infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

Claude Laberge, médecin-conseil
Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Johanne Lefebvre, biologiste
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Claude Ménard, M.D., adjoint médical à la direction générale
Collège des médecins du Québec

Carole Mercier, infirmière, directrice-conseil
Direction des affaires externes, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Lina Sévigny
Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Marc Steben, médecin-conseil
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Nicole Turcotte, infirmière
Direction de santé publique des Laurentides

Bruno Turmel, médecin-conseil
Unité des maladies infectieuses, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Venne, médecin-conseil
Unité des maladies infectieuses, ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration

Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Direction générale des services de santé et médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction générale du personnel réseau et ministériel, ministère de la Santé et des Services sociaux

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Direction des affaires juridiques du ministère de la Santé et des Services sociaux

Table de concertation nationale en maladies infectieuses

Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEP

Marc Dionne, directeur scientifique, Institut national de santé publique du Québec

France Filiatrault, Secrétaire du Comité d'éthique de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination

Claude Laberge

Secrétariat

Danielle Comtois

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Première partie – Cadre légal et dimensions éthiques	3
1. Les champs d'exercice professionnel	5
1.1 L'exercice de la médecine	5
1.2 L'exercice infirmier	5
1.2.1 Loi sur les infirmières et les infirmiers	5
1.2.2 Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier	7
1.2.3 Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, section II – Infirmière praticienne spécialisée.....	7
1.3 L'exercice de la sage-femme	7
2. Les responsabilités professionnelles	13
2.1 Les obligations des médecins, des infirmières et des sages-femmes.....	13
2.2 Les obligations découlant de la Loi sur la santé publique	15
2.2.1 Les maladies à déclaration obligatoire	15
2.2.2 La collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques	16
2.2.3 Le signalement d'une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible	17
3. Des règles à respecter.....	19
3.1 En tout temps et en tout lieu.....	19
3.2 Dans les établissements	19
3.3 Travailleurs autonomes.....	20
4. Le consentement.....	21
4.1 Un soin requis	21
4.2 La nécessité du consentement.....	21
4.3 La validité du consentement.....	22
4.4 La durée de la validité du consentement.....	22
4.5 Qui peut donner son consentement?	23
5. La documentation des soins.....	25
5.1 La documentation des soins.....	25
5.2 Les droits de l'usager	25
5.3 Les demandes d'analyses nominatives, non nominatives ou anonymes	25
5.4 Le contenu du dossier	26
6. Les aspects éthiques.....	29
6.1 Un équilibre fragile	29
6.2 Des critères incontournables.....	30
6.3 Des repères.....	31
Deuxième partie – Intervention de dépistage des ITSS.....	33
7. La recherche des facteurs de risque et l'évaluation du niveau de risque pour la personne	35
7.1 Les facteurs de risque associés aux ITSS	35
7.1.1 Les réseaux sexuels et sociaux et les noyaux de transmetteurs	37
7.1.2 Les victimes d'agression sexuelle.....	37
7.2 Les facteurs de risque spécifiques selon l'ITSS.....	38

8. L'évaluation des indications de dépistage.....	43
8.1 La période fenêtre et le délai minimal.....	43
8.2 Les analyses de laboratoire, le délai minimal et la période fenêtre, selon l'infection.....	44
8.2.1 L'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	44
8.2.2 La lymphogranulomatose vénérienne.....	45
8.2.3 L'infection gonococcique.....	45
8.2.4 La syphilis.....	46
8.2.5 L'hépatite B.....	47
8.2.6 L'hépatite C.....	49
8.2.7 L'infection par le VIH.....	50
8.3 Une réponse aux besoins de la personne.....	51
8.4 La fréquence du dépistage.....	51
8.4.1 Évaluation des facteurs de risque.....	52
8.4.2 Dépistage annuel chez des personnes appartenant à des groupes à risque.....	52
8.4.3 Fréquence accrue du dépistage en présence de facteurs de risque.....	53
8.4.4 Répétition du dépistage après une infection.....	53
8.5 Les indications de dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés.....	53
8.6 Les sites de prélèvement pour chacune des infections.....	64
8.7 L'interprétation des résultats des analyses de dépistage.....	71
8.7.1 Les faux positifs.....	71
8.7.2 Les faux négatifs.....	71
9. Le counseling prétest individualisé.....	73
10. Les prélèvements, la conservation et le transport des spécimens pour analyse.....	77
10.1 Les laboratoires d'analyses de biologie médicale reconnus.....	77
10.2 L'entente pour prestation de services de biologie médicale.....	77
10.2.1 Les conditions en établissement.....	77
10.2.2 Les conditions pour l'infirmière travailleuse autonome.....	77
10.3 Les procédures préanalytiques.....	77
10.3.1 Le matériel de prélèvement et de transport.....	78
10.3.2 Le formulaire de demande d'analyse.....	78
10.3.3 Le transport et la conservation.....	80
10.4 Les techniques d'analyse.....	80
11. La communication des résultats d'analyse et le counseling post-test individualisé.....	81
11.1 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage est négatif.....	81
11.2 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage d'une ITS bactérienne est positif.....	82
11.3 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'hépatite B est positif.....	85
11.4 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'hépatite C est positif.....	88
11.5 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'infection par le VIH est positif.....	91
12. Le processus d'orientation de la personne atteinte pour un suivi.....	95
12.1 L'examen et le suivi après un résultat de dépistage positif ou indéterminé.....	95
12.2 L'examen et le suivi en raison d'un problème de santé décelé lors de l'intervention de dépistage.....	96
12.3 Le soutien psychosocial, l'information et l'accompagnement.....	96
Troisième partie – Fiches cliniques.....	99
13. Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>.....	101
14. Infection gonococcique.....	105
15. Syphilis.....	111
16. Hépatite A.....	117

17. Hépatite B	121
18. Hépatite C	127
19. Infection par le VIH.....	133
20. Condylomes acuminés	139
21. Herpès génital	143
22. Lymphogranulomatose vénérienne	147
Annexe I	
Formation professionnelle pour le dépistage des ITSS	157
Annexe II	
Exemple de formulaire de collecte de données pour le dépistage des ITSS	159
Annexe III	
Guide d'utilisation du formulaire de collecte de données pour le dépistage des ITSS	173
Annexe IV	
Régions fortement touchées par les ITSS et indications relatives au dépistage.....	185
Annexe V	
Causes d'immunosuppression.....	187
Annexe VI	
Algorithmes présentant les analyses recommandées pour le dépistage du virus de l'hépatite C (VHC).....	189
Annexe VII	
Liste d'outils accessibles sur Internet	199
Annexe VIII	
L'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels.....	201
Annexe IX	
Guide d'utilisation de la brochure <i>Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée...</i> <i>Il faut en parler</i> et des cartes de notification sur la chlamydia ou la gonorrhée, sur la syphilis et sur le VIH.....	203
Annexe X	
Exemple de formulaire d'orientation pour suivi médical ou infirmier	207
Annexe XI	
Exemple de formulaire d'autorisation de communiquer des résultats d'analyse de biologie médicale contenus au dossier.....	211
Annexe XII	
Exemple de formulaire d'orientation pour suivi psychosocial	215

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Professionnels autorisés à prescrire le traitement dans le contexte du dépistage des ITSS	10
Tableau 2 – Analyses recommandées pour dépister l'infection par le VHB et pour connaître le statut immunitaire au regard du VHB en fonction des situations	48
Tableau 3 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif).....	56
Tableau 4 – Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!.....	59
Tableau 5 – Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage)	65

LISTE DES SIGLES

Ag HBS	Antigène de surface du VHB
Ag p24	Antigène p 24
Anti-HBc IgG	Antigène de la nucléocapside du VHB, immunoglobuline de type G
Anti-HBc IgM	Antigène de la nucléocapside du VHB, immunoglobuline de type M
Anti-HBs	Anticorps contre l'antigène de surface du VHB
Anti-VIH 1 et 2	Anticorps contre le VIH 1 et le VIH 2
Anti-VHA IgM	Anticorps contre le VHA, immunoglobuline de type M
Anti-VHC	Anticorps contre le VHC
CH	Centre hospitalier
CIA	Essai immunoenzymatique à chimiluminescence
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DSP	Direction (régionale) de santé publique
EIA	Essai immunoenzymatique
FTA-ABS	Fluorescent treponemal antibody absorption
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPP	Intervention préventive auprès des partenaires (de personnes infectées)
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
INNO-LIA	Épreuve immunoenzymatique sur bandelettes (Line Immunoassay)
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
PAR	Plan d'action régional (de santé publique, élaboré par la DSP)
PCR	Polymerase chain reaction
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PPE	Prophylaxie post-exposition
PPrE	Prophylaxie préexposition au VIH
RPR	Rapid plasma reagin

SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention (des ITSS)
TAAN	Tests d'amplification des acides nucléiques (p. ex. PCR, TMA, SDA)
TP-PA	Treponema pallidum particle agglutination
TRUST	Toluidine red unheated serum test
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHS	Virus de l' <i>Herpes simplex</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

LEXIQUE

Pour les besoins du présent document, les expressions employées ont la signification indiquée ici.

Analyse ou analyse de biologie médicale

Termes retenus pour remplacer les expressions « mesure diagnostique », « test de dépistage », « test diagnostique », « analyse de laboratoire » et autres.

Cas-index

Personne chez qui une ITSS a été diagnostiquée.

Dépistage

Activité qui vise la détection d'une affection chez une personne asymptomatique.

Intervention de dépistage

Ensemble des actions entourant le dépistage, dont l'évaluation du risque d'ITSS, le counseling prétest, le dépistage par analyse de biologie médicale et le counseling post-test.

Multiplés partenaires

La définition retenue dans le présent document est celle qui est proposée dans le *Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (INSPQ, 2014). Dans la littérature scientifique, il n'y a pas consensus concernant le nombre de partenaires pouvant indiquer un risque accru d'ITSS. En l'absence de données probantes, un seuil de plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année pourrait représenter un indicateur de risque et justifier un dépistage indépendamment des autres facteurs de risque. Ce seuil peut être modulé en fonction de l'infection considérée et de la prévalence dans le groupe d'âge visé, de même que dans une région ou un milieu donné.

Noyau de transmetteurs (Core group)

Ensemble d'individus reliés par des réseaux sociaux ou sexuels et qui ont des comportements à risque.

Traitement épidémiologique

Traitement administré d'emblée aux partenaires sexuels exposés avant la réception des résultats de leurs tests de dépistage et même s'ils n'ont pas de symptômes. Ce traitement doit être administré même si leurs résultats d'analyse sont négatifs.

INTRODUCTION

La progression soutenue des ITSS est préoccupante¹ et exige un renforcement des activités de prévention.

La prévention des ITSS est un des objectifs poursuivis par le Programme national de santé publique 2015-2025² et le Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020³. L'atteinte de cet objectif repose sur un éventail de mesures et sur l'implication de nombreux acteurs dont ceux du secteur de la santé et des services sociaux¹.

Acteurs incontournables, les professionnels de la santé contribuent à prévenir les ITSS, entre autres, en intégrant la prévention clinique dans leur pratique. La prévention clinique réfère à un ensemble d'interventions réalisées par un professionnel de la santé afin de promouvoir la santé et prévenir les maladies évitables, les problèmes psychosociaux et les blessures. En matière d'ITSS, elle couvre notamment le dépistage, le counseling, la vaccination, le traitement et l'intervention auprès des partenaires⁴.

Le dépistage est une intervention clinique efficace pour prévenir et contrôler les ITSS⁴. Au Québec, il n'y a pas de programme de dépistage des ITSS. Le dépistage des ITSS s'inscrit dans une approche de dépistage opportuniste.

Au Québec, les médecins, les infirmières et les sages-femmes sont les seuls professionnels qui peuvent réaliser toutes les composantes de l'intervention de dépistage définies dans le présent guide. Ces professionnels œuvrent dans une multitude de milieux cliniques tels que les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP), les services de type clinique jeunesse, les cliniques médicales privées et les maisons de naissance.

Comme l'ensemble des services de santé et des services sociaux, le dépistage des ITSS est une activité encadrée par des lois dont la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2), la Loi sur la santé publique (RLRQ, c. S-2.2), la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, c. O-7.2) et les lois régissant les ordres professionnels ainsi que par de nombreux règlements. Ce sont principalement ces lois et règlements qui précisent les responsabilités respectives des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, des directions de santé publique et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en ce qui a trait à l'organisation des services.

Le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* est un outil d'application du Programme national de santé publique. Il favorise un ancrage des principes directeurs du Programme national de santé publique dans la pratique et soutient la prestation de service⁵. En tenant compte du cadre législatif et des principes éthiques, le Guide regroupe l'information technique et scientifique nécessaire

-
1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour améliorer la santé de la population du Québec : le Programme national de santé publique 2015 -2025*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, p. 50, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>].
 2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour améliorer la santé de la population du Québec : le Programme national de santé publique 2015 -2025*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, p. 51, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>].
 3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, p. 9, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001550/>].
 4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour améliorer la santé de la population du Québec : le Programme national de santé publique 2015 -2025*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, p. 52, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>].
 5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour améliorer la santé de la population du Québec : le Programme national de santé publique 2015 -2025*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, p. 61, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>].

pour mener adéquatement l'intervention de dépistage. Les recommandations qu'il contient s'appuient sur les données scientifiques les plus récentes. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des sages-femmes du Québec ainsi que le Collège des médecins du Québec reconnaissent que le présent guide constitue l'ouvrage de référence privilégié, au Québec, pour tous les professionnels de la santé qui sont appelés à intervenir dans le domaine du dépistage des ITSS, quel que soit leur lieu de pratique, et pour tous ceux qui participent à la gestion des programmes de dépistage des ITSS. Ce guide définit les normes de bonne pratique en matière de dépistage et énumère les éléments qu'il faut prendre en compte afin d'adapter l'intervention aux différents contextes. Il précise également les rôles et responsabilités des médecins, des infirmières et des sages-femmes dans le contexte de l'interdisciplinarité.

Le guide n'a pas pour objet de définir l'organisation des services à mettre en place, dont on ne dira que ceci : la qualité de l'intervention sera d'autant plus grande que cette organisation favorisera l'exécution de différentes actions (évaluation, dépistage, communication des résultats, counseling, etc.) par un même professionnel tout en assurant l'orientation rapide de la personne dont l'état le requiert vers un autre professionnel de la santé (pour une investigation complémentaire, un diagnostic ou un traitement, par exemple).

Le présent guide comprend trois parties. La première énonce les aspects légaux et les dimensions éthiques qui encadrent le dépistage des ITSS. La deuxième recense les étapes de l'intervention de dépistage; on y précise les différentes actions à réaliser, dans diverses situations et selon les infections en cause. La dernière partie présente des fiches cliniques sur les ITSS pour lesquelles des activités de prévention telles que le dépistage, la vaccination ou le counseling sont recommandées.

Différents protocoles, guides et outils portent sur des aspects propres à l'intervention de dépistage (la vaccination, notamment), sur des problématiques particulières (comme les victimes d'agression sexuelle) ou sur des activités complémentaires au dépistage (par exemple, le traitement). Le présent guide ne reprend pas l'information contenue dans ces documents. Lorsque cela est indiqué, le lecteur sera invité à s'y référer.

Le présent guide est mis à jour régulièrement. Les modifications sont transmises aux professionnels qu'elles concernent par le MSSS, les directeurs de santé publique et les directeurs des ressources humaines ou des communications des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou des établissements non fusionnés.

PREMIÈRE PARTIE

CADRE LÉGAL ET DIMENSIONS ÉTHIQUES

Plusieurs lois et règlements encadrent l'activité professionnelle et l'organisation des services dans le réseau de la santé et des services sociaux ou définissent les responsabilités des établissements. Ainsi la Loi sur la santé publique, le Code des professions et les lois qui régissent les ordres professionnels, en favorisant le travail interdisciplinaire, créent des conditions propices à la mise en œuvre d'activités efficaces pour prévenir les ITSS.

La présente section traite des principaux aspects légaux qui touchent plus précisément le domaine du dépistage des ITSS. Ainsi, on y définit les conditions dans lesquelles les interventions de dépistage doivent se dérouler; on y précise les champs d'exercice et les activités réservées aux médecins, aux infirmières et aux sages-femmes; enfin, on y énonce les exigences concernant le consentement aux soins et la documentation des soins.

Le dépistage des ITSS comporte également des dimensions éthiques. La recherche de l'équilibre entre la poursuite du bien commun – ici, la protection de la santé publique – et le droit des individus de participer ou non à une démarche pouvant être lourde de conséquences pour eux n'en constitue pas la moindre.

Les lois et les règlements mentionnés dans le présent guide peuvent être consultés sur le site Web des Publications du Québec :
[<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html>].

1. Les champs d'exercice professionnel

En matière d'ITSS, le dépistage est une intervention qui consiste à détecter une infection chez une personne asymptomatique. Dans ces circonstances, qui peut décider de procéder à des prélèvements ou de demander des analyses de biologie médicale à des fins de dépistage? Qui peut exercer des activités liées à l'évaluation de personnes symptomatiques ou au traitement des personnes atteintes? Les champs d'exercice respectifs des médecins, des infirmières et des sages-femmes, tout comme les activités réservées aux uns et aux autres, sont précisés dans la Loi médicale (RLRQ, c. M-9), dans la Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ, c. I-8) ainsi que dans la Loi sur les sages-femmes (RLRQ, c. S-0.1).

Ces lois définissent les champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé et le partage de certaines activités.

1.1 L'exercice de la médecine

La Loi médicale (art. 31, al. 1) définit ainsi l'exercice de la médecine :

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes. »

Dans le cadre de cet exercice, la liste des activités réservées au médecin inclut notamment celles-ci :

- « prescrire les examens diagnostiques;
- « déterminer le traitement médical;
- « prescrire les médicaments et les autres substances » (Loi médicale, art. 31, al. 2, paragr. 2, 4 et 5).

Le médecin est ainsi habilité à prescrire et à effectuer tous les examens diagnostiques, y compris à des fins de dépistage.

1.2 L'exercice infirmier

1.2.1 Loi sur les infirmières et les infirmiers

La Loi sur les infirmières et les infirmiers (art. 36, al. 1) définit comme suit l'exercice infirmier :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

Cet exercice comprend plusieurs activités réservées à l'infirmière, dont celle d'« initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique » (art. 36, al. 2, paragr. 4).

« **Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage** » signifie qu'une infirmière peut, sans ordonnance et quel que soit son lieu d'exercice, et en se conformant au présent guide, décider de procéder à des prélèvements et demander des analyses ayant pour but le dépistage des ITSS chez des personnes asymptomatiques. Cette activité permet à l'infirmière de décider du type de prélèvement requis et d'interpréter les résultats des analyses demandées.

Les prélèvements et les analyses en question doivent toutefois être faits « **dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique** ». La Loi sur la santé publique prévoit qu'un Programme national de santé publique soit élaboré afin d'encadrer les activités de santé publique aux niveaux national et régional. Le Programme national de santé publique « constitue le principal cadre d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son réseau pour agir sur les déterminants – ou facteurs – qui influencent la santé de la population »⁶. Plusieurs services qui y sont inscrits visent précisément la prévention des ITSS (SIDEp, cliniques jeunesse, dépistage opportuniste et intégration de la prévention dans les pratiques)⁷.

Le Programme définit l'offre de services de santé publique et oriente son déploiement aux niveaux national et régional⁶. La Loi sur la santé publique (art. 11) et la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales confient par ailleurs aux directeurs de santé publique la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'action régional (PAR) de santé publique conforme aux prescriptions du programme national.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales précisent le partage des responsabilités entre le MSSS, les directeurs de santé publique, les CISSS, les CIUSSS, les établissements non fusionnés et les établissements regroupés.

Lorsqu'une personne présente des symptômes d'ITSS, les interventions de l'infirmière s'inscrivent plutôt dans le cadre de l'activité réservée consistant à « initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance » (art. 36, al. 2, paragr. 3) ou à « effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance » (art. 36, al. 2, paragr. 5). Le schéma 1 illustre les étapes à suivre selon les diverses situations. Le tableau 1 présente les professionnels autorisés à prescrire le traitement dans le contexte du dépistage des ITSS.

Dans le cadre des services offerts aux personnes qui risquent de contracter une ITSS, les infirmières peuvent également être appelées à réaliser les activités suivantes parmi celles qui leur sont réservées, soit :

- « évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- « effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- « administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- « procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique » (art. 36, al. 2, paragr. 1, 3, 10, 11 et 12).

6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour améliorer la santé de la population du Québec : le Programme national de santé publique 2015-2025*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, p. 9, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>].

7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour améliorer la santé de la population du Québec : le Programme national de santé publique 2015-2025*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, p. 41, 42, 47, 51 et 52, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>].

1.2.2 Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier

L'article 4 du Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier (RLRQ, c. M-9, r. 12.001) précise quelles infirmières sont autorisées, dans le cadre du Programme national de santé publique, à effectuer les interventions suivantes :

- « prescrire la contraception hormonale, un stérilet ou la contraception orale d'urgence, selon le protocole national développé dans le cadre d'une activité qui découle de ce programme;
- « prescrire un médicament pour le traitement d'une infection gonococcique ou d'une infection à *Chlamydia trachomatis* chez une personne asymptomatique ayant eu un résultat d'analyse positif au dépistage et prescrire les tests de contrôle, selon le protocole national développé dans le cadre d'une activité découlant de ce programme;
- « prescrire un médicament pour le traitement d'une infection gonococcique ou d'une infection à *Chlamydia trachomatis* chez une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel d'une personne présentant l'une ou l'autre de ces infections et prescrire les tests de contrôle, selon le protocole national développé dans le cadre d'une activité découlant de ce programme » (art. 4, paragr. 1, 5 et 6).

1.2.3 Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, section II – Infirmière praticienne spécialisée

L'article 5 du Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins (RLRQ, c. M-9, r. 13) autorise l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) à exercer, aux conditions et modalités prescrites à la sous-section 2 du règlement, les activités médicales suivantes :

- « prescrire des examens diagnostiques;
- « utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- « prescrire des médicaments et d'autres substances;
- « prescrire des traitements médicaux;
- « utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice » (art. 5, paragr. 1 à 5).

Ainsi, l'IPS peut être appelée à évaluer une personne qui risque de contracter une ITSS ou qui présente des symptômes sans qu'une ordonnance collective ou individuelle ne soit nécessaire.

1.3 L'exercice de la sage-femme

La Loi sur les sages-femmes (art. 6, al. 1) définit l'exercice de la profession de sage-femme comme suit :

« Constitue l'exercice de la profession de sage-femme tout acte ayant pour objet, lorsque tout se déroule normalement, de donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale. [...] »

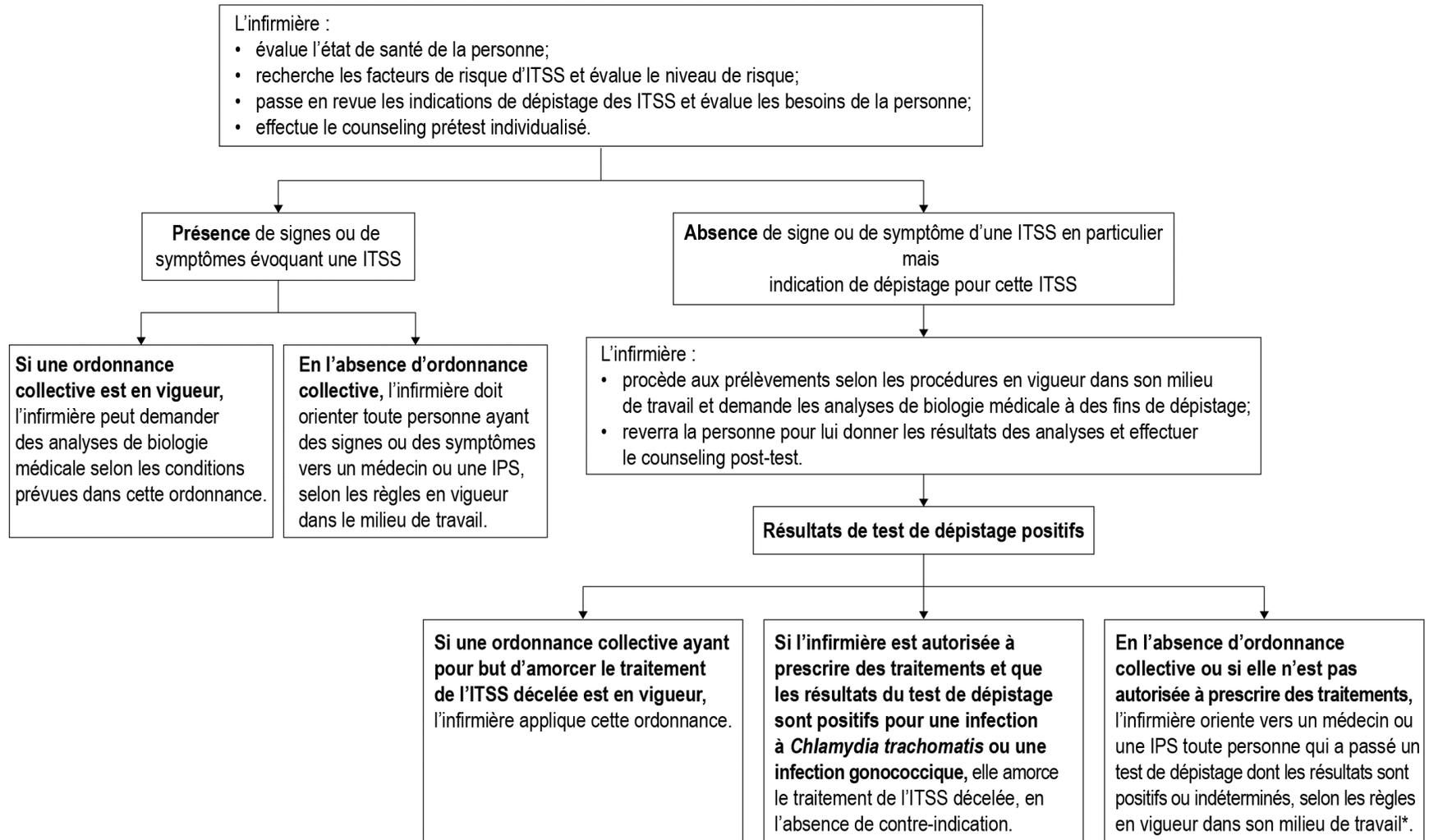
Ces soins et services professionnels consistent notamment « à surveiller et à évaluer la grossesse, le travail, l'accouchement et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant » (art. 6, al. 1, paragr. 1).

Le second alinéa de l'article 8 de la Loi sur les sages-femmes indique qu'aux fins de donner les soins et les services professionnels visés à l'article 6, « une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter un examen ou une analyse mentionné dans la liste établie par règlement en vertu du deuxième alinéa de l'article 9, suivant les conditions fixées, le cas échéant, dans ce règlement ».

Dans le Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession (RLRQ, c. S-0.1, r. 11, annexe I), il est précisé que les sages-femmes peuvent prescrire, effectuer ou interpréter des examens et analyses relatifs à la mère, qui incluent le dépistage des ITS et les examens sérologiques requis.

Tel que prévu par le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (RLRQ, c. S-0.1, r. 4), la sage-femme devra effectuer une consultation pour les cas de « maladies transmissibles sexuellement : gonorrhée, syphilis, chlamydia », de « séroconversion en cours de grossesse pour l'herpès », de « contact infectieux chez une femme susceptible d'hépatite » ou de « risque lié à une hépatite pouvant influencer le cours de la grossesse actuelle ». Elle transférera la responsabilité clinique quand l'une des situations suivantes se présente : séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou sida, séroconversion pour le VIH pendant la grossesse ou herpès génital actif au moment du travail et de l'accouchement.

Schéma 1 Actions de l’infirmière lorsqu’une personne se présente pour le dépistage des ITSS



* Le tableau 1 présente les professionnels autorisés à prescrire le traitement dans le contexte du dépistage des ITSS.

Tableau 1 Professionnels autorisés à prescrire le traitement dans le contexte du dépistage des ITSS

Professionnels	Contexte	Infections visées	Actions
Infirmière	Autorisation de prescrire le traitement d'une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> chez une personne asymptomatique conformément au règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier	L'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	En l'absence de contre-indication, l'infirmière amorce le traitement selon le protocole ⁸ .
	Ordonnance collective ayant pour but d'amorcer le traitement de l'ITSS décelée	Les ITSS inscrites dans l'ordonnance collective	L'infirmière applique l'ordonnance.
	Absence d'autorisation de prescrire ou d'ordonnance collective	Toutes les ITSS décelées	L'infirmière oriente, vers une infirmière autorisée à prescrire (traitement d'une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> seulement), un médecin (traitement de toutes les ITSS) ou une IPS (traitement des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> et à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et de la syphilis), toute personne qui a passé un test de dépistage dont le résultat est positif ou indéterminé
IPS	Prescription de médicaments incluse dans les activités exercées	L'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et la syphilis	L'IPS détermine le traitement approprié ⁹ .
Médecin	Prescription de médicaments incluse dans les activités exercées	Toutes les ITSS décelées	Le médecin détermine le traitement approprié ^{9, 10} .
Sage-femme	Absence d'autorisation de prescrire	Toutes les ITSS décelées	La sage-femme oriente vers un médecin toute personne qui a passé un test de dépistage dont le résultat est positif ou indéterminé.

8. Consulter le *Protocole québécois pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae chez une personne asymptomatique* : [https://www.inesss.qc.ca/activites/prescription-infirmiere/prescription-infirmiere/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang.html].

9. Consulter les *Guides sur le traitement pharmacologique [des] ITSS : Approche syndromique : cervicite et urétrite, épидидymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), rectite*, mise à jour, 2017, [6 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae*, mise à jour, 2015, [4 p.], *Syphilis*, mise à jour, 2016, [6 p.]. Ces guides sont consultables sur le site de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [http://www.inesss.qc.ca], section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».

10. Consulter *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (à paraître), les guides de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et l'outil *Recrudescence de lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement*, publiés par le MSSS, à la rubrique « Professionnels de la santé/Guides » de la section « Documentation » du site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/itss].

Pour des précisions au sujet des champs d'exercices professionnels, le lecteur peut consulter les documents suivants :

- *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, publié en 2016 par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : [<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/champ-dexercice>];
- *Les Lignes directrices : Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*, publié en 2014 par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : [<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee>];
- *Le Guide explicatif conjoint Prescription infirmière – Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, pris en application de la Loi médicale*, publié en 2015 par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec : [<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/prescription-infirmiere-guide-explicatif-conjoint>];
- *Le Protocole québécois pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae chez une personne asymptomatique*, publié en 2016 par l'INESSS : [<http://www.inesss.qc.ca/activites/ord-coll-et-prescription-infirmiere/prescription-infirmiere/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang.html>];
- Le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins (RLRQ, c. M-9, r. 13) : [<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html>];
- Le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier (RLRQ, c. M-9, r. 12.001) : [<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html>];
- *Le Protocole d'immunisation du Québec*, qui constitue l'outil de référence pour la vaccination : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>];
- Le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (RLRQ, c. M-9, r. 25), qui doit être respecté pour les activités à effectuer selon ordonnance : [<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html>];
- *Les ordonnances individuelles faites par un médecin : Guide d'exercice*, publié en 2016 par le Collège des médecins du Québec [<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>];
- *Les ordonnances collectives: Guide d'exercice*, publié en 2017 par le Collège des médecins du Québec : [<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf?t=1503432508491>]
- Le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (RLRQ, c. S-0.1, r. 4) : [<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html>];
- Le Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession (RLRQ, c. S-0.1, r. 11) : [<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html>].

2. Les responsabilités professionnelles

Comme tout citoyen et toute citoyenne, le médecin, l'infirmière (incluant l'IPS) et la sage-femme sont visés par les dispositions du Code civil du Québec en matière de responsabilité civile. À titre d'intervenants d'un établissement du réseau de la santé, ils sont visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que ses règlements d'application, tout comme l'établissement dans lequel ils travaillent. À titre de professionnels, ils ont aussi des obligations particulières.

2.1 Les obligations des médecins, des infirmières et des sages-femmes

En tant que membres d'un ordre professionnel régi par le Code des professions et par une loi particulière (la Loi médicale, la Loi sur les infirmières et les infirmiers ou la Loi sur les sages-femmes), les médecins, les infirmières et les sages-femmes ont des devoirs et des obligations envers les personnes auxquelles ils offrent des services. Les obligations mentionnées ci-après sont tirées du code de déontologie qui régit les professionnels visés par chacun des articles cités¹¹.

- Agir avec prudence :

« 47. Le médecin doit s'abstenir de faire des omissions, des manœuvres ou des actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale. »

« 42. Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes. »

« 17. L'infirmière ou l'infirmier doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles. À cette fin, l'infirmière ou l'infirmier doit notamment tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances. »

« 19. L'infirmière ou l'infirmier doit, si l'état du client l'exige, consulter une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel du domaine de la santé ou toute autre personne compétente, ou le diriger vers l'une de ces personnes. »

« 7. Dans le cadre de ses actes professionnels, la sage-femme doit tenir compte des limites de ses connaissances, de ses aptitudes et des moyens dont elle dispose. »

« 15. Si l'intérêt de la femme ou de l'enfant l'exige, la sage-femme doit consulter une autre sage-femme, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente ou les référer à l'une de ces personnes. »

- Faire preuve de diligence :

« 37. Le médecin doit être diligent et faire preuve d'une disponibilité raisonnable envers son patient et les patients pour lesquels il assume une responsabilité de garde. »

« 25. Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière ou l'infirmier doit faire preuve de disponibilité et de diligence raisonnables. »

« 18. La sage-femme doit, dans l'exercice de sa relation professionnelle, faire preuve d'une disponibilité et d'une diligence raisonnables. »

11. Soit le Code de déontologie des médecins (RLRQ, c. M-9, r. 17), le Code de déontologie des infirmières et infirmiers (RLRQ, c. I-8, r. 9) et le Code de déontologie des sages-femmes (RLRQ, c. S-0.1, r. 5).

- Assurer le suivi de l'intervention :

« 32. Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place.

« Le médecin qui signe une ordonnance collective ou visant l'ajustement d'un médicament ou de la thérapie médicamenteuse doit s'assurer qu'elle comporte des mesures visant la prise en charge ou le suivi médical, lorsque requis. »

« 44. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués au client [...]. Notamment, l'infirmière ou l'infirmier doit : [...]

4^o prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements. »

« 44.1 L'infirmière ou l'infirmier habilité à prescrire [...]

3^o doit, lorsqu'il prescrit un examen ou une analyse de laboratoire, en assurer le suivi requis par l'état du client, à moins de s'être assuré qu'une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place. »

« 20. La sage-femme qui ne peut plus assumer le suivi sage-femme requis chez une femme ou un enfant doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que ceux-ci puissent continuer à obtenir les services professionnels requis et y contribuer dans la mesure nécessaire. »

« 21. La sage-femme ne peut, sans raison suffisante, abandonner une femme ou un enfant nécessitant une surveillance ou refuser de leur rendre des services professionnels sans s'assurer d'une relève compétente. »

- Collaborer avec d'autres professionnels de la santé :

« 112.1 Le médecin doit collaborer avec les autres professionnels de la santé et les autres personnes habilitées dans la prestation de soins de santé à un patient. »

« 46. L'infirmière ou l'infirmier ne peut refuser de collaborer avec les professionnels du domaine de la santé qui donnent des soins, des traitements ou des services nécessaires au bien-être du client. »

« 63. La sage-femme consultée par une autre sage-femme ou par un membre d'un autre ordre professionnel doit fournir à cette personne son opinion et ses recommandations dans un délai raisonnable. »

« 65. La sage-femme doit, en cas d'urgence, assister une autre sage-femme ou un membre d'un autre ordre professionnel dans l'exercice de sa profession lorsque celui-ci en fait la demande. »

- Développer et tenir à jour ses compétences :

« 44. Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés. »

« 18. L'infirmière ou l'infirmier doit exercer sa profession selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus. À cette fin, il doit assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles. »

« 5. La sage-femme doit exercer sa profession selon les normes actuelles les plus élevées possibles de la profession de sage-femme et à cette fin, elle doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances, habiletés et démontrer une attitude généralement admise dans l'exercice de la profession de sage-femme. »

Les professionnels offrant des services de dépistage des ITSS ont la responsabilité individuelle de s'assurer qu'ils possèdent des connaissances complètes et à jour concernant la problématique de ces infections, les analyses de biologie médicale requises et l'interprétation de leurs résultats; ils doivent également avoir des habiletés au regard de la communication et de l'intervention auprès des personnes à risque. Pour les professionnels des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, cette responsabilité est partagée par l'établissement dans lequel ils travaillent¹².

2.2 Les obligations découlant de la Loi sur la santé publique

La Loi sur la santé publique édicte des obligations relativement à la déclaration de certaines maladies infectieuses et au signalement de menaces à la santé de la population. Ces obligations sont précisées dans le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (RLRQ, c. S-2.2, r. 2), lequel prescrit, de plus, des mesures pour la surveillance de l'infection par le VIH et la surveillance du sida.

2.2.1 Les maladies à déclaration obligatoire

Les obligations relatives à la déclaration de certaines maladies sont formulées ainsi dans la Loi sur la santé publique :

« 79. Le ministre dresse, par règlement, une liste des intoxications, des infections et des maladies qui doivent faire l'objet d'une déclaration au directeur de santé publique du territoire et, dans certains cas prévus au règlement, au directeur national de santé publique ou à l'un et l'autre. »

« 80. Ne peuvent être inscrites à cette liste que des intoxications, des infections ou des maladies médicalement reconnues comme pouvant constituer une menace à la santé d'une population et nécessitant une vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique. »

« 81. La déclaration doit indiquer le nom et l'adresse de la personne atteinte et tous les autres renseignements, personnels ou non, prescrits par règlement du ministre. Elle doit être transmise de la manière, dans la forme et dans les délais qu'indique le règlement. »

« 82. Sont tenus de faire cette déclaration, dans les cas prévus au règlement du ministre :

« 1° tout médecin qui diagnostique une intoxication, une infection ou une maladie inscrite à la liste ou qui constate la présence de signes cliniques caractéristiques de l'une de ces intoxications, infections ou maladies, chez une personne vivante ou décédée;

« 2° tout dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale, privé ou public, lorsqu'une analyse de laboratoire faite dans le laboratoire ou le département qu'il dirige démontre la présence de l'une de ces intoxications, infections ou maladies. »

12. L'annexe I présente diverses activités de formation offertes aux professionnels de la santé pour qu'ils développent leurs compétences en matière de dépistage des ITSS.

En vertu du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, les ITSS que le médecin a l'obligation de déclarer sont les suivantes :

- chancre mou;
- granulome inguinal;
- hépatite virale;
- infection à *Chlamydia trachomatis*;
- infection gonococcique;
- lymphogranulomatose vénérienne (LGV);
- syphilis;
- infection par le VIH (seulement si la personne infectée a soit donné du sang, des organes ou des tissus, soit reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus);
- sida (seulement si la personne atteinte a soit donné du sang, des organes ou des tissus, soit reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus).

Le médecin doit transmettre toute déclaration par écrit, dans les 48 heures, au directeur de santé publique du territoire.

Le dirigeant du laboratoire qui a procédé à l'analyse doit lui aussi acheminer toute déclaration de ces maladies à déclaration obligatoire (MADO), sauf l'infection par le VIH et le sida, au directeur de santé publique du territoire.

Les renseignements à fournir à l'occasion de cette déclaration sont les suivants :

- nom de l'infection ou de la maladie;
- nom, sexe, occupation, date de naissance, adresse – incluant le code postal –, numéro de téléphone et numéro d'assurance maladie de la personne atteinte;
- date du début de la maladie;
- date des prélèvements et nom du ou des laboratoires qui procéderont aux analyses le cas échéant;
- pour les cas d'hépatite virale, de syphilis, d'infection par le VIH et de sida : information sur les dons de sang, d'organes ou de tissus faits par la personne atteinte et information sur le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus reçus par cette personne;
- pour les cas de syphilis : information sur le stade de la maladie (primaire, secondaire, latente de moins ou de plus d'un an, congénitale, tertiaire ou autre forme);
- renseignements sur le médecin qui fait la déclaration (nom, numéro de permis d'exercice, numéros de téléphone où il peut être joint);
- signature et date de la déclaration.

La déclaration d'une MADO se fait à l'aide du formulaire AS-770, lequel peut être obtenu auprès de la Direction de la santé publique (DSP) et est accessible sur le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>].

2.2.2 La collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques

L'infection par le VIH et le sida font l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, en vertu des articles 10 à 14 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique.

Le processus de collecte de renseignements épidémiologiques à la suite d'un résultat d'analyse anti-VIH qui s'avère positif est amorcé par l'intervenant de santé publique affecté à cette tâche au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Il se traduit exclusivement par un entretien téléphonique entre cet intervenant et le professionnel de la santé qui a demandé l'analyse anti-VIH dont le résultat est positif. Ainsi, ce professionnel n'a pas à remplir de formulaire.

La collecte de renseignements épidémiologiques sur les cas de sida doit être faite par le médecin ayant posé le diagnostic d'une maladie indicatrice de sida, à l'aide du formulaire SP-100 « Surveillance du sida à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population », qui est accessible sur le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/preventioncontrole/SP-100.pdf>].

Pour en savoir davantage sur la surveillance de l'infection par le VIH, le lecteur peut consulter le document intitulé « Surveillance de l'infection par le VIH au Québec » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000359/?&txt=Surveillance&msss_valpub&date=DESC].

2.2.3 Le signalement d'une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible

La Loi sur la santé publique (art. 95) permet exclusivement à un médecin de signaler, au directeur de santé publique de la région où la situation s'observe, une menace à la santé de la population que poserait un agent biologique sexuellement transmissible.

Le signalement ne permet pas de dévoiler des renseignements personnels ou confidentiels, à moins qu'après évaluation de la situation, l'autorité de santé publique concernée ne les exige dans l'exercice de ses pouvoirs.

Des renseignements supplémentaires sur les MADO et sur les maladies soumises à une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population se trouvent sur le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>].

On peut obtenir des renseignements supplémentaires sur le signalement à la DSP du territoire.

3. Des règles à respecter

En matière de dépistage des ITSS, comme pour les autres activités, les pratiques des professionnels de la santé doivent respecter diverses règles, et ce, quel que soit le lieu où ils exercent.

3.1 En tout temps et en tout lieu

Pour l'infirmière, trois conditions sont essentielles pour « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ». Elle doit :

1. se conformer au présent guide québécois de dépistage des ITSS;
2. s'assurer que les activités de dépistage s'inscrivent dans le PAR de santé publique établi pour la région où elle travaille;
3. s'assurer, au préalable, de l'existence de mesures visant la prise en charge ou le suivi (médecin répondant, autre médecin si nécessaire ou IPS) de toute personne présentant des symptômes ou pour qui les résultats d'analyses seraient positifs ou indéterminés¹³.

3.2 Dans les établissements

Étant donné les responsabilités conférées aux établissements au regard de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2), le professionnel de la santé qui exerce dans un établissement régi par cette loi est aussi tenu de :

- respecter les règles de soins médicaux, les règles de soins infirmiers, les règles de soins des sages-femmes, les règles d'utilisation des ressources, les règles d'utilisation des médicaments ainsi que les protocoles et les ordonnances collectives en vigueur dans son établissement à l'égard des analyses de biologie médicale effectuées à des fins de dépistage des ITSS;
- respecter les ententes pour prestation de services de biologie médicale conclues entre son établissement et des laboratoires d'analyses de biologie médicale;
- respecter les ententes prévues entre son établissement et les ressources du milieu;
- tenir compte des ententes entre l'établissement où il exerce et la DSP de la région pour les situations qui exigent un suivi tel qu'une enquête épidémiologique ou une intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une ITS.

Les règles de soins médicaux sont définies par le chef de département puis sont approuvées par le conseil d'administration de l'établissement, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de ce même établissement.

Les règles de soins infirmiers sont formulées et adoptées par la Direction des soins infirmiers, en collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers ainsi qu'avec toute autre direction concernée par la question, sous l'autorité du président-directeur général. Ces règles donneront des précisions sur, entre autres choses, les analyses de biologie médicale à des fins de dépistage qu'une infirmière peut demander au sein de l'établissement ainsi que sur les personnes visées, les services de biologie médicale où s'effectueront les analyses et les modalités à respecter pour orienter une personne vers un médecin ou une IPS.

Quant aux règles de soins des sages-femmes, elles sont établies par l'équipe puis approuvées par le conseil d'administration de l'établissement, sur recommandation du conseil des sages-femmes.

13. Voir le schéma 1 et le tableau 1.

3.3 Travailleurs autonomes

L'infirmière travailleuse autonome désirant que sa clientèle ait accès aux analyses de biologie médicale du secteur public, dans le cadre des programmes régionaux de prévention de ces infections, devra :

1. s'informer du mode d'organisation des services de dépistage des ITSS auprès du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement responsable de l'organisation des services de son territoire;
2. établir une entente pour prestation de services de biologie médicale avec un laboratoire serveur et s'informer, auprès de ce laboratoire, des exigences à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

Quand ils offrent le dépistage des ITSS, les médecins et les IPS exerçant dans un cabinet privé procèdent de la même façon que pour l'ensemble des analyses qu'ils prescrivent.

Pour des précisions sur les règles de soins, le lecteur peut consulter :

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC ET ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, *Règle de soins infirmiers : Orientations pour une utilisation judicieuse de la Règle de soins infirmiers*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2005, 84 p., [En ligne].

[<http://www.oiiq.org/publications/catalogue?text=R%C3%A8gle+de+soins+infirmiers+%3A+Orientations+pour+une+utilisation+judicieuse+de+la+R%C3%A8gle+de+soins+infirmiers>].

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Les règles de soins médicaux, un outil de partage : Guide d'exercice*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 2009, 37 p., [En ligne].

[<http://www.cmq.org/publications/index.aspx?s=Les+r%C3%A8gles+de+soins+m%C3%A9dicaux%2c+un+outil+de+partage%3a&p=1>].

4. Le consentement

Sans le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal, aucun professionnel ne peut effectuer des prélèvements chez une personne, à moins qu'il ne s'agisse d'une situation d'urgence, ce qui n'est jamais le cas dans le contexte du dépistage des ITSS.

Cette obligation est fondée sur les principes de l'inviolabilité et de l'intégrité de la personne ainsi que du droit à l'autodétermination.

4.1 Un soin requis

Le Code civil du Québec, prévoit deux catégories de soins : les soins requis et les soins non requis par l'état de santé. Puisque les caractéristiques du consentement varient selon la catégorie de soins, il importe de déterminer la catégorie à laquelle appartiennent les analyses de biologie médicale à des fins de dépistage.

Bien que le Code civil du Québec ne donne aucune précision à ce sujet, on devrait considérer les analyses de biologie médicale à des fins de dépistage comme un soin requis. Cette position reflète l'opinion juridique du MSSS.

4.2 La nécessité du consentement

La nécessité du consentement est clairement énoncée à l'article 11 du Code civil du Québec :

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

« Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. »

Les codes de déontologie précisent les devoirs des professionnels relativement au consentement.

- Code de déontologie des médecins :

« 28. Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé. »

« 29. Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. »

- Code de déontologie des infirmières et infirmiers :

« 40. L'infirmière ou l'infirmier doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'il lui prodigue. »

« 41. Lorsque l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé incombe à l'infirmière ou à l'infirmier, ce dernier doit :

1° fournir au client toutes les informations requises;

2^o s'assurer que le consentement du client demeure libre et éclairé pendant la période où il prodigue les soins, traitements ou autres services professionnels;

3^o respecter le droit du client de retirer en tout temps son consentement. »

- Code de déontologie des sages-femmes :

« 19. La sage-femme doit, lors du suivi, fournir à la femme et, après l'accouchement, aux parents de l'enfant les explications nécessaires à la compréhension de ses services professionnels ».

4.3 La validité du consentement

Pour être valide, le consentement doit être libre et éclairé. Le consentement **libre** est celui qui est obtenu sans aucune forme de pression, de menace, de contrainte ou de promesse. Il ne doit pas être obtenu lorsque les facultés de la personne ou de son représentant légal sont affaiblies par l'alcool, des sédatifs ou toute autre drogue. Il doit être donné par une personne en pleine possession de ses moyens. Le consentement **éclairé** est celui qui est obtenu après que l'information pertinente (voir le chapitre 9, « Counseling prétest individualisé ») ait été communiquée à la personne ou à son représentant légal.

Le médecin, l'infirmière ou la sage-femme doit s'assurer que la personne ou son représentant légal comprend bien la nature de l'intervention et les inconvénients que comporte l'acceptation ou le refus de procéder au dépistage. Il est essentiel que les explications soient données dans un langage simple et compréhensible pour la personne. Au besoin, on devrait recourir aux services d'interprètes.

La personne doit aussi avoir la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes avant de donner son accord au prélèvement.

En ce qui concerne les analyses de biologie médicale à des fins de dépistage, un consentement verbal est suffisant. Toutefois, s'il s'agit d'un enfant de moins de 14 ans accompagné par une personne autre que le titulaire de l'autorité parentale, il faut obtenir le consentement écrit de l'un des parents ou du tuteur avant de procéder au prélèvement. En l'absence de ce consentement écrit, un consentement verbal obtenu par téléphone en présence d'un témoin est acceptable.

Pour s'assurer que la personne a donné son consentement de façon libre et éclairée, le professionnel de la santé doit répondre systématiquement aux six questions suivantes :

1. La personne est-elle apte à donner son consentement?
2. La personne a-t-elle reçu l'information relative à l'analyse et aux infections visées?
3. La personne a-t-elle compris l'information relative à l'analyse, à des fins de dépistage, et aux infections visées ainsi que les avantages et les inconvénients du dépistage, incluant les inconvénients encourus par le refus de cette analyse (refus éclairé)?
4. La personne a-t-elle des questions à poser?
5. La personne a-t-elle reçu des réponses satisfaisantes à ses questions?
6. La personne est-elle maintenant d'accord pour que l'on procède à l'analyse?

4.4 La durée de la validité du consentement

Ni le Code civil du Québec ni la Loi sur les services de santé et les services sociaux ne contiennent de dispositions établissant une durée déterminée pendant laquelle un consentement demeurerait valide. Malgré cette absence de précision, il est bien établi maintenant que le consentement constitue un processus continu et qu'il doit être validé à nouveau au fur et à mesure de la progression de l'intervention. Ainsi, le consentement donné au début d'une intervention de dépistage peut être révoqué, même verbalement, en tout temps.

4.5 Qui peut donner son consentement?

Outre la personne majeure (18 ans ou plus) apte à consentir aux soins, le Code civil du Québec prévoit que le consentement aux soins requis par l'état de santé peut être donné par :

- le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur d'un mineur (art. 14);
- le mineur de 14 ans ou plus (art. 14);
- le mandataire, le tuteur ou le curateur d'un majeur inapte (art. 15);
- en l'absence d'une telle représentation, par le conjoint (marié, en union civile ou en union de fait) ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier (art. 15).

Il faut vérifier si l'accompagnateur d'un enfant mineur peut donner un consentement valable.

Même si le Code civil du Québec précise que le père et la mère exercent ensemble l'autorité parentale (art. 600), le consentement des deux parents n'est pas nécessaire puisque chacun d'eux est titulaire de l'autorité parentale et que le père ou la mère qui accomplit seul un acte d'autorité à l'égard de l'enfant est présumé agir avec l'accord de l'autre (art. 603). Dans le cas où le professionnel est informé que les deux parents diffèrent d'opinion, il appartient au tribunal de prendre la décision (art. 604).

Enfin, il faut signaler qu'une personne mineure de moins de 14 ans peut exercer son autorité parentale sur son enfant, en dépit du fait qu'elle ne peut donner son consentement pour elle-même.

5. La documentation des soins

La documentation des soins est inhérente à la pratique de tout professionnel. Plusieurs lois et règlements en vigueur au Québec énoncent les règles à suivre quant à la tenue du dossier de soins, à l'exactitude de l'information consignée, à la confidentialité du contenu et à l'accès à ce dossier. En ce qui a trait à la confidentialité, le dépistage des ITSS présente une particularité : les analyses peuvent être demandées de façon nominative, non nominative ou anonyme.

5.1 La documentation des soins

Le médecin, l'infirmière et la sage-femme doivent constituer et maintenir un dossier pour toute personne qui les consulte¹⁴. Ce dossier a plusieurs fins, dont les suivantes : il sert d'aide-mémoire pour le professionnel et d'outil de communication; il constitue un élément de protection juridique, tout en attestant des services rendus; il sert à l'enseignement et à la recherche.

La documentation des soins implique de consigner au dossier de la personne les informations pertinentes, exactes et complètes sur l'évolution de son état de santé, les interventions planifiées et effectuées, y compris les recommandations et les conseils, ainsi que les résultats obtenus. Elle constitue un élément essentiel de la pratique professionnelle.

En matière de dossier et de documentation des soins, le médecin, l'infirmière ou la sage-femme doit se conformer aux règlements de son ordre professionnel. Lorsqu'ils exercent dans un établissement du réseau de la santé, ces professionnels inscrivent les renseignements requis dans le dossier tenu par l'établissement.

5.2 Les droits de l'utilisateur

La personne utilisatrice des services de santé :

- a droit à la confidentialité des renseignements nominatifs inscrits dans son dossier;
- a accès à son dossier selon certaines modalités;
- n'a pas accès aux renseignements contenus dans son dossier et fournis par un tiers, à moins que ce dernier n'ait consenti à leur divulgation;
- doit donner son consentement pour qu'une personne autre que celles qui sont autorisées par la loi ait accès à des renseignements nominatifs contenus dans son dossier.

5.3 Les demandes d'analyses nominatives, non nominatives ou anonymes

Il est possible de demander une analyse à des fins de dépistage des ITSS selon l'une ou l'autre des modalités suivantes : nominative, non nominative et anonyme. Le MSSS a défini ces trois types d'analyses.

L'analyse **nominative** est celle qui est demandée par un professionnel de la santé et pour laquelle apparaissent des données nominatives (nom, numéro d'assurance maladie ou autres) sur le formulaire de demande. Le résultat de cette analyse est joint au dossier de la personne qui a subi l'analyse et il est soumis aux règles de confidentialité qui régissent les renseignements consignés à un dossier. Il s'agit de la seule modalité selon laquelle le dirigeant d'un laboratoire peut déclarer à la DSP une maladie visée par le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique.

14. Toutefois, l'infirmière n'est pas obligée de tenir un dossier pour chacun de ses clients lorsqu'elle fournit un service déterminé et ponctuel (par exemple, un prélèvement sanguin); dans ce cas, le service professionnel doit être inscrit dans un registre.

L'analyse **non nominative** est celle qui est demandée par un professionnel de la santé et pour laquelle aucune donnée « nominative » n'apparaît sur le formulaire de demande. Toutefois, ce professionnel doit y inscrire un identifiant de son choix, qui lui permettra de savoir à qui se rapporte le résultat et de s'assurer que celui-ci puisse être transmis à la bonne personne. Ce résultat non nominatif est joint au dossier de la personne qui a subi l'analyse et est soumis aux règles de confidentialité qui régissent les renseignements consignés à un dossier.

L'analyse **anonyme** est celle pour laquelle aucune mention n'est inscrite dans le dossier tenu par l'établissement. Dans les SIDEPS, la personne qui fait l'objet d'un dépistage n'a l'obligation de fournir ni son nom ni son numéro d'assurance maladie. Il s'agit des seuls endroits au Québec où il est permis d'offrir des analyses de façon totalement anonyme et cette modalité doit être considérée comme une mesure d'exception. Ces dispositions ne s'appliquent qu'au dépistage des ITSS, dans le contexte de la visite de counseling prétest ou post-test. Pour toute autre intervention préventive se rapportant aux ITSS (la vaccination, par exemple), ou si un traitement ou une investigation complémentaire sont requis, les renseignements pertinents doivent être consignés au dossier, nominatif, que tient l'établissement.

Le lecteur trouvera plus de détails sur les différentes modalités de dépistage dans les documents suivants :
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 5 et 16.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Déclaration, par les laboratoires, des infections transmissibles sexuellement et par le sang décelées dans les spécimens transmis par les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 1 p, [En ligne].
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/preventioncontrole/03-268-03-p1.pdf>].

5.4 Le contenu du dossier

Un modèle de formulaire de collecte des données, lequel inclut un volet pour la première visite et un autre volet pour la visite de suivi, est proposé aux professionnels qui effectuent des interventions de dépistage des ITSS¹⁵. Cet outil peut servir de guide pour évaluer l'état de santé de la personne, déceler les facteurs de risque et consigner les interventions planifiées ou effectuées. Il favorise le suivi des soins. Ce modèle a été conçu pour favoriser la qualité de l'intervention et la collecte de l'ensemble des renseignements nécessaires à la poursuite de cette intervention. Son utilisation est recommandée pour les interventions de dépistage¹⁶.

15. Voir l'annexe II (révision en cours).

16. On trouvera, à l'annexe III, le Guide d'utilisation du formulaire de collecte de données pour le dépistage des ITSS.

Les règles générales applicables aux **professionnels** au regard de la constitution des dossiers et de la divulgation des renseignements qu'ils contiennent sont prévues dans les lois et règlements suivants :

- Charte des droits et libertés de la personne (RLRQ, c. C-12, art. 5 et 9);
- Code civil du Québec (RLRQ, c. C-1991, art. 35, 37 et 41);
- Code des professions (RLRQ, c. C-26, art. 60.4 à 60.6).

Les règles applicables plus particulièrement aux **médecins, aux infirmières et aux sages-femmes** qui exercent dans le réseau de la santé et des services sociaux se trouvent dans les lois et règlements suivants :

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2, art. 17 à 28);
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (RLRQ, c. S-5, r. 5, art. 20 à 23, 45 et 50 à 65);
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, c. A-2.1, art. 53 à 62);
- Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (RLRQ, c. P-39.1, art. 10 et suivants).

Les règles générales applicables aux **infirmières**, quel que soit leur lieu d'exercice, figurent dans le règlement suivant :

- Code de déontologie des infirmières et infirmiers (RLRQ, c. I-8., r. 9, art. 14, 31 à 36 et 59 à 67).

Le règlement qui suit s'adresse plus précisément aux **infirmières travaillant dans le secteur privé** :

- Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (RLRQ, c. I-8, r. 14, art. 1 à 9).

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a publié, en 2013, *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, 127 p.

On pourra également consulter le site Web de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :
[<http://www.oiiq.org>].

Le **médecin** doit également respecter les règles prévues, notamment dans :

- le Code de déontologie des médecins (RLRQ, c. M-9, r. 17);
- le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin (RLRQ, c. M-9, r. 20.3);
- le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (RLRQ, c. M-9, r. 25.1).

Le Collège des médecins du Québec a publié plusieurs guides d'exercice afin d'informer les médecins sur le sens à donner aux articles de ces règlements. Accessoirement, les autres professionnels intéressés sont également informés des orientations retenues au moment de l'adoption de ces règlements. Voici les titres des principaux guides :

- *Les ordonnances collectives : Guide d'exercice (2017)*;
- *Les ordonnances individuelles faites par un médecin : Guide d'exercice (2016)*;
- *L'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier médical constitué par le médecin exerçant en cabinet : Guide d'exercice (2007)*;
- *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier : Guide d'exercice (2013)*;
- *L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier et autres obligations connexes prévues par le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin : Guide d'exercice (2013)*.

Ces documents sont accessibles sur le site Web du Collège des médecins du Québec :
[<http://www.cmq.org>].

La **sage-femme** doit se conformer aux règles prévues, notamment dans :

- le Code de déontologie des sages-femmes (RLRQ, c. S-0.1, r. 5);
- le Règlement sur les dossiers et le cabinet de consultation d'une sage-femme (RLRQ, c. S-0.1, r. 9);
- le Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par une sage-femme (RLRQ, c. S-0.1, r. 15).

6. Les aspects éthiques

Comme pour toute autre intervention en santé publique, des principes éthiques doivent guider les activités de dépistage des ITSS et l'intervention préventive qui les complète. Les valeurs et les principes éthiques proposés ici – largement inspirés de ceux qui sont inscrits au *Programme national de santé publique 2003-2012* – constituent des orientations et des attitudes à privilégier ou des règles à respecter.

Ces valeurs et ces principes peuvent sembler aller de soi, mais ils ne sont pas toujours faciles à appliquer dans le cadre d'une intervention particulière. L'équilibre entre bien commun et droits individuels est souvent précaire. Il représente parfois un véritable dilemme.

6.1 Un équilibre fragile

L'approche populationnelle de santé publique induit une tension constante entre le respect des droits individuels et la valorisation, voire la défense du bien commun et des intérêts collectifs. La définition du bien commun est cependant sujette à des interprétations différentes selon les sous-groupes qui composent la population. La bienfaisance et la non-malfaisance sont des principes indissociables de la notion de bien commun. Quand « la défense de ce bien commun devient en quelque sorte un mandat confié à l'État par les citoyens¹⁷ », ces principes doivent être associés à des valeurs de responsabilité et de transparence.

En santé publique, la « responsabilité » a une dimension sociale (responsabilité de l'État face à ses citoyens) et une dimension individuelle (responsabilité des citoyens face à la communauté et aux autres citoyens); c'est une « responsabilité partagée ». Le respect de l'autonomie de la personne, le respect de la vie privée et le respect de la confidentialité sont des repères éthiques permettant de considérer les conséquences possibles (p. ex. la stigmatisation de la personne) des décisions à prendre et de porter attention aux groupes vulnérables. La prise en compte des différents sous-groupes concernés est elle-même liée à la valeur de justice. Enfin, l'intervention de santé publique ne saurait être justifiable que si elle peut permettre d'atteindre les objectifs de santé visés. L'efficacité et l'utilité sont, par conséquent, d'autres valeurs à considérer dans l'analyse de la dimension éthique des décisions à prendre.

Concrètement, alors que le respect de certains principes (consentement éclairé, confidentialité, respect de l'autonomie) semble aller de soi, dans certaines situations, les principes et valeurs éthiques paraissent plutôt s'opposer.

- Le dépistage des ITSS chez des personnes à risque d'être infectées qui permet le traitement et évite les complications peut parfois avoir des conséquences (sociales, psychologiques ou familiales) négatives pour l'individu : anxiété face à un résultat positif, vengeance d'un partenaire offensé, violence conjugale, etc.
- Au nom du bien commun, de la responsabilité ou de la solidarité, on incite la personne infectée à collaborer à une démarche pouvant comporter certaines contraintes pour elle (p. ex. notification de ses partenaires, adoption de pratiques sexuelles sécuritaires).
- Le professionnel peut être confronté au refus de la personne atteinte d'aviser ses partenaires : le droit à la vie privée de l'un se trouve confronté à la recherche du bien commun, aux droits à l'information et à la santé des autres.

17. Raymond MASSÉ, *Cadre de référence sur les enjeux éthiques en santé publique*, résumé d'un texte paru dans Raymond MASSÉ, *Éthique et santé publique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval et Bruxelles, De Boeck, 2003, 19 p.

- Le professionnel pourrait avoir tendance à appliquer mécaniquement le présent guide. Or, le respect de la dignité humaine exige que chacun soit traité comme une « personne unique ». Le respect de la dignité humaine se manifeste dans l'écoute attentive des forces, des vulnérabilités, des peurs, des anxiétés et des espoirs de chaque personne.
- Le professionnel peut être confronté à une personne dont les valeurs sont différentes des siennes. Il doit éviter de la juger, accepter ses limites et ses choix et respecter son mode de vie.

6.2 Des critères incontournables

L'intervention de dépistage des ITSS nécessite que le professionnel trouve à chaque fois un juste équilibre entre ces différentes valeurs. Même si le présent guide s'inscrit dans une perspective d'intérêt public, soit la prévention de la propagation des ITSS parmi la population, l'intervention comme telle se réalise sur une base individuelle; elle exige donc un ajustement au cas par cas. Pour être réussi, ce type d'intervention doit être fondé sur la confiance mutuelle et sur le respect. Certains aspects de l'intervention constituent une base commune incontournable.

- La participation volontaire à la démarche de dépistage, sans coercition et sans préjudice :
Les personnes auxquelles un dépistage est proposé doivent être en mesure de donner leur consentement éclairé (s'assurer que l'individu connaît la langue, communiquer l'information nécessaire de façon claire et accessible) et doivent pouvoir coopérer librement à l'intervention proposée.
Les personnes visées doivent avoir accès à l'ensemble des services disponibles, indépendamment de leur acceptation ou leur refus de coopérer à l'intervention proposée.
- Le respect rigoureux de la confidentialité des renseignements recueillis et de la finalité pour laquelle ils sont recueillis :
Les renseignements recueillis aux fins du dépistage des ITSS ne doivent servir qu'à cette fin. Une utilisation secondaire, par exemple à des fins de recherche, doit respecter les lois, règlements et processus en vigueur.
- Le respect de l'autonomie de la personne :
Pour favoriser la modification de ses comportements à risque, on doit procurer à la personne les outils qui l'aideront à faire sa propre démarche, dans le respect de ses choix. Par exemple, l'approche de réduction des méfaits permet de respecter le choix de l'individu de consommer des drogues tout en lui donnant l'information nécessaire pour en réduire les effets négatifs sur sa santé.
- La qualité de l'intervention :
Le dépistage des ITSS doit être réalisé par des professionnels qualifiés, formés spécifiquement pour offrir ce type de service. L'intervention doit respecter les principes éthiques, le cadre légal et les composantes cliniques énoncés dans le présent guide.

La responsabilité de la santé publique inclut celle de mettre en place des mesures visant à limiter la propagation des infections dans l'ensemble de la communauté. Le service de dépistage doit être considéré comme l'une des composantes d'un ensemble d'activités en matière de prévention des ITSS.

- Il doit faire partie intégrante d'un programme global de santé publique et de prévention des ITSS (surveillance, promotion, protection, etc.) qui rend accessibles les moyens de prévention requis pour que chacun soit en mesure de prendre sa santé en charge et d'adopter des comportements plus sécuritaires.
- Il doit être coordonné aux soins de santé primaires et aux autres activités de santé publique (diagnostic, accessibilité des traitements, etc.).
- Il doit prévoir l'accès aux services de soutien appropriés (traitement, counseling, soutien psychosocial) pour les personnes infectées ainsi que pour leurs partenaires sexuels.

6.3 Des repères

La confrontation de diverses convictions, options ou justifications tout aussi défendables les unes que les autres peut être génératrice de conflits. Le recours aux principes et aux valeurs éthiques donne des repères pour reconnaître ces conflits, les examiner selon différentes perspectives et les résoudre.

On peut présenter un enjeu éthique comme un ensemble de questions suscitées par la nécessité, pour un acteur d'un domaine ou d'une pratique, de faire un choix entre des possibilités d'action exprimant des valeurs différentes et ayant des conséquences différentes. Un enjeu éthique implique donc des acteurs (individuels ou institutionnels), des valeurs (collectives ou individuelles), des choix à faire et des décisions à prendre parmi plusieurs possibilités d'action, ainsi qu'une réflexion sur les conséquences probables de chaque possibilité¹⁸.

Dans le cadre des activités de dépistage, les situations comme celles-ci, par exemple, peuvent se présenter :

- un jeune de moins de 14 ans qui a des comportements à risque demande un dépistage mais refuse que l'on avise ses parents;
- à l'occasion d'une activité de dépistage dans les bars, une personne consent à des analyses de détection des ITSS alors que ses facultés sont affaiblies par l'alcool ou les drogues.

Le professionnel doit apprendre à déceler ces dilemmes. Il doit pouvoir en discuter. Il doit connaître les ressources disponibles au sein de son établissement ou de sa région qui seront en mesure de l'éclairer et de le soutenir. Les établissements qui offrent des services de dépistage doivent prévoir des mesures de soutien pour leurs professionnels confrontés à de telles situations.

Le professionnel doit aussi tenir compte des repères sociaux existants, par exemple dans les lois, pour résoudre ces dilemmes éthiques. La Loi sur la santé publique prévoit déjà des dérogations à la confidentialité dans le cas des MADO; mais elle les encadre pour minimiser le plus possible l'atteinte aux droits des individus. Sans remplacer la réflexion, ces repères peuvent aider aussi bien l'intervenant que la personne visée à trouver « la meilleure solution dans les circonstances ».

Sur les dimensions éthiques de l'action en santé publique, les auteurs du présent guide se sont largement inspirés des ouvrages suivants :

BOUTHILLIER, Lynda (avec la collaboration de France FILIATRAULT). *Repères pour une réflexion éthique en surveillance continue de l'état de santé de la population*, mai 2003, 12 p., [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/cesp.html>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire : Protocole d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2004, p. 29.

MASSÉ, Raymond (avec la collaboration de Jocelyne Saint-Arnaud). *Éthique et santé publique*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, 413 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 19-21.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p. 27-28.

18. Définition proposée par le Conseil de la santé et du bien-être dans le cadre d'une enquête réalisée en 2004.

DEUXIÈME PARTIE

INTERVENTION DE DÉPISTAGE DES ITSS

« Le dépistage renvoie à l'exécution d'une analyse pour des personnes asymptomatiques à l'égard d'une maladie spécifique en tenant compte du niveau de risque qu'elles aient contracté cette maladie¹⁹. »

Le dépistage est l'occasion d'amorcer les interventions préventives auprès de la personne à risque et auprès des partenaires de la personne infectée. Aux fins du présent document, l'ensemble des actions liées au dépistage sera appelé *intervention de dépistage*.

L'intervention de dépistage vise à permettre d'établir la nature de la demande de la personne qui consulte, à déceler ses facteurs de risque au regard des ITSS et à planifier, ou à effectuer, une ou plusieurs interventions de prévention individualisées.

Les critères généraux justifiant le dépistage d'une affection sont les suivants :

- un problème de santé important;
- une prévalence élevée de la maladie dans le groupe visé;
- une évolution naturelle de la maladie bien connue;
- une phase asymptomatique assez longue pour permettre d'effectuer un dépistage;
- un traitement efficace disponible;
- des avantages à un traitement précoce par rapport à un traitement tardif;
- un examen de dépistage valide, fiable et acceptable;
- des critères précis permettant de déterminer chez qui doit se faire le dépistage.

Aux fins de l'application du présent guide, les ITSS suivantes peuvent faire l'objet d'un dépistage, en tenant compte des critères généraux précités et en fonction de l'évaluation des facteurs de risque et des indications de dépistage :

- l'infection à *Chlamydia trachomatis* causée par les génotypes D à K, ou chlamydie;
- l'infection à *Chlamydia trachomatis* causée par les génotypes L1 à L3, ou lymphogranulomatose vénérienne;
- l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, ou infection gonococcique;
- la syphilis, ou infection par *Treponema pallidum*;
- l'hépatite B, ou infection par le virus de l'hépatite B (VHB);
- l'hépatite C, ou infection par le virus de l'hépatite C (VHC);
- l'infection par le VIH.

Dans ce guide, de façon générale, le terme « infection à *Chlamydia trachomatis* » désigne généralement les infections causées par les génotypes D à K de *Chlamydia trachomatis*, alors que le terme « lymphogranulomatose vénérienne » désigne les infections causées par les génotypes L1 à L3 de *Chlamydia trachomatis*.

Afin de simplifier le texte, les noms utilisés pour désigner les ITSS seront ceux qui ont été retenus dans le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (RLRQ, S-2.2, r. 2).

19. Traduction libre d'un extrait de Charles H. HENNEKENS et Julie E. BURING, *Epidemiology in Medicine*, Philadelphie (Pennsylvanie), Lippincott, Williams and Wilkins, 1987, p. 327.

Il n'y a actuellement aucune indication concernant le dépistage des infections génito-urinaires suivantes :

- le granulome inguinal, ou infection par *Klebsiella granulomatis* (micro-organisme autrefois appelé *Calymmatobacterium granulomatis*);
- le chancre mou, ou infection par *Haemophilus ducreyi*;
- la vaginose bactérienne (*Gardnerella vaginalis* et autres bactéries anaérobies);
- l'infection vaginale par *Candida albicans* et autres levures;
- l'infection vaginale par *Trichomonas vaginalis* ou trichomonase;
- l'infection génitale par les diverses espèces de *Mycoplasma* sp.;
- l'infection par les diverses espèces d'*Ureaplasma* sp.;
- l'infection par les virus du papillome humain (VPH);
- les infections génitales par les virus de l'*Herpes simplex*²⁰ (VHS) de type 1 ou 2.

Les composantes de l'intervention de dépistage des ITSS sont :

1. la recherche systématique de facteurs liés à une ou plusieurs ITSS chez une personne et l'évaluation du niveau de risque présenté par cette personne;
2. l'évaluation des indications de dépistage et des besoins de la personne;
3. le counseling prétest individualisé;
4. le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens selon les méthodes appropriées;
5. la communication des résultats, qu'ils soient positifs, négatifs ou indéterminés, et le counseling post-test individualisé;
6. l'orientation de la personne pour un suivi, selon ses besoins.

Chacune de ces composantes sera décrite dans les chapitres qui suivent.

Pour déterminer les critères généraux justifiant le dépistage d'une affection, les auteurs se sont inspirés des ouvrages suivants :

- François DABIS, Jacques DRUCKER et Alain MOREN, *Épidémiologie d'intervention*, Paris, Arnette, 1992, p. 391-410.
- ROTHMAN, Kenneth J., et Sander GREENLAND, sous la dir. de, *Modern Epidemiology*, 2^e édition, Philadelphie (Pennsylvanie), Lippincott–Raven, 1998, p. 499-518.
- AUBIN, Michèle, Clément BEAUCAGE et Denis LALIBERTÉ dans BEAUCAGE, Clément, et Yv BONNIER VIGER (sous la dir. de), *Épidémiologie appliquée : Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin, 1996, p. 451-458.

20. La détection des anticorps contre le VHS de type 1 ou 2 peut être indiquée, dans certains contextes cliniques, pour des personnes asymptomatiques :

- pour le partenaire sexuel habituel d'une personne chez qui l'herpès génital a été prouvé par test de détection virale, afin de le conseiller en cas de discordance;
- pour certaines femmes enceintes.

Voir le *Guide de pratique pour les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS : Tests diagnostiques de l'infection génitale au virus Herpes simplex*, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/guide-de-pratique-analyses-de-labo-vhs.pdf>].

7. La recherche des facteurs de risque et l'évaluation du niveau de risque pour la personne

La recherche des facteurs de risque et l'évaluation du niveau de risque²¹ permettent au professionnel :

- de vérifier si un dépistage est indiqué;
- de déterminer quelles ITSS seront recherchées;
- de déterminer quelles analyses à des fins de dépistage il convient de demander;
- d'orienter le counseling selon les besoins de la personne.

Les facteurs de risque présentés ci-après tiennent compte de données scientifiques et des données épidémiologiques québécoises. Certains facteurs de risque sont associés aux ITSS en général, alors que d'autres sont associés plus spécifiquement à une ou à des ITSS. Dans l'évaluation du niveau de risque pour la personne, il faudra tenir compte, entre autres, de l'évolution des données épidémiologiques et des comportements de cette personne.

7.1 Les facteurs de risque associés aux ITSS

- Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques suivantes sont associées à un risque plus élevé de contracter une ITSS :

- avoir 25 ans et moins;
- être originaire d'une région où les ITS bactériennes²², le VIH, le VHB ou le VHC sont endémiques²³;
- résider dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James ou celle du Nunavik;
- être incarcéré ou l'avoir été.

- Consommation d'alcool ou de drogues

La consommation d'alcool ou de drogues peut affecter la capacité à adopter des comportements sécuritaires, surtout si cette consommation a lieu juste avant ou pendant l'activité sexuelle.

Le partage de drogue ou de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation est associé à un risque de transmission de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH.

- Comportements sexuels

Parmi les nombreux comportements sexuels qui font augmenter les risques au regard de la transmission d'une ITSS, citons les suivants :

- avoir des relations sexuelles avec un nouveau partenaire ou avec plus d'un partenaire concurremment;
- avoir des relations sexuelles avec des partenaires anonymes²⁴ (en particulier, des personnes que l'on a rencontrées dans des lieux de rencontres sexuelles immédiates – *sex-clubs*, saunas, parcs et clubs échangistes, notamment –, dans des bars, sur Internet ou par l'entremise des médias sociaux);

21. Le présent chapitre se base principalement sur le *Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (INSPQ 2014).

22. Si la personne est ou a été sexuellement active.

23. Une ITSS est dite *endémique* quand on observe une prévalence et une incidence élevées de cette ITSS dans une région. Les personnes qui y habitent et qui ont émigré présentent un risque accru d'avoir été infectées dans leur pays d'origine. Le risque de contracter cette infection demeure présent après l'émigration pour des raisons telles que les voyages dans le pays d'origine, l'appartenance à un réseau sexuel ou des normes culturelles. La liste des régions fortement touchées par les ITSS est présentée à l'annexe IV.

24. Par « partenaires sexuels anonymes », on entend les partenaires qui sont peu connus de la personne en cause. Cela signifie que cette dernière ne connaît rien ou presque de leurs caractéristiques (habitudes de vie ou statut sérologique, par exemple). Il arrive aussi qu'elle ne connaisse pas leurs coordonnées.

- avoir des relations sexuelles avec une personne atteinte d'une ITSS;
 - avoir des relations avec des partenaires sexuels multiples, soit plus de trois au cours des douze derniers mois²⁵;
 - utiliser le condom, ou une autre méthode barrière, de façon non systématique ou inadéquate pour des relations sexuelles vaginales, anales ou orales;
 - échanger ou obtenir des relations sexuelles contre de l'argent, des drogues, des cadeaux ou d'autres faveurs (par exemple : un travailleur ou une travailleuse du sexe et ses clients);
 - être un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).
- Facteurs de risque présentés par les partenaires sexuels

Les personnes dont les partenaires sexuels présentent certaines caractéristiques sociodémographiques ou adoptent certains comportements sexuels et de consommation de drogues voient augmenter leurs risques de contracter une ITSS. Parmi elles, figurent :

- la personne dont le partenaire a eu un nouveau partenaire sexuel ou en a eu plus d'un concurremment depuis le dernier test de dépistage;
 - la personne dont le partenaire a eu un partenaire anonyme ou plus de trois partenaires sexuels au cours des douze derniers mois;
 - la personne qui a eu un partenaire originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques;
 - la femme dont le partenaire est un HARSAH.
- Autres facteurs de risque

Aux caractéristiques sociodémographiques, à la consommation d'alcool ou de drogues, aux comportements sexuels, aux facteurs de risque présentés par les partenaires sexuels s'ajoutent d'autres facteurs de risque.

- Avoir été exposé à du sang ou à d'autres liquides biologiques :
 - à l'occasion d'un tatouage ou d'un perçage dans des conditions non stériles;
 - dans le contexte du travail (par exemple : piqûre avec une aiguille ou une seringue souillée);
 - dans un contexte non professionnel (par exemple : une morsure ou une piqûre avec une aiguille ou une seringue laissée à la traîne);
 - pendant des procédures médicales avec du matériel possiblement contaminé dans des régions où la prévalence des infections est élevée;
 - à l'occasion soit d'une transfusion de sang ou de produits sanguins, soit d'une greffe de cellules, de tissus ou d'organe, selon l'année et le pays où les produits ont été reçus;
- Avoir une ITS augmentant le risque d'acquisition du VIH;
- Avoir des antécédents d'ITSS, qui donne à croire qu'une personne ait pu prendre des risques antérieurement; la situation de cette personne justifie une intervention préventive adaptée pour vérifier la persistance ou non de comportements à risque.

Les personnes qui cumulent des facteurs de risque pourraient présenter un risque accru de contracter une ITSS (par exemple, un jeune de la rue âgé de 17 ans et ayant eu plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année).

25. Dans la littérature scientifique, il n'y a pas de consensus sur le nombre de partenaires à partir duquel on considère que le risque de contracter une ITSS s'accroît. En l'absence de données probantes, le seuil de plus de trois partenaires sexuels dans les douze derniers mois pourrait représenter un indicateur de risque et justifier un dépistage, indépendamment des autres facteurs de risque. Ce seuil peut varier en fonction de l'infection et de la prévalence dans le groupe d'âge visé, de même que dans une région ou un milieu donné.

7.1.1 Les réseaux sexuels et sociaux et les noyaux de transmetteurs²⁶

Les réseaux sexuels et sociaux jouent un rôle central dans la transmission des ITSS. L'analyse des réseaux met l'accent sur la dimension interpersonnelle. Le risque de transmission des ITSS ne dépend donc pas uniquement des comportements d'une personne, mais aussi de la position de celle-ci dans un réseau sexuel ou social donné et des comportements de ses partenaires.

La structure et la dynamique des réseaux sexuels sont principalement influencées par :

- les caractéristiques d'une société donnée, notamment les lois et les politiques qui régissent l'union entre deux personnes ou les relations sexuelles;
- les normes sociales des communautés et des groupes auxquels les personnes s'identifient – par exemple, la banalisation de comportements à risque comme les relations anales non protégées;
- les lieux fréquentés (par exemple : école, parcs, saunas et clubs échangistes).

Le type de relations que les personnes entretiennent influe sur la transmission d'une ITSS dans un réseau sexuel. Plus le nombre de partenaires sexuels est élevé durant une courte période, même si les relations ne se chevauchent pas, plus le potentiel de transmission des ITSS augmente. Les types de relations décrits dans la littérature scientifique sont les suivants :

- la monogamie exclusive, qui désigne une relation exclusive entre deux partenaires pendant une période de temps donnée, habituellement assez longue;
- la monogamie sérielle, qui fait référence à plusieurs relations exclusives se succédant dans le temps sans qu'il n'y ait de chevauchement;
- les relations concomitantes, qui qualifient les relations non exclusives avec plusieurs partenaires, simultanément (relation sexuelle à plusieurs) ou non (passage d'une relation à une autre ou relation extraconjugale). Les relations concomitantes favorisent la transmission des ITSS. Sans que le nombre de partenaires soit très élevé, quelques relations concomitantes suffisent pour propager une épidémie. Ce type de relations est l'élément-clé d'un réseau sexuel de transmission des ITSS.

Un ensemble d'individus reliés par des réseaux sociaux ou sexuels et qui ont des comportements à risque constitue un **noyau de transmetteurs** (*core group*). Le taux d'infection est élevé dans un tel noyau. Le risque de co-infection et de réinfection y est supérieur à la moyenne. Les noyaux de transmetteurs permettent à l'infection de persister dans une population. La répétition d'un diagnostic d'ITSS chez une personne donnée indique généralement que celle-ci a des comportements à risque et qu'elle fait partie d'un noyau de transmetteurs.

7.1.2 Les victimes d'agression sexuelle

Bien que les victimes d'agression sexuelle risquent d'avoir contracté une ITSS, l'évaluation de leur état nécessite le plus souvent une expertise particulière, tant pour les aspects psychosociaux que pour les aspects médico-légaux de l'intervention. Ces personnes ont besoin de soins qui dépassent le cadre des activités découlant de l'application de la Loi sur la santé publique; elles devraient donc être orientées vers le centre désigné pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle de leur région²⁷.

26. Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 36 à 38, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>].

27. Les coordonnées du centre désigné et des organismes d'aide de chacune des régions sociosanitaires se trouvent à l'adresse suivante : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/agression_sexuelle/index.php?aide-aux-victimes] ou dans le *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle : enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes – Intervenons ensemble*, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (révision d'avril 2010, troisième partie, étape 6, annexe 1), à l'adresse suivante : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000650/?&txt=Guide%20d%27intervention&msss_valpub&date=DESC].

7.2 Les facteurs de risque spécifiques selon l'ITSS

Les facteurs de risque énumérés à la section précédente sont associés à plusieurs ITSS. Une façon complémentaire d'évaluer le risque consiste à rechercher les facteurs de risque particuliers à chacune des infections.

Infection à *Chlamydia trachomatis*

L'infection à *Chlamydia trachomatis* causée par les génotypes D à K est la plus fréquente de toutes les ITSS pour lesquelles un dépistage est indiqué et sa prévalence est élevée dans toutes les régions du monde. Elle est si fréquente que le fait d'avoir un nouveau partenaire ou d'avoir plus d'un partenaire concurremment constitue un facteur de risque au regard de cette infection.

De plus, en raison de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter une infection à *Chlamydia trachomatis*, et ce, indépendamment d'autres facteurs de risque :

- les femmes et les hommes²⁸ de 25 ans et moins, actifs sexuellement, incluant les jeunes de la rue;
- les HARSAH;
- les travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que leurs clients.

Les personnes qui ont eu une infection à *Chlamydia trachomatis* ou une infection gonococcique présentent également plus de risques de contracter une infection à *Chlamydia trachomatis* au cours des mois qui suivent le traitement de leur infection.

Lymphogranulomatose vénérienne

L'infection à *Chlamydia trachomatis* causée par les génotypes L1, L2 ou L3, ou lymphogranulomatose vénérienne (LGV), est endémique dans certaines régions d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes. En Amérique du Nord et en Europe, des éclosions de LGV touchant principalement les HARSAH ont été observées depuis le début des années 2000. Au Québec, on observe un nombre plus élevé de cas depuis 2005 et l'infection touche presque exclusivement les HARSAH, en majorité infectés par le VIH.

Infection gonococcique

L'incidence de l'infection gonococcique augmente au Québec, et ce, davantage chez les jeunes femmes. Toutefois, les hommes demeurent plus touchés que les femmes par l'infection gonococcique.

Pour les femmes et les hommes, avoir un nouveau partenaire ou avoir plus d'un partenaire concurremment constitue un facteur de risque²⁹.

De plus, notamment en raison de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter une infection gonococcique :

- les femmes et les hommes²⁹ de 25 ans et moins, actifs sexuellement, incluant les jeunes de la rue;
- les personnes de 25 ans et moins résidant dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James ou du Nunavik;

28. Même si l'incidence de l'infection est moins élevée chez les hommes de 25 ans et moins que chez les femmes du même âge, elle demeure quand même élevée. Ces jeunes hommes peuvent devenir des relais de transmission, rôle qui justifie le dépistage.

29. Ce facteur de risque n'est toutefois pas retenu comme une indication justifiant le dépistage chez les jeunes hommes pour trois raisons :

- la présence de symptômes urétraux chez les hommes atteints est fréquente et amène ceux-ci à consulter rapidement;
- les hommes asymptomatiques et ne présentant aucun facteur de risque sont peu nombreux et peuvent être joints par l'intervention préventive auprès des personnes atteintes et auprès de leurs partenaires;
- les conséquences d'une infection gonococcique non traitée sont moindres chez l'homme que chez la femme.

- les HARSAH;
- les travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que leurs clients.

Quant aux personnes qui ont eu une infection gonococcique, elles présentent plus de risques de contracter une nouvelle infection gonococcique au cours des mois qui suivent le traitement de leur infection.

Syphilis

La syphilis, qui connaît une augmentation, touche particulièrement les HARSAH. Elle augmente aussi chez les femmes et chez les jeunes. Parmi ces derniers, elle affecte principalement ceux qui présentent des facteurs de risque.

En raison, notamment, de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, de leurs comportements ou de leurs habitudes de vie, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter la syphilis :

- les personnes originaires d'une région où l'infection est endémique;
- les HARSAH;
- les travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que leurs clients.

Hépatite B

L'hépatite B est en diminution constante depuis l'entrée en vigueur, en 1994, de programmes de vaccination gratuite. Des éclosions demeurent néanmoins possibles.

En raison, notamment, de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants, de leurs comportements ou de leurs habitudes de vie, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter l'hépatite B :

- les personnes originaires d'une région où l'infection est endémique ou y ayant reçu des soins de santé;
- les HARSAH;
- les travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que leurs clients;
- les utilisateurs de drogues par injection ou par inhalation;
- les personnes incarcérées ou l'ayant été;
- les personnes en hémodialyse.

De plus, les situations suivantes sont associées à un risque plus grand de contracter l'hépatite B :

- une exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés³⁰ (par exemple : tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition accidentelle en milieu de travail, exposition dans un contexte non professionnel);
- des contacts sexuels avec une personne atteinte d'hépatite B ou la fréquentation d'un même milieu de vie (par exemple : un domicile, une garderie, une institution pour personnes ayant une déficience intellectuelle) qu'une personne atteinte d'hépatite B.

30. Pour des précisions sur le risque associé à différents types d'exposition, consulter le *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC* (MSSS, 2017).

Hépatite C

L'hépatite C touche principalement les utilisateurs de drogues par injection (UDI), incluant ceux qui se sont injecté des drogues une seule fois. Si elle demeure rare chez les couples hétérosexuels, la transmission sexuelle a été clairement établie chez les HARSAH vivant avec le VIH. Dans ce groupe, la transmission est associée :

- à des pratiques sexuelles où le risque d'un contact de sang à sang ou de lésions des muqueuses est plus élevé (par exemple, l'insertion du poing dans l'anus, ou *fisting*);
- aux relations sexuelles anales sans condom;
- à la présence d'ITS ulcératives.

Le risque de contracter l'hépatite C pourrait être plus élevé pour les HARSAH qui ont des comportements sexuels à risque justifiant la prescription d'une prophylaxie préexposition pour le VIH³¹. À ce jour, les autres HARSAH non infectés par le VIH n'ont pas été identifiés comme un groupe pour lequel le risque de transmission sexuelle de l'hépatite C est plus élevé.

En raison de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants et en raison de leurs comportements ou de leurs habitudes de vie, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter l'hépatite C :

- les personnes originaires d'une région où l'infection est endémique ou y ayant reçu des soins de santé;
- les HARSAH vivant avec le VIH;
- les utilisateurs de drogues par injection ou par inhalation, incluant ceux qui n'ont consommé qu'une seule fois des drogues par injection ou par inhalation;
- les personnes incarcérées ou l'ayant été;
- les personnes en hémodialyse.

En outre, les situations suivantes sont associées à un risque plus grand de contracter l'hépatite C :

- une exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés³² (par exemple : tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition accidentelle en milieu de travail, exposition dans un contexte non professionnel);
- le partage du domicile d'une personne atteinte d'hépatite C, le risque étant associé plus précisément au partage des articles d'hygiène personnelle tels qu'un rasoir, une paire de ciseaux, un coupe-ongles, une brosse à dents.

Bien que les Centers for Disease Control and Prevention recommandent un dépistage unique de tous les *baby-boomers* états-unien (personnes nées entre 1945 et 1965)³³ ne présentant par ailleurs aucun autre facteur de risque identifiable d'exposition au VHC, l'épidémiologie, les campagnes de retraçage effectuées et l'accès aux services de dépistage diffèrent au Québec. Des travaux additionnels seront nécessaires pour déterminer la pertinence d'adopter une stratégie de dépistage systématique de l'hépatite C dans une cohorte précise.

31. Pour des précisions sur la prophylaxie préexposition, consulter *La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, à paraître).

32. Pour des précisions sur le risque associé à différents types d'exposition, consulter le *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC* (MSSS, 2017).

33. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « Recommendations for the identification of chronic Hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1965 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, n° 61 (RR04), 17 août 2012, p. 1-18.

VIH

Le VIH touche particulièrement les HARSAH, les UDI et les personnes originaires de régions où ce virus est endémique.

En raison de la prévalence élevée de l'infection dans les groupes suivants et en raison de leurs comportements ou de leurs habitudes de vie, les personnes qui en font partie présentent davantage de risques de contracter le VIH :

- les personnes originaires d'une région où l'infection est endémique;
- les HARSAH;
- les travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que leurs clients;
- les utilisateurs de drogues par injection ou par inhalation;
- les jeunes de la rue qui consomment des drogues par injection ou par inhalation;
- les personnes incarcérées ou l'ayant été.

Enfin, l'exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés constitue un facteur de risque au regard du VIH³² (par exemple tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition accidentelle en milieu de travail ou exposition dans un contexte non professionnel).

8. L'évaluation des indications de dépistage

Le dépistage est avant tout une activité de prévention secondaire. Il faut informer toute personne qui passe un test de dépistage que le résultat de ce test, même s'il est négatif, ne peut servir à évaluer le risque associé aux comportements antérieurs et qu'il ne constitue nullement une protection pour les comportements à risque futurs.

Il faut également lui faire connaître les limites de l'intervention de dépistage :

- celle-ci ne porte pas sur toutes les ITSS – elle exclut, par exemple, les condylomes dus à une infection par le VPH et l'infection vaginale causée par *Trichomonas vaginalis*;
- elle s'adresse à des personnes asymptomatiques;
- elle pourrait passer à côté des infections contractées récemment (à cause de leur période fenêtre).

Les interventions de l'infirmière auprès d'une personne présentant des symptômes peuvent s'inscrire dans le cadre d'activités réservées exercées selon une ordonnance médicale. Si une ordonnance collective est en vigueur, l'infirmière peut demander des analyses de biologie médicale, selon les conditions et modalités prévues à cette ordonnance (voir le schéma 1). En l'absence d'ordonnance médicale, l'infirmière doit diriger rapidement la personne vers un médecin ou une IPS pour une évaluation.

Lorsqu'une sage-femme intervient auprès d'une personne présentant des symptômes compatibles avec les cas de consultation obligatoire prévus par l'une des annexes du Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (RLRQ, c. S-0.1, r. 4), elle doit « initie[r] une consultation [...] et s'assure[r] qu[e celle-ci] soit tenue dans un délai raisonnable » (art. 1).

8.1 La période fenêtre et le délai minimal

La période fenêtre, ou période muette, couvre la période entre l'exposition à une ITSS et le moment où l'infection peut être détectée par une analyse de laboratoire. Dans le présent document, la notion de *fin de la période fenêtre* correspond au moment où l'infection peut être détectée chez la majorité des personnes infectées à l'aide d'une analyse de laboratoire.

Le délai minimal est le moment à partir duquel une infection est susceptible d'être détectée. En deçà de ce délai, la probabilité d'obtenir un résultat positif si la personne a effectivement contracté l'infection est très faible.

Pour une analyse de biologie médicale donnée, on recherche l'équilibre entre le délai minimal après l'exposition et le moment à partir duquel on peut avoir confiance d'obtenir un résultat positif si la personne a contracté l'infection (fin de la période fenêtre). Les notions de *délai minimal* et de *période fenêtre* serviront à interpréter les résultats.

D'autres éléments, dont la fréquence à laquelle une personne s'expose aux ITSS et la probabilité que cette personne se présente à un second rendez-vous, serviront à déterminer le moment opportun pour effectuer des analyses. En fait, lorsque l'on retarde une analyse, la personne atteinte risque de transmettre l'infection à d'autres personnes et d'avoir elle-même des complications.

Lorsque le dépistage est indiqué, on peut procéder immédiatement aux prélèvements, en tenant compte du fait que les infections auxquelles la personne a été exposée pendant les dernières activités comportant un risque de transmission pourraient ne pas être détectées. Si les résultats sont négatifs, de nouveaux prélèvements seront effectués à la fin de la période fenêtre.

Le professionnel doit reconnaître l'importance de saisir les diverses occasions en ce qui a trait au dépistage et à l'intervention préventive, particulièrement auprès des personnes pour qui le risque d'avoir contracté une ITSS est élevé. Il doit évaluer chaque situation individuellement et adopter la conduite qui lui semble la plus appropriée dans les circonstances.

8.2 Les analyses de laboratoire, le délai minimal et la période fenêtre, selon l'infection

Pour déterminer le moment opportun des prélèvements, les sites de prélèvement, les analyses à demander et le matériel à utiliser, le professionnel tiendra compte :

- des indications relatives au dépistage (voir la section 8.5);
- des comportements sexuels (par exemple : relation orale, vaginale, anale) de la personne qui passe le test de dépistage;
- de la fréquence à laquelle cette personne a été exposée aux ITSS;
- des analyses recommandées pour le dépistage;
- du délai minimal et de la fin de la période fenêtre;
- des instructions du laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale.

En présence de symptômes, d'autres analyses pourraient être indiquées. Pour en savoir plus sur les analyses dans ce contexte, consulter, par exemple, les guides sur le traitement pharmacologique des ITSS³⁴, *Recrudescence de lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement*³⁵, les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*³⁶, *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*³⁷ et les guides sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH³⁸.

8.2.1 L'infection à *Chlamydia trachomatis*³⁹

L'analyse recommandée pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* causée par les génotypes D à K est un TAAN.

Le délai minimal pour détecter l'infection à *Chlamydia trachomatis* n'est pas connu. La période fenêtre se termine quatorze jours après l'exposition.

Pour toute infection anorectale à *Chlamydia trachomatis* détectée, le LSPQ demande aux laboratoires de lui envoyer le spécimen afin qu'il puisse procéder à la recherche des génotypes L1, L2 et L3. Cette stratégie permet de mieux connaître l'épidémiologie de la LGV.

34. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Traitement pharmacologique [des] ITSS : Approche syndromique : cervicite et urétrite, épидидymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), rectite*, mise à jour, 2017, [6 p.], *Condylomes (verruës génitales)*, 2012, [4 p.], *Herpès génital*, 2012, [4 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae*, mise à jour, 2015, [4 p.], *Syphilis*, mise à jour, 2016, [6 p.]. Ces guides, publiés par l'Institut, peuvent être consultés à la rubrique « Guides de l'INESSS » de la section « Publications » du site suivant : [<http://www.inesss.qc.ca>].

35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Recrudescence de lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956/>].

36. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour 2014, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux (à paraître).

38. Ces guides, publiés par le MSSS, peuvent être consultés à la rubrique « Professionnels de la santé/Guides » de la section « Documentation » du site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss/>].

39. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 51 p. [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2016>].

8.2.2 La lymphogranulomatose vénérienne⁴⁰

L'analyse recommandée pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* causée par les génotypes L1 à L3 est un TAAN. Le délai minimal avant de pouvoir détecter l'infection à *Chlamydia trachomatis* causée par les génotypes L1, L2 ou L3 est inconnu. La fin de la période fenêtre n'est pas clairement établie. On considère qu'elle se termine quatorze jours après l'exposition, comme pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* causée par les génotypes D à K.

Pour déterminer s'il s'agit d'une LGV, des analyses supplémentaires pour la recherche des génotypes L1 à L3 sont requises. Ainsi, à la suite de l'obtention d'un résultat positif pour *Chlamydia trachomatis* par TAAN, un test de génotypage peut être effectué au LSPQ⁴¹. En présence d'un résultat de génotypage associé à la LGV, le génotype précis (L1, L2 ou L3) est identifié par un séquençage de l'ADN.

8.2.3 L'infection gonococcique³⁹

Les analyses recommandées pour le dépistage de l'infection gonococcique sont le TAAN et la culture. Le TAAN est le premier choix pour le dépistage des infections génitale et anale puisqu'il a une sensibilité supérieure à la culture. Il est également le premier choix pour le dépistage de l'infection pharyngée chez les HARSAH ainsi que chez les travailleuses du sexe. Si le résultat du TAAN est positif, un traitement sera administré. Dans la mesure du possible, une culture visant à déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectuée avant le début du traitement (voir les guides sur le traitement pharmacologique des ITSS, publiés par l'INESSS). La culture ne doit toutefois pas retarder le traitement.

La culture constitue le premier choix seulement pour le dépistage de l'infection pharyngée chez les hommes hétérosexuels et les femmes non travailleuses du sexe. Dans ces populations, la prévalence de l'infection est plus faible; la probabilité d'obtenir un résultat faussement positif avec un TAAN est donc non négligeable.

Pour le partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique, il est recommandé de procéder simultanément à une culture et à un TAAN. La probabilité que ce partenaire soit infecté étant élevée, une culture sera effectuée d'emblée afin de vérifier la sensibilité de la souche aux antibiotiques.

Le délai minimal pour que l'infection gonococcique puisse être détectée par un TAAN est inconnu. Il est de 48 heures pour la détection par culture. La période fenêtre se termine sept jours après l'exposition.

Notes (concernant le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou de l'infection gonococcique) :

- Pour éviter un résultat faussement négatif lorsqu'il s'agit d'une femme qui a ses menstruations, considérer les deux options suivantes :
 - reporter les prélèvements du col ou du vagin après la fin de la menstruation;
 - effectuer un prélèvement urinaire immédiatement si cette personne risque de ne pas se présenter de nouveau, même si ce prélèvement a une sensibilité moindre.
- La prise d'antibiotique pour une infection autre qu'une ITSS peut influencer le choix des analyses recommandées aux fins du dépistage de l'infection gonococcique. Si la personne est sous traitement antibiotique pour une infection autre qu'une ITSS au moment de la consultation ou si elle a terminé un traitement antibiotique depuis deux semaines ou moins, il se peut que le résultat d'une culture

40. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Lymphogranulomatose vénérienne : Avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 95 p. [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2130>].

41. Pour s'assurer que ces analyses seront effectuées, le professionnel devra indiquer, sur le formulaire de demande d'analyse pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* par TAAN, « recherche des génotypes causant la LGV si le résultat de l'analyse est positif pour *Chlamydia trachomatis* » et fournir les renseignements cliniques pertinents (ex. : contact avec une personne atteinte d'une LGV).

de *N. gonorrhoeae* soit faussement négatif. Le TAAN permet la détection de particules de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* viables et non viables⁴², il est donc recommandé d'effectuer le dépistage par TAAN.

Pour le partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique, la recommandation de procéder, de façon concomitante, à une culture et à un TAAN demeure.

Dans le contexte d'une prise d'antibiotique, un résultat de TAAN positif peut être attribuable à une infection en cours ou récemment guérie (persistance de particules non viables).

En présence d'un résultat positif à un TAAN ou à une culture, le professionnel de la santé déterminera si un nouveau traitement antibiotique de l'infection en cause s'impose, selon le pathogène identifié, l'antibiotique pris auparavant ainsi que la date du début et la durée de ce traitement. Pour des précisions sur la conduite à suivre, consulter un collègue expérimenté.

8.2.4 La syphilis⁴³

Les analyses recommandées pour le dépistage de la syphilis sont soit le RPR (analyse non tréponémique), soit l'EIA ou le CIA (analyses tréponémiques). Le laboratoire détermine l'analyse qui sera faite selon qu'il utilise l'algorithme débutant par une analyse non tréponémique ou tréponémique⁴⁴. Le professionnel de la santé indique « sérologie syphilis » sur le formulaire de demande d'analyse sans avoir à spécifier l'analyse (RPR, EIA ou CIA).

Le délai minimal pour que la syphilis puisse être détectée est d'environ dix jours. La période fenêtre se termine douze semaines après l'exposition. Les laboratoires enverront au LSPQ tout spécimen dont le profil sérologique nécessite une confirmation par une analyse tréponémique supplémentaire (TP-PA, INNO-LIA)⁴⁴.

Des résultats positifs témoignent de la présence d'anticorps tréponémiques (avec l'EIA ou le CIA) ou non tréponémiques (avec le test RPR). L'interprétation des résultats doit tenir compte du contexte clinique⁴⁵. Elle permet notamment de déterminer s'il s'agit d'une ancienne syphilis ou non et de déterminer le stade de l'infection. La présence d'anticorps ne signifie aucunement que la personne est protégée contre une infection par cette bactérie, car il est possible de contracter la syphilis plus d'une fois.

42. Le TAAN permet de détecter des particules non viables de l'agent infectieux jusqu'à deux semaines après le traitement de l'infection gonococcique et jusqu'à trois semaines après le traitement de l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

43. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de la syphilis*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 8 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1958>].

44. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Mise à jour des algorithmes de sérodiagnostic de la syphilis*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 12 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2064>].

45. Pour obtenir des renseignements complémentaires sur l'interprétation des résultats, consulter la section « Analyses de biologie médicale » de la fiche clinique sur la syphilis (chapitre 15).

8.2.5 L'hépatite B⁴⁶

L'analyse recommandée pour le dépistage de l'hépatite B est la recherche de l'antigène de surface du VHB (Ag HBs).

Le délai minimal pour pouvoir détecter l'Ag HBs est d'une semaine. La période fenêtre se termine douze semaines après l'exposition.

L'Ag HBs est le premier marqueur sérologique à apparaître après l'exposition au VHB. Sa présence indique une infection aiguë ou chronique. La persistance de l'Ag HBs durant plus de six mois témoigne d'une infection chronique. Cet antigène peut également être présent de façon transitoire après la vaccination; dans ce cas, il disparaît généralement en un mois.

Les anticorps IgG contre l'antigène de la nucléocapside du VHB (anti-HBc IgG) apparaissent moins d'un mois après l'Ag HBs. Leur présence indique le plus souvent un contact antérieur avec le VHB. La recherche des anti-HBc IgG est utile tant pour le dépistage de l'hépatite B chez les personnes vivant avec le VIH⁴⁷ ou les personnes immunosupprimées⁴⁸ que pour une investigation complémentaire. Les notions de *délai minimal* et de *période fenêtre* ne sont pas utilisées pour déterminer à quel moment effectuer la recherche de l'anti-HBc IgG.

Si l'infection guérit spontanément, l'Ag HBs cesse d'être détectable et la personne développe des anticorps qui la protégeront contre le VHB (anti-HBs : anticorps contre l'antigène de surface du VHB). La présence d'anti-HBs à une concentration ≥ 10 UI/L indique une immunité acquise soit à la suite d'une infection antérieure, soit à la suite de la vaccination⁴⁹. Par conséquent, l'analyse qui permet de connaître l'immunité est la recherche des anti-HBs.

Les autres analyses (Ag HBe, anti-HBe, anti-HBc IgM, mesure de la charge virale du VHB) sont réservées principalement à des fins d'investigation complémentaire et de suivi clinique.

En présence d'une indication de dépistage de l'infection par le VHB, il est recommandé de vérifier si la personne a déjà été vaccinée contre cette infection et si son statut immunitaire au regard du VHB est connu. Les analyses recommandées pour dépister l'infection par le VHB et pour connaître le statut immunitaire d'une personne varient en fonction des situations. Elles sont présentées dans le tableau 2. Lorsqu'une exposition est prévisible, la vaccination doit être entreprise sans attendre le résultat des analyses.

Avant la vaccination, la détection systématique des anti-HBs n'est pas recommandée. Elle est recommandée seulement chez les personnes pour qui le dépistage de l'infection par le VHB est indiqué.

Après la vaccination, si un dosage des anti-HBs est indiqué (ex. : personnes présentant un risque continu ou répété d'exposition au VHB, personnes vivant avec le VIH ou immunosupprimées), il devrait être réalisé aussitôt que possible dans l'intervalle se situant entre un mois et au plus six mois après la fin de la série vaccinale⁵⁰. En effet, il faut éviter de procéder à la recherche de l'Ag HBs moins d'un mois après l'administration du vaccin, car on pourrait alors détecter l'antigène contenu dans le vaccin et obtenir un résultat faussement positif.

46. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 75 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1969>].

47. Consulter *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, à l'adresse suivante : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000161/>].

48. Pour obtenir des renseignements sur les pathologies ou les thérapies qui peuvent causer une immunosuppression, consulter l'annexe V – Causes d'immunosuppression.

49. Pour obtenir des renseignements complémentaires sur l'interprétation des résultats, consulter la section « Analyses de biologie médicale » de la fiche clinique sur l'hépatite B (chapitre 17).

50. Consulter le PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>].

Tableau 2 Analyses recommandées pour dépister l'infection par le VHB et pour connaître le statut immunitaire au regard du VHB en fonction des situations
Personne immunocompétente

Situations	Analyses recommandées pour dépister l'hépatite B	Analyses recommandées pour vérifier le statut immunitaire au regard de l'hépatite B
Résultat antérieur d'anti-HBs \geq 10 UI/L	Aucune	Aucune
Vaccination complétée ⁵¹ à 19 ans ou avant et absence d'exposition au VHB avant la vaccination	Aucune	Aucune
Vaccination complétée ⁵¹ à 20 ans ou après	Ag HBs	Anti-HBs
Exposition possible à l'hépatite B avant la vaccination, peu importe l'âge au moment de la vaccination	Ag HBs	Anti-HBs
Absence de vaccination contre l'hépatite B, vaccination incomplète ou information manquante	Ag HBs	Anti-HBs
Femme enceinte, peu importe son statut immunitaire, son statut vaccinal et son âge au moment de la vaccination	Ag HBs	Aucune en lien avec la grossesse. En présence d'une autre indication de dépistage de l'hépatite B ⁵² , voir les autres situations présentées dans ce tableau.

Personne vivant avec le VIH⁵³ ou immunosupprimée

Situations	Analyses recommandées pour dépister l'hépatite B	Analyses recommandées pour vérifier le statut immunitaire au regard de l'hépatite B
Vaccination complétée ⁵¹ et résultat antérieur d'anti-HBs \geq 10 UI/L	Aucune	Si le risque d'exposition persiste, faire périodiquement la recherche d'anti-HBs.
Absence de résultat antérieur d'anti-HBs \geq 10 UI/L même si preuve écrite de vaccination ou affirmation convaincante	Ag HBs et anti-HBc ⁵⁴	Anti-HBs

Prophylaxie post-exposition

Situations	Analyses recommandées pour dépister l'hépatite B	Analyses recommandées pour vérifier le statut immunitaire au regard de l'hépatite B
Exposition à des liquides biologiques potentiellement infectieux	Les analyses recommandées varient selon la situation ⁵⁵ .	Les analyses recommandées varient selon la situation ⁵⁵ .

51. La vaccination est considérée comme complétée lorsque la personne présente une preuve écrite ou exprime une affirmation convaincante basée sur son souvenir, son âge et l'année d'introduction du programme de vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire (1994).

52. Consulter le tableau 3 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (section 8.5).

53. Consulter *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, à l'adresse suivante : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000161/].

54. Ne pas répéter la recherche de l'anti-HBc en présence d'un résultat antérieur positif.

55. Consulter le *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC*, à l'adresse suivante : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/] et la partie « Exposition par voie percutanée, muqueuse ou cutanée » de la section 10.4.2 [HB : vaccin contre l'hépatite B] du PIQ : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/].

8.2.6 L'hépatite C⁵⁶

Les analyses recommandées pour le dépistage de l'hépatite C sont la recherche des anticorps contre le VHC (anti-VHC) et la recherche qualitative de l'ARN du VHC⁵⁷. Le choix des analyses varie en fonction de la situation.

Le délai minimal pour pouvoir détecter les anti-VHC est de six semaines. La période fenêtre se termine douze semaines après l'exposition. Chez les personnes immunosupprimées⁵⁸ ou chez les personnes vivant avec le VIH, la période fenêtre peut se prolonger.

La présence d'anti-VHC témoigne d'une exposition antérieure au VHC sans toutefois fournir d'information sur l'activité de l'infection. Les anti-VHC demeurent positifs toute la vie dans la grande majorité des cas. La présence d'anticorps ne signifie pas que la personne est protégée contre une nouvelle infection par le VHC, car il est possible de contracter l'hépatite C plus d'une fois.

En présence d'un résultat d'analyse positif pour les anti-VHC, la recherche qualitative de l'ARN du VHC permet de distinguer une hépatite C antérieure guérie (résultat négatif) d'une infection aiguë ou chronique (résultat positif)⁵⁹.

La confirmation d'un résultat anti-VHC faiblement positif ou indéterminé est faite par le LSPQ.

L'ARN du VHC devient détectable d'une à trois semaines après l'exposition. La charge virale peut fluctuer pendant les premiers mois de l'infection. C'est pourquoi, dans certaines circonstances, à la suite d'un résultat d'analyse négatif pour la recherche qualitative de l'ARN du VHC, le professionnel devra effectuer un second prélèvement et demander une nouvelle recherche de l'ARN du VHC (voir les algorithmes à l'annexe VI). Les notions de *délai minimal* et de *période fenêtre* ne sont pas utilisées pour déterminer à quel moment effectuer la recherche de l'ARN du VHC. En général, lorsqu'il est indiqué, le prélèvement aux fins d'une recherche qualitative de l'ARN du VHC doit être fait au moins trois semaines après l'exposition.

Les analyses recommandées pour le dépistage de l'hépatite C varient en fonction des situations :

1. chez les personnes dont la sérologie anti-VHC antérieure est positive, ne pas répéter la recherche des anti-VHC. L'analyse recommandée pour le dépistage est alors la recherche qualitative de l'ARN du VHC (voir les algorithmes 3 et 4, à l'annexe VI).
2. chez les personnes qui n'ont jamais subi de test de dépistage de l'hépatite C ou dont la sérologie antérieure anti-VHC n'a pas montré de résultat positif, l'analyse recommandée pour le dépistage de l'hépatite C est la recherche des anti-VHC :
 - si le résultat obtenu est positif ou indéterminé, la recherche qualitative de l'ARN du VHC constitue la deuxième étape du dépistage;
 - si le résultat obtenu est négatif et que la période fenêtre est terminée, le dépistage est généralement terminé. Mais, dans les situations suivantes, il est recommandé d'effectuer une recherche qualitative de l'ARN du VHC :

56. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 53 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1972>].

57. Le professionnel doit indiquer sur le formulaire de demande d'analyse les raisons qui justifient la recherche de l'ARN du VHC (p. ex. : sérologie antérieure positive anti-VHC).

58. Pour obtenir des renseignements sur les pathologies ou les thérapies qui peuvent causer une immunosuppression, consulter l'annexe V – Causes d'immunosuppression.

59. Pour obtenir des renseignements complémentaires sur l'interprétation des résultats, consulter la section « Analyses de biologie médicale » de la fiche clinique sur l'hépatite C (chapitre 18).

- chez les personnes vivant avec le VIH⁶⁰ et les personnes immunosupprimées⁶¹ sans sérologie anti-VHC au cours des douze mois précédents et qui ont des comportements à risque (voir l'algorithme 1, à l'annexe VI),
- à la suite d'une exposition à une personne infectée par le VHC il y a moins de douze semaines (voir l'algorithme 2, à l'annexe VI).

L'annexe VI donne des précisions sur les analyses à effectuer pour le dépistage de l'hépatite C.

On a recours aux autres analyses de biologie médicale (génotypage viral, charge virale, etc.) uniquement à des fins d'investigation complémentaire et de suivi clinique.

8.2.7 L'infection par le VIH⁶²

Tous les tests de dépistage du VIH actuellement offerts par les laboratoires québécois détectent les anticorps anti-VIH 1 et 2. La majorité des laboratoires utilise des épreuves de 4^e génération. Ces dernières combinent la détection des anticorps anti-VIH 1 et 2 et de l'antigène p24 (Ag p24). Quelques laboratoires utilisent des épreuves de 3^e génération ne détectant que les anticorps anti-VIH 1 et 2. Le LSPQ utilise différentes épreuves, dont le transfert Western (*Western Blot*), pour confirmer la présence d'anticorps anti-VIH 1 et 2 dans les sérums analysés. Le LSPQ dispose aussi d'épreuves spécifiques pour détecter la présence de l'Ag p24.

Certains points de service offrent le dépistage du VIH à l'aide de trousse de dépistage rapide. Ces trousse détectent seulement les anticorps anti-VIH 1 et 2. La seule trousse actuellement homologuée par Santé Canada s'emploie avec un prélèvement capillaire. Le supplément au présent guide, intitulé *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*⁶³, est l'ouvrage de référence pour les professionnels de la santé. Dans un contexte de recherche, le dépistage du VIH peut également être effectué à partir d'un prélèvement salivaire ou urinaire.

Pour le VIH, la période fenêtre est établie en fonction de la détection des anticorps anti-VIH ou de l'Ag p24. Les anticorps anti-VIH sont détectables, dans plus de 95 % des cas, entre quatre et six semaines après une exposition menant à une infection. Sauf exception, ces anticorps sont détectables, dans 99 % des cas, douze semaines après une exposition menant à une infection. Les exceptions sont les suivantes : immunosuppression consécutive à une autre maladie, infection chez un bébé né de mère infectée et, possiblement – bien que cela ne soit pas démontré –, le fait d'avoir reçu une prophylaxie antirétrovirale ou d'avoir une infection simultanée par le VHC.

La présence d'anticorps témoigne d'une exposition antérieure au VIH et est le signe d'une infection à vie. Elle ne signifie aucunement que la personne soit protégée contre une infection par le VIH.

60. Un résultat de sérologie anti-VHC négatif au moment de l'évaluation initiale d'une personne vivant avec le VIH ne nécessite pas d'effectuer une recherche qualitative de l'ARN si la personne n'a pas eu de comportements à risque. Consulter *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, à l'adresse suivante : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000161/>].

61. Pour obtenir des renseignements sur les pathologies ou les thérapies qui peuvent causer une immunosuppression, consulter l'annexe V – Causes d'immunosuppression.

62. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 9 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1976>] et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Période fenêtre associée à la sérologie du VIH*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 6 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2059>].

63. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Supplément : Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, 143 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000092/>].

L'Ag p24 est détectable dans les premières semaines suivant l'infection; il apparaît généralement entre les jours 14 et 22 après que l'infection a été contractée, et sa présence coïncide habituellement avec le début des symptômes. Cet antigène peut rester dans l'organisme de quelques semaines à plusieurs mois.

Le délai minimal pour effectuer des tests est de 14 jours après l'exposition si l'on utilise des trousse de 4^e génération, et de 21 jours si l'on a recours à des trousse de 3^e génération. Sauf exception (voir plus haut), la période fenêtre se termine 12 semaines après l'exposition.

À la suite d'une exposition spécifique au VIH ou d'une situation à risque (p. ex. : relation anale sans condom avec une personne vivant avec le VIH), un test de dépistage de ce virus devra être fait au moment de la visite initiale et, si le résultat est négatif, être répété trois semaines après l'exposition si le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale utilise un test de 4^e génération. Si le résultat du test effectué trois semaines après l'exposition est négatif, le test sera répété à la fin de la période fenêtre, soit douze semaines après l'exposition. Lorsque des facteurs de risque sont présents de manière continue ou répétée, il est recommandé d'offrir un dépistage tous les trois à six mois (voir la section 8.4.3 Fréquence accrue du dépistage en présence de facteurs de risque).

Les laboratoires enverront au LSPQ tout spécimen dont le profil sérologique nécessite une confirmation. Lorsque le résultat du LSPQ est positif, le dépistage doit être répété à partir d'un second échantillon de sang.

8.3 Une réponse aux besoins de la personne

L'objectif du dépistage est d'offrir à la personne qui le désire la possibilité de savoir qu'elle est atteinte d'une ou de plusieurs ITSS dont elle pourrait ignorer la présence. La personne doit être en mesure de préciser ce qui la préoccupe. Le professionnel doit, quant à lui, pouvoir lui fournir des renseignements clairs et adaptés à ses besoins.

Il peut arriver parfois que, malgré la présence de facteurs de risque élevés pour certaines ITSS – particulièrement l'hépatite B, l'hépatite C et l'infection par le VIH –, une personne préfère ne pas savoir si elle en est atteinte. Une fois que les avantages et les inconvénients de connaître le diagnostic et les options de suivi lui ont été expliqués, la décision finale de se soumettre ou non à une analyse doit revenir à la personne elle-même.

De la même façon, une personne peut demander un dépistage pour une ITSS donnée alors que le processus d'évaluation ne permet de déceler chez elle aucun facteur de risque lié à cette infection. Dans ce contexte, le professionnel doit évaluer la demande et effectuer le counseling approprié, en sachant que cette personne peut présenter un risque élevé d'avoir contracté cette ITSS, mais ne pas vouloir mentionner un facteur de risque en particulier au moment de l'anamnèse.

8.4 La fréquence du dépistage⁶⁴

Plusieurs éléments permettent de déterminer la fréquence du dépistage : le contexte clinique, l'importance de favoriser une détection et une prise en charge précoces, l'appartenance à un groupe à risque, la présence continue ou répétée de facteurs de risque et la pertinence de répéter le dépistage. Bien que les orientations qui suivent puissent servir de guide pour l'intervention, la fréquence selon laquelle il convient de procéder à des analyses de dépistage chez une personne à risque doit être déterminée selon le jugement clinique du professionnel.

64. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 154 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1934>].

8.4.1 Évaluation des facteurs de risque

L'évaluation des facteurs de risque devrait être faite au moins une fois par année dans le cadre d'un suivi régulier ou occasionnel, tel celui que recommande le Collège des médecins du Québec⁶⁵. En présence de facteurs de risque, le professionnel effectue le dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés (voir le tableau 3 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés).

8.4.2 Dépistage annuel chez des personnes appartenant à des groupes à risque

Les prévalences estimées des ITSS dans certains groupes, le nombre de personnes rapportant avoir des comportements à risque selon les études recensées, le mode de vie de certains groupes de la population, la difficulté pour certaines personnes d'avoir accès à des services de santé ou de dévoiler des facteurs de risque, les complications anticipées d'une infection non traitée sont autant de raisons pour qu'un dépistage de certaines ou de l'ensemble des ITSS soit offert d'emblée à certains groupes. Néanmoins, une évaluation des comportements à risque auprès des personnes appartenant à ces groupes permet de personnaliser l'intervention selon leurs besoins.

Il est recommandé d'offrir un test au moins une fois par année aux personnes pour qui le dépistage est indiqué (voir le tableau 3 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés) :

- personne de 25 ans et moins sexuellement active et sans autre facteur de risque;
- personne originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques;
- HARSAH;
- travailleur ou travailleuse du sexe, ou un de ses clients;
- personne utilisatrice de drogues par injection ou par inhalation;
- personne qui reçoit une prophylaxie préexposition au VIH⁶⁶;
- personne ayant un partenaire sexuel vivant avec le VIH;
- personne qui, depuis son dernier test de dépistage, a eu un partenaire ayant lui-même eu un nouveau partenaire sexuel ou en ayant eu plus d'un concurremment;
- personne dont le partenaire a eu un partenaire anonyme ou plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année;
- femme dont le partenaire est un HARSAH;
- personne dont le partenaire est soit un travailleur ou une travailleuse du sexe, soit le client d'un travailleur ou d'une travailleuse du sexe;
- personne dont le partenaire est incarcéré;
- personne dont le partenaire utilise des drogues par injection ou par inhalation.

Certains milieux offrent des services à des personnes vulnérables aux ITSS. Il est recommandé d'offrir un dépistage au moins une fois par année aux personnes :

- qui résident dans un centre de détention (personnes incarcérées);
- qui reçoivent des services dans un centre de ressources en dépendance aux drogues.

65. CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Fiche de prévention clinique 2015*, Montréal, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, Collège des médecins du Québec, 2015, 1 p., [En ligne]. [<http://www.cmq.org/publications/index.aspx?s=Fiche+de+pr%C3%A9vention+clinique+2015&p=1>].

66. Un dépistage du VIH lui sera offert tous les trois mois et le dépistage des autres ITSS lui sera offert selon les facteurs de risque. Pour des précisions sur la prophylaxie préexposition, consulter *La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, à paraître).

8.4.3 Fréquence accrue du dépistage en présence de facteurs de risque

L'offre de dépistage pourra être plus fréquente si l'évaluation du risque permet de déceler l'une des caractéristiques suivantes :

- personne atteinte d'ITSS à répétition;
- personne ayant des partenaires sexuels multiples, c'est-à-dire ayant eu plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année.

Lorsque des facteurs de risque sont présents de manière continue ou répétée, il est recommandé d'offrir un dépistage tous les trois à six mois. La présence de facteurs de risque peut être ponctuelle ou, le plus souvent, refléter des habitudes de vie.

8.4.4 Répétition du dépistage après une infection

En raison de la fréquence élevée des réinfections, il est recommandé de répéter le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique chez les personnes ayant contracté ces infections. Le délai optimal pour la répétition du dépistage après le traitement de l'une ou l'autre de ces infections se situe entre trois et six mois. En présence d'une infection gonococcique, on procédera également au dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

8.5 Les indications de dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés

Le tableau 3 présente les indications de dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés. Ces indications sont basées sur le *Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*⁶⁷ et sont adaptées au contexte épidémiologique québécois.

Ce tableau constitue un guide pour l'intervention. L'application des indications de dépistage proposées peut varier selon les milieux cliniques (clientèle visée) et les régions (prévalence locale ou régionale). Le professionnel doit exercer son jugement dans chacun des cas et adapter son intervention à la personne qui est devant lui, en tenant compte des éléments suivants.

Utilisation du condom

Le tableau 3 ne tient pas compte de l'utilisation du condom. Les erreurs d'utilisation du condom (ex. : utilisation non systématique, pénétration avant l'installation du condom, bris du condom, retrait du condom avant la fin de la pénétration) sont fréquemment rapportées dans des études menées partout dans le monde et auprès de diverses clientèles. C'est pourquoi un dépistage devrait quand même être offert à la personne qui affirme utiliser le condom.

67. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 154 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1934>].

Intervention préventive auprès des partenaires de personnes atteintes d'une ITSS

L'intervention préventive à effectuer auprès des partenaires de personnes atteintes d'une ITSS ne se résume pas à un test de dépistage. Pour obtenir des renseignements sur l'intervention préventive à effectuer dans ce contexte, consulter le tableau 4 – Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!

Le dépistage de l'hépatite B doit être offert aux partenaires sexuels et aux contacts domiciliaires d'une personne infectée par le VHB. L'intervention auprès de ces personnes doit inclure également la vaccination, avec ou sans administration d'immunoglobulines⁶⁸.

Le dépistage peut être offert aux partenaires sexuels et aux contacts domiciliaires d'une personne infectée par le VHC, selon le jugement clinique, particulièrement s'il y a eu présence de sang au cours des relations sexuelles (menstruation ou pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé) ou partage d'articles d'hygiène personnelle. La transmission sexuelle dans les couples hétérosexuels est rare. Quant à la transmission du VHC aux contacts domiciliaires, elle n'a pas été démontrée. Le dépistage du partenaire peut permettre de soulager l'anxiété qu'éprouvent la personne infectée et son partenaire.

Statut immunitaire à l'égard de l'hépatite B

Pour l'hépatite B, les indications de dépistage doivent être modulées selon le statut immunitaire de la personne, en tenant compte de l'âge de celle-ci au moment de la vaccination, des risques d'avoir été exposée à l'hépatite B avant le moment où elle a été vaccinée et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer sa réponse au vaccin⁶⁹.

L'évaluation du statut immunitaire au moment du dépistage permettra de déterminer les interventions appropriées pour la personne si les risques d'exposition persistent. Lorsque les anti-HBs sont ≥ 10 UI/L, la personne est immune et le dépistage n'est généralement pas indiqué.

Au Québec, un programme de vaccination universelle destiné aux nourrissons est offert aux familles québécoises depuis 2013. Le programme de vaccination s'adressant aux élèves de 4^e année du primaire, en place depuis 1994, sera maintenu jusqu'à l'arrivée à ce degré de la première cohorte d'enfants vaccinés dans le cadre du nouveau programme. Se référer au PIQ⁷⁰ pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Personnes vivant avec le VIH

Le dépistage des ITSS chez les personnes vivant avec le VIH devrait s'inscrire dans une prise en charge globale qui tient compte des particularités de l'infection par le VIH⁷¹.

68. Pour des précisions sur les interventions à réaliser dans ce contexte, consulter le PIQ [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] et *L'hépatite B : Guide d'intervention*, 2^e édition (MSSS, 2014) : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000053/>]. Ce guide porte sur l'intervention à effectuer lorsque des cas d'hépatite B aiguë ou chronique sont déclarés aux autorités de santé publique d'une région sociosanitaire.

69. Il faut s'assurer que les personnes ont effectivement été vaccinées, et ce, de façon appropriée.

70. Consulter le PIQ, à l'adresse suivante : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>].

71. Consulter *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* à l'adresse suivante : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000161/>].

En plus des indications de dépistage basées sur la présence de facteurs de risque, le tableau 3 présente certaines situations dans lesquelles le dépistage d'une ou de plusieurs ITSS est indiqué, dont les suivantes.

Grossesse

Le dépistage des ITSS pendant la grossesse vise à éviter les complications pouvant affecter la santé de la femme, l'issue de la grossesse ou la santé du nouveau-né.

L'offre systématique de dépistage des ITSS fait partie d'un bilan prénatal complet. Toutefois, le dépistage de l'hépatite C est offert seulement aux femmes enceintes en présence de facteurs de risque associés à cette infection avant ou pendant la grossesse.

Les facteurs de risque doivent de nouveau être évalués pendant la grossesse afin de détecter toute nouvelle exposition et de déceler la persistance d'un comportement à risque ou la présence de facteurs de risque chez le partenaire. Dans ces situations, le dépistage sera répété, au besoin plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

Interruption volontaire de grossesse

À titre préventif, une offre de dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique est indiquée avant une interruption volontaire de grossesse (IVG), afin d'éviter les complications liées à une intervention invasive.

Demande de dépistage en l'absence de facteurs de risque dévoilés

Pour diverses raisons, certaines personnes ne dévoilent pas les facteurs de risque. Si, après un counseling prétest, la personne demande une analyse de dépistage pour une ou plusieurs ITSS, il est recommandé de procéder aux tests demandés.

Autres conditions liées à la santé

Enfin, le dépistage des ITSS peut être indiqué dans le contexte d'un suivi médical ou d'un diagnostic différentiel, par exemple :

- avant de commencer une chimiothérapie ou une autre thérapie immunosuppressive (dépistage de l'infection par le VHB);
- chez une personne présentant un lymphome ou une tuberculose (dépistage du VIH).

TABLEAU 3
ITSS À RECHERCHER SELON LES FACTEURS DE RISQUE DÉCELÉS
(À TITRE INDICATIF)

FACTEURS DE RISQUE ✓ : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ (✓) : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ DANS CERTAINES SITUATIONS		ITSS À RECHERCHER					
		Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C ²
CRITÈRES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET FACTEURS LIÉS AUX COMPORTEMENTS SEXUELS							
1. Personne de 25 ans et moins, sexuellement active et sans autre facteur de risque	Femme	✓	✓				
	Homme	✓	(✓ ³)				
2. Personne ayant un nouveau partenaire sexuel ou en ayant eu plus d'un concurremment depuis son dernier test de dépistage	Femme	✓	✓				
	Homme	✓					
3. Personne ayant eu un partenaire anonyme ou plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année		✓	✓	✓	✓	✓	
4. Personne originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques ⁴		(✓ ⁵)	(✓ ⁵)	(✓ ⁵)	✓	✓	✓
5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes		✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ⁶)
6. Travailleur ou travailleuse du sexe ou un de ses clients		✓	✓	✓	✓	✓	
7. Personne incarcérée ou l'ayant été					✓	✓	✓
ITSS⁷							
8. Personne chez qui l'une des infections suivantes a été détectée ⁸ : infection gonococcique, syphilis, lymphogranulomatose vénérienne (LGV), infection par le VIH ⁹ , hépatite B ou hépatite C ¹⁰		✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ¹¹)
9. Personne ayant un partenaire chez qui l'une des infections suivantes a été détectée: infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , infection gonococcique, syphilis, LGV, infection par le VIH ¹² ou hépatite B ¹³		Dépister l'infection à laquelle elle a été exposée					
10. Personne atteinte d'une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : dépister à nouveau l'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> trois à six mois après le traitement		✓					
11. Personne atteinte d'une infection gonococcique: dépister à nouveau l'infection gonococcique et dépister l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> trois à six mois après le traitement		✓	✓				
GROSSESSE¹⁴							
12. Femme demandant une interruption de grossesse		✓	✓				
13. Femme enceinte		✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ¹⁵)
a. Bilan prénatal de base (fait chez toutes les femmes enceintes)		✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ¹⁵)
b. En présence d'une exposition, de comportements à risque chez la femme enceinte ou chez son partenaire: dépister à nouveau les ITSS ¹⁶		✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ¹⁵)

FACTEURS DE RISQUE ✓ : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ (✓) : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ DANS CERTAINES SITUATIONS		ITSS À RECHERCHER					
		Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C ²
EXPOSITION À DU SANG OU À D'AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES							
14. Personne ayant consommé des drogues par injection ou par inhalation, même une seule fois					✓	✓	✓
15. Personne exposée à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail ou exposition dans un contexte non professionnel) ¹⁷					✓	✓	✓
16. Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions où la prévalence du VIH, de l'hépatite B ou de l'hépatite C est élevée ⁴					✓	✓	✓
17. Personne ayant reçu soit une transfusion de sang ou de produits sanguins, soit une greffe de cellules, de tissus ou d'organe					(✓ ¹⁸)	(✓ ¹⁸)	(✓ ¹⁸)
FACTEURS DE RISQUE DES PARTENAIRES SEXUELS							
18. Personne qui, depuis son dernier test de dépistage, a eu un partenaire ayant eu lui-même un nouveau partenaire sexuel ou en ayant eu plus d'un concurremment	Femme	✓	✓				
	Homme	✓					
19. Personne dont le partenaire a eu un partenaire anonyme ou plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année		✓	✓	✓	✓	✓	
20. Personne qui a eu un partenaire originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques ⁴		✓	✓	✓	✓	✓	
21. Femme dont le partenaire est un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes		✓	✓	✓	✓	✓	
22. Personne ayant pour partenaire soit un travailleur ou une travailleuse du sexe, soit un client d'un travailleur ou d'une travailleuse du sexe		✓	✓	✓	✓	✓	
23. Personne dont le partenaire est incarcéré ou l'a été					✓	✓	
24. Personne dont le partenaire a utilisé des drogues par injection ou par inhalation, même une seule fois					✓	✓	
AUTRES							
25. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque dévoilé	Rechercher les infections pour lesquelles la personne demande un dépistage						
26. Personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues					✓	✓	✓
27. Personne sous hémodialyse ¹⁹						✓	✓

NOTES

1. À moduler selon le statut immunitaire de la personne, en tenant compte de l'âge de celle-ci au moment de la vaccination, des risques d'avoir été exposée à l'hépatite B avant le moment où elle a été vaccinée et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer sa réponse au vaccin. Au Québec, un programme de vaccination universelle destiné aux nourrissons est offert aux familles québécoises depuis juin 2013. Le programme de vaccination s'adressant aux élèves de 4^e année du primaire, en vigueur depuis 1994, sera maintenu jusqu'à l'arrivée en 4^e année de la première cohorte d'enfants vaccinés dans le cadre du nouveau programme. Se référer au *Protocole d'immunisation du Québec* (MSSS) pour des renseignements supplémentaires
2. La transmission sexuelle de l'hépatite C dans les couples hétérosexuels est rare et la transmission aux contacts domiciliaires n'a pas été démontrée ; le dépistage peut toutefois être offert aux partenaires sexuels et aux contacts domiciliaires, selon le jugement clinique.
3. Rechercher l'infection gonococcique s'il s'agit d'une personne résidant dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James ou celle du Nunavik.
4. Voir l'annexe IV « Régions fortement touchées par les ITSS et indications relatives au dépistage ».
5. Le dépistage est recommandé si la personne est ou a déjà été sexuellement active.
6. Rechercher l'hépatite C s'il s'agit d'un HARSAH :
 - vivant avec le VIH : dépister à nouveau l'hépatite C chez tout HARSAH vivant avec le VIH qui a des pratiques sexuelles où il y a risque d'un contact de sang à sang ou d'une lésion des muqueuses, qui n'utilise pas le condom lors de relations sexuelles anales ou qui a une ITS ulcérateuse ;
 - à qui on envisage de prescrire une prophylaxie préexposition au VIH (PPrE) ou qui en reçoit une.
7. Le dépistage est recommandé au moment où une ITSS est détectée. Il est aussi indiqué d'offrir des tests de dépistage à toute personne qui a été atteinte d'une ITS antérieurement et qui n'a pas subi alors les autres tests de dépistage recommandés.
8. S'il s'agit d'une autre infection (ex. : infection à *Chlamydia trachomatis*, herpès génital ou infection par les virus du papillome humain), prendre les autres facteurs de risque en considération pour déterminer quelles ITSS il faut rechercher.
9. Consulter le guide pour les professionnels de la santé du Québec intitulé *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* (MSSS, 2014, 128 p.).
10. S'il s'agit d'une hépatite C, rechercher l'hépatite B et le VIH.
11. Rechercher l'hépatite C seulement si la personne est infectée par le VIH ou atteinte d'une LGV (à cause de la co-infection LGV et VIH fréquente), ou si elle a possiblement contracté l'hépatite B par voie sanguine.
12. Pour de l'information sur les partenaires à joindre et les autres interventions préventives à effectuer en cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique, de syphilis, de LGV ou d'infection par le VIH, consulter l'outil *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!*
13. Pour de l'information sur les partenaires sexuels et les contacts domiciliaires à joindre ainsi que sur les autres interventions préventives à effectuer en cas d'hépatite B, consulter le *Protocole d'immunisation du Québec* (MSSS) et le *Guide d'intervention : L'hépatite B* (MSSS, 2^e édition, 2014, 64 p.).
14. Le dépistage est recommandé, compte tenu des complications importantes possibles pouvant affecter la santé de la femme, l'issue de la grossesse ou la santé du nouveau-né.
15. Rechercher l'hépatite C en présence de facteurs de risque associés à cette infection avant ou pendant la grossesse.
16. Répéter le dépistage, au besoin plus d'une fois mais au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.
17. Consulter le *Guide pour la prophylaxie postexposition et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC* (MSSS, 2017, 98 p.).
18. Au Canada, avant 1970 pour l'hépatite B, avant octobre 1985 pour le VIH et avant avril 1992 pour l'hépatite C. Pour connaître les recommandations précises en matière de biovigilance, consulter la Direction de santé publique de la région sociosanitaire.
19. Se référer aux protocoles et aux procédures propres à chaque centre d'hémodialyse.

Source :

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 154 p.

TABLEAU 4

LES PARTENAIRES SEXUELS, IL FAUT S'EN OCCUPER !

QU'EST-CE QUE L'IPPAP ?

L'IPPAP, soit l'Intervention Préventive auprès des Personnes Atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs Partenaires, consiste :

- à soutenir les personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) pour qu'elles avisent leurs partenaires de leur exposition à une telle infection ;
- à inciter les partenaires des personnes atteintes à consulter un professionnel de la santé pour une évaluation, un test de dépistage et, dans la majorité des cas, un traitement.

POURQUOI AVOIR RECOURS À L'IPPAP ?

L'IPPAP est une intervention dont l'efficacité est reconnue pour :

- éviter la réinfection de la personne atteinte ;
- interrompre la propagation de l'infection dans la communauté ;
- prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée.

Si les personnes atteintes d'une ITS ne bénéficient pas du soutien d'un professionnel, entre 30 et 40 % de leurs partenaires (et jusqu'à 80 % s'il s'agit de partenaires occasionnels) ne seront pas avisés de leur exposition. Un grand nombre de ces partenaires demeureront asymptomatiques, mais pourront transmettre l'infection et présenter ultérieurement des complications.

À QUI S'ADRESSE L'IPPAP ?

- **À toutes les personnes atteintes d'une ITS ou d'un syndrome clinique compatible avec ce type d'infection.**
- **À tous les partenaires sexuels exposés (partenaires habituels, occasionnels ou d'une nuit).** Le traitement épidémiologique leur est administré d'emblée, avant la réception des résultats de leurs tests de dépistage et même s'ils n'ont pas de symptômes.

PAR QUI EST OFFERTE L'IPPAP ET COMMENT L'INTERVENTION SE DÉROULE-T-ELLE ?

DANS TOUTES LES SITUATIONS

L'IPPAP est offerte par le professionnel de la santé dans le cadre du counseling¹, principalement au moment de l'annonce du résultat du test de dépistage.

■ **Le rôle du professionnel de la santé consiste :**

- à aborder le sujet avec la personne dès la visite initiale (counseling prétest) ;
- à sensibiliser la personne atteinte aux avantages qu'elle peut tirer de l'intervention (p. ex. : diminuer son risque de réinfection, être vue comme une personne qui se préoccupe de la santé de ses partenaires) ;
- à expliquer à la personne atteinte les mesures prises pour assurer la confidentialité ;
- à identifier avec la personne atteinte, au moment de la transmission des résultats, tous les partenaires sexuels à joindre en fonction de la période de contagiosité propre à l'ITS en cause (voir la section « Les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité ») ;
- à discuter des façons de procéder à la notification, soit :
 - si la personne atteinte veut aviser elle-même ses partenaires, examiner avec elle les difficultés possibles et les solutions envisageables,
 - si la personne atteinte préfère ne pas aviser elle-même ses partenaires, lui proposer le soutien d'une tierce personne (p. ex. : infirmière, professionnel de la santé publique) ;
- à préparer la personne atteinte à aviser ses partenaires (voir la section « Comment préparer la personne atteinte à aviser ses partenaires ? ») ;
- le cas échéant, à faire un suivi auprès de la personne atteinte afin de s'assurer que ses partenaires ont effectivement été avisés ;
- à offrir d'évaluer et de traiter les partenaires ou à indiquer quels sont les services offerts dans la région pour l'évaluation et le traitement des partenaires ;
- si la personne atteinte refuse de collaborer, à tenter de cerner les obstacles et d'identifier des pistes de solution ;
- à proposer à la personne atteinte l'aide d'un professionnel de la santé publique, au besoin.

DANS LES SITUATIONS NÉCESSITANT UNE INTERVENTION PLUS INTENSE OU À LA DEMANDE D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Dans plusieurs cas, le soutien offert à la personne atteinte d'une ITS à l'occasion du counseling post-test suffit. Certaines situations nécessitent toutefois une intervention plus intense, généralement offerte par un professionnel mandaté par la santé publique. Pour les ITS à déclaration obligatoire, chaque direction de santé publique détermine quelles sont les situations nécessitant une intervention plus intense en fonction des données probantes et des données épidémiologiques. Les situations prioritaires et les modalités d'intervention varient selon les régions.

Informez-vous auprès de votre direction de santé publique afin de connaître les services offerts dans votre région.

Le rôle du professionnel de la santé consiste aussi:

- à aviser la personne atteinte qu'un professionnel mandaté par la santé publique pourrait communiquer avec elle;
- si l'intervention a lieu dans son milieu clinique (selon une entente entre le professionnel de la santé et la Direction de santé publique), à identifier avec la personne atteinte les partenaires qu'elle n'est pas en mesure de joindre elle-même, à effectuer la notification et l'intervention préventive auprès de ces partenaires (ou voir à ce qu'elles soient effectuées par un professionnel de son équipe) et à faire le suivi de la démarche de notification pour s'assurer que tous les partenaires ont été joints.

Le rôle du professionnel mandaté par la santé publique consiste:

- à effectuer une intervention préventive auprès de la personne atteinte;
- à joindre tous les partenaires ou certains d'entre eux, selon l'entente établie avec la personne atteinte;
- à diriger les partenaires vers les ressources appropriées et à effectuer un suivi si nécessaire.

COMMENT PRÉPARER LA PERSONNE ATTEINTE À AVISER SES PARTENAIRES ?

Pour certaines personnes, la nécessité d'aviser leurs partenaires ne va pas sans difficulté. En vue d'aider la personne atteinte à se préparer, le professionnel de la santé pourra:

- s'assurer qu'elle connaît les symptômes, les modes de transmission, les complications possibles et les traitements existants afin qu'elle puisse ensuite informer ses partenaires;
- lui présenter et lui remettre des outils, dont les suivants:
 - la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*^{2,3}, qui indique quoi faire lorsqu'on a une chlamydia, une gonorrhée, une syphilis ou une infection par le VIH et qui donne des pistes pour la notification,
 - des cartes de notification³ sur la chlamydia ou la gonorrhée⁴, sur la syphilis⁵ ou sur le VIH⁶ (selon le nombre de partenaires), lesquelles cartes contiennent des messages-clés et de l'information sur ces infections,
 - les adresses des sites qui donnent de l'information sur les ITSS, incluant des pistes pour la notification, soit www.sante.gouv.qc.ca (site pour le grand public) et www.itss.gouv.qc.ca (site destiné aux jeunes) ;
- s'assurer qu'elle comprend que ses partenaires doivent être non seulement avisés mais surtout évalués, dépistés et, dans la majorité des cas, traités rapidement et ce, même s'ils n'ont pas de symptômes;
- discuter avec elle de la stratégie à adopter pour aviser ses partenaires, ce qui inclut:
 - de choisir le meilleur moyen selon la situation (p. ex.: rencontre, appel téléphonique, carte de notification anonyme),
 - de choisir un moment opportun pour un appel téléphonique ou une rencontre,
 - de déterminer un environnement approprié et sécuritaire si le moyen choisi est une rencontre,
 - dans certaines situations, de lui suggérer de se faire accompagner par un ami ou un parent;
- lui présenter les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche (p. ex.: infirmière de sa clinique, professionnel de la santé publique) et les ressources où ses partenaires pourront être évalués, dépistés et, au besoin, traités.

1. Pour connaître les éléments à aborder dans le cadre du counseling prétest et du counseling post-test, voir les chapitres 9 et 11.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 9 p. On peut commander cette brochure ou la consulter à l'adresse suivante: [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001062/>].

3. Pour en savoir plus sur l'utilisation de la brochure et des cartes de notification, voir l'annexe IX.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Carte de notification chlamydia/gonorrhée*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 2 p. On peut commander des exemplaires de cette carte ou la consulter à l'adresse suivante: [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001060/>].

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Carte de notification syphilis*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 2 p. On peut commander des exemplaires de cette carte ou la consulter à l'adresse suivante: [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001064/>].

6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Carte de notification VIH*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 2 p. On peut commander des exemplaires de cette carte ou la consulter à l'adresse suivante: [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001066/>].

LES PARTENAIRES À JOINDRE EN FONCTION DE LA PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

Les périodes inscrites dans le tableau suivant correspondent aux périodes minimales habituellement mentionnées dans les recommandations. Il est difficile de déterminer le moment précis où l'infection a été contractée et l'estimation de la durée de l'incubation comporte généralement une marge d'incertitude. Ainsi, il peut être justifié, dans certaines situations, de faire porter la recherche des partenaires sur une période allant au-delà de celle qui est indiquée. Par exemple :

- si la personne atteinte n'a eu aucun partenaire sexuel pendant la période visée, son plus récent partenaire pourrait être avisé (cette indication s'applique à toutes les infections énumérées dans le tableau, sauf à la trichomonase, aux condylomes et à l'herpès génital);
- si tous les partenaires ont des résultats négatifs, les partenaires rencontrés avant la période visée par l'intervention pourraient être avisés.

Les partenaires doivent faire l'objet d'une évaluation clinique, notamment pour vérifier la présence de signes ou de symptômes et déterminer les ITSS à dépister selon les facteurs de risques décelés. **Les partenaires de personnes atteintes d'une infection à *Chlamydia trachomatis*, d'une infection gonococcique, d'un chancre mou, d'un granulome inguinal, d'une lymphogranulomatose vénérienne ou de trichomonase et la majorité des partenaires de personnes atteintes d'une syphilis infectieuse doivent recevoir un traitement épidémiologique.** Un tel traitement est administré d'emblée aux partenaires sexuels exposés, avant la réception des résultats de leurs tests de dépistage et même s'ils n'ont pas de symptômes. Il doit être administré aux partenaires sexuels exposés même si leurs résultats d'analyse sont négatifs.

INFECTION	PARTENAIRES À JOINDRE	TRAITEMENT
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection gonococcique ainsi que syndromes cliniques potentiellement associés à ces deux infections	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée: <ul style="list-style-type: none"> • dans les 60 jours précédant le début des symptômes ou le prélèvement chez cette personne; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose pris par cette personne. 	Traitement épidémiologique, voir les <i>Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>, infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>; • <i>Approche syndromique: cervicite et urétrite, épидидymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et rectite.</i>
Syphilis primaire	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée: <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 3 mois avant le début de ses symptômes; • jusqu'à 4 mois et une semaine avant le prélèvement chez cette personne si la date du début de ses symptômes est inconnue ou incertaine; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose pris par cette personne. 	Voir le <i>Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS: Syphilis</i> . Si le dernier contact sexuel a eu lieu dans les 90 jours ou moins : traitement épidémiologique. Si le dernier contact sexuel remonte à plus de 90 jours : <ul style="list-style-type: none"> • traitement selon le résultat des analyses de laboratoire; • traitement épidémiologique si le suivi du partenaire est incertain.
Syphilis secondaire	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée: <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 6 mois avant le début de ses symptômes; • jusqu'à 8 mois avant le prélèvement chez cette personne si la date du début de ses symptômes est inconnue ou incertaine; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose pris par cette personne. 	
Syphilis latente précoce	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée: <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 1 an avant le prélèvement chez cette personne; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose pris par cette personne. 	
Syphilis latente tardive titrage ≤1: 32	Partenaires sexuels, actuels ou anciens , ayant eu une relation de longue durée avec la personne infectée.	Traitement selon le résultat des analyses de laboratoire. Voir le <i>Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS: Syphilis</i> .
Syphilis latente tardive titrage > 1:32	Si le titre du test non tréponémique est élevé (plus grand que 1:32), il est plus prudent de rechercher tous les partenaires sexuels de la dernière année .	Mêmes traitements que pour les partenaires de personnes atteintes d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

INFECTION	PARTENAIRES À JOINDRE	TRAITEMENT
Chancre mou	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 14 jours avant le début de ses symptômes; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose pris par cette personne. 	Traitement épidémiologique, voir les <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> .
Granulome inguinal	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 60 jours avant le début de ses symptômes; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement pris par cette personne. 	Traitement épidémiologique. Consulter un collègue expérimenté.
Lymphogranulomatose vénérienne	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 60 jours avant le début de ses symptômes ou le prélèvement chez une personne asymptomatique; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement pris par cette personne. 	Traitement épidémiologique, à ajuster selon les résultats des analyses de laboratoire, voir l'outil <i>Recrudescence de lymphogranulomatose vénérienne au Québec: détection et traitement</i> .
Trichomonase	Partenaires sexuels actuels . Note: Cette infection n'est pas une MADO.	Traitement épidémiologique. Voir les <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> .
VIH/sida	Partenaires ayant eu un contact sexuel ou ayant partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues avec la personne atteinte, selon les renseignements obtenus : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à trois mois avant le dernier test négatif connu de cette personne; ou <ul style="list-style-type: none"> • depuis le début du comportement à risque de cette personne. Note: Cette infection est une MADO seulement si la personne infectée a soit donné, soit reçu du sang, des organes ou des tissus.	Prophylaxie postexposition si l'exposition a eu lieu depuis moins de 72 heures. Suivi médical selon les résultats des analyses de laboratoire.

Pour les condylomes et l'herpès génital, l'efficacité de l'intervention proposée ici n'a pas été démontrée. Néanmoins, lorsque le diagnostic est confirmé, les actions suivantes pourraient s'avérer pertinentes.

INFECTION	PARTENAIRES À JOINDRE	TRAITEMENT
Condylomes (causés par des virus du papillome humain)	Il faut encourager les personnes qui ont des condylomes (verruës génitales) à en informer leurs partenaires sexuels. Ces partenaires pourraient bénéficier de la vaccination, d'une évaluation et d'un counseling. Ces interventions pourraient également être proposées aux futurs partenaires même si la durée de la persistance virale après que les condylomes ont disparu reste inconnue. Note: Cette infection n'est pas une MADO.	Traitement non indiqué pour les partenaires qui n'ont pas de symptômes. Pour les partenaires qui ont des symptômes, voir le <i>Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS: Condylomes (verruës génitales)</i> .
Herpès génital	Il faut encourager les personnes qui ont l'herpès génital à en informer leurs partenaires sexuels (actuels et futurs). Les personnes atteintes pourront discuter avec eux des moyens de réduire la transmission de cette infection. Les partenaires sexuels, actuels et futurs, pourraient bénéficier d'une évaluation et d'un counseling. Une évaluation peut être proposée au partenaire sexuel habituel d'une personne chez laquelle le diagnostic a été confirmé par un test de détection virale, pour évaluer la pertinence de procéder à une sérologie spécifique des type VHS-1 et VHS-2. Note: Cette infection n'est pas une MADO.	Traitement non indiqué pour les partenaires qui n'ont pas de symptômes. Pour les partenaires qui ont des symptômes, voir le <i>Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS: Herpès génital</i> .

Sources :

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour 2014, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php].

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS: Syphilis*, mise à jour, 2016, [6 p.], *Approche syndromique: cervicite et urétrite, épididymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et rectite*, mise à jour, 2017, [6 p.], *Herpès génital*, 2012, [4 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae*, mise à jour, 2015, [4 p.], *Condylomes (verruës génitales)*, 2012, [4 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, [En ligne]. [<https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/guides-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention - Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 339 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, 98 p., [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et ASSOCIATION DES MÉDECINS MICROBIOLOGISTES-INFECTIOLOGUES DU QUÉBEC, *Tests diagnostiques de l'infection génitale au virus Herpes simplex: Guide de pratique pour les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, vii, 62 p., [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/guide-de-pratique-analyses-de-labo-vhs.pdf>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Lymphogranulomatose vénérienne: Avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 95 p. [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2016>].

8.6 Les sites de prélèvement pour chacune des infections⁷²

Pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique, les sites de prélèvement sont déterminés en fonction des pratiques sexuelles et des analyses offertes par les laboratoires. Les sites de prélèvement possibles sont les suivants : vagin, col de l'utérus, urètre, anus et rectum ou pharynx. Le dépistage peut aussi être fait à partir d'un prélèvement urinaire.

Lorsqu'un examen pelvien est indiqué, certains experts suggèrent d'effectuer le prélèvement vaginal avant d'insérer le spéculum. Cependant, le prélèvement effectué avec le spéculum en place est acceptable.

Lorsqu'un prélèvement urinaire est effectué, la personne devrait ne pas avoir uriné depuis au moins une heure.

Pour la syphilis ainsi que l'infection par le VHB, le VHC et le VIH, les analyses se font à partir d'un prélèvement sanguin.

Le tableau 5 – Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) présente les analyses et les sites de prélèvement recommandés pour chacune des infections pouvant faire l'objet d'un dépistage.

Pour chaque infection, ce tableau indique quels sont :

- les sites de prélèvement recommandés. Il présente des solutions de rechange lorsque le prélèvement ne peut être fait sur ces sites. Par exemple, pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez la femme ayant subi une hystérectomie, le prélèvement vaginal sera privilégié. Le prélèvement urinaire est acceptable, mais il a une sensibilité moindre. Le professionnel tiendra également compte des pratiques sexuelles pour déterminer les sites de prélèvement;
- les analyses recommandées. Il donne des solutions de rechange permettant de tenir compte des analyses de biologie médicale généralement offertes par les laboratoires qui procéderont aux analyses demandées et des échantillons généralement acceptés par ces laboratoires;
- le délai minimal et la fin de la période fenêtre;
- les particularités et les éléments à considérer pour bien choisir les sites de prélèvement et déterminer quelles analyses doivent être effectuées. Il propose, par exemple, un 1^{er}, un 2^e et un 3^e choix en ce qui concerne les sites de prélèvement et les analyses à effectuer en vue du dépistage de l'infection gonococcique, selon qu'un examen pelvien est requis ou non, et en ce qui a trait aux analyses à effectuer chez les partenaires de personnes atteintes d'une infection gonococcique. Lorsque l'analyse est offerte par le laboratoire, il est recommandé d'opter pour le premier choix car il offre une meilleure sensibilité ou permet de vérifier la sensibilité de la souche aux antibiotiques.

Le professionnel doit consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses que celui-ci peut effectuer, les sites de prélèvement adéquats et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

72. Les renseignements présentés dans cette section sont basés principalement sur les documents suivants, publiés par l'INSPQ : *Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae*. [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2016>], *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de la syphilis*, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1958>], *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC)*, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1972>], *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1976>], *Lymphogranulomatose vénérienne : Avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec*, [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2130>] et *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB)*, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1969>].

TABLEAU 5

PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES RECOMMANDÉS EN FONCTION DE L'INFECTION RECHERCHÉE CHEZ LES PERSONNES ASYMPTOMATIQUES (DÉPISTAGE¹)

Renseignements présentés à titre indicatif. Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer, les sites de prélèvement adéquats ainsi que les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

Les notes liées à un chiffre sont placées à la fin du tableau et celles qui se rapportent à un astérisque sont placées en bas de page.

INFECTION	DÉLAI MINIMAL ET FIN DE LA PÉRIODE FENÊTRE ²	SITES ET TYPES DE PRÉLÈVEMENT	ANALYSES RECOMMANDÉES			
Chlamydia (génotypes D à K) Femme³	Délai minimal: inconnu Fin de la période fenêtré: 14 jours	Vagin ⁴ Col utérin ⁴ Urine ⁵	1^{er} choix	Examen pelvien non requis ou femme ayant subi une hystérectomie TAAN sur un prélèvement vaginal	Examen pelvien requis TAAN sur un prélèvement vaginal ou du col utérin	Partenaire sexuelle d'une personne atteinte d'une chlamydia TAAN sur un prélèvement vaginal (ou du col utérin si examen pelvien requis)
		Pharynx	2^e choix	TAAN sur un prélèvement urinaire	-	TAAN sur un prélèvement urinaire
		Anus et rectum	Aucune analyse recommandée			
		TAAN recommandé uniquement pour les travailleuses du sexe ⁶ Pour toute infection anorectale à <i>Chlamydia trachomatis</i> détectée, le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) demande aux laboratoires de lui envoyer le spécimen afin qu'il puisse procéder à la recherche des génotypes L1, L2 et L3				
Chlamydia (génotypes D à K) Homme³	Délai minimal: inconnu Fin de la période fenêtré: pas clairement établie, considérer qu'elle se termine 14 jours après l'exposition	Urine ⁵ Urètre ⁵	1^{er} choix	Homme, incluant le partenaire sexuel d'une personne atteinte de chlamydia		
		Pharynx	2^e choix	TAAN sur un prélèvement urinaire		
		Anus et rectum	Aucune analyse recommandée			
		TAAN recommandé uniquement pour les HARSAH ⁶ Pour toute infection anorectale à <i>Chlamydia trachomatis</i> détectée, le LSPQ demande aux laboratoires de lui envoyer le spécimen afin qu'il puisse procéder à la recherche des génotypes L1, L2 et L3				
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) Femme et homme³	Délai minimal: inconnu Fin de la période fenêtré: pas clairement établie, considérer qu'elle se termine 14 jours après l'exposition	Vagin ⁴ Col utérin ⁴ Urine ⁵ Urètre ⁵ Pharynx Anus et rectum	TAAN recommandé uniquement pour les partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une LGV ⁶ Pour choisir les sites génitaux et les types de prélèvements, voir Chlamydia (génotypes D à K) Le professionnel demande un TAAN pour détecter l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> . Sur le formulaire de demande d'analyse, il précise que, si le résultat de cette analyse est positif, une recherche des génotypes causant la LGV est requise. Il fournit également les renseignements cliniques pertinents (ex.: contact avec une personne atteinte d'une LGV).			

INFECTION	DÉLAI MINIMAL ET FIN DE LA PÉRIODE FENÊTRE ²	SITES ET TYPES DE PRÉLÈVEMENT	ANALYSES RECOMMANDÉES			
Infection gonococcique⁷ Femme³	Délai minimal: inconnu pour le TAAN et 48 heures pour la culture Fin de la période fenêtré: 7 jours	Vagin ⁴ Col utérin ⁴ Urine ⁵	1^{er} choix	Examen pelvien non requis ou femme ayant subi une hystérectomie TAAN* sur un prélèvement vaginal	Examen pelvien requis TAAN* sur un prélèvement vaginal ou du col utérin	Partenaire sexuelle d'une personne atteinte d'une infection gonococcique TAAN sur un prélèvement vaginal ou du col utérin ET culture sur un prélèvement du col utérin
		2^e choix	TAAN* sur un prélèvement urinaire	Culture sur un prélèvement du col utérin	TAAN sur un prélèvement vaginal, du col utérin ou sur un prélèvement urinaire	
		3^e choix	Culture sur un prélèvement vaginal (seulement si la femme a subi une hystérectomie)	-	Culture sur un prélèvement du col utérin	
		Pharynx	1^{er} choix	Femme Culture	Travailleuse du sexe TAAN ^{6,*}	Partenaire sexuelle d'une personne atteinte d'une infection gonococcique TAAN ⁶ ET culture
		Anus et rectum	1^{er} choix	Femme ayant seulement des relations anorectales⁸ et travailleuse du sexe TAAN ^{6,*}	Partenaire sexuelle d'une personne atteinte d'une infection gonococcique TAAN ⁶ ET culture	
			2^e choix	Culture	TAAN ⁶	
			3^e choix	-	Culture	

* Si le résultat du TAAN est positif, un traitement sera administré. Dans la mesure du possible, une culture visant à déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectuée avant le début du traitement. La culture ne doit toutefois pas retarder le traitement.

INFECTION	DÉLAI MINIMAL ET FIN DE LA PÉRIODE FENÊTRE ²	SITES ET TYPES DE PRÉLÈVEMENT	ANALYSES RECOMMANDÉES			
Infection gonococcique⁷ Homme³	Délai minimal : inconnu pour le TAAN et 48 heures pour la culture Fin de la période fenêtre : 7 jours	Urine ⁵ Urètre ⁵	En général		Partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique	
			1^{er} choix	TAAN* sur un prélèvement urinaire	Culture sur un prélèvement urétral, suivie d'un TAAN sur un prélèvement urinaire ou urétral	
			2^e choix	TAAN* sur un prélèvement urétral	TAAN sur un prélèvement urinaire ou urétral	
			3^e choix	Culture sur un prélèvement urétral	Culture sur un prélèvement urétral	
		Pharynx	Homme hétérosexuel	HARSAH	Partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique	
			1^{er} choix	Culture	TAAN ^{6,*}	TAAN ⁶ ET culture
			2^e choix	-	Culture	TAAN ⁶
			3^e choix	-	-	Culture
		Anus et rectum	HARSAH		Partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique	
			1^{er} choix	TAAN ^{6,*}	TAAN ⁶ ET culture	
			2^e choix	Culture	TAAN ⁶	
			3^e choix	-	Culture	
Syphilis	Délai minimal : environ 10 jours Fin de la période fenêtre : 12 semaines	Sang	Les analyses recommandées pour le dépistage de la syphilis sont un RPR (analyse non tréponémique) OU un EIA ou un CIA (analyse tréponémique). Le laboratoire enverra au LSPQ tout spécimen dont le profil sérologique nécessite une confirmation par une analyse tréponémique supplémentaire (TP-PA, INNO-LIA).			

* Si le résultat du TAAN est positif, un traitement sera administré. Dans la mesure du possible, une culture visant à déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectuée avant le début du traitement. La culture ne doit toutefois pas retarder le traitement.

INFECTION	DÉLAI MINIMAL ET FIN DE LA PÉRIODE FENÊTRE ²	SITES ET TYPES DE PRÉLÈVEMENT	ANALYSES RECOMMANDÉES
<p>Hépatite B</p>	<p>Délai minimal pour l'Ag HBs: 1 semaine Fin de la période fenêtre pour l'Ag HBs: 12 semaines Les notions de <i>délai minimal</i> et de <i>période fenêtre</i> ne sont pas utilisées pour déterminer moment opportun pour effectuer la recherche de l'anti-HBc.</p>	<p>Sang</p>	<p>Les analyses recommandées pour dépister l'infection par le VHB et pour connaître le statut immunitaire de la personne varient en fonction des situations. Lorsqu'une exposition est prévisible, la vaccination doit être entreprise sans attendre le résultat des analyses. Lorsque le dépistage est indiqué, il faut éviter de procéder à la recherche de l'Ag HBs moins de 4 semaines après l'administration du vaccin, car on pourrait alors détecter l'antigène contenu dans le vaccin et obtenir un résultat faussement positif.</p> <p>Chez la femme enceinte, peu importe son statut immunitaire, son statut vaccinal et son âge au moment de la vaccination, l'analyse recommandée pour le dépistage est l'Ag HBs.</p> <pre> graph TD A[Personne immunocompétente] --> B[Résultat antérieur d'anti-HBs ≥ 10 UI/L] A --> C[Absence de résultat antérieur d'anti-HBs ≥ 10 UI/L] B --> D[Aucune analyse] C --> E[Vaccination contre l'hépatite B complétée⁹] C --> F[Absence de vaccination contre l'hépatite B, vaccination incomplète ou information manquante] E --> G[À 19 ans ou avant] E --> H[À 20 ans ou après] G --> I[Absence d'exposition avant la vaccination] G --> J[Exposition possible avant la vaccination] I --> D J --> K[Ag HBs et anti-HBs] H --> K F --> K L[Personne vivant avec le VIH ou personne immunosupprimée] --> M[Vaccination complétée⁹ et résultat antérieur d'anti-HBs ≥ 10 UI/L] L --> N[Absence de résultat antérieur d'anti-HBs ≥ 10 UI/L même si preuve écrite de vaccination ou affirmation convaincante] M --> O[Aucune analyse¹⁰] N --> P[Ag HBs, anti-HBc¹¹ et anti-HBs] </pre>

INFECTION	DÉLAI MINIMAL ET FIN DE LA PÉRIODE FENÊTRE ²	SITES ET TYPES DE PRÉLÈVEMENT	ANALYSES RECOMMANDÉES
Hépatite C	<p>Délai minimal pour l'anti-VHC: 6 semaines</p> <p>Fin de la période fenêtre pour l'anti-VHC: 12 semaines</p> <p>Les notions de <i>délai minimal</i> et de <i>période fenêtre</i> ne sont pas utilisées pour déterminer le moment opportun pour effectuer la recherche de l'ARN du VHC.</p>	Sang	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Résultat antérieur de la sérologie anti-VHC négatif, non consigné ou inexistant</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Anti-VHC</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Si le résultat de l'anti-VHC est positif ou indéterminé, compléter le dépistage avec une recherche qualitative de l'ARN du VHC</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Résultat antérieur de la sérologie anti-VHC positif et consigné</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Résultat de la dernière recherche qualitative de l'ARN du VHC négative ou non consigné</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">ARN VHC</p> </div> </div> <p>Les analyses recommandées varient en fonction des situations. Pour déterminer quelles sont les analyses appropriées, consulter la section 8.2.6 et l'annexe VI.</p> <p>Le laboratoire enverra au LSPQ tout spécimen pour lequel un résultat anti-VHC faiblement positif ou indéterminé a été obtenu.</p> <p>En général, le prélèvement aux fins d'une recherche qualitative de l'ARN du VHC doit être effectué au moins trois semaines après l'exposition. Le professionnel indique, sur le formulaire de demande d'analyse, les raisons qui justifient la recherche qualitative de l'ARN du VHC (ex.: sérologie antérieure anti-VHC positive).</p>
VIH	<p>Délai minimal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 jours pour les EIA de 4^e génération détectant simultanément les anticorps anti-VIH 1 et 2 et l'Ag p24 • 21 jours pour les EIA de 3^e génération détectant uniquement les anticorps anti-VIH 1 et 2 <p>Fin de la période fenêtre: 12 semaines</p>	Sang	<p>1^{er} choix Test combinant la détection des anticorps anti-VIH 1 et 2 et de l'Ag p24 (4^e génération)</p> <p>2^e choix Test détectant les anticorps anti-VIH 1 et 2 (3^e génération)</p> <p>Le laboratoire enverra au LSPQ tout spécimen pour lequel un résultat positif ou indéterminé a été obtenu. Lorsque le résultat du LSPQ est positif, le dépistage doit être répété à partir d'un second échantillon de sang.</p> <p>Certains points de service effectuent le dépistage du VIH à l'aide de trousse de dépistage rapide sur ponction capillaire¹².</p> <p>Dans un contexte de recherche, le dépistage du VIH peut être fait à partir d'un prélèvement salivaire ou urinaire.</p>

NOTES

1. Le dépistage est la recherche d'une infection chez une personne asymptomatique. Se référer aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, à l'outil *Recrudescence de lymphogranulomatose vénérienne au Québec: détection et traitement* ou au laboratoire qui procédera aux analyses pour les prélèvements et analyses à des fins diagnostiques concernant des personnes ayant des symptômes. On peut consulter le site suivant: [www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Professionnels », rubrique « Publications/guides ».
2. Le délai minimal est le moment à partir duquel une infection est susceptible d'être détectée. La période fenêtre couvre la période entre l'exposition à une ITSS et le moment où l'infection peut être détectée par une analyse de laboratoire. La fin de la période fenêtre correspond au moment où l'infection peut être détectée chez la majorité des personnes infectées à l'aide d'une analyse de laboratoire. Si le dépistage est effectué avant la fin de la période fenêtre, il faudra en tenir compte dans le counseling et l'interprétation du résultat, qui pourrait être faussement négatif.
3. Déterminer les prélèvements en fonction des pratiques sexuelles.
4. La présence de sang (menstruation), d'un excès de mucus ou de pus sur le col utérin peut entraîner un résultat faussement négatif. Chez une femme qui a ses menstruations, envisager les deux options suivantes, soit:
 - 1) reporter les prélèvements du vagin ou du col utérin après la fin de la menstruation;
 - 2) effectuer un prélèvement urinaire immédiatement si cette personne risque de ne pas se présenter de nouveau, même si ce prélèvement a une sensibilité moindre.
5. La personne devrait ne pas avoir uriné depuis au moins une heure.
6. Le TAAN est recommandé même s'il n'est pas homologué par Santé Canada pour les prélèvements anorectaux et pharyngés.
7. Une exposition aux antibiotiques avant le prélèvement peut entraîner un résultat faussement négatif dans le cas d'une culture; il est donc recommandé d'effectuer un TAAN. Pour le partenaire sexuel d'une personne atteinte d'une infection gonococcique, la recommandation de procéder, de façon concomitante, à une culture et à un TAAN demeure.
8. L'infection anorectale chez la femme survient le plus souvent par contiguïté d'une infection génitale. Les prélèvements sur les sites conventionnels (col utérin, vagin) et les prélèvements urinaires permettent de détecter l'infection.
9. La vaccination est considérée comme complétée lorsque la personne présente une preuve écrite ou exprime une affirmation convaincante basée sur son souvenir, son âge et l'année d'introduction du programme de vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire (1994).
10. Chez les personnes vivant avec le VIH et les personnes immunosupprimées, si le risque d'exposition persiste, il est recommandé de faire périodiquement la recherche d'anti-HBs. Consulter le guide pour les professionnels de la santé du Québec intitulé *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* (MSSS, 2014).
11. Ne pas répéter la recherche de l'anti-HBc en présence d'un résultat antérieur positif.
12. Le *Guide québécois de dépistage des ITSS: Supplément – Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide* (MSSS, 2016) est l'ouvrage de référence pour les professionnels qui utilisent ces trousses.

Sources :

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 51 p., [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/publications/2016].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de la syphilis*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 8 p., [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/publications/1958].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 75 p., [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/publications/1969].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 53 p., [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/publications/1972].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 9 p., [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/publications/1976].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Lymphogranulomatose vénérienne: avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 95 p., [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/publications/2130].

8.7 L'interprétation des résultats des analyses de dépistage

Toute analyse de biologie médicale peut produire des résultats faussement positifs ou faussement négatifs. Il est essentiel que la personne à qui on recommande des analyses de dépistage comprenne bien les limites des analyses ainsi que la signification des résultats. Cela doit être abordé à l'occasion du counseling prétest de même que dans le counseling post-test.

8.7.1 Les faux positifs

Généralement, en réalisant le dépistage selon les indications recommandées (voir le tableau 3 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés), lorsqu'on obtient un résultat positif, la personne est infectée. On peut soupçonner un « faux positif » lorsque le résultat positif d'une analyse de biologie médicale ne semble pas concorder avec le niveau de risque que présente la personne.

Pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique, si le prélèvement par TAAN est effectué trop tôt après la fin du traitement, un résultat positif peut indiquer la présence de particules non viables (infection guérie) plutôt qu'un échec du traitement. Le TAAN permet de détecter des particules de l'agent infectieux jusqu'à trois semaines après le traitement de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et jusqu'à deux semaines après le traitement de l'infection gonococcique.

Si l'infirmière est autorisée à prescrire des traitements et que les résultats du test de dépistage sont positifs pour une infection à *Chlamydia trachomatis* ou une infection gonococcique, elle amorce le traitement de l'ITSS décelée, en l'absence de contre-indication⁷³.

Dans les autres cas, l'infirmière doit orienter vers un médecin ou une IPS⁷⁴ toute personne présentant un résultat positif, même si elle suspecte qu'il s'agisse d'un faux positif. La sage-femme orientera également cette personne vers un médecin, pour évaluation. En pareil cas, le médecin ou l'IPS détermineront la nécessité de confirmer le résultat à partir d'un deuxième spécimen.

8.7.2 Les faux négatifs

Un résultat d'analyse peut être faussement négatif pour plusieurs raisons liées soit à l'analyse, soit au professionnel de la santé, soit à la personne qui a subi les prélèvements.

- Motifs liés à l'analyse et aux conditions de prélèvement, de transport et de conservation :
 - sensibilité imparfaite inhérente à une analyse;
 - délais non respectés :
 - prélèvement effectué trop tôt après l'exposition;
 - prélèvement urinaire ou urétral fait trop tôt après la miction;
 - durée du transport entre le moment du prélèvement et l'arrivée au service de biologie médicale excédant les normes;
 - conditions de transport ou de manutention inadéquates (p. ex. échantillon mal protégé contre le froid ou la chaleur);
 - matériel de prélèvement ou de transport inadéquat.

73. Consulter le *Protocole québécois pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae chez une personne asymptomatique* : [<http://www.inesss.qc.ca/activites/ord-coll-et-prescription-infirmiere/prescription-infirmiere/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang.html>]

74. Si une ordonnance collective ayant pour but d'amorcer le traitement de l'ITSS décelée est en vigueur, l'infirmière l'applique, voir le schéma 1, au chapitre 1.

- Motifs liés au professionnel de la santé :
 - habileté du professionnel à effectuer le prélèvement;
 - erreur d'écriture (p. ex. identification, transcription des données au service de biologie médicale).
- Motifs liés à la personne qui a subi les prélèvements :
 - exposition aux antibiotiques (pour la culture de *N.gonorrhoeae*);
 - menstruations;
 - excès de mucus ou présence de pus au col utérin;
 - présence de selles.

9. Le counseling prétest individualisé⁷⁵

Le counseling est un processus de communication centré sur la personne. Il cible un problème particulier ou des objectifs de santé et peut comprendre un ensemble d'activités. Dans le contexte de la lutte contre les ITSS, le counseling vise :

- à favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires;
- à soutenir la prise de décision quant à l'immunisation et au dépistage;
- à créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection;
- à favoriser la participation de la personne atteinte à la démarche visant l'intervention préventive auprès de ses partenaires⁷⁶.

Le counseling prétest est une étape essentielle de l'intervention de dépistage. Il doit obligatoirement précéder tout prélèvement en vue d'une analyse de dépistage.

C'est au cours de cette étape de l'intervention que le professionnel pourra évaluer le niveau de risque présenté par la personne au regard des différentes ITSS et déterminer les analyses à effectuer, ce à quoi la personne devra fournir un consentement libre et éclairé. Le counseling prétest est l'occasion de découvrir certains facteurs susceptibles de favoriser l'intervention ou d'en limiter la portée. C'est aussi l'occasion de donner les conseils préventifs appropriés et d'insister sur l'importance de la visite de suivi.

Les fiches cliniques (chapitres 13 à 22) contiennent de l'information qui pourra être utile à l'occasion du counseling (p. ex. : évolution de l'infection, analyses de laboratoire, traitement et prévention).

De plus, des outils ont été conçus par le MSSS et ses partenaires (p. ex. : l'INESSS, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et l'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]) pour soutenir les activités préventives des professionnels en matière d'ITSS. La liste de ces outils est présentée à l'annexe VII – Liste d'outils accessibles sur Internet.

Le counseling prétest comprend les éléments décrits ci-après. Son contenu doit toutefois être adapté pour répondre aux besoins particuliers de la personne.

- Évaluer le niveau de risque et déterminer les infections à dépister :
 - Obtenir de l'information sur :
 - les données sociodémographiques : âge, sexe, pays de naissance, milieu de vie;
 - les antécédents médicaux : antécédents d'ITSS et résultat du plus récent dépistage, vaccination, résultat antérieur de l'anti-HBs, grossesse, IVG, transfusion de sang ou de produits sanguins;
 - les comportements sexuels : sexe du ou des partenaires, nombre de partenaires, pratiques sexuelles – incluant l'utilisation du condom –, méthodes de contraception;
 - le réseau sexuel : prostitution, fréquentation de saunas, séjour en milieu carcéral, relations sexuelles avec des personnes résidant hors Québec ou en voyage, information sur le ou les partenaires;
 - les habitudes de vie : consommation d'alcool ou de drogues, incluant la voie de consommation;
 - le bien-être psychologique et l'état de santé mentale;

75. Ce chapitre est une adaptation de documents produits en 2003 par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEP, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a été légèrement enrichi à la suite de la publication du supplément au présent guide, intitulé *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide*. Il fera l'objet de modifications à l'occasion d'une prochaine mise à jour.

76. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide d'intervention : Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 339 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>].

- les autres expositions à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés : tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, expositions professionnelles;
- le moment de la dernière activité comportant un risque de contracter une ITSS.
- Permettre à la personne de fournir un consentement libre et éclairé à l'intervention :
 - Donner des renseignements généraux sur les infections qui devraient faire l'objet du dépistage, sur celles pour lesquelles un dépistage n'est pas indiqué⁷⁷ et sur celles pour lesquelles aucune analyse de dépistage n'est disponible.
 - Expliquer les modalités existantes (analyse nominative, non nominative et anonyme⁷⁸) et les mesures prises pour assurer la confidentialité des renseignements.
 - Donner de l'information sur les analyses : types de prélèvements, signification des résultats, limites⁷⁹.
 - Informer sur les avantages et les inconvénients du dépistage, de façon générale.
 - Si le dépistage de l'infection par le VIH est effectué, sensibiliser la personne aux aspects légaux et aux conséquences possibles de la non-divulgence d'un statut séropositif à ses partenaires sexuels⁸⁰.
 - Si le dépistage est indiqué pour une seule des infections suivantes, infection à *Chlamydia trachomatis* ou infection gonococcique, et que le laboratoire utilise un TAAN qui permet de détecter simultanément les deux infections, aviser la personne que le laboratoire pourrait aussi trouver l'infection non indiquée et que, le cas échéant, les deux résultats lui seront transmis (voir la section 10.3.2).
 - Préciser les modalités de la déclaration obligatoire de certaines maladies aux autorités de santé publique (voir la section 2.2.1)⁸¹.
 - Expliquer ce qu'implique la collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population au regard de l'infection par le VIH et du sida (voir la section 2.2.2).
 - S'assurer que la personne a bien compris les renseignements transmis, afin d'obtenir un consentement éclairé (voir la section 4.3).
- Rechercher les facteurs pouvant favoriser l'intervention ou en limiter la portée :
 - Évaluer la réaction possible à l'annonce d'un résultat positif : acceptation du traitement, déni, violence, suicide ou autre.
 - Évaluer la réaction potentielle de sentiment de fausse sécurité face à un résultat négatif.
 - Selon les corridors de services établis et les règles en vigueur dans le milieu de travail, orienter la personne pour un suivi dans l'éventualité d'un résultat positif ou indéterminé et la renseigner sur le type de suivi préconisé.
 - Sensibiliser la personne à l'intervention préventive auprès des partenaires si une infection est détectée; explorer les moyens à prendre pour effectuer cette démarche (voir le tableau 4 – Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!).
 - Évaluer le niveau de persistance du risque et la pertinence de procéder immédiatement au dépistage ou de le reporter (voir les sections 8.1 et 8.2).
 - Évaluer la pertinence de dépistages périodiques (voir la section 8.4).

77. Consulter le tableau 3 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (section 8.5).

78. Consulter la section 5.3 pour connaître les modalités de dépistage; consulter la direction de santé publique de votre territoire pour connaître les établissements offrant le dépistage anonyme dans votre région.

79. Voir les chapitres 8 et 10, et consulter le tableau 5 – Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques.

80. Consulter l'annexe VIII, intitulée « L'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels ».

81. Pour obtenir des précisions sur l'utilisation des données recueillies à l'occasion d'une déclaration d'ITS, consulter le *Guide d'intervention : Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire* (MSSS, 2014) : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>].

- Offrir un counseling préventif en fonction des risques décelés :
 - Décrire les activités sexuelles plus sécuritaires⁸², expliquer comment réduire le niveau de risque associé aux activités sexuelles :
 - utilisation systématique et constante du condom ou de la barrière de latex (selon les activités sexuelles);
 - rappel concernant le mode d'emploi du condom ou de la barrière de latex (selon les activités sexuelles);
 - information sur les autres méthodes barrières, au besoin (dissuader la personne d'utiliser le Nonoxynol-9 pour la prévention des ITSS);
 - double protection conférée par l'utilisation de contraceptifs oraux et de condoms.
 - Discuter des situations favorisant la prise de risques : circonstances de rencontre des partenaires, activités sexuelles après la consommation d'alcool ou de drogues.
 - Expliquer comment réduire les méfaits liés à la consommation de drogues et d'alcool : pratiques d'injection ou d'inhalation à risques réduits, modes de consommation autres que l'injection, abstinence.
 - Offrir ou compléter la vaccination contre les hépatites A ou B si la personne appartient aux groupes à risque⁸³.
 - Offrir ou compléter la vaccination contre les VPH si la personne appartient à un des groupes visés⁸³.
 - Offrir des documents d'information⁸⁴.
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé sexuelle et pour la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues et d'alcool.
- Favoriser la présence à la visite de suivi (pour la communication des résultats) :
 - Insister sur l'importance de la visite de suivi.
 - Convenir, si nécessaire, de moyens de relance sans bris de confidentialité en cas d'absence au rendez-vous de suivi.

82. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097>].

83. Consulter le PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] et, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>].

84. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

10. Les prélèvements, la conservation et le transport des spécimens pour analyse

Après avoir évalué les indications relatives au dépistage et effectué le counseling prétest, le professionnel peut prélever des spécimens pour analyse. Avant de faire les prélèvements, il doit se familiariser avec les exigences du laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale en ce qui a trait aux méthodes de prélèvement, de conservation et de transport des échantillons. Par ailleurs, le professionnel doit s'assurer de la mise à jour régulière de ses connaissances des nouvelles procédures.

10.1 Les laboratoires d'analyses de biologie médicale reconnus

Le professionnel qui effectue le dépistage des ITSS doit soumettre les prélèvements aux fins d'analyse à des laboratoires d'analyses de biologie médicale publics du réseau de la santé et des services sociaux du Québec ou à des laboratoires d'analyses de biologie médicale privés détenteurs d'un permis d'opération délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec.

10.2 L'entente pour prestation de services de biologie médicale

10.2.1 Les conditions en établissement

Un établissement dépourvu d'un service de biologie médicale mais offrant un service de dépistage des ITSS doit établir une entente pour prestation de services de biologie médicale avec le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale. Cette entente précise les modalités d'accès aux services de biologie médicale. Les accords négociés (ententes) doivent faire l'objet d'un examen périodique afin de garantir que les exigences, y compris les procédures préanalytiques et postanalytiques, sont correctement définies, documentées et comprises⁸⁵.

10.2.2 Les conditions pour l'infirmière travailleuse autonome

Si l'infirmière n'est pas rattachée à un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, une entente pour prestation de services de biologie médicale doit être établie entre cette infirmière et le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale. Cette entente précise les modalités d'accès aux services de biologie médicale. Les accords négociés (ententes) doivent faire l'objet d'un examen périodique afin de garantir que les exigences, y compris les procédures préanalytiques et postanalytiques, sont correctement définies, documentées et comprises⁸⁵.

10.3 Les procédures préanalytiques

Le service de biologie médicale doit fournir par écrit toute l'information requise à la phase préanalytique. Des instructions relatives au prélèvement et à la manipulation des spécimens doivent être formulées par écrit et mises à la disposition des responsables du prélèvement des spécimens. Ces instructions doivent figurer dans un manuel de prélèvement des spécimens⁸⁵.

Le professionnel effectuant des activités de dépistage des ITSS doit se conformer aux exigences particulières du laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale concernant les procédures préanalytiques : formulaire de demande d'analyse à utiliser, renseignements à inscrire sur le formulaire de demande d'analyse, identification des spécimens et instructions relatives au prélèvement ou à la manipulation des spécimens, notamment au regard de la conservation, du transport et des délais à respecter.

85. Norme internationale ISO 15189, intitulée *Laboratoires de biologie médicale : Exigences concernant la qualité et la compétence* [<http://www.iso.org/obp/ui/fr/#iso:std:iso:15189:ed-3:v2:fr>].

Le service de biologie médicale doit communiquer au professionnel ses exigences et ses critères de non-conformité ou de rejet d'un spécimen ou d'une demande d'analyse. En général, les critères de non-conformité ou de rejet sont :

- un prélèvement inadéquat;
- un spécimen non identifié ou mal identifié;
- un spécimen mal conservé;
- un temps trop long entre le moment du prélèvement et l'arrivée du spécimen au service de biologie médicale;
- une demande non spécifiée;
- l'absence de précision sur le site anatomique où le prélèvement a été effectué;
- une identification de la personne chez qui le prélèvement a été effectué non conforme aux exigences du service de biologie médicale;
- une identification du professionnel et de son lieu d'exercice incomplète ou illisible.

10.3.1 Le matériel de prélèvement et de transport

Tout le matériel servant au prélèvement et au transport des spécimens doit être utilisé avant les dates de péremption indiquées, en plus d'être sécuritaire et en bon état. La taille et le type des écouvillons doivent être adaptés au site anatomique, au micro-organisme recherché et au type d'analyse demandé⁸⁶.

10.3.2 Le formulaire de demande d'analyse

Le professionnel doit s'assurer de bien identifier les spécimens recueillis et de remplir le formulaire de demande d'analyse selon les spécifications du service de biologie médicale.

Voici quelques exemples de formulation de demandes d'analyse qui seraient jugées irrecevables :

- dépistage ITS;
- bilan MTS;
- EIA;
- immunofluorescence;
- PCR;
- TAAN.

Dans tous ces exemples, l'analyse serait refusée car il manque un élément essentiel, soit l'information concernant l'agent infectieux recherché. De plus, dans les deux premiers exemples, le professionnel requérant a demandé plusieurs analyses en inscrivant « dépistage ITS » ou « bilan MTS ». Les termes *bilan* et *dépistage* sont trop vagues : les services de biologie médicale ont besoin de connaître précisément l'analyse demandée. Par ailleurs, la demande de « bilan » ne constitue pas une bonne pratique en matière de biologie médicale.

Le formulaire de demande d'analyse doit contenir suffisamment de données pour identifier la personne chez qui les prélèvements ont été effectués et le professionnel de la santé qui a demandé l'analyse; il doit aussi contenir les renseignements cliniques pertinents. Les données minimales généralement requises pour qu'un service de biologie médicale accepte une demande d'analyse sont les suivantes⁸⁷ :

86. Pour la culture de l'infection gonococcique, consulter le *Guide de pratique pour les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS : Détection de Neisseria gonorrhoeae par culture* : [<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/guide-de-pratique-pour-les-analyses-de-laboratoire-en-lien-avec-les-itss-detection-de-n-gonorrhoeae-par-culture>].

87. Les données minimales sont conformes à la Norme internationale ISO 15189, *Laboratoires d'analyses de biologie médicale – Exigences particulières concernant la qualité et la compétence*, et au Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin.

- l'identification univoque de la personne chez qui le spécimen a été prélevé :
 - le nom et le prénom de la personne ou l'équivalent si ceux-ci ne sont pas connus,
 - le numéro d'identification propre à la personne (ex. : numéro d'assurance maladie) ou l'équivalent si ce numéro n'est pas connu,
 - la date de naissance et le sexe de la personne;
- les coordonnées de la personne chez qui le spécimen a été prélevé;
- l'identification univoque du professionnel qui demande l'analyse :
 - le nom, imprimé ou écrit en lettres moulées, du professionnel et sa signature,
 - le numéro de permis,
 - le nom du lieu où le professionnel exerce,
 - tout autre renseignement exigé par le laboratoire;
- le numéro de téléphone et l'adresse de correspondance où le professionnel souhaite être joint relativement à cette demande;
- un numéro de téléphone d'urgence auquel joindre le professionnel pour la transmission des résultats critiques;
- la date de la rédaction de la demande d'analyse;
- la date et l'heure du prélèvement du spécimen;
- le type de spécimen (urine, sang, sécrétions);
- le site anatomique du prélèvement (gorge, col utérin, vagin, urètre, anus, rectum);
- la nature (le nom) de l'analyse demandée (p. ex. : culture, TAAN, sérologie);
- le nom du micro-organisme ou de l'infection recherché (p. ex. : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, syphilis, hépatite B, hépatite C, VIH);
- les renseignements cliniques pertinents (p. ex. : résultat anti-VHC positif consigné, contact sexuel avec une personne atteinte d'une LGV).

L'infirmière doit inscrire « Dépistage » sur le formulaire de demande d'analyse afin d'indiquer au personnel du service de biologie médicale que l'analyse est effectuée, à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique.

Pour les demandes d'analyses non nominatives ou anonymes, l'identification univoque de la personne chez qui le spécimen a été prélevé pourrait se limiter à un code. La demande d'analyse anonyme est une mesure d'exception réservée aux SIDEPS (voir la section 5.3).

Les TAAN que la plupart des laboratoires du Québec utilisent pour détecter l'infection à *Chlamydia trachomatis* ou l'infection gonococcique détectent en fait ces deux infections simultanément. Ces laboratoires obtiendront deux résultats, qu'ils transmettront au professionnel. Quand il s'adresse à l'un de ces laboratoires, le professionnel :

- demande les analyses appropriées, conformément aux indications de dépistage (voir le tableau 3 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés);
- choisit les sites et les types de prélèvements les plus appropriés pour la personne (voir le tableau 5 – Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques);
- assure le suivi selon les résultats obtenus pour les deux infections (voir la section 11.2).

Si le dépistage est indiqué pour une seule des deux infections, le professionnel avise la personne, au moment de demander l'analyse, que le microbiologiste pourra aussi chercher l'infection non indiquée et que, le cas échéant, les deux résultats pourraient lui être transmis.

10.3.3 Le transport et la conservation

Après le prélèvement, les écouvillons doivent être déposés dans un milieu de transport approprié à la technique de détection qui sera utilisée, conformément aux exigences du service de biologie médicale. Les urines et les prélèvements sanguins doivent être placés dans des contenants appropriés pour le transport.

Le milieu de transport doit ensuite être placé dans un sac de plastique transparent portant la mention « matériel biologique ». Afin d'éviter toute contamination ou détérioration du formulaire de demande d'analyse, il est important que ce formulaire ne soit pas placé à l'intérieur du sac avec le spécimen.

Il est essentiel de respecter les conditions de maintien de l'intégrité et de transport des spécimens (température spécifique, agents stabilisants, etc.), de même que les délais de transport appropriés, selon la nature des analyses demandées. Le matériel doit être identifié clairement comme matériel biologique et respecter les règles qui s'appliquent pour le transport.

10.4 Les techniques d'analyse⁸⁸

Certaines technologies ne sont pas homologuées pour certains sites anatomiques. Le professionnel doit vérifier avec le responsable clinique du service de biologie médicale quels sont les sites anatomiques approuvés selon les technologies.

Pour le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique par TAAN :

- toutes les trousse utilisées au Québec sont homologuées par Santé Canada pour être utilisées sur des spécimens urinaires (hommes et femmes) et du col de l'utérus;
- l'analyse de spécimens urétraux masculins et vaginaux dépend de la trousse utilisée. Il importe de vérifier avec le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale quels sont les sites acceptables selon la trousse utilisée pour les prélèvements;
- les trousse homologuées pour le prélèvement vaginal le sont en général pour un prélèvement effectué par le professionnel ou par la femme elle-même dans un contexte clinique;
- actuellement, aucune trousse de TAAN n'est homologuée par Santé Canada pour les analyses à partir de prélèvements anorectaux ou pharyngés. Les trousse disponibles au Québec n'ont pas toutes les mêmes sensibilités et spécificités pour les prélèvements faits sur ces sites. Le TAAN à partir de prélèvements anorectaux ou pharyngés n'est pas recommandé pour la population en général (la probabilité d'obtenir un résultat faussement positif est non négligeable). Néanmoins, l'utilisation de ces analyses est recommandée dans certaines situations (relation orale avec une personne atteinte d'une infection gonococcique ou d'une LGV) ou pour des populations en particulier (HARSAH ou travailleuses du sexe). Si des prélèvements anorectaux ou pharyngés sont indiqués, il importe de vérifier avec le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale si ces sites de prélèvement sont acceptés.

88. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 51 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2016>].

11. La communication des résultats d'analyse et le counseling post-test individualisé⁸⁹

La communication d'un résultat positif permet de procéder à une intervention préventive puisqu'une personne atteinte d'une ITSS est souvent particulièrement réceptive à des messages de prévention. Cette intervention préventive répond à des objectifs particuliers de santé publique, soit la réduction de la durée de l'infectiosité, la réduction du taux d'exposition et la réduction de l'efficacité de la transmission.

Les fiches cliniques (chapitres 13 à 22) contiennent de l'information qui pourra être utile à l'occasion du counseling post-test (p. ex. : évolution de l'infection, analyses de laboratoire, traitement et prévention).

De plus, des outils ont été conçus par le MSSS et ses partenaires (p. ex. : l'INESSS, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et l'INSPQ), pour soutenir les activités préventives des professionnels en matière d'ITSS. La liste de ces outils est présentée à l'annexe VII – Liste d'outils accessibles sur Internet.

Le counseling post-test doit être adapté selon le résultat de l'analyse lui-même (positif, indéterminé ou négatif), selon la nature de l'ITSS en cause et selon les besoins de la personne.

11.1 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage est négatif

Un résultat négatif au dépistage d'une ou de plusieurs ITSS ne signifie pas pour autant l'absence de facteurs de risque et n'exclut pas la pertinence du counseling préventif. Lorsque le résultat du dépistage est négatif, le counseling post-test doit comprendre les éléments décrits ci-après.

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés et rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l'information sur la signification d'un résultat négatif d'analyse à des fins de dépistage et sur les limites du dépistage (voir les sections 8.1, 8.2 et 8.7) :
 - Signaler qu'un résultat négatif est fiable (si la possibilité d'un résultat faussement négatif est exclue) mais n'exclut pas la présence d'une infection s'il y a eu exposition subséquente au dépistage.
 - Expliquer que l'absence d'une infection à un moment précis n'est pas un indicateur d'immunité ou de résistance à l'infection.
 - Rappeler que certaines ITSS ne font pas l'objet d'un dépistage et, conséquemment, qu'un résultat négatif à une ou plusieurs analyses n'est pas une garantie de l'absence d'ITSS.
- Évaluer la possibilité d'un résultat faussement négatif :
 - Évaluer la possibilité que l'analyse ait été effectuée pendant une période fenêtre (voir les sections 8.1 et 8.2) : rechercher les activités à risque au cours de cette période.
 - Évaluer la possibilité d'autres facteurs pouvant donner un résultat faussement négatif.
 - Évaluer la pertinence de répéter l'analyse.

89. Ce chapitre est une adaptation de documents produits en 2003 par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEP, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a été légèrement enrichi à la suite de la publication du supplément au présent guide intitulé *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide* et des travaux de mise à jour des programmes nationaux de formation en ITSS de l'INSPQ. Il fera l'objet de modifications à l'occasion d'une prochaine mise à jour.

- Évaluer la persistance du risque et la pertinence d'un dépistage périodique (voir la section 8.4) :
 - Réévaluer la présence de facteurs de risque.
 - Inviter la personne à consulter rapidement si elle a des symptômes.
- Poursuivre le counseling préventif en fonction des risques décelés (voir, au chapitre 9, la rubrique « Offrir un counseling préventif en fonction des risques décelés ») :
 - Passer en revue les activités sexuelles de la personne et lui expliquer comment réduire le niveau de risque associé aux activités sexuelles⁹⁰.
 - Lorsque le risque de contracter le VIH est élevé pour la personne, discuter avec elle de l'utilisation de la prophylaxie préexposition (PPrE)⁹¹ ou l'orienter vers une ressource appropriée.
 - Passer en revue les habitudes de consommation d'alcool ou de drogues de la personne et lui expliquer comment réduire les méfaits liés à sa consommation.
 - Offrir ou compléter la vaccination contre les hépatites A ou B si la personne appartient à un des groupes à risque⁹².
 - Offrir ou compléter la vaccination contre le VPH si la personne appartient à un des groupes visés⁹².
 - Rappeler à la personne qu'après une exposition à des sécrétions génitales, à du sang ou à un autre liquide biologique susceptible de transmettre des infections à diffusion hémotogène, une prophylaxie post-exposition (PPE) peut être indiquée.
 - Offrir des documents d'information⁹³.
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé sexuelle ou pour la réduction des méfaits liés à sa consommation de drogues ou d'alcool.
- Évaluer le besoin de visites de suivi :
 - Préciser quelles sont les raisons qui justifient une visite de suivi :
 - compléter l'immunisation;
 - en fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
 - Insister sur l'importance de la visite de suivi si elle est indiquée.
 - Convenir, si nécessaire, des moyens de relance sans bris de la confidentialité en cas d'absence au rendez-vous de suivi.

11.2 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage d'une ITS bactérienne est positif

Lorsque le résultat du dépistage d'une ITS bactérienne est positif, le counseling post-test devrait comprendre les éléments décrits ci-après. Ces sujets peuvent être abordés au cours d'une ou de plusieurs visites.

90. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097>].

91. Consulter à ce sujet *La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, à paraître), pour connaître les indications et les conditions à respecter.

92. Consulter le PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] et, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>].

93. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés et rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l'information sur l'infection qui a été détectée et sur la signification d'un résultat d'analyse positif (voir les sections 8.1, 8.2 et 8.7) :
 - Explorer le niveau de connaissances de la personne en ce qui concerne l'infection qui a été détectée.
 - Évaluer la compréhension que la personne a de la signification du résultat.
 - Présenter l'évolution naturelle de l'infection, les symptômes à surveiller, les complications possibles.
 - Si une infection à *Chlamydia trachomatis* anorectale a été détectée, aviser la personne que le spécimen anorectal pourrait être acheminé au LSPQ pour une recherche des génotypes de *Chlamydia trachomatis* L1, L2 et L3 et que, le cas échéant, le résultat lui sera transmis.
 - Signaler la possibilité de réinfection.
 - Fournir de l'information sur le traitement : selon l'infection décelée, différents professionnels pourront prescrire le traitement (voir le tableau 1).
 - En l'absence d'ordonnance collective ou d'autorisation de prescrire, l'infirmière informe sur le traitement et oriente, vers un médecin, une IPS ou une infirmière autorisée à prescrire, toute personne dont les résultats de dépistage sont positifs ou indéterminés, selon les règles en vigueur dans son milieu de travail.
 - La sage-femme doit orienter vers un médecin toute personne dont les résultats de dépistage sont positifs ou indéterminés.
 - Rappeler à la personne qui a reçu un résultat positif les modalités de la déclaration obligatoire aux autorités de santé publique; selon les modalités d'intervention de la DSP de son territoire, l'informer de la possibilité qu'une enquête épidémiologique soit effectuée ou qu'un professionnel de la santé publique communique avec elle afin de lui offrir un soutien pour la démarche à faire auprès de ses partenaires⁹⁴.
 - Offrir des documents d'information⁹⁵.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission de l'infection :
 - Rappeler les modes de transmission des ITSS.
 - Préciser la durée de la période de contagiosité⁹⁶ et recommander l'utilisation d'une méthode appropriée pour éviter la transmission (abstinence, condom, etc.).
 - Rappeler les risques de transmission de l'infection aux partenaires sexuels :
 - tant que le traitement n'a pas été complété ou jusqu'à sept jours après la prise d'un traitement unidose;
 - jusqu'à la disparition complète des symptômes.
 - Revoir les pratiques sexuelles favorisant une sexualité sécuritaire et préciser les éléments spécifiques à améliorer⁹⁷.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - Encourager la personne atteinte à suivre le traitement tel que recommandé.
 - Lorsque cela est nécessaire, insister sur l'importance de consulter rapidement le médecin ou l'IPS pour obtenir un examen et un traitement.

94. Consulter le *Guide d'intervention sur les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire* (MSSS, 2014, p. 84-85) : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>] et le tableau 4 – Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!

95. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

96. Consulter le tableau 4 – Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!

97. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097/>].

- Informer la personne atteinte de la gratuité des médicaments servant au traitement des ITS pour les personnes inscrites au régime d'assurance maladie et détentrices d'une carte d'assurance maladie du Québec, d'un carnet de réclamation ou d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments, toutes pièces qui doivent être valides⁹⁸.
- Recommander de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec ses partenaires non traités pour prévenir une nouvelle infection.
- Si la personne est atteinte d'une infection à *C. trachomatis*, répéter le dépistage de l'infection à *C. trachomatis* de trois à six mois après le traitement de l'infection.
- Si la personne est atteinte d'une infection gonococcique, répéter le dépistage de l'infection gonococcique de trois à six mois après le traitement de l'infection. Procéder également au dépistage de l'infection à *C. trachomatis*.
- Conseiller la personne atteinte sur les autres mesures préventives existantes :
 - Offrir la vaccination contre les hépatites A ou B, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à un des groupes à risque⁹⁹.
 - Offrir la vaccination contre le VPH, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à l'un des groupes visés⁹⁹.
 - En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé sexuelle ou pour la réduction des méfaits liés à la toxicomanie.
- Soutenir la personne atteinte pour qu'elle avise ses partenaires de leur exposition à une ITS :
 - Consulter le tableau 4 – Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! –, qui décrit l'intervention à effectuer et sa pertinence. Outre qu'il donne des précisions sur le rôle du professionnel de la santé et celui du professionnel mandaté par la santé publique, ce tableau présente des moyens pour aider la personne atteinte à se préparer à aviser ses partenaires. Il permet d'identifier les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité de l'infection en cause.
 - Remettre à la personne la brochure *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler*, des cartes de notification (selon l'infection en cause) et, s'ils ont été produits, des feuillets indiquant les ressources du territoire. L'annexe IX – Guide d'utilisation de la brochure *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler* et des cartes de notification sur la chlamydia ou la gonorrhée, sur la syphilis et sur le VIH présente des pistes pour utiliser ces outils susceptibles d'améliorer l'efficacité de l'intervention.
- Porter une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer :
 - Donner à ces femmes de l'information sur le risque de transmission de l'infection au nouveau-né et sur les complications qui peuvent en découler;
 - Informer ces femmes sur le traitement qui permettra de soigner l'infection et de protéger le nouveau-né. Une évaluation, un suivi et, dans certains cas, un traitement seront également offerts au nouveau-né¹⁰⁰.

98. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Renseignements complémentaires » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000103/>].

99. Consulter le PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] et, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>].

100. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

- Planifier les démarches nécessaires pour le suivi :
 - La sage-femme :
 - transmet à la personne, selon les ententes et les modalités en vigueur, les renseignements requis afin de favoriser la continuité des soins (on pourra à ce sujet utiliser le formulaire d'orientation pour suivi, présenté à l'annexe X);
 - insiste sur l'importance que la personne consulte un médecin, qui assurera le suivi de sa condition et lui donnera des informations complémentaires sur le traitement.
 - En l'absence d'ordonnance collective ou d'autorisation de prescrire, l'infirmière :
 - transmet à la personne, selon les ententes et les modalités en vigueur, les renseignements requis afin de favoriser la continuité des soins (on pourra à ce sujet utiliser le formulaire d'orientation pour suivi, présenté à l'annexe X);
 - insiste sur l'importance que la personne consulte un médecin, une IPS ou une infirmière autorisée à prescrire, qui assurera le suivi de sa condition;
 - mentionne que les questions plus précises sur le traitement doivent être abordées avec le médecin, l'IPS ou une infirmière autorisée à prescrire.
 - Convenir, si nécessaire, des moyens de relance sans bris de la confidentialité en cas d'absence au rendez-vous de suivi.

11.3 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'hépatite B est positif

À la suite d'un résultat positif au dépistage de l'hépatite B, le counseling post-test devrait comprendre les éléments décrits ci-après. Ces sujets peuvent être abordés au cours d'une ou de plusieurs visites.

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés, rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l'information sur la signification du résultat (voir les sections 8.1, 8.2 et 8.7) :
 - Évaluer la compréhension que la personne a de la signification du résultat.
 - Possibilité d'autres analyses pour le diagnostic : si indiqué, elles seront prescrites par le médecin pour une investigation à la suite d'un résultat Ag HBs positif.
 - Rappeler à la personne qui a reçu un résultat positif les modalités de la déclaration obligatoire aux autorités de santé publique; selon les modalités d'intervention de la DSP de son territoire, l'informer de la possibilité qu'une enquête épidémiologique soit menée ou qu'un professionnel de la santé publique communique avec elle afin d'effectuer une intervention préventive auprès de ses contacts domiciliaires et auprès de ses partenaires sexuels¹⁰¹.
- Donner de l'information sur l'hépatite B :
 - Explorer le niveau de connaissances de la personne en ce qui concerne l'hépatite B.
 - Exposer brièvement l'évolution naturelle de l'infection.
 - Fournir de l'information générale sur les traitements.
 - Mentionner que les questions plus précises sur le traitement doivent être abordées avec le médecin.
 - Offrir des documents d'information¹⁰².

101. Consulter le document intitulé *L'hépatite B : Guide d'intervention*, 2^e édition (MSSS, 2014) : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000053/>].

102. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission du VHB :
 - Expliquer quels sont les modes de transmission de l'infection et quelles sont les situations où celle-ci ne peut être transmise.
 - Évaluer les connaissances et croyances de la personne.
 - Rappeler les précautions à prendre pour éviter que d'autres personnes ne soient en contact avec son sang :
 - s'abstenir de faire des dons de sang, de sperme, d'organes ou de tissus;
 - ne pas partager d'articles servant à l'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, paire de ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents, etc.);
 - couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang.
 - S'il y a lieu, expliquer comment réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool ou de drogues : évaluer les pratiques de consommation de drogues, recommander des pratiques plus sécuritaires, en particulier le non-partage du matériel de préparation, d'injection et d'inhalation de drogues et le non-partage de la drogue elle-même, envisager avec elle des modes de consommation autres que l'injection ou l'inhalation et diriger la personne vers des ressources pouvant lui offrir un soutien spécialisé en toxicomanie¹⁰³.
 - Revoir les pratiques sexuelles favorisant une sexualité sécuritaire et préciser les éléments à améliorer dans son cas¹⁰⁴.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - Encourager la personne atteinte à suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi régulier et traitement, lorsque cela est indiqué).
 - Recommander d'éviter la consommation d'alcool.
 - Offrir la vaccination contre l'hépatite A, ou compléter cette vaccination¹⁰⁵.
 - Le cas échéant, offrir la vaccination recommandée aux porteurs chroniques d'hépatite B¹⁰⁵, ou compléter cette vaccination.
 - Discuter de l'importance de consulter un pharmacien, un médecin ou une IPS avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels.
 - Inviter la personne atteinte à informer son pharmacien, son médecin ou son IPS de son infection par le VHB lorsqu'elle doit prendre un nouveau médicament pour une autre condition.
- Conseiller la personne atteinte sur les autres mesures préventives :
 - Offrir la vaccination contre le VPH, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à l'un des groupes visés¹⁰⁵.
 - En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.

103. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

104. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097/>].

105. Se référer aux indications du PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] et consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>].

- Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
- Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé dans le contexte de son infection par le VHB.
- Discuter de l'intervention préventive à effectuer auprès des contacts domiciliaires et auprès des partenaires sexuels :
 - Rappeler l'importance de la vaccination et du dépistage des partenaires sexuels et des personnes vivant sous le même toit qu'une personne infectée¹⁰⁶. Des mesures additionnelles, nécessitant une évaluation rapide, peuvent être indiquées dans certaines situations (consulter la partie « Exposition par voie percutanée, muqueuse ou cutanée » de la section 10.4.2 [HB : vaccin contre l'hépatite B] du PIQ¹⁰⁷).
- Fournir à la personne atteinte de l'information sur les ressources existantes et l'orienter vers les ressources appropriées¹⁰⁸ :
 - Selon les corridors de services établis et les règles en vigueur dans le milieu de travail, orienter la personne pour son suivi : lui fournir le nom de cliniques ou de médecins expérimentés ou encore de cliniques et de médecins qui pourront assurer le suivi avec du soutien¹⁰⁹. Au besoin, aider la personne à prendre rendez-vous.
 - Transmettre au médecin, selon les ententes et les modalités en vigueur, les renseignements requis afin de favoriser la continuité des soins de la personne. On pourra utiliser le formulaire d'orientation pour suivi (annexe X).
 - Insister sur l'importance de consulter un médecin afin de compléter l'investigation.
- Porter une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer :
 - Décrire le risque de transmission de l'infection au nouveau-né.
 - Informer la personne atteinte sur le traitement qui sera offert au bébé dès sa naissance.
 - Inviter la personne atteinte à informer son médecin, son IPS ou sa sage-femme en cas de grossesse – que ce soit la sienne ou celle de sa partenaire – effective ou planifiée.
 - Préciser que l'allaitement n'est pas contre-indiqué. En présence de crevasses ou de saignements du mamelon, une évaluation est suggérée mais, si le nouveau-né est rapidement protégé contre le VHB après sa naissance, l'allaitement n'est pas contre-indiqué¹¹⁰.
- Évaluer le besoin de visites de suivi :
 - Préciser quelles sont les raisons qui justifient une visite de suivi :
 - compléter l'immunisation;
 - en fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique (voir la section 8.4) des ITSS ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
 - Insister sur l'importance de la visite de suivi si elle est indiquée.
 - Convenir, si nécessaire, des moyens de relance sans bris de la confidentialité en cas d'absence au rendez-vous de suivi.

106. Consulter le document intitulé *L'hépatite B : Guide d'intervention*, 2^e édition (MSSS, 2014) : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000053/>].

107. Consulter le PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>].

108. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

109. Le volet sur les hépatites du Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites comprend un service de mentorat et une formation continue offerts aux médecins, pharmaciens et infirmières du Québec qui sont appelés à donner des soins aux personnes atteintes d'une hépatite virale : [<http://www.pnmvh.org/>]. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

110. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

11.4 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'hépatite C est positif

Un résultat positif au dépistage de l'hépatite C devrait donner lieu à un counseling comprenant les éléments décrits ci-après. Ces sujets peuvent être abordés au cours d'une ou de plusieurs visites.

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés, rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l'information sur la signification du résultat (voir les sections 8.1, 8.2 et 8.7) :
 - Évaluer la compréhension que la personne a de la signification du résultat.
 - Selon les analyses effectuées :
 - l'informer que la présence d'anticorps contre le VHC indique qu'il y a eu une infection et qu'une analyse complémentaire (ARN du VHC) est requise;
 - OU
 - l'informer que la présence d'ARN du VHC indique la présence d'une hépatite C et qu'une investigation médicale complémentaire est requise afin d'établir le stade actuel de l'infection.
 - Insister sur le fait que la présence d'anticorps n'est pas un indicateur d'immunité ou de protection contre le VHC.
 - Écouter avec attention les questions de la personne atteinte et y répondre dans les limites de ses connaissances; accepter de ne pas avoir de réponse à toutes ses questions et lui indiquer comment elle pourra obtenir l'information dont elle a besoin.
 - Fournir l'information en fonction de la réceptivité de la personne et de sa capacité à assimiler des renseignements factuels et rationnels. Il n'est pas obligatoire ni même nécessairement souhaitable de donner toute l'information à la première visite. Par contre, des mesures doivent être prises pour que la personne reçoive toute l'information pertinente dans des délais raisonnables. Il est souvent utile de revoir la personne dans les 48 heures suivantes et de lui offrir la possibilité de visites supplémentaires, au besoin.
 - Reconnaître et favoriser l'expression des réactions de négation, de colère, de tristesse ou d'angoisse.
 - Rappeler à la personne qui a reçu un résultat positif les modalités de la déclaration obligatoire aux autorités de santé publique; selon les modalités d'intervention de la DSP de son territoire, l'informer de la possibilité qu'une enquête épidémiologique soit menée ou qu'un professionnel de la santé publique communique avec elle afin d'effectuer une intervention préventive.
- Donner de l'information sur l'hépatite C :
 - Explorer le niveau de connaissances de la personne en ce qui concerne l'hépatite C.
 - Exposer brièvement l'évolution naturelle de l'infection.
 - Donner de l'information générale sur les traitements possibles.
 - Mentionner que les questions plus précises sur le traitement doivent être abordées avec le médecin.
 - Offrir des documents d'information¹¹¹.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission du VHC :
 - Expliquer quels sont les modes de transmission de l'infection et quelles sont les situations où celle-ci ne peut être transmise.
 - Évaluer les connaissances et les croyances de la personne.
 - Rappeler les précautions à prendre pour éviter que d'autres personnes ne soient en contact avec son sang :
 - s'abstenir de faire des dons de sang, de sperme, d'organes ou de tissus;

111. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

- ne pas partager d'articles servant à l'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, paire de ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents, etc.);
- recouvrir toute blessure susceptible de saigner;
- couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang;
- en présence de sang (menstruations ou pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé), utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales ou anales;
- S'il y a lieu, expliquer comment réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool ou de drogues : évaluer les pratiques de consommation de drogues, recommander des pratiques plus sécuritaires, en particulier le non-partage du matériel de préparation, d'injection et d'inhalation de drogues et le non-partage de la drogue elle-même, envisager avec elle des modes de consommation autres que l'injection ou l'inhalation et diriger la personne vers des ressources pouvant lui offrir un soutien spécialisé en toxicomanie¹¹².
- Préciser quel est le risque de transmission de l'infection à ses partenaires sexuels :
 - étant donné que le risque de transmission sexuelle est faible dans les couples hétérosexuels, les personnes ayant un partenaire sexuel stable et de longue date n'ont pas à changer leurs habitudes sexuelles. Il appartient au couple de juger de sa tolérance à ce faible risque et de décider de l'utilisation ou non de méthodes barrières. Toutefois, il peut être judicieux de les utiliser lorsque la présence de sang est prévisible, par exemple au moment des menstruations, ou pour des pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé;
 - la transmission sexuelle du VHC est démontrée en ce qui concerne les HARSAH vivant avec le VIH lorsqu'ils ont des relations anales non protégées par un condom, s'adonnent à des pratiques sexuelles où le risque de contact sang à sang ou de lésions des muqueuses est plus élevé ou en présence d'une ITS ulcéralive. En pareil cas, il faut inciter la personne à utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels;
 - en présence d'une co-infection par le VIH, recommander d'utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou orogénitales.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - Encourager la personne atteinte à suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi régulier et traitement, lorsque cela est indiqué).
 - Recommander d'éviter la consommation d'alcool.
 - Offrir la vaccination contre les hépatites A et B, ou compléter cette vaccination¹¹³.
 - Le cas échéant, offrir la vaccination recommandée aux porteurs chroniques d'hépatite C¹¹³, ou compléter cette vaccination.
 - Signaler l'importance de consulter un pharmacien, un médecin ou une IPS avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels.
 - Inviter la personne atteinte à informer son pharmacien, son médecin ou son IPS de son infection par le VHC lorsqu'elle doit prendre un nouveau médicament pour une autre condition.
- Conseiller la personne atteinte sur les autres mesures préventives existantes :
 - Offrir la vaccination contre le VPH, ou compléter cette vaccination, si la personne appartient à l'un des groupes visés¹¹³.

112. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

113. Se référer aux indications du PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] et consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>].

- En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé dans le contexte de son infection par le VHC.
- Discuter de l'intervention préventive à effectuer auprès des contacts domiciliaires et auprès des partenaires sexuels :
 - Le dépistage peut être offert aux partenaires sexuels ou aux contacts domiciliaires d'une personne infectée par le VHC, selon le jugement clinique, particulièrement s'il y a présence de sang au cours des relations sexuelles (menstruations ou pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé) ou partage d'articles d'hygiène personnelle. La transmission sexuelle dans les couples hétérosexuels est rare. Quant à la transmission du VHC aux contacts domiciliaires, elle n'a pas été démontrée. Le dépistage du partenaire peut permettre de soulager l'anxiété qu'éprouvent la personne infectée et son partenaire.
- Porter une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer :
 - Décrire le risque de transmission de l'infection au nouveau-né.
 - Mentionner qu'une évaluation, un suivi et, dans certains cas, un traitement seront offerts au nouveau-né.
 - Inviter la personne atteinte à informer son médecin, son IPS ou sa sage-femme en cas de grossesse – que ce soit la sienne ou celle de sa partenaire – effective ou planifiée.
 - Préciser que l'allaitement n'est pas contre-indiqué. En présence de crevasses ou de saignements du mamelon, une évaluation est toutefois suggérée¹¹⁴.
- Fournir à la personne infectée de l'information sur les ressources existantes et l'orienter vers les ressources appropriées¹¹⁵ :
 - Selon les corridors de services établis et les règles en vigueur dans le milieu de travail, orienter la personne pour son suivi : lui fournir le nom de cliniques ou de médecins expérimentés ou encore de cliniques et de médecins qui pourront assurer le suivi avec du soutien¹¹⁶. Au besoin, aider la personne à prendre rendez-vous.
 - Transmettre au médecin, selon les ententes et les modalités en vigueur, les renseignements requis afin de favoriser la continuité des soins de la personne. On pourra utiliser le formulaire d'orientation pour suivi (annexe X).
 - Insister sur l'importance de consulter un médecin afin de compléter l'investigation.
 - Insister sur la possibilité de recourir aux ressources de soutien (services psychosociaux, services nutritionnels, organismes communautaires, centres de désintoxication, programmes de substitution aux opiacés [ex. : méthadone], etc.) et expliquer comment communiquer avec elles.

114. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

115. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

116. Le volet sur les hépatites du Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites comprend un service de mentorat et une formation continue offerts aux médecins, pharmaciens et infirmières du Québec qui sont appelés à donner des soins aux personnes atteintes d'une hépatite virale : [<http://www.pnmvh.org/>]. La ligne Consultation sida offre de l'information spécialisée sur l'infection par le VHC (ex. : traitement). Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

- Évaluer le besoin de visites de suivi :
 - Préciser quelles sont les raisons qui justifient une visite de suivi :
 - compléter l'immunisation;
 - en fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4) ou un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.
 - Insister sur l'importance de la visite de suivi si elle est indiquée.
 - Convenir, si nécessaire, des moyens de relance sans bris de la confidentialité en cas d'absence au rendez-vous de suivi.

11.5 Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'infection par le VIH est positif

Un résultat positif au dépistage de l'infection par le VIH devrait donner lieu à un counseling comprenant les éléments décrits ci-après. Ces sujets peuvent être abordés au cours d'une ou de plusieurs visites.

- Faire un retour sur la visite antérieure :
 - Revenir sur les risques décelés, rappeler la nature des analyses effectuées, puis communiquer le résultat des analyses de manière claire et sensible.
- Donner de l'information sur la signification d'un résultat d'analyse positif (voir les sections 8.1, 8.2 et 8.7) :
 - Évaluer la compréhension que la personne a de la signification du résultat.
 - Insister sur le fait que la présence d'anticorps n'est pas un indicateur d'immunité ou de protection contre le VIH.
 - Écouter avec attention les questions de la personne atteinte et y répondre dans les limites de ses connaissances; accepter de ne pas avoir des réponses à toutes ses questions et lui indiquer comment elle pourra obtenir l'information dont elle a besoin.
 - Fournir l'information en fonction de la réceptivité de la personne et de sa capacité à assimiler des renseignements factuels et rationnels. Il n'est pas obligatoire ni même nécessairement souhaitable de donner toute l'information à la première visite. Par contre, des mesures doivent être prises pour que la personne reçoive toute l'information pertinente dans des délais raisonnables. Il est souvent utile de revoir la personne dans les 48 heures suivantes et de lui offrir la possibilité de visites supplémentaires au besoin.
 - Reconnaître et favoriser l'expression des réactions de négation, de colère, de tristesse ou d'angoisse.
 - Lorsque qu'un résultat positif est obtenu soit pour une personne ayant reçu des produits sanguins, des tissus ou des organes, soit pour une personne ayant donné du sang, des tissus ou des organes, lui rappeler les modalités de la déclaration obligatoire aux autorités de santé publique.
- Donner de l'information sur l'infection par le VIH :
 - Explorer le niveau de connaissance de la personne en ce qui concerne l'infection par le VIH.
 - Rappeler l'évolution naturelle de l'infection en prenant soin de bien distinguer infection par le VIH et sida. Signaler qu'habituellement, l'infection évolue lentement, surtout avec les traitements existants.
 - Préciser qu'actuellement, il n'y a pas de traitement pour guérir l'infection par le VIH, pas plus qu'il n'existe de vaccin.
 - Lorsqu'un résultat d'analyse positif est associé à une situation clinique nécessitant des soins médicaux immédiats (p. ex. : femme enceinte – en phase de travail ou au moment de l'accouchement –, personne exposée accidentellement à des liquides biologiques), informer la personne des mesures qui seront prises et en discuter avec elle (p. ex. : commencer à prendre des médicaments antirétroviraux, se soumettre à des tests, etc.).
 - Fournir de l'information générale sur le traitement : thérapies efficaces pouvant ralentir la progression de l'infection et diminuer la transmission de l'infection.

- Mentionner que les questions plus précises sur le traitement devront être abordées avec le médecin.
- Offrir des documents d'information¹¹⁷.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission du VIH :
 - Expliquer quels sont les modes de transmission de l'infection et quelles sont les situations où celle-ci ne peut être transmise.
 - Évaluer les connaissances et les croyances de la personne.
 - Rappeler les précautions à prendre pour éviter que d'autres personnes ne soient en contact avec son sang :
 - s'abstenir de faire des dons de sang, de sperme, d'organes ou de tissus;
 - ne pas partager d'articles servant à l'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, paire de ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents, etc.);
 - couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang.
 - En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un dépistage périodique des ITSS (voir la section 8.4).
 - S'il y a lieu, expliquer comment réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool ou de drogues : évaluer les pratiques de consommation de drogues, recommander des pratiques plus sécuritaires, en particulier le non-partage du matériel de préparation, d'injection et d'inhalation de drogues et le non-partage de la drogue elle-même, envisager avec elle des modes de consommation autres que l'injection ou l'inhalation et diriger la personne vers des ressources pouvant lui offrir un soutien spécialisé en toxicomanie¹¹⁸.
 - Revoir les pratiques sexuelles favorisant une sexualité sécuritaire, discuter des comportements à adopter et préciser les aspects à améliorer dans son cas¹¹⁹. Par exemple, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou orogénitales.
- Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - Encourager la personne atteinte à suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi régulier, prise d'antirétroviraux ou recours à une prophylaxie contre les infections opportunistes, si cela est indiqué).
 - Favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.
 - Offrir la vaccination contre les hépatites A et B, ou compléter cette vaccination, et offrir les autres vaccins recommandés (si plusieurs vaccins sont recommandés systématiquement à toutes les personnes vivant avec le VIH, d'autres sont recommandés à des populations déterminées ou dans des circonstances particulières)¹²⁰.
- Conseiller la personne atteinte sur les autres mesures préventives :
 - En fonction de l'évaluation des risques, juger de la pertinence de recommander un suivi sur l'adoption de comportements sécuritaires.

117. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

118. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

119. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097/>].

120. Se référer aux recommandations du PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] et consulter *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, 2014) : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000161/>].

- Assister la personne dans sa prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires :
 - Vérifier la perception de la personne quant aux risques décelés.
 - Évaluer son intention d'adopter des comportements plus sécuritaires.
 - Déceler les obstacles à la prévention et soutenir la recherche de solutions.
 - Discuter avec la personne des actions qu'elle entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé dans le contexte de son infection par le VIH.
 - Sensibiliser la personne aux aspects légaux et aux conséquences possibles de la non-divulgence de son état à ses partenaires sexuels : souligner qu'il y a eu des décisions juridiques importantes en relation avec la non-divulgence¹²¹.
- Soutenir la personne atteinte pour qu'elle avise ses partenaires de leur exposition à une ITS :
 - Consulter le tableau 4 – Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! –, qui décrit l'intervention à effectuer et sa pertinence. Outre qu'il donne des précisions sur le rôle du professionnel de la santé et celui du professionnel mandaté par la santé publique, ce tableau présente des moyens pour aider la personne atteinte à se préparer à aviser ses partenaires. Il permet d'identifier les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité de l'infection en cause.
 - Remettre à la personne la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*, des cartes de notification (selon l'infection en cause) et, s'ils ont été produits, des feuillets indiquant les ressources du territoire. L'annexe IX – Guide d'utilisation de la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler* et des cartes de notification sur la chlamydia ou la gonorrhée, sur la syphilis et sur le VIH présente des pistes pour utiliser ces outils susceptibles d'améliorer l'efficacité de l'intervention.
- Porter une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer :
 - Décrire le risque de transmission de l'infection au nouveau-né.
 - Recommander d'éviter l'allaitement maternel¹²².
 - Inviter la personne atteinte à informer son médecin, son IPS ou sa sage-femme en cas de grossesse – que ce soit la sienne ou celle de sa partenaire – effective ou planifiée : le traitement antirétroviral de la mère pendant la grossesse diminue considérablement la transmission périnatale du VIH.
- Fournir de l'information sur les ressources existantes et orienter la personne vers les ressources appropriées :
 - Selon les corridors de services établis et les règles en vigueur dans le milieu de travail, orienter la personne pour son suivi : lui fournir le nom de cliniques ou de médecins expérimentés ou encore de cliniques et de médecins qui pourront assurer le suivi avec du soutien¹²³. Au besoin, aider la personne à prendre rendez-vous.
 - Transmettre au médecin, selon les ententes et les modalités en vigueur, les renseignements requis afin de favoriser la continuité des soins de la personne. On pourra utiliser le formulaire d'orientation pour suivi (annexe X).

121. Consulter l'annexe VIII, « L'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels », et, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

122. Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique intitulé « Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

123. Le Programme national de mentorat sur le VIH et les hépatites comprend un service de mentorat et une formation continue offerts aux médecins, pharmaciens et infirmières du Québec qui sont appelés à donner des soins aux personnes atteintes du VIH-sida : [<http://www.pnmvh.org/>]. La ligne Consultation sida et les unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida offrent de l'information spécialisée sur l'infection par le VIH (ex. : traitement, infections opportunistes). Consulter, à l'annexe VII, l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Ressources – Intervention préventive relative aux ITS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

- Insister sur l'importance de consulter un médecin afin de compléter l'investigation.
- Insister sur la possibilité de recourir aux ressources de soutien (services psychosociaux, services nutritionnels, organismes communautaires, centres de désintoxication, programmes de substitution aux opiacés [ex. : méthadone], etc.) et expliquer comment communiquer avec elles.

12. Le processus d'orientation de la personne atteinte pour un suivi

Dans le contexte d'une consultation pour le dépistage des ITSS, l'orientation de la personne pour un suivi est le processus par lequel les besoins immédiats de cette personne au regard des soins et des services d'aide sont évalués en vue de la diriger vers les ressources appropriées. Au cours de ce processus, la personne reçoit le soutien nécessaire pour accéder aux services requis : prise de rendez-vous, organisation du transport, etc.

L'infirmière précise les soins et services qu'elle peut offrir à la personne atteinte et la dirige vers les autres soins et services requis. Cette démarche inclut le suivi nécessaire pour favoriser le contact initial avec l'intervenant qui assurera le service ainsi que la transmission de l'information pertinente¹²⁴. Une autorisation écrite de communiquer les renseignements contenus au dossier doit être signée par la personne concernée lorsque nécessaire.

La présente section exclut les modalités de la consultation médicale assurée par les sages-femmes, dont la pratique ne prévoit pas de consultation expressément pour le dépistage des ITSS. Les sages-femmes offrent ce dépistage dans le contexte d'un suivi de grossesse. Le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin précise la conduite à suivre lorsque le résultat d'un test est positif.

La personne dont l'état de santé le requiert doit être dirigée vers les services qui répondent le mieux à ses besoins en tenant compte de ses caractéristiques culturelles, linguistiques et autres.

12.1 L'examen et le suivi après un résultat de dépistage positif ou indéterminé

Si l'infirmière est autorisée à prescrire des traitements et que les résultats du test de dépistage sont positifs pour une infection à *Chlamydia trachomatis* ou une infection gonococcique, elle amorce le traitement de l'ITSS décelée, en l'absence de contre-indication¹²⁵.

Dans les autres cas, la personne qui reçoit un résultat positif ou indéterminé à une analyse de dépistage doit être dirigée vers un médecin ou une IPS afin qu'elle puisse bénéficier d'un examen et d'un traitement approprié dans les plus brefs délais. Elle peut consulter soit le médecin ou l'IPS de son choix, soit un médecin ou une IPS recommandés par l'infirmière.

Des ententes précisant les modalités selon lesquelles une personne sera orientée vers la ressource appropriée, de même que les délais de consultation, doivent être prises avec des médecins ou des IPS afin d'assurer le traitement rapide et adéquat des ITSS dépistées.

Un formulaire précisant la raison de la consultation, les interventions effectuées et les résultats des analyses (auquel on joindra une copie des rapports d'analyse de biologie médicale) devrait être fourni à la personne concernée, qui le remettra au médecin ou à l'IPS (annexe X). Une autorisation écrite de communiquer des résultats d'analyse de biologie médicale contenus au dossier doit être fournie par la personne concernée lorsque nécessaire (annexe XI).

124. Inspiré de : CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « Revised guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral », *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, vol. 50, n° RR19, 9 novembre 2001, 86 p. « In the context of HIV prevention counseling and testing, referral is the process by which immediate client needs for care and supportive services are assessed and prioritized and clients are provided with assistance (e.g., setting up appointments, providing transportation) in accessing services. Referral should also include follow-up efforts necessary to facilitate initial contact with care and support service providers » (p. 36).

125. Consulter le *Protocole québécois pour le traitement d'une infection à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae chez une personne asymptomatique* :
[<http://www.inesss.qc.ca/activites/ord-coll-et-prescription-infirmiere/prescription-infirmiere/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang.html>].

En vertu de la Loi sur la santé publique et du Règlement d'application de cette loi, l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne, l'hépatite B et l'hépatite C font partie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par le médecin ou le dirigeant d'un laboratoire. Lorsque l'analyse a été faite de façon anonyme ou non nominative, la déclaration par le médecin est particulièrement importante puisque le dirigeant du laboratoire n'aura pu la faire.

12.2 L'examen et le suivi en raison d'un problème de santé décelé lors de l'intervention de dépistage

Lorsque, après évaluation, l'infirmière ou la sage-femme constate que la personne présente un problème de santé nécessitant une orientation vers un autre professionnel, elle doit l'informer de la situation et lui recommander de consulter cet autre professionnel, choisi selon le problème de santé décelé. Elle doit la soutenir dans cette démarche lorsque nécessaire, notamment pour la prise de rendez-vous, l'accompagnement, le transport ou le gardiennage.

Un formulaire précisant la raison de la consultation et les interventions effectuées auprès de la personne devrait être fourni au professionnel concerné (annexe X). Une autorisation écrite de communiquer des résultats d'analyse de biologie médicale contenus au dossier sera fournie, au besoin, par la personne concernée (annexe XI).

12.3 Le soutien psychosocial, l'information et l'accompagnement

La personne qui consulte doit pouvoir être orientée vers les ressources appropriées à ses besoins. Les personnes qui reçoivent un résultat positif à une analyse à des fins de dépistage de l'hépatite C ou de l'infection par le VIH peuvent avoir besoin de soutien, compte tenu des impacts psychologiques et sociaux liés à cette situation. Dans ce cas, elles doivent être orientées le plus tôt possible vers les ressources (groupe de soutien, services d'aide alimentaire ou d'aide à l'hébergement, services d'accompagnement, conseils juridiques, etc.) qui pourront leur offrir le counseling et l'aide appropriés.

Un formulaire précisant la raison pour laquelle la personne est orientée vers cette ressource ainsi que les interventions déjà effectuées devrait être fourni (annexe XII). Une autorisation écrite de communiquer des résultats d'analyse de biologie médicale contenus au dossier sera fournie, au besoin, par la personne concernée (annexe XI).

La deuxième partie du présent guide est largement inspirée des ouvrages suivants :

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 154 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1934>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 51 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2016>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de la syphilis*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 8 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1958>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 75 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1969>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 53 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1972>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 9 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1976>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 95 p., [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2130>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Mise à jour des algorithmes de sérodiagnostic de la syphilis*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 12 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2064>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Période fenêtre associée à la sérologie du VIH*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 6 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2059>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Tests de contrôle à la suite d'une infection à C. trachomatis ou d'une infection à N. gonorrhoeae*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 39 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2031>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, 530 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 339 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>].

TROISIÈME PARTIE

FICHES CLINIQUES

Cette troisième partie comprend des fiches cliniques sur chacune des infections suivantes :

- infection à *Chlamydia trachomatis*;
- infection gonococcique;
- syphilis;
- hépatite A;
- hépatite B;
- hépatite C;
- infection par le VIH;
- condylomes acuminés;
- herpès génital;
- lymphogranulomatose vénérienne.

Les personnes qui sont appelées à réaliser l'intervention de dépistage des ITSS y trouveront, en résumé, une information de base sur chacune de ces infections, ce qui inclut l'évolution de la maladie, les analyses de détection, le traitement et la prévention. Le tout est présenté à titre indicatif. Pour une information plus complète, les professionnels de la santé doivent se référer aux données scientifiques et aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus.

13. Infection à *Chlamydia trachomatis*

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Infection bactérienne causée par <i>Chlamydia trachomatis</i> (génotypes D à K).
Tableau clinique
<p>Chez l'homme, l'infection est souvent asymptomatique. Lorsqu'ils sont présents, les symptômes peuvent être associés aux syndromes cliniques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • urétrite : inflammation de l'urètre pouvant s'accompagner d'un écoulement de l'urètre (blanchâtre ou clair), de prurit urétral ou d'un malaise urinaire; • pharyngite, généralement transitoire; • rectite : infection anorectale parfois accompagnée de prurit, de ténésme et d'écoulements; • conjonctivite. <p>Chez la femme, la majorité des cas sont asymptomatiques. Lorsqu'ils sont présents, les symptômes peuvent être associés aux syndromes cliniques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • cervicite mucopurulente : inflammation du col de l'utérus pouvant s'accompagner de pertes vaginales anormales, d'un saignement vaginal anormal et d'un saignement après les relations sexuelles; • pharyngite, généralement transitoire; • rectite : infection anorectale parfois accompagnée de prurit, de ténésme et d'écoulements; • urétrite : inflammation de l'urètre pouvant s'accompagner d'un malaise urinaire; • conjonctivite. <p>Chez le bébé né d'une mère infectée au moment de l'accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conjonctivite chez au moins 20 % des nouveau-nés infectés, se développant lorsqu'ils ont entre une et deux semaines; • pneumonie inflammatoire avant l'âge de six mois chez 20 % des nouveau-nés infectés.
Durée de l'infection
Non traitée, l'infection peut persister pendant de nombreux mois et entraîner des complications, même en l'absence de symptômes. Elle peut guérir spontanément.
Complications
<p>Chez l'homme, en l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • orchio-épididymite : douleur testiculaire, habituellement unilatérale, apparaissant généralement de façon progressive, avec tuméfaction palpable de l'épididyme, érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté, fièvre à l'occasion, etc. – <i>C. trachomatis</i> est la première cause d'épididymite aiguë causée par une ITS chez les hommes de moins de 35 ans actifs sexuellement; • prostatite : il y a plusieurs syndromes de prostatite, parmi ceux-ci, le syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire peut être causé par <i>C. trachomatis</i>;

<p>Complications (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • syndrome oculo-uréthro-synovial (urétrite, conjonctivite, arthrite); • infertilité, dans de rares cas. <p>Chez la femme, en l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • atteinte inflammatoire pelvienne (douleur abdominale basse, douleur aux annexes ou à la mobilisation du col, dyspareunie profonde, fièvre, etc.) dans environ 10 % des infections à <i>C. trachomatis</i> – jusqu'aux deux tiers des cas d'atteinte inflammatoire pelvienne ne sont pas décelés et les risques subséquents de souffrir d'infertilité, de faire une grossesse ectopique, de présenter une douleur pelvienne chronique ou de devoir subir une chirurgie gynécologique sont de 25 %; • grossesse ectopique et infertilité, dont les risques augmentent avec le nombre d'épisodes d'infection à <i>C. trachomatis</i>; • syndrome oculo-uréthro-synovial (urétrite, conjonctivite, arthrite). <p>Il ne semble exister aucune association fiable entre les issues défavorables de la grossesse et la cervicite à <i>C. trachomatis</i>.</p>
<p>Période d'incubation</p> <p>Jusqu'à six semaines, mais de deux à trois semaines en moyenne.</p>
<p>Période de contagiosité</p> <p>Le risque de transmission de l'infection persiste plusieurs mois chez les personnes non traitées.</p> <p>À la suite d'un traitement, la transmission est possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à sept jours après la fin d'un traitement à dose unique, ou jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples, ET • jusqu'à la résolution des symptômes.
<p>Réservoir</p> <p>L'être humain.</p>
<p>Épidémiologie</p> <p>Au Québec, l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • est la MADO la plus répandue (un peu plus de 23 000 cas déclarés en 2014); • touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans; • est en hausse depuis 2007. <p>En 2014, on observe une augmentation des cas déclarés d'infections rectales chez les hommes.</p> <p>Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».</p>

Modes de transmission
<ul style="list-style-type: none"> • Contact avec des sécrétions génitales infectées : <ul style="list-style-type: none"> – dans un contexte sexuel; – de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. <p>La transmission verticale survient chez 50 % des nourrissons nés par voie vaginale d'une mère infectée. La transmission verticale peut également survenir au cours d'une césarienne, même si les membranes sont intactes.</p> <p>Pour en savoir davantage sur les modes de transmission de <i>C. trachomatis</i>, consulter le document suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097].
Période fenêtre
<p>Le délai minimal avant de pouvoir détecter l'infection à <i>C. trachomatis</i> n'est pas connu. La période fenêtre se termine quatorze jours après l'exposition.</p> <p>Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.</p>
Analyses de biologie médicale
<p>Dans un contexte de dépistage, la méthode de choix est la détection de <i>C. trachomatis</i> par un TAAN :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit sur un prélèvement obtenu par écouvillonnage vaginal, cervical ou urétral, soit sur un prélèvement urinaire; • dans certaines situations, chez des populations spécifiques, on peut détecter l'infection par un TAAN sur un prélèvement obtenu par écouvillonnage anorectal. <p>En présence de signes ou de symptômes, la méthode à privilégier est de procéder à un prélèvement pour la recherche de <i>C. trachomatis</i> et de <i>N. gonorrhoeae</i> par TAAN ainsi qu'à un prélèvement en vue d'une culture pour la recherche de <i>N. gonorrhoeae</i>. Des analyses ou des examens supplémentaires pourraient être effectués, selon le syndrome en cause.</p> <p>Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter un collègue expérimenté ou se référer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé : « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000102/]; • aux sections 8.2, 8.6 et 10.4 du présent document; • aux <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php]. <p>Note : Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer, les sites de prélèvement adéquats et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.</p>
MADO
<p>Les infections confirmées à <i>C. trachomatis</i> sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.sf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument&Highlight=0,AS-770].</p> <p>Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/].</p>

Traitement

- Le traitement de l'infection non compliquée à *C. trachomatis* consiste généralement en la prise d'antibiotiques en comprimés, par voie orale, en dose unique ou pendant sept jours.
- Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est indiqué dans certaines situations. Se référer aux guides sur le traitement pharmacologique des ITSS publiés par l'INESSS.
- Pour des précisions sur le traitement, se référer aux documents suivants :
 - Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS qui se trouvent à l'adresse suivante : [<http://www.inesss.qc.ca>], section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS » :
 - *Infection à Chlamydia trachomatis et infection à Neisseria gonorrhoeae*;
 - *Approche syndromique : cervicite et urétrite, épидидymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et rectite*;
 - *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* : [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
- Le traitement est gratuit pour la personne atteinte et pour ses partenaires, en vertu du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS). Pour en savoir plus à ce sujet, consulter le document intitulé « Renseignements complémentaires » à l'adresse suivante : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000103/>].

Prévention

Aucune immunité acquise.

Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document.

- La mesure suivante permet de diminuer le risque de transmission de l'infection à *C. trachomatis* d'une personne infectée à une personne non infectée :
 - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à la fin de la période de contagiosité ou, si c'est impossible, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales.
- Les mesures suivantes présentent des avantages pour les personnes ayant une infection à *C. trachomatis* :
 - prendre le traitement tel que recommandé leur permet d'éviter des complications;
 - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec leurs partenaires non traités leur permet de prévenir une nouvelle infection;
 - passer à nouveau un test de dépistage de *C. trachomatis* de trois à six mois après le traitement de l'infection initiale leur permet de s'assurer de l'absence de réinfection.
- La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'infection à *C. trachomatis* :
 - collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires pour que tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire habituel, soient identifiés, avisés et évalués, et qu'ils reçoivent un traitement épidémiologique le plus rapidement possible. Consulter à ce sujet l'outil intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>].

Note : L'infection à *C. trachomatis* augmente le risque d'acquisition et de transmission du VIH.

14. Infection gonococcique

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Infection bactérienne causée par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> .
Tableau clinique
<p>Chez l'homme, l'urétrite est généralement symptomatique. L'infection des autres sites est généralement asymptomatique. Lorsqu'ils sont présents, les symptômes peuvent être associés aux syndromes cliniques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • urétrite : inflammation de l'urètre pouvant s'accompagner d'un écoulement purulent de l'urètre avec douleur ou malaise urinaire; • pharyngite; • rectite : infection anorectale parfois accompagnée de prurit, de ténésme et d'un écoulement qui peut être sanguinolent; • conjonctivite. <p>Chez la femme, la cervicite peut être symptomatique. L'infection des autres sites est généralement asymptomatique. Lorsqu'ils sont présents, les symptômes peuvent être associés aux syndromes cliniques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • cervicite mucopurulente : inflammation du col de l'utérus pouvant s'accompagner de pertes vaginales anormales, d'un saignement vaginal anormal et d'un saignement après les relations sexuelles; • urétrite : inflammation de l'urètre pouvant s'accompagner d'une douleur ou d'un malaise urinaire; • pharyngite; • bartholinite : inflammation des glandes de Bartholin (gonflement, rougeur, chaleur, douleur); • rectite : infection anorectale, parfois accompagnée de prurit, de ténésme et d'un écoulement qui peut être sanguinolent; • conjonctivite. <p>Chez le bébé né d'une mère infectée au moment de l'accouchement, on peut observer les syndromes cliniques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conjonctivite grave; • sepsie. <p>De 10 à 20 % des hommes et de 20 à 30 % des femmes présentant une infection gonococcique génito-urinaire sont également infectés par <i>Chlamydia trachomatis</i>.</p>
Durée de l'infection
Non traitée, l'infection peut persister pendant de nombreux mois et entraîner des complications, même en l'absence de symptômes.

Complications
<p>Chez l'homme, en l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • orchi-épididymite : douleur testiculaire, habituellement unilatérale, apparaissant généralement de façon progressive, avec tuméfaction palpable de l'épididyme, érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté, fièvre, etc. – <i>N. gonorrhoeae</i> est la deuxième cause d'épididymite aiguë causée par une ITS chez les hommes de moins de 35 ans actifs sexuellement; • infection gonococcique disséminée : septicémie rare, suivie parfois d'arthrite, de lésions de la peau, d'endocardite et de méningite – l'arthrite peut entraîner des dommages permanents aux articulations si le traitement est tardif ou inefficace; • syndrome oculo-uréthro-synovial (urétrite, conjonctivite, arthrite); • infertilité, dans de rares cas. <p>Chez la femme, en l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • atteinte inflammatoire pelvienne (douleur abdominale basse, douleurs aux annexes ou à la mobilisation du col, dyspareunie profonde, fièvre, etc.) dans environ 10 à 20 % des infections gonococciques aiguës – jusqu'aux deux tiers des cas d'atteinte inflammatoire pelvienne ne sont pas décelés et les risques subséquents de souffrir d'infertilité, de faire une grossesse ectopique, de présenter une douleur pelvienne chronique ou de devoir subir une chirurgie gynécologique sont de 25 %; • infection gonococcique disséminée : septicémie rare, suivie parfois d'arthrite, de lésions de la peau, d'endocardite et de méningite – l'arthrite peut entraîner des dommages permanents aux articulations si le traitement est tardif ou inefficace; • syndrome oculo-uréthro-synovial (urétrite, conjonctivite, arthrite). <p>Durant la grossesse, les risques d'avortement spontané, de rupture prématurée des membranes et de travail prématuré sont accrus.</p>
Période d'incubation
Habituellement de deux à sept jours, parfois davantage.
Période de contagiosité
<p>Le risque de transmission de l'infection peut persister des mois chez les personnes non traitées.</p> <p>À la suite d'un traitement, la transmission est possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à sept jours après la fin d'un traitement à dose unique, ou jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples, ET • jusqu'à la résolution des symptômes.
Réservoir
L'être humain.

Épidémiologie

Au Québec, l'infection gonococcique :

- est en augmentation constante depuis dix ans, avec près de 3 300 cas déclarés en 2014;
- touche davantage les hommes que les femmes (en 2014, de façon globale, le rapport hommes/femmes était de 2,6 pour 1 tandis que, chez les jeunes de 15 à 24 ans, le rapport hommes/femmes était de 1,3 pour 1);
- touche particulièrement les HARSAH.

En 2014, près de la moitié des cas déclarés chez les hommes correspondaient uniquement à une infection à un site extra-génital (pharynx ou rectum).

On a constaté une progression constante de la résistance aux antibiotiques (d'abord à la ciprofloxacine, puis à l'azithromycine) et ce phénomène semble continuer puisque l'on observe des signes annonciateurs d'une résistance aux céphalosporines de troisième génération (céfixime, ceftriaxone).

Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant :

[<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».

Modes de transmission

- Contact avec des sécrétions génitales infectées :
 - dans un contexte sexuel;
 - de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement.

Pour en savoir davantage sur les modes de transmission de *N. gonorrhoeae*, consulter le document suivant :

- l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097>].

Période fenêtre

Le délai minimal avant de pouvoir détecter l'infection gonococcique par un TAAN est inconnu. Il est de 48 heures pour la détection par culture. La période fenêtre se termine sept jours après l'exposition.

Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.

Analyses de biologie médicale

Dans un contexte de dépistage, la méthode de choix varie selon la situation :

- un TAAN sur un prélèvement génital ou urinaire;
- un TAAN sur un prélèvement pharyngé ou anorectal s'il s'agit de HARSAH, de travailleuses du sexe ou de femmes ayant seulement des relations anorectales;
- une culture seulement pour le dépistage de l'infection pharyngée chez les hommes hétérosexuels et les femmes non travailleuses du sexe;
- une culture pour déterminer la sensibilité de la souche lorsque le résultat d'un TAAN est positif;
- le recours simultané au TAAN et à la culture pour le dépistage chez les partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une infection gonococcique.

Le prélèvement est obtenu par écouvillonnage vaginal, cervical, urétral, anorectal ou pharyngé. Le TAAN peut aussi être fait sur un prélèvement urinaire.

Analyses de biologie médicale (suite)

En présence de signes ou de symptômes, les analyses à privilégier sont un prélèvement pour la recherche de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* par TAAN ainsi qu'un prélèvement aux fins d'une culture pour la recherche de *N. gonorrhoeae*. Des analyses ou des examens supplémentaires pourraient être effectués, selon le syndrome en cause.

Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter un collègue expérimenté ou se référer :

- à l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000102/>];
- aux sections 8.2, 8.6 et 10.4 du présent document;
- au document *Détection de Neisseria gonorrhoeae par culture : Guide de pratique pour les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS* : [<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/guide-de-pratique-pour-les-analyses-de-laboratoire-en-lien-avec-les-itss-detection-de-n-gonorrhoeae-par-culture>];
- aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* : [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

Note : Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer, les sites de prélèvement adéquats et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

MADO

Les infections confirmées à *N. gonorrhoeae* sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.sf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument&Highlight=0,AS-770>].

Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>].

Traitement

- Le traitement de l'infection non compliquée à *N. gonorrhoeae* consiste généralement en la prise d'antibiotiques. Plusieurs éléments, dont le site de l'infection, les allergies aux antibiotiques et la possible résistance à ceux-ci, orientent le choix de l'antibiotique, de sa forme pharmaceutique et de sa voie d'administration (en comprimés par voie orale ou injection intramusculaire) ainsi que la durée du traitement (en dose unique ou pendant sept jours).
- Il faut toujours associer un traitement contre *C. trachomatis* au traitement de l'infection par *N. gonorrhoeae*, et ce, même si les résultats des analyses de laboratoire n'ont pas révélé la présence de *C. trachomatis*.
- La résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques est une préoccupation importante. Les traitements recommandés font l'objet de mises à jour régulières selon l'évolution des sensibilités des souches circulant au Québec.
- Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est indiqué dans tous les cas d'infections gonococciques et est particulièrement important dans certaines situations. Se référer aux guides de traitement pharmacologique des ITSS publiés par l'INESSS.

Traitement (suite)

- Pour des précisions sur le traitement, se référer aux documents suivants :
 - Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS qui se trouvent à l'adresse suivante : [<http://www.inesss.qc.ca>], section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS » :
 - *Infection à Chlamydia trachomatis et infection à Neisseria gonorrhoeae*;
 - *Approche syndromique : cervicite et urétrite, épидидymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et rectite*;
 - *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* : [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].
- Le traitement est gratuit pour la personne atteinte et pour ses partenaires, en vertu du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS). Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le document intitulé « Renseignements complémentaires » [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000103/>].

Prévention

Aucune immunité acquise.

Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document.

- La mesure suivante permet de diminuer le risque de transmission de l'infection à *N. gonorrhoeae* d'une personne infectée à une personne non infectée :
 - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à la fin de la période de contagiosité ou, si c'est impossible, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales.
- Les mesures suivantes présentent des avantages pour les personnes ayant une infection à *N. gonorrhoeae* :
 - prendre le traitement tel que recommandé leur permet d'éviter des complications;
 - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec leurs partenaires non traités leur permet de prévenir une nouvelle infection;
 - passer à nouveau un test de dépistage de *N. gonorrhoeae* et un test de dépistage de l'infection à *C. trachomatis* de trois à six mois après le traitement de l'infection initiale leur permet de s'assurer de l'absence de réinfection.
- La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'infection à *N. gonorrhoeae* :
 - collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires pour que tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire habituel, soient identifiés, avisés et évalués, et qu'ils reçoivent un traitement épidémiologique le plus rapidement possible. Consulter à ce sujet le document « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>].

Note : L'infection à *N. gonorrhoeae* augmente le risque d'acquisition et de transmission du VIH.

15. Syphilis

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Infection bactérienne causée par <i>Treponema pallidum</i> , sous-espèce <i>pallidum</i> .
Tableau clinique
<p>Non traitée, la syphilis peut évoluer en trois stades cliniques : primaire, secondaire et tertiaire, les deux derniers pouvant être espacés par une phase latente (pendant laquelle la personne atteinte est asymptomatique). Les stades primaire et secondaire peuvent passer inaperçus.</p> <p>Une infection concomitante par le VIH peut modifier le cours naturel de la syphilis. Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le document intitulé « La prise en charge et le traitement de la syphilis chez les adultes infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec » [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001631/].</p> <p>Premier stade : syphilis primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chancre : ulcère superficiel, le plus souvent unique, induré, aux contours réguliers, d'une taille variable pouvant atteindre de un à deux centimètres de diamètre et indolore (sauf en cas de surinfection bactérienne). Il est habituellement localisé au site d'inoculation (région génitale, anorectale ou oropharyngée). • Des adénopathies régionales peuvent être présentes. <p>Second stade : syphilis secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éruption cutanée diffuse : <ul style="list-style-type: none"> – le plus souvent d'aspect maculopapuleux, mais peut prendre diverses formes; – peut toucher la paume des mains et la plante des pieds. • Autres manifestations possibles : condylomes plats, alopecie, uvéite, rétinite, méningite, hépatite. • Syndrome grippal : fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies et fatigue, avec ou sans adénopathies généralisées. <p>Syphilis latente</p> <ul style="list-style-type: none"> • La personne ne présente aucune manifestation clinique de la maladie. Le diagnostic repose sur les analyses sérologiques et sur l'histoire clinique. La syphilis latente est « précoce » si l'infection est apparue il y a moins d'un an et elle est « tardive » si l'histoire et la sérologie ne permettent pas de situer le début de l'infection à moins d'un an. <p>Troisième stade : syphilis tertiaire</p> <p>Chez environ le tiers des personnes non traitées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • gomme syphilitique (principalement lésions cutanées et ostéoarticulaires); • syphilis cardiovasculaire (anévrisme de l'aorte, régurgitation aortique, etc.); • neurosyphilis tertiaire (vertiges, modification de la personnalité, démence, trouble de la démarche, signe d'Argyll Robertson, perte du sens vibratoire, arthropathie de Charcot, etc.). <p>Syphilis congénitale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le risque de transmission de l'infection au fœtus durant la grossesse, pour les femmes non traitées, va de 70 à 100 % dans le cas d'une syphilis primaire ou secondaire; il est de 40 % en présence d'une syphilis latente précoce et de 10 % dans le cas d'une syphilis latente tardive. • Les nouveau-nés sont souvent asymptomatiques. Lorsqu'il y a des symptômes, on observe particulièrement les suivants : renflements, hépatospléno-mégalie, adénopathies, éruption cutanée, lésions mucocutanées, pneumonie, anémie hémolytique, thrombocytopenie ou ostéochondrite.

Durée de l'infection
<ul style="list-style-type: none"> • Les lésions du stade primaire disparaissent d'elles-mêmes en trois à six semaines. • Les lésions du stade secondaire disparaissent habituellement d'elles-mêmes en trois à douze semaines. • Environ deux tiers des personnes atteintes guérissent spontanément après le stade secondaire.
Complications
<p>En l'absence de traitement, les complications suivantes peuvent survenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pendant la grossesse : mortinaissance (dans environ 40 % des grossesses chez les femmes atteintes de syphilis en phase infectieuse : primaire, secondaire ou latente précoce) ou accouchement prématuré; • complications liées au stade tertiaire. Ces complications, une fois établies, peuvent ne pas être complètement réversibles malgré le traitement entrepris.
Période d'incubation
<ul style="list-style-type: none"> • Syphilis primaire : de 10 à 90 jours (en moyenne 21 jours) après le contact infectieux. • Syphilis secondaire : de quatre à dix semaines, mais parfois plusieurs mois, après l'apparition du chancre. • Syphilis tertiaire : en moyenne de 5 à 30 ans après l'acquisition de l'infection.
Période de contagiosité
<p>Les personnes non traitées peuvent transmettre la syphilis jusqu'à un an après l'avoir contractée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • syphilis primaire et secondaire : le risque de transmission de l'infection persiste aussi longtemps que les lésions cutané-muqueuses sont présentes; • syphilis latente précoce (apparue il y a moins d'un an) : le risque de transmission de l'infection demeure présent. <p>À la suite d'un traitement de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce :</p> <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à sept jours après la fin d'un traitement à dose unique, ou jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples, ET • jusqu'à la résolution des symptômes, en présence de lésions causées par une syphilis primaire ou secondaire.

Réservoir
L'être humain.
Épidémiologie
<p>Au Québec, en Amérique du Nord et en Europe, la syphilis touche particulièrement les HARSAH.</p> <p>Au Québec, on a observé une augmentation du nombre de cas depuis 2001 avec plus de 700 en 2015.</p> <p>Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/its], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».</p>
Modes de transmission
<ul style="list-style-type: none"> • Contact avec des sécrétions génitales infectées : <ul style="list-style-type: none"> – dans un contexte sexuel; – de la mère infectée à son enfant, pendant l'accouchement. • Contact direct avec les exsudats des lésions de la peau ou des muqueuses : <ul style="list-style-type: none"> – dans un contexte sexuel; – par une exposition à de la peau non intacte (p. ex. : frottement corps contre corps); – de la mère infectée à son enfant, pendant l'accouchement. • Transmission transplacentaire : de la mère infectée à son fœtus. • Transmission sanguine (si la source présente une syphilis infectieuse, mode de transmission moins fréquent) : <ul style="list-style-type: none"> – par transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées (p. ex. : dans certains pays étrangers); – lorsqu'il y a partage de matériel d'injection de drogues (ce mode de transmission est possible, mais rare, et les données épidémiologiques actuelles ne montrent aucune évidence quant à la présence d'une épidémie chez les UDI au Québec). <p>Pour en savoir davantage sur les modes de transmission de la syphilis, consulter l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097].</p>
Période fenêtre
<p>Le délai minimal avant de pouvoir détecter la syphilis est d'environ dix jours. La période fenêtre se termine douze semaines après l'exposition.</p> <p>Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.</p>
Analyses de biologie médicale
<ul style="list-style-type: none"> • Sérologie dans un contexte de dépistage, ou en présence de symptômes ou de lésions : <ul style="list-style-type: none"> – procéder à un prélèvement veineux aux fins d'une analyse non tréponémique (RPR) ou d'une analyse tréponémique (EIA ou CIA), selon les tests offerts par les laboratoires. Le résultat quantitatif du test non tréponémique (p. ex. : RPR) permet de préciser le stade de l'infection, de suivre la réponse au traitement ou de détecter un nouvel épisode. • En présence de symptômes ou de lésions : <ul style="list-style-type: none"> – analyser un prélèvement d'une lésion cutanée ou d'une lésion des muqueuses par microscopie à fond noir (au Québec, peu de laboratoires offrent cette analyse); – lorsque cela est indiqué, analyser un prélèvement de liquide céphalorachidien obtenu par ponction lombaire.

Analyses de biologie médicale (suite)

Le tableau qui suit propose des interprétations des résultats obtenus. Il est adapté du guide sur le traitement pharmacologique de la syphilis de l'INESSS qui se trouve à l'adresse suivante : [http://www.inesss.qc.ca] section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».

Résultat des analyses sérologiques			Interprétation et options
EIA/CIA	RPR	Épreuves de confirmation ¹	
Sans objet (non fait)	Non réactif	Sans objet (non fait)	1. Pas de tréponématose (pas de syphilis). 2. Si une syphilis en période d'incubation est suspectée, prélever un deuxième sérum trois mois après le contact présumé. 3. Si une syphilis primaire est suspectée, prélever un deuxième sérum de deux à quatre semaines après le début des symptômes. 4. Si une syphilis secondaire est suspectée, aviser le laboratoire afin d'évaluer la possibilité d'un effet « prozone ² ».
Non réactif	Sans objet		
Sans objet (non fait)	Réactif (toutes les dilutions)	Réactif	Tréponématose syphilitique; il est toutefois nécessaire de connaître la présentation clinique et les antécédents de traitement pour préciser l'interprétation : a. syphilis infectieuse (primaire, secondaire ou latente précoce); b. syphilis latente tardive; c. syphilis tertiaire; d. syphilis traitée mais persistance d'un RPR réactif.
Réactif	Réactif (≥ 1:8)	Sans objet	
Réactif	Réactif (dilutions 1:1 à 1:4)	Réactif	
Réactif	Non réactif	Réactif	1. Tréponématose syphilitique; il est nécessaire de connaître la présentation clinique et les antécédents de traitement pour préciser l'interprétation : a. syphilis primaire avant la séroconversion du RPR; b. syphilis secondaire avec effet « prozone ² » du RPR; c. syphilis latente tardive après séroréversion du RPR; d. syphilis traitée. 2. Tréponématose non syphilitique possible (béjel, pian ou pinta).
Sans objet (non fait)	Réactif (toutes les dilutions)	Non réactif	1. Pas de tréponématose; RPR ³ ou EIA/CIA ⁴ , ou les deux, faussement réactifs. 2. Si une syphilis en phase d'incubation ou une syphilis primaire est suspectée, prélever un deuxième sérum dans deux à quatre semaines.
Réactif	Non réactif ou Réactif (dilutions 1:1 à 1:4)		

1. Selon le profil sérologique, les épreuves de confirmation incluront le TP-PA (*Treponema pallidum particle agglutination*), avec ou sans l'INNO-LIA^{MD}.
2. Phénomène *in vitro* s'appliquant au RPR, par lequel un spécimen ayant une haute concentration d'anticorps donne un résultat faussement négatif.
3. Les causes d'un RPR faussement positif incluent certaines collagénoses, la grossesse, l'utilisation de drogues injectables et d'autres infections.
4. Les causes d'un EIA ou d'un CIA faussement positif incluent d'autres infections – dont le béjel, le pian et la pinta – ainsi que des infections par d'autres spirochètes, telles que la borréliose (maladie de Lyme) ou la leptospirose.

Analyses de biologie médicale (suite)

Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter un collègue expérimenté ou se référer :

- à l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » :
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000102/>];
- à la section 8.2 et 8.6 du présent document;
- aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* :
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

Note : Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

MADO

La syphilis est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant :

[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.sf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument&Highlight=0,AS-770>].

Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant :

[<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>].

Traitement

- Le traitement de la syphilis primaire, secondaire ou latente précoce consiste généralement en l'administration d'antibiotiques par voie intramusculaire, en dose unique.
- Le traitement de la syphilis latente tardive ou latente de durée inconnue consiste généralement en l'administration d'antibiotiques par voie intramusculaire, une fois par semaine pendant trois semaines.
- L'efficacité du traitement est évaluée en fonction du tableau clinique et du suivi sérologique. Pour les recommandations concernant les contrôles sérologiques et cliniques chez toute personne traitée, se référer au guide sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : syphilis [<http://www.inesss.qc.ca>], section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».
- Pour des précisions sur le traitement, consulter un collègue expérimenté ou se référer aux documents suivants :
 - guide sur le traitement pharmacologique de la syphilis de l'INESSS qui se trouve à l'adresse suivante : [<http://www.inesss.qc.ca>], section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS »;
 - *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* : [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>];
 - *La prise en charge et le traitement de la syphilis chez les adultes infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001631/>].
- Le traitement est gratuit pour la personne atteinte et pour ses partenaires, en vertu du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS). Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le document intitulé « Renseignements complémentaires » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000103/>].

Prévention

Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document.

- La mesure suivante permet de diminuer le risque de transmission de la syphilis d'une personne infectée à une personne non infectée :
 - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à la fin de la période de contagiosité ou, si c'est impossible, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales.
- Les mesures suivantes présentent des avantages pour les personnes ayant une syphilis :
 - suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : traitement, suivi) leur permet d'éviter des complications;
 - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec leurs partenaires non traités leur permet de prévenir une nouvelle infection.
- La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de la syphilis :
 - collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires pour que tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire habituel, soient identifiés, avisés, évalués, dépistés et, dans certains cas, traités le plus rapidement possible. Consulter à ce sujet l'outil intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>].

Note : La syphilis augmente le risque d'acquisition et de transmission du VIH.

16. Hépatite A

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Infection du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA).
Tableau clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë : <ul style="list-style-type: none"> – moins de 10 % des enfants de moins de 6 ans ont des symptômes; – la majorité des adultes sont symptomatiques : fièvre, malaises, céphalées, myalgies, anorexie, nausées, vomissements et diarrhée suivis, après quelques jours, d'ictère, de selles pâles et d'urines foncées. • Il n'y a pas d'infection chronique.
Durée de l'infection
<p>L'infection aiguë dure de quelques jours à plusieurs semaines. La guérison survient dans les deux mois chez environ les deux tiers des patients.</p> <p>Il n'y a pas de porteur chronique.</p>
Complications
<ul style="list-style-type: none"> • Hépatite fulminante rare : plus fréquente chez les personnes ayant une maladie hépatique sous-jacente, notamment les personnes porteuses du VHC. • Mortalité de l'hépatite A aiguë symptomatique : se présente dans 0,1 à 0,5 % des cas; mortalité de 1,8 % chez les adultes de plus de 50 ans et jusqu'à 4,6 % chez les porteurs d'une maladie chronique du foie.
Période d'incubation
De 15 à 50 jours, mais de 28 jours en moyenne.
Période de contagiosité
<p>Le virus est excrété dans les selles. Le risque de transmission est présent, chez les adultes, environ deux semaines avant le début des manifestations cliniques (p. ex. : ictère, pic d'activité des enzymes hépatiques chez les cas anictériques) et jusqu'à une semaine après. Les enfants et les nourrissons peuvent excréter le VHA plus longtemps que les adultes, soit jusqu'à plusieurs mois après le début de la maladie. Les personnes atteintes d'hépatite A peuvent transmettre l'infection même si elles sont asymptomatiques.</p> <p>Une fois l'infection résolue, il n'y a aucun risque de transmission.</p>
Réservoir
L'être humain. Dans de rares cas, les chimpanzés et certains autres primates non humains.

Épidémiologie

- Au Québec, avant 2007, le nombre moyen de cas par année était de 100, puis il a diminué progressivement à moins de 50 par année.
- Le voyage dans une région où l'infection est endémique demeure le facteur de risque le plus important.

Modes de transmission

- Transmission fécale orale (principal mode de transmission) :
 - par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés;
 - de personne à personne, par des contacts rapprochés (p. ex. : personnes vivant sous le même toit);
 - au cours de relations sexuelles orales-anales (anilingus);
 - au cours de la préparation ou de la consommation de drogues dans des conditions non hygiéniques.
- Transmission sanguine (si la source présente une hépatite A, mode de transmission moins fréquent). Lorsqu'il y a un partage de matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation de drogues, ou partage de la drogue elle-même (ce mode de transmission est possible, mais probablement rare, il n'existe pas de données québécoises sur la prévalence ou l'incidence de l'hépatite A chez les UDI au Québec).

Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VHA, consulter le document suivant :

- l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097>].

Analyses de biologie médicale

- Analyse à des fins de dépistage de l'infection : aucune analyse n'est indiquée.
- Analyse en présence de symptômes : sérologie. Procéder à un prélèvement veineux pour vérifier la présence d'une infection aiguë par la recherche des anticorps IgM contre le VHA (anti-VHA IgM).
- Analyse à des fins de détection de l'immunité (lorsqu'indiqué) : sérologie.
Procéder à un prélèvement veineux pour vérifier l'état immunitaire de la personne (à la suite d'une infection antérieure ou de la vaccination) par la recherche des anticorps IgG totaux contre le VHA (anti-VHA IgG).
La détection systématique des anti-VHA n'est généralement pas recommandée avant la vaccination et, lorsqu'elle est indiquée, elle ne devrait pas retarder la vaccination si une exposition est prévisible.
La détection systématique des anti-VHA après la vaccination n'est pas recommandée.
Pour les analyses sérologiques liées à la vaccination, consulter le PIQ [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>].

Notes :

- Il est nécessaire de préciser, sur le formulaire envoyé au laboratoire, l'analyse demandée : détection de l'immunité (anti-VHA IgG) ou d'une hépatite aiguë (anti-VHA IgM).
- Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

MADO

L'hépatite A est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant :

[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.sf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument&Highlight=0,AS-770>].

Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>].

Traitement

De façon générale, l'infection guérit spontanément, sans traitement. Si nécessaire, on peut offrir un traitement de soutien pour soulager les symptômes.

Prévention

L'apparition d'anti-VHA IgG à la suite d'une infection entraîne une immunité qui protège contre les réinfections pour toute la vie.

Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une hépatite A par transmission sexuelle. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document.

- L'immunisation permet également d'éviter de contracter l'hépatite A. Au Québec, dans le cadre du programme de vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4^e année du primaire, le vaccin utilisé depuis 2008 est le vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B. De plus, il est recommandé :
 - de procéder à l'immunisation contre l'hépatite A des personnes faisant partie des groupes à risque. Pour les indications ou les recommandations liées à la vaccination, consulter le PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] ou l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>]. La durée de la protection conférée par le vaccin est de plus de vingt ans chez les personnes en bonne santé;
 - de fournir de l'information sur l'immunisation contre l'hépatite A aux personnes voyageant dans des pays où cette infection est endémique et de les inviter à appliquer les autres mesures de prévention indiquées (p. ex. : éviter l'ingestion d'eau contaminée). Dans ce contexte, le vaccin n'est pas soutenu financièrement par le MSSS. Consulter à ce sujet le PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] ou le *Guide d'intervention santé voyage* : [<http://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/guide/>];
 - d'administrer une prophylaxie post-exposition (PPE) aux personnes qui ont eu une ou des expositions significatives à un cas d'hépatite A pendant sa période de contagiosité (immunoglobulines ou vaccin). Consulter à ce sujet le PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>].
- Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l'hépatite A d'une personne infectée à une personne non infectée :
 - se laver les mains après être allé aux toilettes et avant toute manipulation d'aliments (les personnes infectées ne devraient pas préparer de la nourriture pour d'autres qu'elles-mêmes);
 - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles orales-anales jusqu'à la fin de la période de contagiosité ou, si c'est impossible, utiliser un carré de latex (ex. : digue dentaire) avec tous ses partenaires sexuels non immuns;
 - ne pas partager de drogues ni de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues.

Prévention (suite)

- La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'hépatite A :
 - collaborer à l'intervention préventive auprès des contacts de cas d'hépatite A aiguë, selon les recommandations de la Direction de santé publique de sa région.
- Les mesures suivantes permettent aux personnes ayant une hépatite A d'éviter une détérioration de leur état de santé :
 - suivre les recommandations de l'équipe traitante;
 - éviter de consommer de l'alcool;
 - consulter un pharmacien, un médecin ou une IPS avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels.

17. Hépatite B

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Infection du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB).
Tableau clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë : <ul style="list-style-type: none"> – les symptômes peuvent être observés chez 20 à 50 % des adultes, mais ils sont rares chez les nourrissons et les enfants; – les symptômes peuvent être plus ou moins marqués et se présentent comme suit : asthénie, anorexie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, légère fièvre, arthralgies, rash et, dans certains cas, ictère, selles pâles et urines foncées. • Infection chronique : <ul style="list-style-type: none"> – 90 % des nourrissons et moins de 5 % des personnes infectées à l'âge adulte développeront une infection chronique. Dans la majorité des cas, l'infection est asymptomatique. Lorsqu'elle est symptomatique, la fatigue est le symptôme le plus souvent observé.
Durée de l'infection
<ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë : la majorité (95 %) des adultes immunocompétents se rétablissent en six mois et acquièrent une immunité à vie. • Infection chronique : la persistance de l'antigène de surface du VHB (Ag HBs) durant plus de six mois indique une infection chronique.
Complications
<p>Certaines complications peuvent survenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë : évolue rarement vers une hépatite fulminante qui se manifeste par une insuffisance hépatique aiguë avec encéphalopathie et coagulopathie. Cette complication survient dans les huit semaines suivant le début de l'ictère et peut causer la mort. • Infection chronique en l'absence de traitement : après plusieurs décennies d'infection, de 15 à 40 % des patients atteints d'une infection chronique développeront une cirrhose qui se manifestera notamment par les syndromes cliniques suivants : hépatalgie, érythème palmaire, angiomes stellaires, gynécomastie, atrophie testiculaire, ictère et ascite. La cirrhose peut évoluer vers une insuffisance hépatique terminale ou un carcinome hépatocellulaire.
Période d'incubation
De 30 à 180 jours, mais de 60 à 90 jours en moyenne.

Période de contagiosité
<ul style="list-style-type: none"> Phase aiguë : risque de transmission présent de quelques semaines avant l'apparition des symptômes jusqu'à la disparition de l'Ag HBs et à l'apparition des anti-HBs, soit environ six mois après l'acquisition de l'infection chez les personnes qui en guérissent. Les personnes atteintes d'hépatite B aiguë peuvent transmettre l'infection même si elles n'ont pas de symptômes. Porteurs chroniques non traités : le risque de transmission persiste dans la plupart des cas.
Réservoir
L'être humain.
Épidémiologie
<p>Au Québec :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'hépatite B a connu une diminution depuis la mise en place des programmes de vaccination gratuite, notamment depuis 1994 – année où l'on a commencé à administrer le vaccin en 4^e année du primaire – et le taux est plutôt stable depuis 2011; les cas déclarés sont surtout des cas d'infection chronique, les infections aiguës se faisant de plus en plus rares; la possibilité d'éclosions demeure toutefois. <p>Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/its], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».</p>
Modes de transmission
<ul style="list-style-type: none"> Contact avec des sécrétions génitales infectées : <ul style="list-style-type: none"> – dans un contexte sexuel (principal mode de transmission); – de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. Transmission sanguine : <ul style="list-style-type: none"> – par transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées – précisons ici qu'elles sont appliquées universellement au Canada; – lorsqu'il y a partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues ou partage de la drogue elle-même; – par le tatouage, le perçage, l'électrolyse ou l'acupuncture dans des conditions non stériles; – par une exposition percutanée accidentelle ou par une exposition accidentelle des muqueuses à des liquides biologiques contaminés, incluant les piqûres avec des seringues à la traîne; – par contact direct avec de la peau non intacte. Transmission transplacentaire : de la mère infectée à son fœtus (dans moins de 5 % des cas). Transmission par la salive : dans le cas d'une morsure avec déchirure de la peau (très rare). <p>Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VHB, consulter les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097]; <i>Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC</i> : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/];
Période fenêtrée
<p>Le délai minimal avant de pouvoir détecter les Ag HBs est d'une semaine. La période fenêtrée pour détecter les Ag HBs se termine douze semaines après l'exposition.</p> <p>Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.</p>

Analyses de biologie médicale

- Analyse à des fins de dépistage de l'infection : sérologie. Procéder à un prélèvement veineux pour vérifier la présence d'une infection par la recherche des Ag HBs.
- Analyse à des fins de détection de l'immunité (lorsque cela est indiqué) : sérologie. Procéder à un prélèvement veineux pour vérifier l'état immunitaire de la personne (à la suite d'une infection antérieure ou de la vaccination) par la recherche des anti-HBs.

Les analyses recommandées pour le dépistage du VHB chez les personnes immunosupprimées ou les personnes vivant avec le VIH sont différentes. Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter les sections 8.2 et 8.5. Au besoin, consulter un collègue expérimenté.

Afin de déterminer les analyses à effectuer pour le dépistage de l'infection par le VHB à la suite d'un contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement contaminés par le VHB, consulter le *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>].

Le tableau qui suit propose des interprétations des résultats obtenus lorsque les analyses ont été effectuées après la fin de la période fenêtre chez une personne immunocompétente.

Résultats des analyses sérologiques			Interprétation
Ag HBs	Anti-HBc	Anti-HBs	
Négatif	Négatif	Négatif	Absence d'hépatite B (actuelle ou ancienne). Absence d'immunité contre l'hépatite B.
Négatif	Négatif	DéTECTABLE mais < 10 UI/L	Absence d'hépatite B. Immunité possible contre l'hépatite B à la suite de la vaccination, car le taux d'anti-HBs peut diminuer avec le temps (consulter le PIQ).
Négatif	Négatif	Positif ≥ 10 UI/L	Immunité contre l'hépatite B à la suite de la vaccination.
Négatif	Positif	Positif ≥ 10 UI/L ou DÉTECTABLE mais < 10 UI/L	Généralement, hépatite B ancienne résolue.
Positif	Négatif	Négatif ou DÉTECTABLE mais < 10 UI/L	Profil inhabituel (répéter la sérologie) pouvant survenir lorsque la sérologie est effectuée : <ul style="list-style-type: none"> • moins de 28 jours après la vaccination (présence d'Ag HBs de façon transitoire); • en présence d'une infection aiguë, avant l'apparition des anti-HBc.
Positif	Positif	Négatif ou DÉTECTABLE mais < 10 UI/L	Hépatite B aiguë ou chronique.
Négatif	Positif	Négatif	Plusieurs interprétations possibles (consulter un collègue expérimenté).
Positif	Positif ou Négatif	Positif ≥ 10 UI/L	Profil inhabituel (répéter la sérologie : si ce profil est obtenu de nouveau, consulter un collègue expérimenté).

Analyses de biologie médicale (suite)

Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer :

- à l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » :
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000102/>];
- à la section 8.2 du présent document;
- aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* :
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>];
- au *Protocole d'immunisation du Québec* pour les analyses recommandées afin de vérifier le statut immunitaire, avant ou après la vaccination : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>].

Note : Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

MADO

L'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant :

[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.sf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument&Highlight=0,AS-770>].

Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant :

[<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>].

Traitement

- Une thérapie antivirale n'est généralement pas indiquée en phase aiguë. Si nécessaire, un traitement de soutien peut soulager les symptômes.
- Le traitement de l'infection chronique par le VHB vise à prévenir ou à réduire la progression de l'atteinte hépatique et les complications qui y sont associées.
- Lorsqu'il est indiqué, le traitement consiste en des injections par voie sous-cutanée ou en l'administration de comprimés par voie orale. La durée du traitement varie de plusieurs mois à toute la vie.

Pour des précisions sur le traitement, se référer aux publications suivantes :

- « Management of chronic hepatitis B : Canadian Association for the Study of the Liver consensus guidelines », article paru dans le *Canadian Journal of Gastroenterology* en décembre 2012 :
[<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551569/>];
- *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite B (VHB) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* :
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000688/>].

Prévention

L'apparition d'anti-HBs à la suite d'une infection entraîne habituellement une immunité qui protège contre les réinfections pour toute la vie.

Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document.

Prévention (suite)

- Les mesures suivantes permettent d'éviter la propagation de l'hépatite B :
 - se faire immuniser contre l'hépatite B si l'on fait partie d'un groupe à risque. Pour les indications ou les recommandations relatives à la vaccination, consulter le PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] ou l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>]. La durée de la protection conférée par le vaccin est de plus de vingt ans chez les personnes en bonne santé;
 - prendre une prophylaxie post-exposition (PPE) : à la suite d'une exposition à des sécrétions génitales, à du sang ou à un autre liquide biologique susceptible de transmettre des infections à diffusion hématogène, une PPE peut être indiquée, selon les recommandations du *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>] et la partie « Exposition par voie percutanée, muqueuse ou cutanée » de la section 10.4.2 [HB : vaccin contre l'hépatite B] du PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>].
- Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l'hépatite B d'une personne infectée à une personne non infectée :
 - utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels non immuns et pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales;
 - ne pas partager de drogues ni de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues;
 - ne pas donner de sang, de sperme, d'organes ni de tissus;
 - ne pas partager ses articles d'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, paire de ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents);
 - couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang;
 - avoir recours à une thérapie antivirale;
 - informer son médecin, sa sage-femme ou son IPS d'une grossesse – celle de la personne infectée ou de sa partenaire – effective ou planifiée : des interventions sont possibles pour prévenir l'infection chez le nouveau-né. L'allaitement n'est pas contre-indiqué. En présence de crevasses ou de saignements du mamelon, une évaluation est suggérée mais, si le nouveau-né est rapidement protégé contre le VHB après sa naissance, l'allaitement n'est pas contre-indiqué.
- La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'hépatite B :
 - collaborer à l'intervention préventive auprès des contacts domiciliaires de la personne atteinte d'une hépatite B aiguë ou chronique et auprès de ses partenaires sexuels. Ces personnes pourront faire l'objet d'une évaluation et d'un dépistage, avoir de l'information et recevoir un vaccin ou des immunoglobulines, selon les recommandations du PIQ [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>] et du document intitulé *L'hépatite B : Guide d'intervention* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000053/>].
- Les mesures suivantes permettent aux personnes ayant une hépatite B d'éviter une détérioration de leur état de santé :
 - suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi régulier et traitement, lorsque cela est indiqué);
 - se faire vacciner contre l'hépatite A, le pneumocoque et l'influenza en plus de compléter l'immunisation de base. Se référer aux recommandations du PIQ : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>];
 - éviter de consommer de l'alcool;
 - avoir de saines habitudes de vie, incluant le maintien d'un poids santé;
 - consulter un pharmacien, un médecin ou une IPS avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels;
 - informer son pharmacien, son médecin ou son IPS de son infection par le VHB lorsque l'on doit prendre un nouveau médicament pour une autre condition.

18. Hépatite C

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Infection du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Il existe plusieurs génotypes du VHC.
Tableau clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë (moins de six mois après que l'infection ait été contractée) : souvent asymptomatique (dans environ 80 % des cas). Les manifestations possibles sont les suivantes : anorexie, fatigue, douleur abdominale vague ou située au quadrant supérieur droit, nausées, vomissements, fièvre légère, ictère, urines foncées et selles pâles. • Infection chronique (infection qui persiste plus de six mois) : généralement asymptomatique, fatigue persistante ou intermittente, ou malaise général.
Durée de l'infection
<ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë : environ 25 % des personnes infectées guérissent sans traitement en six mois ou moins. La probabilité d'éliminer spontanément le VHC est moindre en présence d'une co-infection par le VIH et chez les personnes immunosupprimées. • Infection chronique : sans traitement, l'infection persiste en général toute la vie.
Complications
<ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë : hépatite fulminante très rare. • Infection chronique, en l'absence de traitement, après plusieurs années : <ul style="list-style-type: none"> – cirrhose (dans 10 à 40 % des cas, dans un délai variant entre 10 ans et plus de 50 ans et progression plus rapide en présence de cofacteurs comme la consommation d'alcool, le diabète, la stéatose hépatique, un âge supérieur à 40 ans au moment de l'acquisition de la maladie ainsi que la co-infection par le VIH ou par d'autres virus hépatotropes); – insuffisance hépatique (de 4 à 5 % de personnes atteintes par an en présence de cirrhose); – carcinome hépatocellulaire (de 1 à 4 % de personnes atteintes par an en présence de cirrhose).
Période d'incubation
De deux semaines à six mois, mais de six à neuf semaines en moyenne.
Période de contagiosité
<ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë : le risque de transmission est présent d'une à plusieurs semaines avant l'apparition des symptômes. Les personnes atteintes d'hépatite C aiguë peuvent transmettre l'infection même si elles sont asymptomatiques. • Porteurs chroniques : le risque de transmission persiste en général pour le reste de leur vie, à moins que le virus ne soit éradiqué à la suite d'un traitement.

Réservoir
L'être humain.
Épidémiologie
<p>Au Québec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • on compte environ 1 000 cas déclarés par année. La prévalence s'approcherait de 1 %; • les nouvelles infections touchent principalement les UDI. <p>Au Canada, une proportion importante des personnes infectées ignore l'être. Il est difficile d'estimer avec précision cette proportion, elle serait de 44 % selon certaines estimations.</p> <p>Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/its], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».</p>
Modes de transmission
<ul style="list-style-type: none"> • Transmission sanguine : <ul style="list-style-type: none"> – lorsqu'il y a partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues (principal mode de transmission) ou partage de la drogue elle-même; – par le tatouage, le perçage, l'électrolyse ou l'acupuncture dans des conditions non stériles; – par transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées – précisons ici qu'elles sont appliquées universellement au Canada; – par une exposition percutanée accidentelle à des liquides biologiques contaminés, incluant les piqûres avec des seringues à la traîne; – par contact direct avec de la peau non intacte; – à la suite d'une morsure avec déchirure cutanée par une personne infectée ayant du sang dans la bouche. • Transmission de la mère infectée à son enfant pendant l'accouchement : <ul style="list-style-type: none"> – une transmission est possible, mais rare : dans environ 3 à 5 % des cas; le risque est plus élevé, jusqu'à 36 % des cas, en présence d'une co-infection par le VIH. • Transmission sexuelle : <ul style="list-style-type: none"> – rare chez les couples hétérosexuels; – rapportée chez les HARSAH vivant avec le VIH lorsqu'ils s'adonnent à des pratiques sexuelles anales ou à des pratiques où le risque de traumatisme est élevé, en présence de sang et de lésions associées à d'autres ITS; – le risque d'acquisition pourrait être plus élevé pour les HARSAH qui ont des comportements sexuels à risque justifiant la prescription d'une prophylaxie préexposition pour le VIH. <p>Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VHC, consulter les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097]; • <i>Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC</i> : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/].
Période fenêtre
<p>Le délai minimal avant de pouvoir détecter les anti-VHC est de six semaines. La période fenêtre pour détecter les anti-VHC se termine douze semaines après l'exposition. Chez les personnes vivant avec le VIH et les personnes immunosupprimées, la période fenêtre peut être plus longue.</p> <p>Les notions de <i>délai minimal</i> et de <i>période fenêtre</i> ne sont pas utilisées pour déterminer le moment opportun pour effectuer la recherche de l'ARN du VHC.</p>

Analyses de biologie médicale

Dans le contexte du dépistage :

- procéder à des prélèvements veineux :
 - en vue de rechercher des anti-VHC;
 - en vue d'une recherche qualitative de l'ARN du VHC lorsque l'anti-VHC est positif ou indéterminé, cela afin de confirmer la présence de l'infection.

Les analyses recommandées varient en fonction des situations (voir la section 8.2 et l'annexe VI).

Le tableau qui suit propose des interprétations des résultats obtenus lorsque les analyses ont été effectuées après la fin de la période fenêtre chez une personne immunocompétente.

Résultats des analyses sérologiques		Interprétation
Anti-VHC	ARN du VHC	
Négatif	Négatif ou analyse non recommandée	Absence d'hépatite C
Négatif	Positif	Hépatite C aiguë
Positif	Positif	Hépatite C aiguë ou chronique
Positif	Négatif	Infection antérieure par le VHC. Ce profil peut refléter l'une des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Hépatite C antérieure guérie (sans traitement) La guérison est confirmée par l'obtention de résultats négatifs lors d'une recherche qualitative d'ARN du VHC sur deux échantillons prélevés à douze semaines d'intervalle; • Hépatite C guérie à la suite d'un traitement La guérison est confirmée par l'obtention d'un résultat négatif lors d'une recherche qualitative d'ARN du VHC trois mois après la fin du traitement; • Hépatite C récente La charge virale du VHC (ARN du VHC) peut fluctuer pendant les premiers mois suivant l'exposition.
Indéterminé	Positif	Hépatite C aiguë ou chronique
Indéterminé	Négatif	Absence d'hépatite C

Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux documents suivants :

- outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000102/>];
- *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, MSSS, à paraître.

Note : Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

MADO

L'hépatite C est une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant :

[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.sf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument&Highlight=0,AS-770>].

Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant :

[<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>].

Traitement

- Une thérapie antivirale permet d'éradiquer l'infection chez la plupart des personnes infectées. Le type de traitement et son succès dépendent, entre autres, du génotype du virus, des traitements antérieurs reçus pour l'hépatite C et de la présence de complications (insuffisance hépatique, cirrhose).
- Des combinaisons thérapeutiques par voie orale et sans injection, de plus courtes durées, plus efficaces et mieux tolérées sont maintenant offertes. Certaines combinaisons thérapeutiques consistent toujours en des injections par voie sous-cutanée et l'administration de comprimés par voie orale.

Pour des précisions sur le traitement, se référer au document intitulé *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, à paraître).

Prévention

La guérison ou la présence d'anticorps contre le VHC ne procurent pas d'immunité et ne protègent pas contre les réinfections.

Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C.

Bien qu'il n'existe aucune prophylaxie post-exposition pour le VHC, une évaluation est indiquée à la suite d'une exposition à du sang ou à un autre liquide biologique susceptible de transmettre des infections à diffusion hématogène. Consulter le *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>].

- Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l'hépatite C d'une personne infectée à une personne non infectée :
 - ne pas partager de drogues ni de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues;
 - ne pas donner de sang, de sperme, d'organes ni de tissus;
 - ne pas partager ses articles d'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, paire de ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents);
 - couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang;
 - en présence de sang (menstruations ou pratiques sexuelles où le risque de traumatisme est élevé), utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels et pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales ou anales;
 - en présence d'une co-infection par le VIH, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels et pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales;
 - informer son médecin, sa sage-femme ou son IPS d'une grossesse – celle de la personne infectée ou de sa partenaire – effective ou planifiée. L'allaitement n'est pas contre-indiqué. En présence de crevasses ou de saignements du mamelon, une évaluation est suggérée.

Prévention (suite)

- Les mesures suivantes permettent aux personnes infectées par le VHC d'éviter une détérioration de leur état de santé :
 - suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi régulier et traitement, lorsque cela est indiqué);
 - se faire vacciner contre l'hépatite A, l'hépatite B, le pneumocoque et l'influenza en plus de compléter l'immunisation de base. Se référer aux recommandations du PIQ à ce sujet :
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>];
 - éviter de consommer de l'alcool;
 - avoir de saines habitudes de vie, incluant le maintien d'un poids santé;
 - consulter un pharmacien, un médecin ou une IPS avant de consommer des médicaments en vente libre ou des produits naturels;
 - informer son pharmacien, son médecin ou son IPS de son infection par le VHC lorsque l'on doit prendre un nouveau médicament pour une autre condition.

19. Infection par le VIH

La présente fiche contient de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
Tableau clinique
<p>En l'absence de traitement, l'infection par le VIH évolue en quatre phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> • infection primaire ou aiguë : la majorité des personnes en primo-infection présenteront des symptômes (syndrome rétroviral aigu). Ceux-ci sont souvent non spécifiques ou de faible gravité et se résolvent généralement spontanément. Ils s'apparentent à ceux d'autres syndromes viraux, de même qu'à ceux de la grippe et de la mononucléose (fièvre, myalgies, maux de gorge, céphalées, nausées, diarrhée et vomissements, etc.). Ils peuvent être accompagnés d'adénopathies généralisées, d'une éruption cutanée, d'une candidose buccale et d'une ulcération des muqueuses. Des ulcérations de la cavité buccale sont également souvent rapportées; • infection chronique asymptomatique : période de latence clinique qui, comme son nom l'indique, est asymptomatique et qui suit l'infection primaire ou aiguë; • infection chronique symptomatique : lorsque la réplication virale affaiblit le système immunitaire, cela peut entraîner une difficulté à combattre des infections. Les personnes infectées peuvent alors ressentir des symptômes tels que fatigue, diarrhée constante et fièvre persistante; • sida, qui est l'étape la plus avancée de l'infection. L'effondrement graduel du système immunitaire peut conduire à des manifestations cliniques liées à des infections opportunistes et à certains cancers.
Durée de l'infection
<p>Une fois contractée, l'infection persiste toute la vie (infection chronique).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection primaire ou aiguë : les symptômes durent d'une à trois semaines dans la majorité des cas. • Infection chronique asymptomatique : durée variable, de sept à dix ans sans traitement. • Infection chronique symptomatique et sida : environ un an (survie sans traitement).
Complications
<p>En l'absence de traitement, complications ayant un lien avec l'immunodéficience :</p> <ul style="list-style-type: none"> • infections opportunistes (p. ex. : pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i>, toxoplasmose cérébrale, infection à complexe <i>Mycobacterium avium</i> disséminée); • maladie neurologique primaire (p. ex. : démence liée au sida); • cancers (p. ex. : lymphome, sarcome de Kaposi). <p>Réactions psychosexuelles : stigmatisation intériorisée, sentiment de culpabilité, <i>self-blame</i>, symptômes dépressifs et anxiété, impression d'être victime de la fatalité, idées suicidaires, retrait social, diminution du désir sexuel, malaise social, léthargie.</p>

Période d'incubation
<ul style="list-style-type: none"> • Infection primaire ou aiguë : de deux à quatre semaines après l'exposition au VIH. • Sida : plusieurs années après l'exposition au virus; varie d'une personne à l'autre en fonction de diverses caractéristiques.
Période de contagiosité
<p>Le risque de transmission de l'infection apparaît rapidement après que l'infection a été contractée et persiste indéfiniment. Ce risque est plus élevé lorsque la charge virale est très élevée, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pendant l'infection primaire ou aiguë (un risque de transmission très élevé peut persister jusqu'à six à douze semaines après que l'infection a été contractée); • pendant la phase du sida.
Réservoir
<p>L'être humain. Des virus similaires ont été détectés chez certaines espèces de singes.</p>
Épidémiologie
<p>Au Québec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • près de 300 nouveaux cas d'infection par le VIH sont enregistrés chaque année; • cette infection touche particulièrement les HARSAH, les UDI et les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique; • de façon générale, depuis quelques années, on observe une tendance à la baisse des nouveaux cas enregistrés, bien qu'une tendance à la hausse ait été observée chez les jeunes HARSAH de 15 à 24 ans en 2010-2013. <p>Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le document intitulé <i>Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec</i> : [http://www.inspq.qc.ca/publications/2192].</p>
Modes de transmission
<ul style="list-style-type: none"> • Contact avec des sécrétions génitales infectées : <ul style="list-style-type: none"> – dans un contexte sexuel; – de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement. • Transmission transplacentaire : de la mère vivant avec le VIH à son fœtus. • Transmission postnatale : se produisant par l'allaitement (en Amérique du Nord, l'allaitement est contre-indiqué pour les mères infectées par le VIH). • Transmission sanguine : <ul style="list-style-type: none"> – par transfusion sanguine, lorsque les mesures de sécurité transfusionnelles ne sont pas appliquées – précisons ici qu'elles sont appliquées universellement au Canada; – lorsqu'il y a partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues ou partage de la drogue elle-même; – par le tatouage ou le perçage dans des conditions non stériles; – par une exposition percutanée accidentelle ou par une exposition accidentelle des muqueuses à des liquides biologiques contaminés, incluant les piqûres avec des seringues à la traîne; – par contact direct du sang avec de la peau non intacte. <p>Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VIH, consulter les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097]; • <i>Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC</i> : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/].

Période fenêtre

Le délai minimal avant de pouvoir détecter l'infection par le VIH est de 14 jours après l'exposition avec les trousse de 4^e génération et de 21 jours après l'exposition avec les trousse de 3^e génération. Sauf exception, la période fenêtre se termine 12 semaines après que l'infection a été contractée. Les exceptions sont les suivantes : immunosuppression consécutive à une autre maladie, infection chez un bébé né de mère infectée et, possiblement – bien que cela ne soit pas démontré –, le fait d'avoir reçu une prophylaxie antirétrovirale ou d'avoir une infection simultanée par le VHC.

Pour obtenir des renseignements complémentaires, voir la section 8.2.

Analyses de biologie médicale

Sérologie dans un contexte de dépistage :

- procéder à un prélèvement veineux : selon les laboratoires, détection combinée des anticorps anti-VIH 1 et 2 seuls (trousse de 3^e génération) ou détection combinée des anticorps anti-VIH 1 et 2 ainsi que de l'Ag p24 (trousse de 4^e génération);
- procéder à un prélèvement capillaire, dans certains milieux, à l'aide de la trousse de dépistage rapide du VIH (détection des anticorps anti-VIH 1 et 2 seulement).

Notes :

- Tous les résultats positifs de tests de détection des anti-VIH font l'objet de tests de confirmation effectués au LSPQ.
- Il faut répéter tous les tests sérologiques initialement positifs au VIH à l'aide d'un second échantillon de sang pour exclure les erreurs de laboratoire et confirmer le diagnostic.
- Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer :

- à l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000102/>];
- à la section 8.2 du présent document;
- au supplément au présent guide, intitulé *Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide* [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000092/>];
- aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* : [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

MADO

L'infection par le VIH et le sida sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO) si, et seulement si, la personne atteinte a soit donné du sang, des organes ou des tissus, soit reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus. Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant : [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.sf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument&Highlight=0,AS-770>].

Cependant, le VIH et le sida font l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population.

Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire et la surveillance de l'infection par le VIH, consulter :

- sur le site Web du MSSS, la page d'accueil consacrée aux maladies à déclaration obligatoire [<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>];
- le document intitulé *Surveillance de l'infection par le VIH au Québec* : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000359/?&txt=Surveillance%20&msss_valpub&date=DESC].

Traitement

Il n'existe pas de traitement pour guérir l'infection. Une combinaison de médicaments antirétroviraux permet d'inhiber la réplication virale à des niveaux indétectables, de ralentir de façon importante la progression de l'infection et de reconstituer le système immunitaire. Ce traitement diminue de façon importante le risque de voir l'infection évoluer vers le sida. Il permet aux personnes qui ont le VIH de vivre presque aussi longtemps que les autres et d'avoir une bonne qualité de vie.

Lorsqu'il est indiqué, le traitement consiste généralement en des comprimés par voie orale. Des effets secondaires peuvent être associés à la prise de médicaments antirétroviraux (p. ex. : anomalies métaboliques telles que l'hyperglycémie ou l'hyperlipidémie, insuffisance rénale, pancréatite, neuropathie périphérique).

Pour des précisions sur le traitement, consulter un collègue expérimenté ou se référer aux documents suivants :

- *La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000733/>];
- *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000161/>];
- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* : [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

Prévention

Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document.

- Les mesures suivantes permettent d'éviter de contracter l'infection par le VIH :
 - prendre une prophylaxie préexposition (PPrE) : lorsque le risque de contracter le VIH est élevé, une PPrE peut être indiquée, selon les recommandations présentées dans *La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, à paraître);
 - prendre une prophylaxie post-exposition (PPE) : après une exposition à des sécrétions génitales, à du sang ou à un autre liquide biologique susceptible de transmettre des infections à diffusion hématogène, une PPE peut être indiquée, selon les recommandations du *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>].
- Il n'existe aucun vaccin prophylactique ou thérapeutique contre l'infection par le VIH.
- Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission du VIH d'une personne infectée à une personne non infectée :
 - utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales;
 - ne pas partager de drogues ni de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues;
 - ne pas donner de sang, de sperme, d'organes ni de tissus;
 - ne pas partager ses articles d'hygiène personnelle (p. ex. : rasoir, paire de ciseaux, coupe-ongles, brosse à dents);
 - couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang;
 - consulter un professionnel de la santé pour un dépistage périodique des ITSS si l'on a des comportements à risque;
 - atteindre et maintenir une charge virale indétectable grâce à une thérapie antirétrovirale;
 - informer son médecin, sa sage-femme ou son IPS d'une grossesse – celle de la personne infectée ou de sa partenaire – effective ou planifiée, le traitement antirétroviral pris pendant la grossesse diminuant considérablement la transmission périnatale du VIH;
 - éviter l'allaitement maternel.

Prévention (suite)

- La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de l'infection par le VIH :
 - collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires pour que tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire habituel, soient identifiés, avisés, évalués et dépistés le plus rapidement possible. Consulter à ce sujet l'outil intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>].
- Les mesures suivantes permettent aux personnes infectées par le VIH d'éviter une détérioration de leur état de santé :
 - suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : suivi régulier, prise d'antirétroviraux ou recours à une prophylaxie contre les infections opportunistes, si cela est indiqué);
 - avoir de saines habitudes de vie;
 - se faire vacciner – plusieurs vaccins sont recommandés systématiquement à toutes les personnes vivant avec le VIH alors que d'autres sont recommandés à des populations déterminées ou dans des circonstances particulières.

Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000161/>].

20. Condylomes acuminés

La présente fiche comporte de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Les condylomes acuminés font partie d'un ensemble d'infections causées par les virus du papillome humain (VPH). Les condylomes sont causés par les génotypes à faible risque oncogène du VPH. Les génotypes 6 et 11 causent plus de 85 % des condylomes acuminés.
Tableau clinique
<p>Une proportion importante des infections anogénitales causées par les VPH à faible risque oncogène sont asymptomatiques et subcliniques. Chez les personnes qui présentent des signes d'infection, les condylomes acuminés sont parmi les manifestations les plus fréquentes. Les personnes qui ont des condylomes rapportent rarement d'autres symptômes que l'apparition de ces excroissances. Parmi les autres symptômes, on peut noter les saignements, le prurit et les écoulements locaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les condylomes acuminés sont des lésions exophytiques en forme de chou-fleur, de crête de coq ou encore des excroissances papuleuses sur la peau et les membranes muqueuses anogénitales. Ces lésions sont souvent multiples, asymétriques et polymorphiques. • Chez les femmes, les sites où l'on retrouve le plus souvent des condylomes sont la vulve, le périnée, la région péri-anale et, plus rarement, les aines, le vagin et le col utérin. • Chez les hommes, les sites où l'on retrouve le plus souvent des condylomes sont le pénis, la région périanale, l'anus, le scrotum et les aines. • Des lésions peuvent parfois être présentes sur la langue, les lèvres, le palais ou le larynx. • Les manifestations les moins fréquentes des condylomes comprennent des lésions légèrement surélevées, des lésions papuleuses ou maculaires, avec ou sans kératinisation, et une pigmentation brune, grise ou bleuâtre aussi appelée « papulose bowénoïde ». • Les condylomes peuvent resurgir plusieurs mois ou plusieurs années après leur disparition, plus particulièrement dans certaines situations (grossesse, état d'immunosuppression, etc.). Il est toutefois difficile de savoir s'il s'agit d'une réactivation du virus ou d'une nouvelle infection. Les condylomes peuvent aussi augmenter de taille durant la grossesse.
Durée de l'infection
La moitié des condylomes auront disparu en quatre mois, peu importe le traitement.
Complications
<p>En l'absence de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • papillomatose respiratoire récidivante chez les jeunes enfants et les adultes; • condylomes géants (tumeur de Buschke-Löwenstein) pouvant, dans de rares cas, devenir invasifs et survenant surtout chez les personnes immunosupprimées; • possibilité d'obstruction du canal génital ou de saignement excessif au moment du travail ou de l'accouchement. <p>Réactions psychosexuelles : anxiété, impact sur les activités sexuelles et sur l'image corporelle, état dépressif.</p>

Période d'incubation
De trois semaines à plusieurs mois, voire des années.
Période de contagiosité
<p>Bien qu'aucune étude ne montre que le traitement ou la disparition des condylomes réduit la probabilité de transmission ou la durée de la contagiosité, il est possible que ce soit le cas.</p> <p>Les connaissances actuelles ne permettent pas de déterminer si les porteurs asymptomatiques de VPH associé aux condylomes sont aussi contagieux que les personnes présentant des condylomes.</p>
Réservoir
L'être humain.
Épidémiologie
<ul style="list-style-type: none"> • On a estimé qu'environ 14 000 cas de condylomes pourraient être diagnostiqués annuellement au Québec. • Les condylomes touchent les femmes et les hommes. • L'âge moyen des personnes présentant des condylomes est de 32 ans pour les femmes et de 33 ans pour les hommes. • Ces dernières années, la fréquence du VPH semble avoir diminué dans les pays qui ont mis en œuvre un programme d'immunisation contre le VPH pour les femmes.
Modes de transmission
<p>Contact direct ou indirect soit avec les lésions, soit avec la peau ou les muqueuses de la région infectée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans un contexte sexuel, même s'il n'y a pas de pénétration (le contact peau à peau est suffisant) – la transmission par contact oro-génital est possible, mais n'est pas une voie de transmission significative; • de la mère infectée à son enfant, surtout – mais pas exclusivement – au moment de l'accouchement. <p>Pour en savoir davantage sur les modes de transmission des condylomes, consulter l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097].</p>
Analyses de biologie médicale
<p>Aucune analyse n'est indiquée à des fins de dépistage des condylomes. Pour les condylomes acuminés visibles, aucune analyse diagnostique n'est indiquée, à moins qu'une autre infection ou une autre maladie ne soit soupçonnée ou que les condylomes ne répondent pas au traitement.</p> <p>Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php].</p>
MADO
Les condylomes ne constituent pas une maladie à déclaration obligatoire (MADO).

Traitement
<p>Aucun traitement n'est requis mais, la plupart du temps, les condylomes sont traités en vue de soulager les symptômes ou pour des raisons esthétiques.</p> <p>Le traitement est généralement efficace pour faire disparaître les condylomes. Aucun traitement ne permet toutefois d'éradiquer le virus.</p> <p>Il existe trois types de traitements : traitement topique appliqué par le patient ou administré par un professionnel de la santé ou combinaison des deux.</p> <p>Des complications peuvent être associées au traitement des condylomes : réactions cutanées locales, douleurs, lésions ou cicatrices.</p> <p>Pour des précisions sur le traitement, se référer aux documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • guide sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : condylomes (verruës génitales) [http://www.inesss.qc.ca], section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS »; • <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> : [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php].
Prévention
<p>La disparation des condylomes est associée avec une réponse immunitaire. Celle-ci ne protège pas contre une nouvelle infection par un autre génotype du VPH ni contre la réinfection par le même génotype. Plusieurs génotypes de VPH peuvent être présents en même temps dans un condylome.</p> <p>Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mesure suivante permet d'éviter de contracter des condylomes : <ul style="list-style-type: none"> – se faire immuniser contre les VPH. Le vaccin quadrivalent (Gardasil®) offre une protection contre le VPH des types 6, 11, 16 et 18, tandis que le vaccin nonavalent (Gardasil®9) offre une protection contre le VPH des types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58. Ces deux produits incluent donc les types qui causent la majorité des condylomes. Le vaccin bivalent (Cervarix®) offre une protection contre le VPH des types 16 et 18. Pour les indications ou les recommandations relatives à la vaccination, consulter le PIQ : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/] ou l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Vaccination et ITSS » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/]. • Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission des condylomes d'une personne infectée à une personne non infectée : <ul style="list-style-type: none"> – s'abstenir de toute relation sexuelle tant que le traitement n'est pas terminé et que les condylomes n'ont pas disparu; – utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales – l'utilisation du condom est essentielle, mais la transmission demeure possible à partir des zones infectées qui ne sont pas couvertes par le condom; – si la personne a eu des relations sexuelles avec un partenaire avant que les condylomes n'apparaissent, il est assez probable que le partenaire en question soit déjà infecté – l'abstinence ou le port d'un condom seraient donc moins pertinents pour prévenir la transmission des condylomes. • Autre mesure préventive : <ul style="list-style-type: none"> – informer ses partenaires sexuels que l'on a des condylomes afin que ces personnes puissent bénéficier de la vaccination, d'une évaluation et d'un counseling. Ces interventions pourraient également être proposées aux futurs partenaires, même si la durée de la persistance virale lorsque les condylomes ont disparu demeure inconnue. Consulter à ce sujet l'outil intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! » : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/]. <p>Note : La présence de condylomes augmente le risque d'acquisition du VIH.</p>

21. Herpès génital

La présente fiche comporte de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Infection virale causée par le virus <i>Herpes simplex</i> (VHS) de type 1 ou 2.
Tableau clinique
<p>Le tableau clinique comprend l'épisode initial, les épisodes récurrents (réactivation d'une infection latente des ganglions sensitifs situés dans la région du sacrum) et des périodes d'excrétion virale asymptomatique. Il est impossible de différencier l'infection par le VHS-1 et le VHS-2 par la présentation clinique.</p> <p>La plupart des personnes ne présentent pas de signes ni de symptômes caractéristiques. Par conséquent, une majorité de personnes ignorent qu'elles sont infectées par le VHS.</p> <p>Épisode initial (aucun antécédent de lésions anogénitales herpétiques)</p> <p>Symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lésions vésiculaires, pustuleuses ou ulcérées douloureuses sur une base érythémateuse, bilatérales et assez diffuses, et, dans certains cas : • adénopathies inguinales douloureuses; • symptômes systémiques variables (malaise général, myalgie, fièvre ou céphalée). <p>Épisodes récurrents (antécédent de lésions récidivantes unilatérales, habituellement au même site anatomique)</p> <p>Symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prodrome : symptômes locaux (démangeaisons, brûlure focale, picotements) ou symptômes systémiques légers (malaise général, myalgie, fièvre ou céphalée) précédant de quelques minutes à un ou deux jours l'apparition des lésions – présent chez 50 % des patients; • lésions vésiculaires, pustuleuses ou ulcérées douloureuses sur une base érythémateuse; • peu ou pas de symptômes systémiques. <p>Les épisodes récurrents sont fréquents la première année, mais ils ont tendance à s'espacer par la suite. Ils sont plus fréquents avec le VHS-2 qu'avec le VHS-1.</p> <p>Excrétion virale asymptomatique</p> <p>Entre les épisodes récurrents, une excrétion virale peut survenir chez les personnes infectées malgré l'absence de signe ou de symptôme.</p>
Durée de l'infection
<p>Une fois contractée, l'infection persiste toute la vie (infection chronique).</p> <p>Durée de l'épisode initial : en l'absence de traitement, d'une à trois semaines en moyenne.</p> <p>Durée des épisodes récurrents : en l'absence de traitement, dix jours en moyenne.</p>

Complications
<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte du système nerveux central : méningite aseptique, dysfonction du système nerveux autonome et myélite transverse. • Lésions extra-génitales pouvant apparaître partout sur le corps, par auto-inoculation (p. ex. : sur les fesses, l'aîne, les cuisses, les doigts ou les yeux). • Infection virale disséminée : lésions mucocutanées disséminées, hépatite, pneumonite, arthrite. • Surinfection fongique ou bactérienne. • Rétention urinaire et infection urinaire bactérienne possible chez la femme. • Infection néonatale : l'herpès néonatal est associé à un taux variable mais significatif de morbidité et de mortalité, allant d'une atteinte mucocutanée isolée à des atteintes disséminées, comme la pneumonie et l'encéphalite. • Réactions psychosexuelles : sentiments dépressifs, isolement, crainte du rejet, crainte que son entourage découvre l'infection.
Période d'incubation
<p>L'épisode initial peut survenir rapidement après que l'infection a été contractée (en moyenne six jours plus tard).</p> <p>Note : Lorsque l'infection initiale est asymptomatique ou non décelée, le premier épisode clinique manifeste peut survenir plusieurs semaines, mois ou années plus tard.</p>
Période de contagiosité
<p>Le risque de transmission de l'infection est maximal lorsque des lésions sont présentes. Il existe aussi durant les périodes d'excrétion virale asymptomatique.</p>
Réservoir
<p>L'être humain.</p>
Épidémiologie
<p>En Amérique du Nord :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'herpès génital constitue l'une des ITSS les plus fréquentes; • moins de 20 % des personnes sont infectées par le VHS-2 dans la région génitale. <p>La majorité des personnes nouvellement infectées le sont par des partenaires qui n'ont pas de lésions au moment des contacts ou qui ne savent pas qu'ils ont l'herpès.</p>

Modes de transmission

- Contact direct ou indirect avec les lésions ou, pendant les périodes d'excrétion virale asymptomatique, avec la peau ou les muqueuses de la région infectée :
 - dans un contexte sexuel, même s'il n'y a pas de pénétration (le contact peau à peau est suffisant);
 - de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement.
- Transmission transplacentaire : de la mère infectée à son fœtus.

Notes :

- La transmission se produit majoritairement durant les périodes d'excrétion virale asymptomatique du VHS.
- La transmission de la mère infectée à son enfant est beaucoup plus fréquente lorsque la mère contracte l'infection pendant sa grossesse que si elle l'a contractée avant.

Pour en savoir davantage sur les modes de transmission du VHS, consulter l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé « Estimation du risque associé aux activités sexuelles » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097>].

Analyses de biologie médicale

Analyse à des fins de dépistage de l'infection : aucune analyse n'est indiquée.

En présence de symptômes, il est essentiel de confirmer le diagnostic d'herpès génital à l'aide d'analyses de laboratoire, compte tenu des implications thérapeutiques et des conséquences psychologiques de ce diagnostic.

Détection virale (analyse à privilégier en présence de lésions) :

- analyse d'un prélèvement obtenu par écouvillonnage de la lésion, soit par culture virale, par TAAN ou par détection d'antigènes par immunofluorescence directe, selon ce qui est offert par le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale. En l'absence de lésions au moment de la consultation, on peut demander à la personne de consulter de nouveau dès l'apparition de lésions actives.

Détection d'anticorps :

- sérologie spécifique de type (VHS-1 et VHS-2) à partir d'un prélèvement veineux dans des situations particulières, c'est-à-dire :
 - pour contribuer à établir ou à exclure le diagnostic d'herpès génital chez un patient ayant des symptômes récurrents, des lésions atypiques ou des lésions en voie de guérison et pour qui le test de détection virale est négatif ou n'a pas pu être effectué, faute de lésion au moment de sa visite (dans ce cas, demander au patient de consulter à nouveau un professionnel de la santé à l'occasion du prochain épisode d'ulcération génitale pour que soit effectué un prélèvement par écouvillonnage aux fins d'un test de détection virale);
 - pour vérifier le statut sérologique d'un partenaire sexuel habituel d'une personne chez qui cette infection a été prouvée par un test de détection virale et le conseiller en cas de discordance des résultats;
 - dans certaines situations, chez la femme enceinte.

Pour des précisions sur les indications de sérologie et l'interprétation des résultats, consulter un collègue expérimenté.

Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux documents suivants :

- *Guide de pratique pour les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS : Tests diagnostiques de l'infection génitale au virus Herpes simplex* : [<http://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/its/guide-de-pratique-analyses-de-labo-vhs.pdf>];
- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* : [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

Note : Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

MADO

L'herpès génital n'est pas une infection à déclaration obligatoire (MADO).

Traitement

Il n'existe pas de traitement pour éradiquer l'infection.

Une thérapie antivirale entreprise rapidement après l'apparition des symptômes ou des lésions diminue la durée de l'épisode initial ou des épisodes récurrents.

Lorsque les épisodes récurrents sont fréquents, un traitement supprimeur peut, si l'adhésion à ce traitement est bonne, diminuer la fréquence des récurrences de 70 à 80 % tout en diminuant leur intensité, améliorer la qualité de vie et réduire le risque de transmission du VHS aux partenaires sexuels ou au nouveau-né.

Lorsqu'il est indiqué, le traitement consiste en des comprimés par voie orale.

D'autres mesures peuvent être utiles pour soulager les symptômes (analgésiques, laxatifs).

Pour des précisions sur le traitement, consulter un collègue expérimenté ou se référer aux documents suivants :

- guide sur le traitement pharmacologique des ITSS, INESSS : herpès génital [<http://www.inesss.qc.ca>], section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS »;
- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* : [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

Note : L'acyclovir topique ne devrait pas être utilisé, car il a une efficacité marginale contre les symptômes locaux et ne soulage pas les symptômes systémiques.

Prévention

Un antécédent d'herpès buccal ne protège pas d'une infection génitale par le VHS-1 ou le VHS-2.

Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document. Par contre, il n'existe aucun vaccin contre le VHS.

- Les mesures suivantes permettent de diminuer le risque de transmission de l'herpès génital d'une personne infectée à une personne non infectée :
 - s'abstenir de toute relation sexuelle dès l'apparition des symptômes prodromiques et jusqu'à la guérison complète des lésions;
 - utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales – l'utilisation du condom est essentielle, mais la transmission demeure possible à partir des zones infectées qui ne sont pas couvertes par le condom (p. ex. : cuisses, fesses);
 - si cela est indiqué, suivre un traitement antiviral supprimeur quotidien afin de prévenir les lésions récurrentes et l'excrétion virale asymptomatique – la réduction du risque de transmission est liée à une adhésion optimale au traitement (95 % ou plus);
 - informer son médecin, sa sage-femme ou son IPS d'une grossesse – celle de la personne infectée ou de sa partenaire – effective ou planifiée, afin de discuter du risque d'infection néonatale.
- Autre mesure préventive :
 - informer ses partenaires sexuels actuels et futurs que l'on a l'herpès génital. Certains d'entre eux pourraient bénéficier d'une évaluation et d'un counseling.

Consulter à ce sujet l'outil intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>].

Note : L'herpès génital augmente le risque d'acquisition et de transmission du VIH.

22. Lymphogranulomatose vénérienne

La présente fiche comporte de l'information générale. Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux lignes directrices publiées par les organismes reconnus et aux outils d'aide à la pratique clinique, que l'on trouvera sur le site suivant : [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Définition
Infection bactérienne causée par <i>Chlamydia trachomatis</i> (génotypes L1, L2 ou L3).
Tableau clinique
<p>Les manifestations les plus fréquentes sont une rectite ou une adénopathie – fémorale ou inguinale – douloureuse. L'infection peut être asymptomatique. La rectite peut se présenter aux stades primaire et secondaire.</p> <p>Non traitée, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) peut évoluer en trois stades cliniques : primaire, secondaire et tertiaire.</p> <p>Premier stade : LGV primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petite papule non douloureuse au site d'inoculation, pouvant devenir ulcérate et qui passe souvent inaperçue, située sur les organes génitaux, à l'anus, au rectum ou dans la cavité orale. • Autres syndromes cliniques : urétrite, rectite et cervicite. <p>Second stade : LGV secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rectite hémorragique aiguë qui peut s'accompagner d'écoulements muqueux, purulents ou sanguins de l'anus, de douleurs anales et de ténésme, avec ou sans constipation. • Rectocolite (inflammation de la muqueuse colique) qui peut se manifester par de la diarrhée et des crampes abdominales. • Adénopathie inguinale ou fémorale douloureuse, généralement unilatérale. Initialement, les ganglions sont sensibles et légèrement plus gros puis la situation progresse vers une masse inflammatoire, au sein de laquelle un abcès appelé <i>bubon</i> peut se former. Les bubons peuvent s'ouvrir et sécréter un pus crémeux blanchâtre. La séparation des ganglions inguinaux et fémoraux par le ligament inguinal produit le signe du sillon classiquement associé à la LGV. • Symptômes systémiques comme une fièvre, des frissons, des malaises, des myalgies et des arthralgies. <p>Troisième stade : LGV tertiaire</p> <p>Chez 10 à 20 % des personnes non traitées, la LGV devient chronique. Des lésions inflammatoires chroniques peuvent apparaître et entraîner des séquelles comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une obstruction lymphatique causant un éléphantiasis génital; • des sténoses ainsi que des fistules génitales et rectales.
Durée de l'infection
<ul style="list-style-type: none"> • Les lésions du stade primaire disparaissent d'elles-mêmes en quelques jours. • Les lésions du stade secondaire peuvent persister de plusieurs semaines à plusieurs mois. • La majorité des personnes atteintes guérissent spontanément après le stade secondaire.

Complications
<p>En l'absence de traitement, au stade secondaire, le bubon peut mener à une fistule jusqu'à la peau qui cause, dans environ 30 % des cas, un écoulement persistant. La guérison peut s'accompagner de cicatrices.</p> <p>D'autres complications sont liées au stade tertiaire. Ces complications, une fois établies, peuvent ne pas être complètement réversibles malgré le traitement entrepris.</p>
Période d'incubation
<ul style="list-style-type: none"> • LGV primaire : de trois à trente jours après le contact infectieux. • LGV secondaire : de deux à six semaines après le stade primaire. • LGV tertiaire : les complications peuvent se manifester plusieurs années après l'acquisition de l'infection.
Période de contagiosité
<p>Chez les personnes non traitées, le risque de transmission est présent plusieurs semaines ou parfois plusieurs mois après l'acquisition de l'infection.</p> <p>Chez les personnes traitées, la transmission est possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à la fin d'un traitement; <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à la résolution des signes et des symptômes, en présence de lésions causées par une LGV.
Réservoir
<p>L'être humain.</p>
Épidémiologie
<p>La LGV est endémique dans certaines régions d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes. En Amérique du Nord et en Europe, des éclosions de LGV touchant principalement les HARSAH ont été observées depuis le début des années 2000.</p> <p>Au Québec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • après une éclosion en 2005-2006, on a compté en moyenne 9 cas par année entre 2008 et 2012, puis il y a eu une résurgence en 2013 (49 cas) et une accélération de la progression du nombre de cas en 2015 (plus de 106 cas); • la LGV touche presque exclusivement les HARSAH, en majorité infectés par le VIH. <p>Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site suivant : [http://www.msss.gouv.qc.ca/its], section « Statistiques », rubrique « Au Québec ».</p>
Modes de transmission
<ul style="list-style-type: none"> • Dans un contexte sexuel : <ul style="list-style-type: none"> – contact avec des sécrétions génitales infectées; – contact direct avec les exsudats des lésions de la peau ou des muqueuses. • Transmission de la mère infectée à son enfant au moment de l'accouchement.

Période fenêtre

La période fenêtre n'est pas clairement établie. On considère qu'elle se termine quatorze jours après l'exposition, comme pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* causée par les génotypes D à K.

Pour obtenir des renseignements complémentaires, consulter la section 8.2 du présent document.

Analyses de biologie médicale

- Dépistage uniquement s'il s'agit du partenaire sexuel asymptomatique d'une personne atteinte d'une LGV :
 - déterminer les prélèvements à effectuer en fonction des pratiques sexuelles de cette personne;
 - procéder à un prélèvement par écouvillonnage anorectal, urétral, vaginal, cervical ou pharyngé ou demander à la personne de fournir un échantillon d'urine.
- En présence de symptômes ou de lésions :
 - déterminer les prélèvements à effectuer selon la présentation clinique;
 - procéder à un prélèvement par écouvillonnage d'une lésion, à un prélèvement urinaire, à un prélèvement par écouvillonnage anorectal, urétral, vaginal ou cervical, ou à un prélèvement par l'aspiration d'un bubon.

Dans tous les cas :

- les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) détectant la *Chlamydia trachomatis* détectent également les génotypes responsables de la LGV (L1, L2 et L3). Toutefois, ils ne permettent pas de différencier ces génotypes ni de confirmer le diagnostic de LGV;
- le diagnostic de LGV doit être confirmé par des analyses supplémentaires. Ainsi, à la suite de l'obtention d'un résultat positif pour *Chlamydia trachomatis* par TAAN, un test de génotypage basé sur une réaction en chaîne de la polymérase (PCR) pourra être effectué au LSPQ pour déterminer s'il s'agit d'un génotype LGV ou non LGV. En présence d'un résultat de génotypage associé à la LGV, le génotype précis (L1, L2 ou L3) est identifié par un séquençage de l'ADN. Pour s'assurer que ces analyses seront effectuées, indiquer sur le formulaire de demande d'analyse de laboratoire, « recherche des génotypes causant la LGV si le résultat de l'analyse est positif pour *Chlamydia trachomatis* » et fournir les renseignements cliniques pertinents (ex. : contact avec une personne atteinte de LGV, syndrome clinique compatible avec une LGV).

Pour obtenir des renseignements complémentaires, se référer aux documents suivants :

- *Recrudescence de lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956/>];
- *Lymphogranulomatose vénérienne : Avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec*, INSPQ : [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2130>]

Notes :

- Si un résultat positif pour *Chlamydia trachomatis* est obtenu à un TAAN sur un prélèvement anorectal, le LSPQ demande aux laboratoires de lui envoyer le spécimen pour qu'il puisse procéder à la recherche des génotypes L1, L2 et L3.
- Consulter le laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale afin de connaître les analyses qu'il peut effectuer et les conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport des spécimens.

MADO

La LGV est une infection à déclaration obligatoire (MADO). Pour obtenir le formulaire de déclaration AS-770, consulter le site suivant :

[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.sf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument&Highlight=0,AS-770>].

Pour en savoir davantage sur les maladies à déclaration obligatoire, consulter le site suivant :

[<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/index.php>].

Traitement

- Le traitement de la LGV consiste en la prise d'antibiotiques en comprimés, par voie orale, pendant 21 jours.
- Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est indiqué. Se référer à l'outil *Recrudescence de lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement* et aux guides sur le traitement pharmacologique des ITSS publiés par l'INESSS.
- Pour des précisions sur le traitement, se référer aux documents suivants :
 - *Recrudescence de lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement* : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956/>];
 - Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS : *Approche syndromique : cervicite et urétrite, épididymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et rectite, Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae* : [<http://www.inesss.qc.ca>], section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».
- Le traitement est gratuit pour la personne atteinte et pour ses partenaires, en vertu du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS). Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le document intitulé « Renseignements complémentaires » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000103/>].

Prévention

Aucune immunité acquise.

Plusieurs mesures contribuent à réduire le risque de contracter une ITSS. Consulter à ce sujet les chapitres neuf et onze sur le counseling pré et post-test du présent document.

- La mesure suivante permet de diminuer le risque de transmission de la LGV d'une personne infectée à une personne non infectée :
 - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à la fin de la période de contagiosité ou, si c'est impossible, utiliser un condom avec tous ses partenaires sexuels, pour tout type de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales.
- Les mesures suivantes présentent des avantages pour les personnes ayant une LGV :
 - suivre les recommandations de l'équipe traitante (p. ex. : traitement, suivi) leur permet d'éviter des complications;
 - s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec leurs partenaires non traités leur permet de s'assurer de l'absence de réinfection.
- La mesure suivante permet de briser la chaîne de transmission de la LGV :
 - collaborer à l'intervention préventive auprès des partenaires pour que tous les partenaires sexuels exposés, et non pas uniquement le partenaire habituel, soient identifiés, avisés et évalués, et qu'ils reçoivent un traitement épidémiologique le plus rapidement possible, le cas échéant. Consulter à ce sujet l'outil intitulé « Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! » [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>].

Note : La LGV augmente le risque d'acquisition et de transmission du VIH.

Les fiches cliniques sont largement inspirées des ouvrages suivants :

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour 2014, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>].

BLOUIN, K., et autres. *Rapport intégré : Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*, Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, XXVI + 179 p. + annexe, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1522>].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 », *Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports*, vol. 64, no 3, 5 juin 2015, 137 p., [En ligne]. [<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>].

INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Rapport hebdomadaire/annuel des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Extrait en date du 19 novembre 2015. La source des données est le registre central des MADO, Laboratoire de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 19 novembre 2015.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2014 (et projection 2015)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 119 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2067>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2015 (et projection 2016)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2017, 117 p., [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2201>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 154 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1934>].

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS : Approche syndromique : cervicite mucopurulente et urétrite, épididymite/orchite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et rectite*, mise à jour, 2017, [6 p.], *Condylomes (verruques génitales)*, 2012, [4 p.], *Herpès génital*, 2012, [4 p.], *Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae*, mise à jour, 2015, [4 p.], *Syphilis*, mise à jour, 2016, [6 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, [En ligne]. [<http://www.inesss.qc.ca>], section « Publications », rubrique « Guides de l'INESSS ».

HOLMES, K.K., et autres. *Sexually Transmitted Diseases*, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, 2166 p.

MANDELL, G.L., et autres. *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 8^e édition, Philadelphie : Churchill Livingstone, 2015, 3904 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, 98 p., [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 339 p., [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, 530 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Outils Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang : Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques* [5 p.], *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!* [4 p.], *Vaccination et ITSS* [1 p.], *Renseignements complémentaires* [1 p.], Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000091/>].

Des références spécifiques ont été utilisées pour la plupart des fiches :

Infection à *Chlamydia trachomatis*

BATTEIRGER, B. E., et autres. (2010). « Protective Immunity to *Chlamydia trachomatis* Genital Infection : Evidence from Human Studies », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 201, suppl. 2, p. S178-S189, [En ligne]. [http://jid.oxfordjournals.org/content/201/Supplement_2/S178.long].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 51 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2016>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Tests de contrôle à la suite d'une infection à C. trachomatis ou d'une infection à N. gonorrhoeae*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 39 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2031>].

ROTHERAM-BORUS, M. J., et autres. (2011). « Spontaneous remission of sexually transmitted diseases must be considered in randomised controlled trials », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, p. 305, [En ligne]. [<http://sti.bmj.com/content/87/4/305.full>].

Infection gonococcique

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 51 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2016>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Tests de contrôle à la suite d'une infection à C. trachomatis ou d'une infection à N. gonorrhoeae*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 39 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2031>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES MÉDECINS MICROBIOLOGISTES-INFECTIOLOGUES DU QUÉBEC. *Guide de pratique pour les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS : Détection de Neisseria gonorrhoeae par culture : guide pratique pour les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 25 p., [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/guide-de-pratique-pour-les-analyses-de-laboratoire-en-lien-avec-les-itss-detection-de-n-gonorrhoeae-par-culture>].

Syphilis

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Mise à jour des algorithmes de sérodiagnostic de la syphilis*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 12 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2064>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de la syphilis*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 8 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1958>].

Infection par le VIH

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Virus de l'immunodéficience humaine – Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2013, [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Rapport annuel 2014*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 25 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2066>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 9 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1976>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Période fenêtre associée à la sérologie du VIH*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 6 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/2059>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Supplément – Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, 143 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000092/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 43 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001155/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 129 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000161/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, à paraître.

Hépatite A

DESHAIES, D. *Outil d'intervention pour la prévention et le contrôle de l'hépatite A*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010, mise à jour octobre 2011, 61 p.

FORTIN, C. « Les marqueurs des hépatites virales : au-delà de l'ABC! », *Le médecin du Québec*, vol. 47, n° 4, avril 2012, p. 29 à 34.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Guide d'intervention santé voyage – Situation épidémiologique et recommandations*, mise à jour 2016, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/guide/>].

LEINO, T., et autres. « Hepatitis associated with hepatitis A superinfection in patients with chronic hepatitis C », *The New England Journal of Medicine*, 1998, vol. 338, n° 24, p. 1172-1773.

MARTINS, E.B. « Hepatitis associated with hepatitis A superinfection in patients with chronic hepatitis C », *The New England Journal of Medicine*, 1998, vol. 338, n° 24, p. 1172-1773.

VENTO, S., et autres. « Fulminant hepatitis associated with hepatitis A virus superinfection in patients with chronic hepatitis C », *The New England Journal of Medicine*, 1998, vol. 338, n° 5, p. 286-290.

VINCENT, C. « Les hépatites aiguës : pour ne pas être pris au dépourvu », *Le médecin du Québec*, vol. 47, n° 4, avril 2012, p. 37-41.

Hépatite B

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Soins primaires de l'hépatite B – Aide-mémoire*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, mars 2013, [En ligne]. [<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/soins-primaires-hepatite-b-aide-memoire.html>].

COFFIN, C.S., FUNG, S.K. et MA, M.M. « Management of chronic hepatitis B : Canadian Association for the Study of the Liver : Consensus Guidelines », *Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 26, n° 12, décembre 2012, p. 917-938, [En ligne]. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551569/>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 75 p., [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1969>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite B (VHB) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 78 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000688/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention – L'hépatite B – Janvier 2014 – 2^e édition*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 64 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000053/>].

Hépatite C

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Soins primaires de l'hépatite C chronique – Guide de référence professionnel*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009, 6 p.

DE LEDINGHEN, V. « Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C », *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2002, vol. 26, n° spécial 2, p. B9-B22.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 53 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1972>].

LEWIS-XIMENEZ, L.L., et autres. « Prospective follow-up of patients with acute hepatitis C virus infection in Brazil », *Clinical Infectious Diseases*, 2010, vol. 50, n° 9, p. 1222-1230.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 43 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001155/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, à paraître.

SANTANTONIO, T., et autres. « Acute hepatitis C : current status and remaining challenges », *Journal of Hepatology*, 2008, vol. 49, n° 4, p.625-633.

SEEFF, L.B. « Natural history of chronic hepatitis C », *Hepatology*, vol. 36, n° 5, suppl. 1, 2002, p. S 35-46.

SULKOWSKI, M.S. et THOMAS, D.L. « Hepatitis C in the HIV-infected person », *Annals of Internal Medicine*, 2003, vol. 138, n°3, p.197-207.

THOMAS, D.L., et autres. « Perinatal transmission of hepatitis C virus from human immunodeficiency virus type 1-infected mothers. Women and Infants Transmission Study », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 177, n° 6, 1998, p. 480-488.

ZANETTI, A.R. et autres. « Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. Lombardy Study Group on Vertical HCV Transmission », *The Lancet*, vol. 345, n° 8945, 1995, p. 289-291.

Condylomes acuminés

BLOMBERG, M., et autres. « Genital Warts and Risk of Cancer : a Danish Study of Nearly 50 000 Patients With Genital Warts », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 205, n° 10, 2012, p. 1544-1553.

BURCHELL, A.N., et autres. « Human Papillomavirus Infections Among Couples in New Sexual Relationship », *Epidemiology*, vol. 21, n° 1, 2010, p. 31-37.

BURCHELL, A.N., et autres. « Influence of Partner's Infection Status on Prevalent Human Papillomavirus Among Persons with a New Sex Partner », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 37, n° 1, 2010, p. 34-40.

DROLET, M., et autres. « Psychosocial impact of an abnormal cervical smear results », *Psycho-Oncology*, vol. 21, n° 10, 2012, p. 1071-1081.

DROLET, M., et autres. « The impact of anogenital warts on health-related quality of life : a 6 months prospective study », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 38, n° 10, 2011, p. 1071-1081.

GARLAND, S.M., et autres. « Natural history of genital warts : analysis of the placebo arm of 2 randomized phase III trials of a quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) vaccine », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 199, n°6, 2009, p. 805-814.

INSINGA, R.P., et autres. « Incidence, duration, and reappearance of type-specific cervical human papillomavirus infections in young women », *Cancer, Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 19, n° 6, 2010, p. 1585-1594.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La vaccination contre les VPH au Québec : mise à jour des connaissances et propositions du comité d'experts*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 148 p., [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/publications/1518>].

STEBEN, M. et autres. « Temporal Trends in Genital Warts Among Individuals Covered by the Public Prescription Drug Insurance Plan in the Province of Quebec, Canada, From 1998 to 2007 », *Journal of Lower Genital Tract Disease*, vol.17, n° 2, p. 147-153.

Herpès génital

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES MÉDECINS MICROBIOLOGISTES-INFECTIOLOGUES DU QUÉBEC. *Guide de pratique pour les analyses en lien avec les ITSS. Tests diagnostiques de l'infection génitale au virus Herpes simplex*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 62 p., [<http://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/guide-de-pratique-analyses-de-labo-vhs.pdf>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec: L'épidémie silencieuse – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, p. 33, [En ligne]. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000779/?&txt=L%27%C3%A9pid%C3%A9mie%20silencieuse%20&msss_valpub&date=DESC].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2008 et projections pour 2009*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 97 p.

Lymphogranulomatose vénérienne

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 95 p., [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2130>].

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Déclaration supplémentaire concernant les recommandations liées au diagnostic, à la prise en charge et au suivi de la rectite transmissible sexuellement : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2014, [En ligne]. [<http://www.publications.gc.ca/site/fra/470050/publication.html>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Flash Vigie : bulletin québécois de vigie, de surveillance et d'intervention de protection en santé publique*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, vol. 10, n° 6, juillet 2015, 3 p.

ANNEXE I FORMATION PROFESSIONNELLE POUR LE DÉPISTAGE DES ITSS

Formation théorique

L'INSPQ offre des programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables. Des renseignements concernant ces activités de formation sont disponibles sur le site Web de l'INSPQ : [<http://www.inspq.qc.ca/programmes-nationaux-de-formation-sur-les-itss>].

Formation pratique

La formation pratique permettant le développement des habiletés techniques requises pour effectuer les prélèvements en vue du dépistage des ITSS se donne habituellement dans le milieu de travail. Un professionnel de l'établissement habilité à le faire initie l'infirmière à la pratique des interventions appropriées, au moment de son apprentissage dans le service concerné. La formation est alors adaptée aux besoins spécifiques de l'infirmière et aux caractéristiques du milieu de travail. Elle tient compte des exigences du laboratoire qui procédera aux analyses de biologie médicale en ce qui a trait aux méthodes de prélèvement, de conservation et de transport des échantillons.

L'outil produit par le MSSS, « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » contient une liste de ressources en matière de développement des compétences des professionnels de la santé. On trouvera ce document sur le site suivant : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

ANNEXE II EXEMPLE DE FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR LE DÉPISTAGE DES ITSS^{126, 127}

126. Cet exemple de formulaire est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEP, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

127. Révision en cours. Le contenu de cette annexe pourrait ne pas refléter la version mise à jour en 2017 des chapitres du *Guide québécois de dépistage des ITSS*. Procéder aux adaptations requises avant d'utiliser cet exemple de formulaire.

Dépistage et prévention des ITSS	ÉTABLISSEMENT	
Nom du Service :	PREMIÈRE VISITE	
Nom, prénom		
Adresse actuelle	Téléphone	
N° d'assurance maladie :		
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	N° de dossier	

Modalités de dépistage : **Nominatif** **Non nominatif**

Date (aaaa/mm/jj): _____ Nom du professionnel : _____

1. Lieu d'intervention

CSSS mission CLSC École Milieu de travail Centre de détention

Local d'un organisme communautaire ou groupe du milieu, précisez : _____

Autre établissement du réseau SSS, précisez : _____

Lieu public, précisez : _____

Autre lieu, spécifiez : _____

2. Données sociodémographiques

2.1 Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ ou âge : _____

2.2 Sexe : M F Inconnu Transsexuel F-H Transsexuel H-F

2.3 Pays de naissance : Canada

Cochez si : Premières nations Inuit ou Métis

Autre, précisez pays : _____ Année d'arrivée au Canada : _____

3. Raisons de la consultation (Vous pouvez cocher plus d'une case)

Demande d'information

Demande de dépistage

VIH

ITS (Infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique ou syphilis)

Hépatite B

Hépatite C

Demande de vaccination

Hépatite A

Hépatite B

Autres, précisez : _____

Consultation pour contraception

Envoyé par :

Autre CSSS CH Info-Santé Direction de santé publique

Clinique médicale privée, précisez : _____

Organisme communautaire, précisez : _____

S'il y a lieu, inscrivez le nom et le titre (médecin, infirmière ou autre) de l'intervenant qui a orienté la personne

Autres raisons de consultation, précisez : _____

4. Signes et symptômes

Présence de signes ou symptômes pouvant suggérer la présence d'une ITSS

- Oui (orientez pour évaluation médicale) Non Ne sait pas
- Pertes vaginales inhabituelles (femme) ou écoulement urétral (homme) (p. ex. infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique)
- Lésions aux organes génitaux (p. ex. herpès, condylomes, syphilis)
- Éruption cutanée (p. ex. syphilis)
- Douleur abdominale ou pelvienne (p. ex. salpingite, inflammation pelvienne chronique, hépatite, grossesse ectopique)
- Douleur aux organes génitaux (p. ex. bartholinite, épидidymite, herpès)
- Jaunisse (p. ex. hépatite)
- Fatigue inhabituelle incapacitante, fièvre, autre symptôme systémique (p. ex. hépatite, infection par le VIH)
- Troubles urinaires (p. ex. herpès, infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique)
- Troubles menstruels (*spotting*, douleurs inhabituelles, retard, etc.) (p. ex. grossesse ectopique)
- Douleurs articulaires inhabituelles (p. ex. arthrite gonococcique, syndrome de Reiter)
- Autre(s), précisez : _____

5. Antécédents cliniques

5.1 Prise d'antibiotiques durant le dernier mois

- Oui, précisez antibiotique : _____ Date de fin de traitement (aaaa/mm/jj) : _____

5.2 Antécédents d'allergie : Oui, précisez : _____ Non Ne sait pas

5.3 Antécédents de transfusion de sang ou d'administration de produits sanguins :

- Oui
Précisez la ou les dates (aaaa/mm si disponible) : (1) _____ (2) _____ (3) _____
Lieu : Québec Ailleurs au Canada À l'extérieur du Canada (précisez pays) : _____
- Non Inconnu

5.4 Grossesse (explorez la possibilité de grossesse chez la personne ou sa partenaire)

S'agit-il d'une femme enceinte? Oui, Beta HCG ⊕ le (aaaa/mm/jj) : _____ Non Ne sait pas

Femme	Homme
Date des dernières menstruations (aaaa,mm,jj) _____ G ____ P ____ A ____	Grossesse actuelle chez une partenaire
Moyen contraceptif utilisé	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Contraceptifs oraux	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Stérilet	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<input type="checkbox"/> Méthodes barrières (condoms, diaphragme, etc.)	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	
<input type="checkbox"/> Aucun	
Antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG)	
<input type="checkbox"/> Oui : nombre _____ date de la dernière (aaaa/mm/jj) _____	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus de répondre	

5.5 Antécédents d'ITSS : Oui (cochez laquelle ou lesquelles) Non Ne sait pas

<input type="checkbox"/> Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> Infection par le VPH	<input type="checkbox"/> ITS non précisée	<input type="checkbox"/> Hépatite C
<input type="checkbox"/> Infection gonococcique	<input type="checkbox"/> Herpès génital	<input type="checkbox"/> Hépatite A	<input type="checkbox"/> Hépatite non précisée
<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> Infection par le VIH	<input type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="checkbox"/> Autre _____

5.6 Dépistage antérieur et résultat de la dernière analyse

Dépistage antérieur et résultat de la dernière analyse	Si connu, date dernier dépistage (aaaa/mm)	Inscrivez le résultat de la dernière analyse		
		Positif	Négatif	Inconnu
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection gonococcique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection par le VIH	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.7 Vaccination antérieure

Vaccination antérieure	Nombre de dose	Inscrivez la date de la dernière dose (aaaa/mm/jj)
Hépatite B <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Oui		
Hépatite A <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Oui		
Hépatite A et B <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Oui		

Autres antécédents d'immunisation (si pertinent, p. ex. au moment de la mise à jour du carnet d'immunisation)

Commentaires sur les antécédents cliniques, s'il y a lieu

6. Comportements sexuels

6.1 Partenaire(s) sexuel(s) :

homme femme homme et femme

6.2 Pratiques sexuelles :

orales vaginales anales autre(s) : _____

6.3 Utilisation du condom :

toujours à l'occasion jamais Dernière relation non protégée (aaaa/mm/jj) : _____

6.4 Nombre de partenaires sexuels :

2 derniers mois _____ dernière année _____ à vie : < 5 entre 5 et 10 > 10

6.5 Information sur les partenaires sexuels récents

Partenaire sexuel avec ITSS (infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique, syphilis, herpès, condylomes, infection par le VIH, hépatite)

Oui, précisez _____ Non Ne sait pas

Partenaire à risque (UDI, HARSAH, travailleur(euse) du sexe ou client(e), multiples partenaires, partenaires à l'extérieur du Québec)

Oui, précisez _____ Non Ne sait pas

6.6 Lien avec la prostitution

Avoir reçu de l'argent, de la drogue ou des cadeaux en échange de relations sexuelles

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Avoir donné de l'argent, de la drogue ou des cadeaux en échange de relations sexuelles

Oui Non Refus de répondre Non demandé

6.7 Relations sexuelles dans un sauna

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Si oui, précisez la ville où était situé le sauna : _____

6.8 Relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec (p. ex. lors d'un voyage, avec un autre touriste ou un résidant ou, au Québec, avec une personne qui ne réside pas au Québec)

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Si oui, précisez :

Date (aaaa/mm) : _____

Lors d'un voyage? Oui, précisez le pays/ville _____ Non

Pays/ville de résidence de cette personne _____

Commentaires sur les comportements sexuels, s'il y a lieu

7. Habitudes de vie liées au risque de transmission d'infections par voie sanguine

7.1 Consommation de drogues au cours de la dernière année

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Si oui, précisez :

Marijuana (*pot*), haschich Cocaïne Crack

Ecstasy Stéroïdes Héroïne

Autres, précisez : _____

Mode de consommation : Injection Inhalation Voie orale Autre

Partage de matériel de consommation de drogue : Jamais Parfois Régulièrement

7.2 Injection de drogues au cours de la vie, même une seule fois

Oui Non Refus de répondre Non demandé

7.3 Tatouage, perçage

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Si oui, précisez :

Dans un salon professionnel

Par des amis/artisanal

En milieu carcéral

7.4 Séjour en milieu carcéral

Oui Non Refus de répondre Non demandé

Commentaires s'il y a lieu :

7.5 Exposition accidentelle ou professionnelle au sang ou à un liquide biologique à risque de transmission du VIH, du VHC ou du VHB (Recherchez exposition, p. ex. au travail)

Oui Non Non demandé

Si oui, précisez les circonstances, le type d'exposition, la date, les mesures préventives, etc.

SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

- Aucun facteur de risque décelé Risque de transmission sexuelle Risque de transmission sanguine
 Autre problème décelé (précisez) : _____

Évaluation du contexte de l'intervention

Estimation du degré d'aisance de la personne :

- à l'aise mal à l'aise très mal à l'aise

Réseau social, soutien : _____

Autoévaluation de son risque de contracter une ou des ITSS :

- faible modéré élevé

Commentaires incluant réactions prévisibles à un résultat positif

8. Intervention réalisée

8.1 Information donnée sur :	8.2 Matériel de prévention remis
<input type="checkbox"/> ITSS et leurs modes de transmission <input type="checkbox"/> Comportements sexuels sécuritaires <input type="checkbox"/> Conseils préventifs UDI (réduction des méfaits) <input type="checkbox"/> Counseling prétest <input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Contraception <input type="checkbox"/> Ressources disponibles <input type="checkbox"/> Autre : précisez _____	<input type="checkbox"/> Condoms <input type="checkbox"/> Matériel d'injection stérile <input type="checkbox"/> Information écrite (précisez s'il y a lieu) _____ <input type="checkbox"/> Autre (précisez s'il y a lieu) _____ _____ _____

8.3 Vaccination (Cette section réfère à l'intervention actuelle. Les vaccinations antérieures sont inscrites à la section 5.7)

Statut vaccinal défini à partir des renseignements de la section 5.7

Statut vaccinal contre le VHB Complet Partiel Non vacciné

Statut vaccinal contre le VHA Complet Partiel Non vacciné

Vaccin	Dose	Date (aaaa/mm/jj)	Cons. verbal*	Initiales	Vaccin	Dose	Date (aaaa/mm/jj)	Cons. verbal*	Initiales
Hépatite B	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} dose		<input type="checkbox"/>		Hépatites A et B	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} dose		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 2 ^e dose		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 2 ^e dose		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 3 ^e dose		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 3 ^e dose		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 4 ^e dose		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 4 ^e dose		<input type="checkbox"/>	
Hépatite A	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} dose		<input type="checkbox"/>		Autre(s)	–		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 2 ^e dose		<input type="checkbox"/>		Autre(s)	–		<input type="checkbox"/>	

Commentaires _____

* Cons. verbal : consentement verbal.

N° de dossier

8.4 Premiers soins administrés (si pertinent)

- Soins de plaie Conseils d'hygiène Autres (précisez)

8.5 Intervention de contraception (si pertinent)

- Conseils
 Contraception orale d'urgence (COU) sur ordonnance médicale collective (précisez indications, médicament et dose)

- _____
- Administration d'un contraceptif injectable sur ordonnance médicale individuelle (précisez nom et dose)

Nom du médecin prescripteur : _____

- Autres précisez : _____

8.6 Intervention de dépistage

Résultat du dépistage

ITSS recherchée	Cons. verbal*	Initiales	Date du prélèvement (aaaa/mm/jj)	Type d'analyse	Site ou nature du prélèvement	Résultat : inscrire le résultat pour chaque site de prélèvement s'il y a lieu				Date de réception du résultat (aaaa/mm/jj)	Résultat transmis*** à la personne Date (aaaa/mm/jj)	Initiales
						Positif	Négatif	Ind. **	À venir			
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> TAAN <input type="checkbox"/> Détection antigénique	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____				
Infection gonococcique	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> TAAN	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Anus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____				
Syphilis	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Analyse non tréponémique <input type="checkbox"/> Analyse tréponémique	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Titre : _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Hépatite B	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> HbsAg	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Hépatite C	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Anti-VHC	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Infection par le VIH	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Anti-VIH	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	

* Cons. verbal : consentement verbal

** Ind. : indéterminé

*** Cochez si le résultat a été transmis et inscrivez la date à laquelle le résultat a été transmis ainsi que les initiales de l'intervenant qui a transmis ce résultat.

8.7 Planification d'une visite de suivi

Rendez-vous planifié

Date (aaaa/mm/jj) : _____ Heure : _____

Professionnel : _____ Endroit : _____

Transmission de résultats dans des circonstances exceptionnelles (Voir guide d'utilisation du formulaire de collecte de données, précisez et justifiez)

Résultats négatifs à transmettre par téléphone (*jamais lorsqu'une analyse de dépistage du VIH ou du VHC a été faite et en dernier recours pour les autres types de dépistage*).

Précisez le numéro où appeler _____

Période propice (jour semaine/fin semaine/heure) _____

Résultats à transmettre à un tiers, à la demande de la personne (*Faites signer l'autorisation.*)

Médecin : nom et coordonnées _____

Intervenant organisme communautaire. Nom et coordonnées _____

Autre, précisez _____

Autre modalité de transmission du résultat : _____

8.8 Orientation vers une autre ressource pour suivi

Oui Aucune orientation formelle Refus

Si oui, raison :

Présence de signes ou symptômes

Autre problème décelé : _____

Organisme, professionnel ou personne vers qui le patient a été dirigé (précisez)

Clinique médicale privée _____

CH _____

Autre service du CSSS _____

Autre CSSS (préciser CSSS) _____

Organisme communautaire _____

Ressource spécialisée en toxicomanie _____

N. B. Il est recommandé d'utiliser un formulaire d'*orientation pour suivi médical* ou d'*orientation pour suivi psychosocial* afin de faciliter la continuité des soins. Joindre un copie des rapports d'analyses de biologie médicale au formulaire. Mettre une copie du formulaire rempli au dossier.

Commentaires, s'il y a lieu

Signature : _____ Date : _____

Dépistage et prévention des ITSS	ÉTABLISSEMENT	
Nom du Service :	VISITE DE SUIVI	
Nom, prénom		
Adresse actuelle	Téléphone	
N° d'assurance maladie :		
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	N° de dossier	

Visite de suivi N° _____

Nom du professionnel : _____ Date : _____

Raison(s) du suivi :

- Résultat de dépistage (*Remplissez la deuxième partie de la section 8.6 du volet « Première visite » du formulaire*)
- Suivi de vaccination (*Remplissez la section 8.3 du volet « Première visite » du formulaire*)
- Consultation pour un nouveau dépistage (*Réviser le dossier, mettez à jour les sections 4, 5, 6 et 7 et complétez une nouvelle section 8.6*)
- Autre : précisez : _____

9. Suivi du dépistage

Résultats des analyses à des fins de dépistage (*Voir la section 8.6 du volet « Première visite »*)

9.1 Counseling post-test – Résultat(s) positif(s)

- Explications sur la signification des résultats incluant les limites des analyses
- Information sur la ou les infection(s) détectée(s)
- Sensibilisation à l'importance de l'examen médical
- Révision des facteurs de risque (*voir sections 6 et 7 du volet « Première visite » du formulaire*)
- Conseils préventifs adaptés aux facteurs de risque décelés

Intervention d'hémohistovigilance (cas d'infection par le VIH, hépatite C et syphilis infectieuse)

- Recherchez des antécédents de don/réception de sang, tissus ou organe (*voir guide pour détails*)
- Avertissez de s'abstenir de tout don de sang, de tissus et d'organes

Dans le cas des ITS bactériennes pouvant être traitées par antibiotiques

- Sensibilisation à l'importance de la fidélité au traitement
- Sensibilisation à l'importance d'éviter les relations sexuelles ou d'avoir des relations protégées jusqu'à sept jours après la prise d'une dose unique ou jusqu'à la fin d'un traitement de sept jours et plus.

Intervention préventive auprès des partenaires (IPP) (*voir Programme québécois*)

- Sensibilisation à l'importance de la démarche pour lui-même et ses partenaires
- Présentation des différentes options de soutien possible
- Offre de soutien pour l'intervention préventive auprès des partenaires (IPP) :
 - Accepte Refuse Non offerte
- Orientation vers le service régional IPP :
 - Accepte Refuse Non offerte

9.2 Counseling post-test – Résultat(s) négatif(s)

- Explication de la signification des résultats
- Révision des facteurs de risque (*voir sections 6 et 7 du volet « Première visite » du formulaire*)
- Conseils préventifs adaptés aux facteurs de risque décelés
- Évaluation de la possibilité de résultat faussement négatif (période fenêtre) et de la pertinence d'effectuer un dépistage ultérieur :
 - Recommandé
 - Non recommandé

10. Orientation vers une autre ressource pour suivi

- Oui
- Aucune orientation formelle
- Refus

Si oui, raison :

- Résultat d'analyse positif
- Présence de signes ou symptômes
- Autre problème décelé : _____

Organisme, professionnel ou autre intervenant vers qui la personne a été dirigée (*Précisez*)

- Clinique médicale privée _____
- CH _____
- Autre service du CSSS _____
- Autre CSSS (préciser CSSS) _____
- Organisme communautaire _____
- Ressource spécialisée en toxicomanie _____

N. B. Il est recommandé d'utiliser un formulaire d'*orientation pour suivi médical* ou *pour suivi psychosocial* afin de faciliter la continuité des soins. Joindre une copie des rapports d'analyse de biologie médicale au formulaire. Mettre une copie du formulaire rempli au dossier.

Commentaires sur la visite de suivi

Signature : _____ Date : _____

ANNEXE III GUIDE D'UTILISATION DU FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR LE DÉPISTAGE DES ITSS^{128, 129}

Le formulaire de collecte de données proposé a pour but d'aider le professionnel de la santé dans la collecte d'information permettant d'établir la nature de la demande de la personne qui consulte, de déceler ses facteurs de risque de contracter une ITSS et de planifier ou de réaliser une ou plusieurs interventions de prévention individualisées.

Le volet « Première visite » sera rempli, naturellement, surtout à la première visite. Il pourra être mis à jour à l'occasion d'un suivi, mais le volet « Visite de suivi » est spécifiquement conçu à cette fin.

Cet outil propose une démarche de qualité permettant d'évaluer les antécédents cliniques, de rechercher l'ensemble des facteurs de risque et de consigner les interventions réalisées. Bien qu'il n'ajoute aucun élément à la collecte de données qui est attendue pour ce type d'intervention, il est possible que le professionnel ait à se familiariser avec cet outil avant d'être en mesure de l'utiliser d'une façon efficace. La démarche systématique proposée pourrait être perçue comme un irritant par le professionnel habitué de procéder d'une façon plus intuitive ou moins structurée. L'important est de s'assurer que tous les aspects soient couverts et ce formulaire présente l'ensemble des renseignements à rechercher.

128. Ce guide est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEP, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

129. Révision en cours. Le contenu de cette annexe pourrait ne pas refléter la version mise à jour en 2017 des chapitres du *Guide québécois de dépistage des ITSS*. Procéder aux adaptations requises avant de se servir de ce guide d'utilisation.

Première visite

Identification de la personne

Dans les cas où il n'y a pas d'ouverture de dossier d'établissement parce que l'intervention est faite sur une base anonyme, dans le cadre des activités d'un SIDEPE, le professionnel est invité à utiliser le formulaire conçu spécialement à cette fin par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEPE.

Modalités de dépistage

Inscrivez la modalité retenue pour l'intervention à l'endroit indiqué sur la première page.

Il faut aider la personne qui consulte dans le choix de la modalité en présentant les différentes options disponibles : nominative, non nominative et anonyme. Soulignez les mesures prises pour assurer la confidentialité dans chacune des options. Expliquez les limites de l'anonymat quant aux autres services : vaccination et suivi clinique.

N. B. L'anonymat constitue essentiellement une option pour la personne qui préférerait s'abstenir d'un dépistage si l'anonymat n'était pas offert. Cette option n'est disponible que dans le cadre des SIDEPE (consultez votre DSP).

Ce formulaire devrait être utilisé de la même façon que tout questionnaire ou formulaire pouvant contribuer à l'évaluation de la situation de la personne et à l'intervention. Il devrait être conservé au dossier habituel de la personne si elle a déjà un dossier dans l'établissement ou si un tel dossier est constitué de la façon habituelle. Les mesures de confidentialité qui s'appliquent au dossier d'établissement s'appliquent ici. Toutefois, certaines personnes peuvent réclamer des mesures additionnelles de confidentialité. Il faut, avant tout, les informer adéquatement des mesures de confidentialité qui prévalent au sujet des renseignements versés au dossier régulier d'établissement. Si certaines personnes refusent de recevoir des services préventifs dans ces conditions, certains services (counseling, dépistage) peuvent être fournis de façon non nominative ou anonyme¹³⁰.

Inscrivez le **numéro de dossier** à l'endroit indiqué à chacune des pages, surtout si l'intervention est réalisée en dehors de l'établissement et si le formulaire doit être transporté d'un endroit à l'autre. Vous éviterez ainsi de vous retrouver avec une page non identifiée et de ne pouvoir la relier à aucun dossier. Dans les cas où la modalité de dépistage retenue est nominative ou non nominative, le numéro de dossier est le numéro de dossier d'établissement.

1. Lieu d'intervention

Cochez et précisez le lieu où vous avez réalisé l'intervention lors de l'ouverture du dossier. L'un des objectifs des SIDEPE est de rejoindre les personnes vulnérables dans leur milieu de vie. Ainsi, il est possible que plusieurs interventions soient réalisées hors établissement. L'information sur le lieu d'intervention permettra de décrire un aspect des efforts consentis par ces services de prévention et de dépistage pour rejoindre les personnes vulnérables.

130. Pour plus de précisions, voir la section 5.3 du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*.

2. Données sociodémographiques

2.1 Date de naissance

Inscrivez la date de naissance au complet. Bien que la date de naissance soit indiquée dans la section « identification » du formulaire, il est demandé d'inscrire la date de naissance (au complet) à cette section. Cette information permettra de documenter l'âge des personnes auprès desquelles l'intervention est réalisée.

2.2 Sexe

Il n'est pas pertinent de rechercher systématiquement l'information permettant de déterminer si une personne est transsexuelle. Toutefois, si cette information est obtenue spontanément, il est possible de l'inscrire au dossier. Par exemple, cette information peut être utile dans le contexte où un prélèvement au niveau des organes génitaux est indiqué. Les définitions proposées ici sont les mêmes que celles qui sont utilisées dans le questionnaire de surveillance de l'infection par le VIH au Québec.

- Transsexuel F-H : information disponible selon laquelle il s'agit d'une personne dont le sexe original (chromosomique/biologique) est féminin et qui a complété les étapes de transformation afin de devenir un homme (traitement hormonal ET chirurgie de redéfinition de sexe).
- Transsexuel H-F : information disponible selon laquelle il s'agit d'une personne dont le sexe original (chromosomique/biologique) est masculin et qui a complété les étapes de transformation afin de devenir une femme (traitement hormonal ET chirurgie de redéfinition de sexe).

Si l'entretien ne vous permet pas d'obtenir des précisions sur le sexe cochez « inconnu ».

2.3 Pays de naissance

L'origine ethnoculturelle peut être un facteur de risque pour les ITSS. Par exemple, il est connu que les personnes originaires d'Asie sont plus souvent infectées par les hépatites virales. La prévalence de certaines ITSS est très élevée dans certains pays, par exemple des pays d'Afrique, des Antilles ou d'Asie. Les personnes originaires de ces pays, surtout si elles sont récemment arrivées au Canada, sont plus susceptibles d'être infectées. C'est pourquoi, lorsque la personne n'est pas née au Canada, il est pertinent de rechercher l'information sur son pays de naissance et la date de son arrivée au Canada. Pour les personnes nées au Canada, il est pertinent de préciser si elles appartiennent au groupe des Premières nations, des Inuits ou des Métis. En effet, la prévalence des ITS comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique semble particulièrement élevée au sein de ces populations.

3. Raisons de la consultation à la première visite

Inscrivez le ou les besoins exprimés par la personne lorsqu'elle se présente. Vous pouvez cocher plusieurs réponses. Il s'agit bien ici de la demande de la personne et non pas de l'évaluation de ses besoins faite par le professionnel, ce qui sera précisé plus loin.

Envoyé par :

Indiquez le nom de la clinique ou de l'organisme communautaire, le cas échéant. Si vous le jugez pertinent, vous pouvez ajouter le nom et le titre de l'intervenant qui a dirigé cette personne vers le service de dépistage. Cela peut être utile pour effectuer un suivi auprès des partenaires qui dirigent des personnes vers l'établissement.

4. Signes et symptômes

La présence de symptômes nécessite habituellement une évaluation médicale pour l'établissement d'un diagnostic, ce qui est un acte réservé à l'exercice de la médecine. Rappelons ici que l'acte infirmier de « dépistage » est réalisé auprès de personnes asymptomatiques. Chaque symptôme peut être un indice de maladie (quelques exemples sont donnés entre parenthèses). Toutefois, il serait inapproprié de poser un diagnostic quelconque sur la seule base des symptômes rapportés par la personne. Une personne qui présente des symptômes devra être dirigée vers un médecin pour un examen médical. Les mêmes considérations s'appliquent lorsque des signes cliniques, p. ex. : une lésion aux organes génitaux, indiquent la présence possible d'une infection. Seule une évaluation médicale permettra de poser le diagnostic. Voir le schéma I à la section 1.2 du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*.

5. Antécédents cliniques

Les antécédents cliniques aideront à découvrir la présence de facteurs de vulnérabilité (p. ex. : grossesse ou IVG à répétition), à déceler la présence de certains facteurs de risque (p. ex. : antécédents d'ITSS) et à planifier les interventions requises (p. ex. : vaccination).

5.1 Prise d'antibiotiques récemment

À documenter car ceci pourrait influencer l'interprétation des résultats.

5.2 Antécédents d'allergie

Cette information sera utile dans l'éventualité où un vaccin ou un médicament devra être administré.

5.3 Antécédents de transfusion de sang ou d'administration de produits sanguins

On fait ici référence à la réception de sang ou de produits sanguins (sang, sang total, concentré de globules rouges, plaquettes, plasma congelé, plasma frais congelé, cryoprécipités et globules blancs ou autres produits sanguins tels que facteurs de coagulation et immunoglobulines I.V.). La réception de sang ou de produits sanguins pouvait représenter un risque de contracter le VIH (avant 1985) ou du VHC (surtout avant 1990). Il faut toutefois noter que, si ces produits ont été administrés dans des pays en voie de développement, le risque est plus élevé même après 1985 ou 1990. Certaines personnes peuvent avoir reçu plusieurs transfusions, c'est pourquoi un espace est prévu pour inscrire les dates de trois transfusions. Si le nombre de transfusions est plus élevé, on pourra inscrire les autres sur une page ajoutée en annexe.

5.4 Grossesse

La grossesse est un facteur de vulnérabilité reconnu. Dans certains cas, la présence d'une ITSS chez une femme enceinte peut influencer le déroulement de sa grossesse et impliquer un risque de transmission de l'infection au nouveau-né. Le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'infection par le VIH fait partie du bilan prénatal de toutes les femmes enceintes et il doit être offert systématiquement à toutes les femmes enceintes avec le counseling prétest approprié. Par ailleurs, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque pendant la grossesse, il est indiqué de répéter le dépistage de ces infections. Il sera donc essentiel, avec le consentement de la personne, d'établir un lien avec le médecin qui assure le suivi médical de la femme enceinte. La grossesse exige une vigilance accrue, par exemple au moment de l'intervention auprès des partenaires. Il est important aussi d'évaluer la possibilité d'un début de grossesse non connue par la personne et les questions sur la contraception visent à explorer cette éventualité.

5.5 Antécédents d'ITSS

Selon plusieurs études, un antécédent d'ITSS est un des facteurs de risque associés à la présence d'une ITSS. La survenue d'ITSS à répétition chez une personne peut révéler une faiblesse en matière de d'intervention préventive. Elle peut aussi permettre de détecter les réseaux sociaux et sexuels, les *core groups* ou « noyaux de transmetteurs » auprès desquels des actions spécifiques et adaptées pourraient être réalisées.

N. B. L'infection par le VPH (infection par le virus du papillome humain) peut se manifester par des condylomes (verrues génitales) ou par une infection du col de l'utérus habituellement détectée de façon indirecte par la cytologie effectuée pour le dépistage du cancer du col.

5.6 Dépistage antérieur

Les données sur le dépistage effectué précédemment complètent les renseignements relatifs aux antécédents d'ITSS. Le délai écoulé entre le dernier dépistage et cette consultation donne des indications sur la prise en charge par la personne de sa santé sexuelle. Le degré de précision de la date (année et mois) sera fonction de l'information disponible.

5.7 Vaccination antérieure

En complément de l'analyse des facteurs de risque, cette information permettra de déterminer le besoin en matière d'immunisation contre les hépatites A et B. Le niveau de précision de la date (année, mois, jour) sera fonction de l'information disponible.

Commentaires sur les antécédents cliniques

Des renseignements additionnels peuvent être inscrits dans cette section.

6. Comportements sexuels

Les renseignements sur les comportements sexuels permettent de déceler les facteurs de risque et d'orienter l'intervention : personne appartenant à un groupe visé par l'immunisation contre les hépatites A et B? Quelles analyses à des fins de dépistage seront indiquées? Cela permettra aussi de déterminer les éléments à aborder ou à approfondir dans le counseling préventif.

6.1 Partenaire(s) sexuel(s)

Il est important d'obtenir l'information sur l'orientation sexuelle de façon objective et sans jugement. C'est pourquoi il est préférable de s'informer du sexe des partenaires plutôt que sur l'orientation sexuelle.

6.2 Pratiques sexuelles¹³¹

Plusieurs personnes qui ont des relations orales ne se définissent pas comme « actives sexuellement ».

Les relations anales comportent un risque accru de transmission sexuelle des infections. Il est donc nécessaire d'obtenir l'information sur le type de pratiques sexuelles.

- Rapports avec pénétration anale : risque faible (avec condom) à très élevé (sans condom).
- Rapports avec pénétration vaginale : risque faible (avec condom) à élevé (sans condom).

131. Pour plus de détails sur le niveau de risque des pratiques sexuelles, on peut consulter le document *La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque*, 2004, disponible sur le site Internet de la Société canadienne du sida [<http://www.cdnaids.ca>].

- Rapports bucco-génitaux : sans condom, risque élevé pour l'infection gonococcique, la syphilis et l'hépatite B, et risque faible pour le VIH; risque négligeable avec condom ou digue dentaire.
- Autres activités (notamment utilisation d'objets sexuels) : aucun risque si non-partage, risque négligeable avec utilisation du condom.

6.3 Utilisation du condom

L'utilisation RÉGULIÈRE (constante) du condom est un bon moyen de réduire le risque de contracter une ITS. On entend par « dernière relation non protégée » la dernière relation sans utilisation de condom ou avec une utilisation inadéquate (rupture, glissement ou autre) du condom.

6.4 Nombre de partenaires sexuels

Le nombre de partenaires sexuels fournit un indice du niveau de risque. Par ailleurs, le nombre de partenaires au cours des deux derniers mois permettra de circonscrire le nombre de partenaires à aviser dans les cas d'infection à incubation relativement courte comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique. Pour certaines infections dont l'incubation peut être plus longue, le nombre de partenaires au cours de la dernière année sera utile (p. ex. syphilis latente précoce). Il faut rappeler qu'un nouveau partenaire est un facteur de risque de transmission sexuelle.

6.5 Information sur les partenaires sexuels

Le terme « récent » correspond à la période d'incubation moyenne des infections recherchées, par exemple deux mois pour l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* ou l'infection gonococcique, trois mois pour la syphilis primaire, six mois pour la syphilis secondaire et un an pour la syphilis latente précoce.

Cette information vise à compléter l'évaluation des facteurs de risque, particulièrement pour les personnes qui ne rapportent elles-mêmes aucun facteur de risque. Cette information contribue à une meilleure perception du réseau social et sexuel dans lequel la personne évolue. Il s'agit, bien sûr, d'une question subjective à caractère exploratoire puisque l'information fournie par la personne est essentiellement basée sur sa propre perception des facteurs de risque d'autres personnes. On entend par « UDI » une personne qui utilise ou a déjà utilisé des drogues par injection à des fins non thérapeutiques. On entend par « HARSAH » les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Pour ce qui est des antécédents d'hépatite chez le partenaire on peut rechercher de l'information relative à un diagnostic spécifique comme l'hépatite B ou l'hépatite C, mais il est aussi possible de rechercher des renseignements moins spécifiques comme « hépatite virale », « infection du foie » ou « jaunisse ». Toutefois, dans ces derniers cas, l'information est moins valable car il peut aussi s'agir d'hépatites non reliées aux ITSS (p. ex. mononucléose, hépatite alcoolique, hépatite médicamenteuse, etc.).

6.6 Lien avec la prostitution

Les travailleurs et travailleuses du sexe et leurs clients constituent une clientèle au sein de laquelle la prévalence des ITSS est plus élevée que dans la population en général. Les personnes qui sont liées au « milieu de la prostitution » ne reconnaissent pas nécessairement ce lien. La prostitution ne correspond pas toujours au concept classique d'une prostituée qui sollicite des clients dans la rue et reçoit de l'argent en échange de services sexuels. C'est pourquoi les questions portent plutôt sur le fait d'avoir reçu ou donné de l'argent, des drogues ou des cadeaux en échange de relations sexuelles.

6.7 Relations sexuelles dans un sauna

Dans quelques grandes villes des États-Unis et du Canada, on observe une augmentation de l'incidence de l'infection gonococcique et de la syphilis infectieuse chez les HARSAH. Certaines personnes fréquentent les saunas dans un but d'avoir des relations sexuelles anonymes, sans nécessairement se protéger contre les ITSS. Cela crée un contexte propice à leur transmission.

6.8 Relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec

L'objectif de ces questions est de déceler les cas où la source de l'infection est probablement une personne de l'extérieur du Québec. Cette information est importante car elle peut, d'une part, constituer une alerte quant à une possible résistance de la souche d'une infection gonococcique (la résistance est plus fréquente dans certains pays) et, d'autre part, renseigner sur l'ampleur de la transmission « de souches non locales ». Cela permet aussi d'établir la « mobilité des éclosions » dans les grandes villes de l'Amérique du Nord.

La transmission de « souches non locales » peut se faire de plusieurs façons. Par exemple, une personne voyage et a des relations sexuelles avec une ou des personnes non québécoises; une personne ne voyage pas elle-même mais a une relation sexuelle avec une personne non québécoise qui voyage au Québec. Les questions sont donc conçues pour évaluer les deux situations, soit l'exposition lors d'un voyage du cas-index et l'exposition sur place par l'intermédiaire d'une personne qui réside à l'extérieur du Québec. Cette information sera aussi utile dans une démarche d'intervention préventive auprès du cas-index (conseils sur la prévention en voyage) et éventuellement, lorsque c'est possible, auprès des partenaires (p. ex. transfert hors province).

L'information à recueillir est relativement complexe. Voici une façon de procéder par questions successives simples :

- a) Êtes-vous allé en voyage à l'extérieur du Québec durant la dernière année? Si oui, passez à b), sinon passez à c).
- b) Où êtes-vous allé? Quand? Avez-vous eu, à cette occasion, des relations sexuelles avec une ou des personnes qui résident à l'extérieur du Québec? (*En effet, une personne peut avoir eu une relation sexuelle avec un autre touriste du Québec et cela n'a pas la même signification.*) Si la réponse est OUI, inscrivez-la à la question 6.8, puis ajoutez la question suivante : Dans quel(s) pays/ville réside(nt) cette ou ces personnes?
- c) Au Québec, avez-vous eu un ou des partenaires qui résident habituellement à l'extérieur du Québec? Si oui, dans quel pays/ville réside(nt) cette ou ces personnes? Quand a eu lieu le dernier contact sexuel avec chacune de ces personnes?

Commentaires sur les comportements sexuels

Ajoutez les détails pertinents, p. ex. : au sujet de l'utilisation du condom, des pratiques sexuelles, des partenaires, etc.

7. Habitudes de vie liées au risque de transmission par voie sanguine

Il s'agit ici essentiellement de documenter les facteurs de risque de transmission du VHB, du VHC et du VIH, par voie sanguine autre qu'une transfusion. Si le partage d'aiguilles est reconnu depuis longtemps comme facteur de risque (VIH, VHC et VHB), il est de plus en plus question du risque possible de transmission de l'hépatite C par le partage d'autres types de matériel utilisé pour l'injection et même par le partage de pailles pour l'inhalation.

7.1 Consommation de drogues au cours de la dernière année

La consommation de « drogues douces » comme la marijuana ou haschich n'est pas un facteur de risque en soi, mais ces substances, comme l'alcool, peuvent altérer le jugement et la vigilance et ainsi contribuer à la prise de risques. Ces éléments devront donc être pris en compte dans le counseling auprès des personnes qui en consomment.

7.2 Injection de drogues au cours de la vie, même une seule fois

L'injection de drogue, même une seule fois, même il y a très longtemps, est une indication de dépistage du VHC.

7.3 Tatouage et perçage

Le tatouage et le perçage peuvent comporter un risque dans la mesure où le matériel utilisé est susceptible d'avoir été contaminé. C'est pourquoi il est important de documenter les circonstances dans lesquelles la procédure a été effectuée. Plusieurs salons professionnels appliquent des mesures préventives adéquates, mais on ne peut affirmer que tous le font. Pour plus d'information, on peut consulter les brochures produites par le MSSS à ce sujet.

7.4 Séjour en milieu carcéral

Le séjour en milieu carcéral en lui-même n'est pas un facteur de risque de contracter une ITSS. Toutefois, ce milieu est souvent lié ou propice à des habitudes de vie ou des comportements sexuels à risque. Il est généralement reconnu que la prévalence des ITSS est plus élevée en milieu carcéral que dans la population en général. À la section commentaires, inscrivez les éléments permettant d'évaluer le niveau de risque, p. ex. un séjour prolongé.

7.5 Exposition accidentelle ou professionnelle au sang ou à un liquide biologique à risque de transmission du VIH, du VHC ou du VHB

Il est important de noter toute l'information disponible. Référez-vous aux lignes directrices ou protocoles en vigueur pour obtenir des précisions sur la définition d'une exposition significative, les liquides biologiques à risque et l'intervention appropriée ou la ressource vers laquelle la personne doit être dirigée.

Sommaire de l'évaluation des facteurs de risque

Cette section vise à permettre d'analyser et de synthétiser les renseignements recueillis dans les sections précédentes.

Évaluation du contexte de l'intervention

Dans une perspective d'approche globale de la personne, cette partie du questionnaire permet de situer la personne par rapport à son niveau de compréhension et à sa capacité de prendre en charge sa santé et d'adopter des comportements sécuritaires. Ces données doivent être le plus objectives possible afin d'adapter les interventions selon les besoins de la personne ou d'orienter la personne vers des ressources adéquates, si nécessaire.

- ***Estimation du degré d'aisance***

Évaluez la facilité de la personne à répondre aux questions (p. ex. gêne, difficulté à s'exprimer, refus de divulguer des comportements à risque, personne judiciarisée, etc.). Notez les particularités dans la section « Commentaires » au besoin. Explorez la présence de troubles de santé mentale, d'idées suicidaires, de déficience intellectuelle ou de non-collaboration et inscrivez l'information pertinente dans la section « Commentaires ».

- ***Réseau social, soutien***

Notez s'il y a présence de personnes significatives pour la personne dans son entourage immédiat ou par l'intermédiaire d'un organisme communautaire, par exemple. Décrivez brièvement. Au besoin, précisez la situation de vie : itinérance, vit seul, vit en couple, vit chez ses parents, en institution, colocataire, en visite, etc.

- **Autoévaluation de son risque de contracter une ou des ITSS**

Comment la personne perçoit-elle son risque de contracter une ou des ITSS selon son comportement, ses activités sexuelles, ses partenaires au cours des derniers mois et à vie? Quel est son niveau de connaissance des modes de transmission de ces infections?

Commentaires

Dans la section « Commentaires », notez toute particularité pouvant être utile pour le suivi du dépistage par d'autres intervenants :

- état de la personne au moment de l'entrevue : état d'ébriété ou d'intoxication, en situation de crise, état de santé précaire, etc., qui pourrait avoir des incidences sur la validité des réponses données et sur la capacité de la personne de participer à un suivi;
- réaction prévisible à l'annonce éventuelle d'un résultat positif;
- impossibilité pour la personne de consentir à l'intervention;
- conditions non propices à l'intervention.

8. Intervention réalisée

8.1 Information donnée sur :

Cochez la nature de l'information transmise verbalement. Au moment d'une visite de suivi, cela permettra de savoir quels renseignements la personne a reçus lors de la consultation précédente et de vérifier si elle a reçu l'information requise pour donner un consentement éclairé à l'intervention proposée.

8.2 Matériel de prévention remis

Indiquez tout le matériel remis à la personne : document, condoms ou matériel d'injection (seringues stériles, eau stérile, trousse spéciale pour UDI, etc.). À une visite ultérieure, cela permettra de savoir quels documents ont été remis à la personne au cours de la consultation précédente et de vérifier si elle a reçu l'information requise pour donner un consentement éclairé à l'intervention proposée.

8.3 Vaccination

À partir du nombre de doses reçues, comme noté à la section 5.7 du formulaire, précisez le statut vaccinal. Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) spécifie les critères permettant de déterminer le statut vaccinal. Vérifiez si la personne a déjà manifesté une réaction à une vaccination antérieure. Demandez le carnet de vaccination si disponible. Il faut se référer au PIQ pour toute interrogation avant de procéder à une vaccination. Informez la personne sur le type de vaccin administré et sur les effets secondaires possibles. Remettez-lui la documentation écrite disponible dans le PIQ : *Renseignements aux usagers*. Obtenez le consentement verbal et apposez vos initiales à chacune des doses données. Inscrivez dans la section « Autres » les vaccins administrés à l'occasion d'une mise à jour du calendrier vaccinal ou toute autre vaccination nécessaire.

N. B. Le nom du vaccin et le numéro de lot sont habituellement notés sur la fiche de vaccination.

8.4 Premiers soins administrés

Notez les soins donnés tels que désinfection de plaies, mise en place ou renouvellement d'un pansement, prise de signes vitaux, intervention d'urgence à la suite d'une réaction vaccinale, etc., à l'occasion d'une consultation dans le milieu de vie ou ailleurs. Dirigez la personne vers un médecin s'il y a présence de symptômes.

8.5 Intervention de contraception

Dans une approche voulant répondre le mieux possible aux besoins de la personne, des interventions de contraception peuvent être réalisées à l'occasion d'une intervention de dépistage. La contraception orale d'urgence peut être offerte selon l'ordonnance collective, de même qu'un contraceptif injectable peut être administré sur ordonnance médicale. Indiquez tout autre type d'intervention de contraception offert.

8.6 Intervention de dépistage

La partie gauche du tableau sert à colliger tous les renseignements relatifs à l'intervention de dépistage réalisée. Un consentement verbal est suffisant, mais il doit être spécifique pour chacune des analyses effectuées. Le professionnel ayant effectué le prélèvement et obtenu le consentement doit apposer ses initiales. Le type d'analyse demandé¹³² doit être indiqué de la façon la plus précise possible, de même que le ou les sites ou la nature des prélèvements. La partie droite porte sur les résultats du dépistage et est disposée de façon à permettre une vision d'ensemble de l'intervention de dépistage, incluant la transmission des résultats.

8.7 Planification d'une visite de suivi

Tout résultat de dépistage devrait être communiqué à l'occasion d'une visite de suivi, même si le résultat est négatif. En effet, un résultat négatif peut conduire à un sentiment de fausse sécurité et favoriser la prise de risque; le counseling post-test est alors important pour relativiser la signification d'un résultat négatif et rappeler l'importance d'adopter et de maintenir des comportements plus sécuritaires. De façon exceptionnelle, certains résultats négatifs pourraient être transmis par téléphone. Toutefois, il est recommandé de ne jamais transmettre par téléphone des résultats (positifs ou négatifs) de dépistage de l'hépatite C ou de l'infection par le VIH.

Dans l'éventualité où le professionnel craindrait que la personne ne se présente pas à sa visite de suivi, il pourrait s'entendre avec elle pour qu'un travailleur de rue puisse la contacter pour lui rappeler qu'elle doit se présenter pour une visite de suivi.

Résultats à transmettre à un tiers

Un consentement doit obligatoirement être obtenu par écrit (annexe XI) afin de transmettre un résultat à un tiers. Par exemple, si le consentement de la personne a été obtenu au moment du dépistage, certains renseignements, dont le résultat de l'analyse, pourraient être transmis à un intervenant d'un organisme communautaire habilité à l'intervention psychosociale auprès des personnes infectées.

8.8 Orientation vers une autre ressource pour suivi

Indiquez si la personne a été dirigée vers une autre ressource et inscrivez la principale raison de cette démarche. Précisez vers quel(s) organisme(s) ou professionnel(s) ou intervenant(s) cette personne a été dirigée. L'utilisation du formulaire d'orientation pour suivi médical ou suivi psychosocial (annexes X et XII) peut favoriser une meilleure continuité des soins.

Le volet « Première visite » se termine ici. Toutefois, une mise à jour de l'information peut être faite à l'occasion d'une visite subséquente. La partie droite du tableau de la section 8.6 sera complétée dès réception des résultats.

132. Pour la syphilis, les analyses non tréponémiques sont le VDRL, le TRUST ou le RPR. Les analyses tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS) sont des analyses de confirmation effectuées lorsqu'une analyse non tréponémique est positive.

Visite de suivi

Inscrire la ou les raisons de la visite de suivi. Le suivi de la vaccination est noté à la section 8.3 du volet « Première visite » du formulaire.

9. Suivi du dépistage

Les résultats du dépistage sont intégrés à la section 8.6 du volet « Première visite » du formulaire.

Date de réception du résultat

Inscrivez la date de réception du résultat à votre bureau ou dans votre service et inscrivez le résultat au dossier.

Résultat transmis à la personne – date

Indiquez par un crochet que le résultat a été transmis à la personne, inscrivez la date et apposez vos initiales.

9.1 Counseling post-test – Résultat(s) positif(s)

Explications sur la signification des résultats

Expliquez la signification des résultats, incluant les limites des analyses : faux positifs, faux négatifs, période fenêtre. (Voir le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* et les documents de référence dans le domaine des ITSS.)

Information sur la ou les infections détectées

Signes et symptômes à surveiller, complications possibles, traitement, mode de transmission, absence d'immunité, conseils préventifs afin de ne pas aggraver la maladie, conseils pour éviter de transmettre la maladie, etc.

Sensibilisation à l'importance de l'examen médical

Un examen clinique est nécessaire afin de compléter le diagnostic, vérifier la présence éventuelle d'une complication et prescrire le traitement approprié.

Révision des facteurs de risque

À l'occasion du counseling post-test, il est important de revoir sommairement les facteurs de risque rapportés lors de la ou des entrevue(s) précédente(s). Certains facteurs ont-ils été omis? Y a-t-il eu modifications des comportements? Adoption de comportements plus sécuritaires? Prise de risque?

Conseils préventifs adaptés selon les facteurs de risque décelés

On pourra se référer à la liste des outils accessibles sur Internet (annexe VII). Il est important de promouvoir l'utilisation des méthodes barrières et de ne pas oublier celles qui sont recommandées pour les relations orales (p. ex. digue dentaire ou condom coupé) particulièrement auprès des personnes qui ont de multiples partenaires (incluant celles qui ont un lien avec la prostitution).

Il ne faut pas oublier de fournir l'information sur les ressources disponibles, par exemple le matériel offert dans les centres d'accès au matériel d'injection stérile.

Intervention d'hémohistovigilance

Certaines infections transmissibles sexuellement sont aussi transmissibles par le sang, soit l'infection par le VIH, l'hépatite B et dans une moindre mesure, la syphilis en phase secondaire. L'hépatite C est essentiellement transmissible par le sang. Une personne infectée peut aussi transmettre l'infection par des dons de tissus (p. ex. sperme) et d'organes. Il est donc important d'aviser les personnes infectées de ne pas donner de sang, de tissus ou d'organes.

Ces infections font partie des maladies à déclaration obligatoire par les médecins et les dirigeants de laboratoire (et non par les infirmières). Les antécédents de dons de sang ou de tissus font partie des données à transmettre au moment de la déclaration. Si la personne infectée rapporte avoir donné du sang, des tissus ou des organes, il sera donc important d'en aviser le médecin vers lequel la personne sera dirigée afin qu'il puisse transmettre ces renseignements au moment de sa déclaration. Ce sont les directions de santé publique qui sont responsables d'aviser Héma Québec ou d'autres instances, selon le cas.

Intervention préventive auprès des partenaires

Le *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires* décrit les modalités de cette intervention. Un programme de formation spécifique ainsi que des outils destinés aux professionnels de la santé et aux personnes atteintes sont aussi disponibles.

9.2 Counseling post-test – Résultat(s) négatif(s)

Le counseling post-test à la suite d'un résultat négatif constitue une occasion de renforcer les conseils préventifs. Il est essentiel de souligner les limites de l'analyse (indiquez la possibilité de faux négatif) et de rappeler qu'un résultat négatif malgré la prise de risques ne témoigne aucunement d'une « immunité naturelle » ou d'une « constitution robuste » qui mettrait la personne à l'abri d'une infection si elle continuait de prendre des risques. Il convient de discuter de la pertinence de dépistages ultérieurs et, le cas échéant, de leur périodicité.

10. Orientation vers une autre ressource pour suivi

Indiquez tout endroit où la personne a été dirigée pour différentes raisons (aide psychosociale, suivi médical, consultation d'urgence, hébergement). Il peut s'agir d'un autre service donné dans le même établissement. Une orientation vers un autre CSSS peut être nécessaire si la personne réside sur un autre territoire ou si le CSSS consulté n'offre pas le service requis.

ANNEXE IV RÉGIONS FORTEMENT TOUCHÉES PAR LES ITSS ET INDICATIONS RELATIVES AU DÉPISTAGE

La présente annexe¹³³ dresse d'abord la liste des régions fortement touchées par les ITS bactériennes, le VIH, le VHB et le VHC. Viennent ensuite des indications relatives au dépistage de ces infections selon la région d'origine.

Régions fortement touchées par les ITS bactériennes, le VIH, le VHB et le VHC

Pour les ITS bactériennes, la plus forte proportion se trouve dans les régions suivantes :

- l'Asie du Sud et du Sud-Est;
- l'Afrique subsaharienne;
- l'Amérique latine;
- les Caraïbes.

De plus, des éclosions de syphilis ont été observées dans des groupes spécifiques dans plusieurs pays et dans plusieurs grandes villes nord-américaines, notamment New York, Los Angeles et Montréal.

Pour le **VIH**, les régions de forte endémicité¹³⁴ sont :

- l'Afrique subsaharienne;
- les Caraïbes;
- la Thaïlande (prévalence estimée à 0,9 %);
- l'est de l'Europe (prévalence estimée à 0,9 %);
- l'Asie centrale (prévalence estimée à 0,9 %).

Notons que l'Organisation mondiale de la santé a produit une carte du monde présentant la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans en 2011¹³⁵.

Pour le **VHB**, les régions où la prévalence d'infections chroniques est modérée ou élevée¹³⁶ sont :

- l'Alaska;
- l'Afrique subsaharienne;
- l'Asie centrale;
- l'Asie du Sud-Est;
- le bassin de l'Amazonie;
- le bassin de la Méditerranée;
- la Chine;
- l'Europe de l'Est;
- les îles du Pacifique;
- le Japon;
- le Moyen-Orient;

133. Source : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 154 p.

134. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, l'endémicité est élevée pour le VIH si une région présente l'une des caractéristiques suivantes :

- une prévalence de 1 % ou plus chez les adultes de 15 à 49 ans et une transmission à prédominance hétérosexuelle;
- un rapport hommes-femmes infectés de 2 pour 1 ou moins;
- une prévalence du VIH chez les femmes recevant des soins prénataux établie à 2 % ou plus.

135. On peut consulter cette carte à l'adresse suivante : [http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIV_adult_prevalence_2011.png].

136. Selon l'OMS, une région d'endémicité modérée pour le VHB est caractérisée par une prévalence de 2 % ou plus.

- le nord-ouest du Brésil;
- le Pérou.

Notons que l'Organisation mondiale de la santé a également produit une carte du monde présentant les régions et pays à risque modéré ou élevé pour l'hépatite B¹³⁷.

Pour le **VHC**, les régions de forte endémicité¹³⁸ sont :

- l'Égypte;
- le Pakistan;
- Taiwan;
- la Roumanie;
- l'Italie.

Notons que les Centers for Disease Control and Prevention proposent une carte du monde illustrant la prévalence du VHC¹³⁹.

Indications de dépistage selon la région d'origine

Afin de faciliter l'évaluation clinique des personnes originaires d'un pays autre que le Canada ou de leurs partenaires, le professionnel peut considérer les régions suivantes endémiques pour les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C :

- les Caraïbes;
- l'Amérique centrale;
- l'Amérique du Sud;
- la Fédération de Russie;
- l'Europe de l'Est;
- le Moyen-Orient (incluant l'Égypte et le Pakistan);
- l'Afrique subsaharienne;
- l'Asie du Sud;
- l'Asie centrale;
- le bassin du Pacifique, excluant le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique ou la syphilis, le dépistage sera recommandé si la personne est ou a déjà été sexuellement active.

Un professionnel qui dispose de données à jour sur l'épidémiologie des ITSS dans le monde peut adapter l'offre de dépistage selon la région d'origine des personnes qui le consultent.

137. On peut consulter cette carte à l'adresse suivante : [<http://apps.who.int/ithmap/>].

138. Selon l'OMS, une région est considérée de forte endémicité pour le VHC si la prévalence du VHC dépasse la prévalence mondiale moyenne, soit 3 %.

139. On peut consulter cette carte à l'adresse suivante : [http://www.cdc.gov/travel-static/yellowbook/2014/map_3-05.pdf].

ANNEXE V CAUSES D'IMMUNOSUPPRESSION¹⁴⁰

L'immunosuppression est la réduction ou l'abolition des réactions immunitaires d'un organisme contre un antigène. L'immunosuppression importante pourrait entraîner un résultat faussement négatif au test de dépistage de certaines ITSS. Les causes d'immunosuppression importante présentées ci-après le sont à titre indicatif.

L'immunosuppression importante peut être causée par :

1. **Une déficience immunitaire congénitale**, comme le syndrome de DiGeorge, l'agammaglobulinémie, l'hypogammaglobulinémie ou la dysgammaglobulinémie.

Ce groupe d'affections diverses inclut les anomalies dans la production des anticorps (ex. : agammaglobulinémie), les déficits en complément, des anomalies concernant au moins un aspect de l'immunité à médiation cellulaire et des déficits combinés.

2. **Une leucémie, un lymphome, un myélome multiple ou un cancer non hématologique**

Les personnes peuvent devenir immunosupprimées soit par leur maladie, soit par le traitement de cette maladie par chimiothérapie ou radiothérapie.

3. **Les déficits immunitaires acquis, tels que l'infection par le VIH**

L'infection par le VIH peut entraîner un déficit immunitaire.

4. **L'hémodialyse**

L'hémodialyse peut entraîner une immunosuppression.

5. **Des agents immunosuppresseurs**

Les traitements immunosuppresseurs de longue durée sont utilisés pour les greffes d'organes, les cancers, les greffes de cellules souches hématopoïétiques et un grand nombre de maladies chroniques inflammatoires ou auto-immunes (par exemple : lupus érythémateux disséminé, maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde).

Il y a plusieurs types de traitements immunosuppresseurs, dont :

- a) Les traitements avec des corticostéroïdes, qui sont généralement considérés comme immunosuppresseurs lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- la corticothérapie est administrée par voie orale (systémique);
- la durée est ≥ 2 semaines;
- la dose est de > 20 mg de prednisone par jour (ou l'équivalent).

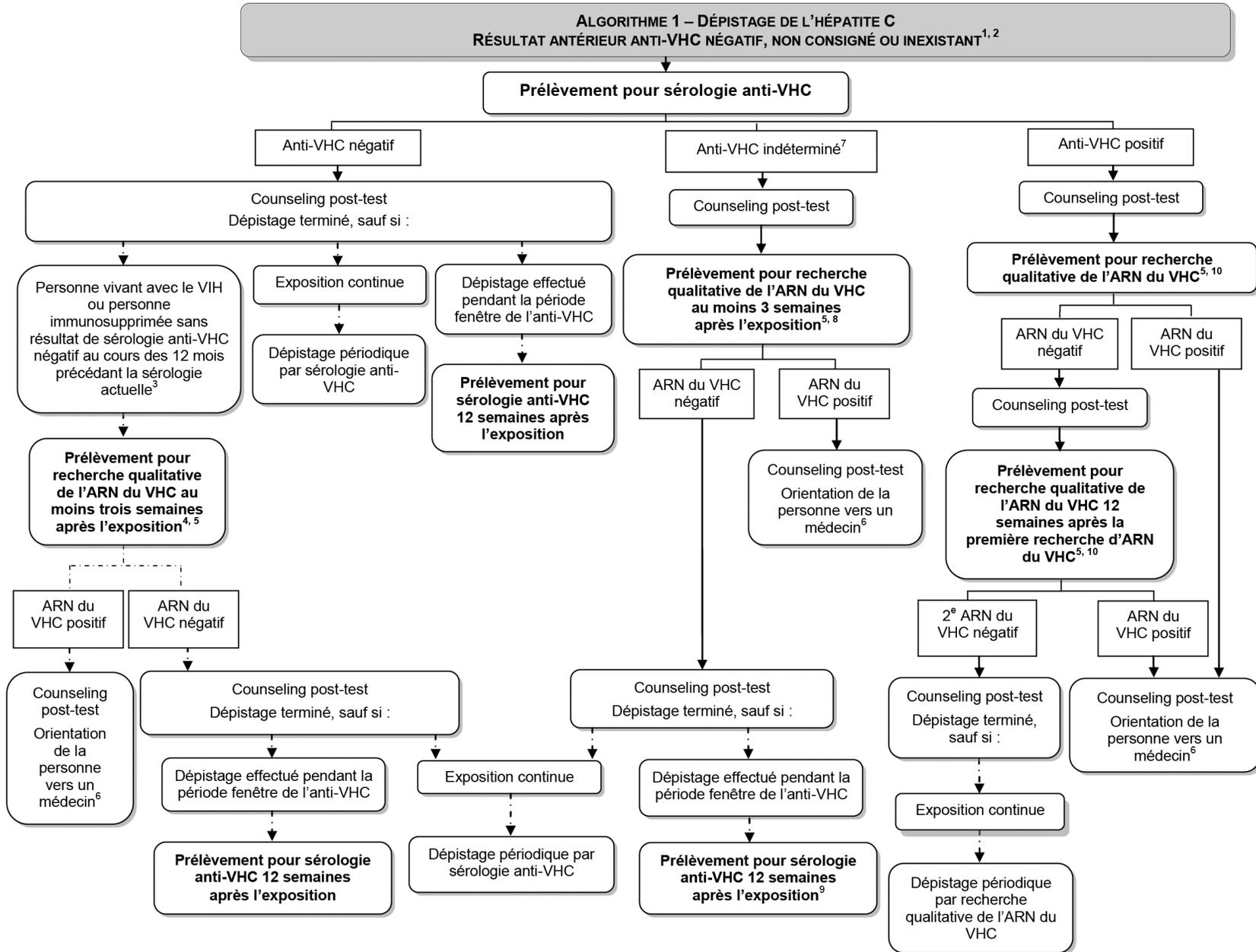
Les corticothérapies suivantes n'entraînent pas une immunosuppression significative :

- corticothérapie systémique à court terme (< 2 semaines);
- corticothérapie prescrite chaque jour ou tous les 2 jours, en dose faible ou modérée (< 2 mg/kg/jour de prednisone ou un maximum de 20 mg/jour);

140. Adapté de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Protocole d'immunisation du Québec*, chap. 1, section 1.2.2.3, « Immunosuppression », Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 54-60, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>]. (Consulté le 24 juillet 2015).

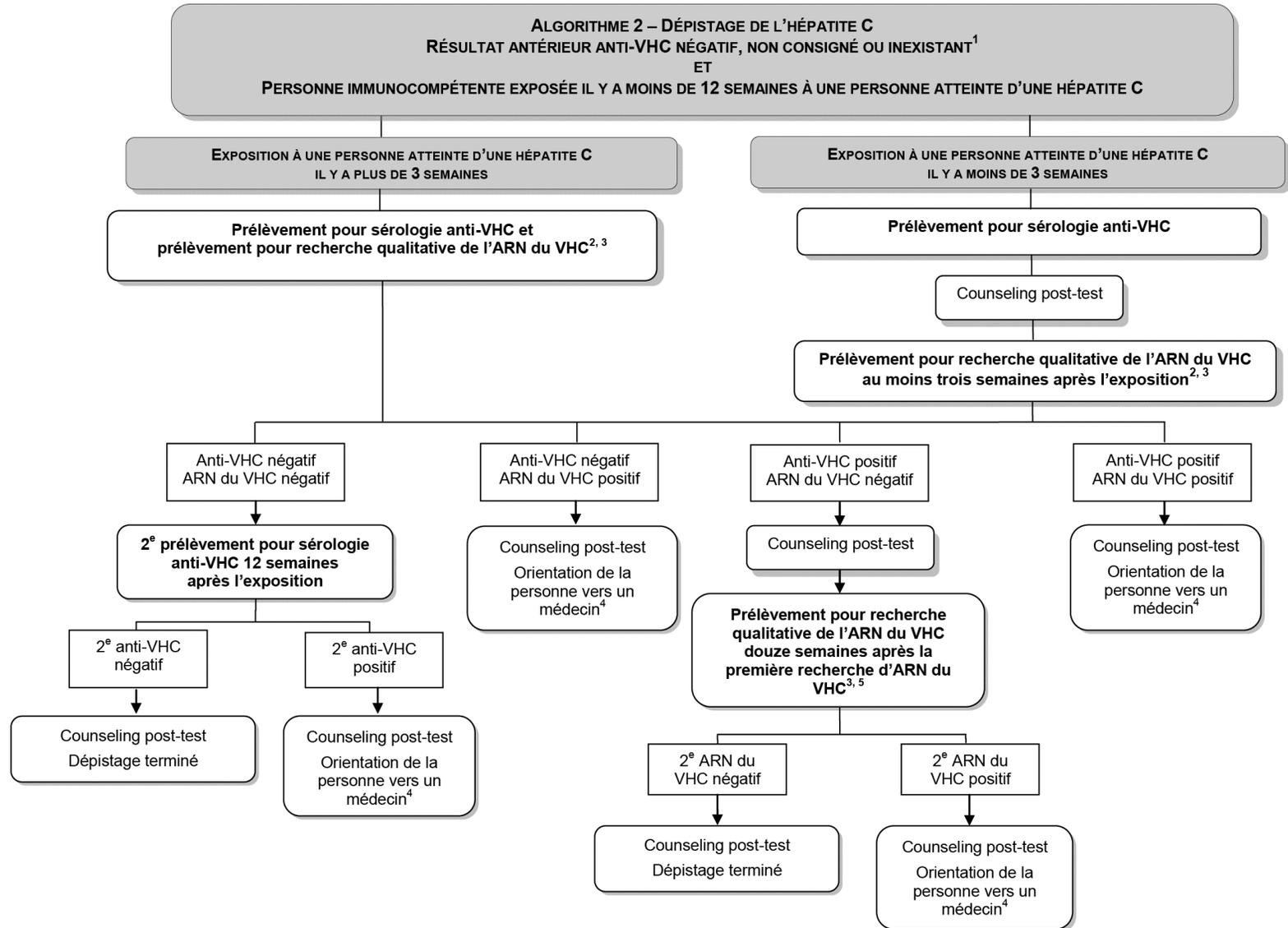
- corticothérapie à doses physiologiques dans un but de remplacement et de maintien chez une personne qui n'a pas d'immunodéficience sous-jacente;
 - corticothérapie topique (nasale, bronchique, oculaire ou cutanée) ou infiltrations intra-articulaires ou tendineuses.
- b) De nouvelles molécules appelées agents biologiques, ou biothérapies, qui sont utilisées comme des agents modulateurs de la réponse immunitaire dans le traitement des maladies auto-immunes. Ces agents (ex. : infliximab, étanercept), qui sont des anticorps monoclonaux ou des protéines de fusion, inhibent différentes cytokines pro-inflammatoires, dont le TNF- α (facteur de nécrose tumorale alpha), certaines interleukines et des lymphocytes B ou T.

**ANNEXE VI ALGORITHMES PRÉSENTANT LES ANALYSES
RECOMMANDÉES POUR LE DÉPISTAGE DU VIRUS
DE L'HÉPATITE C (VHC)**



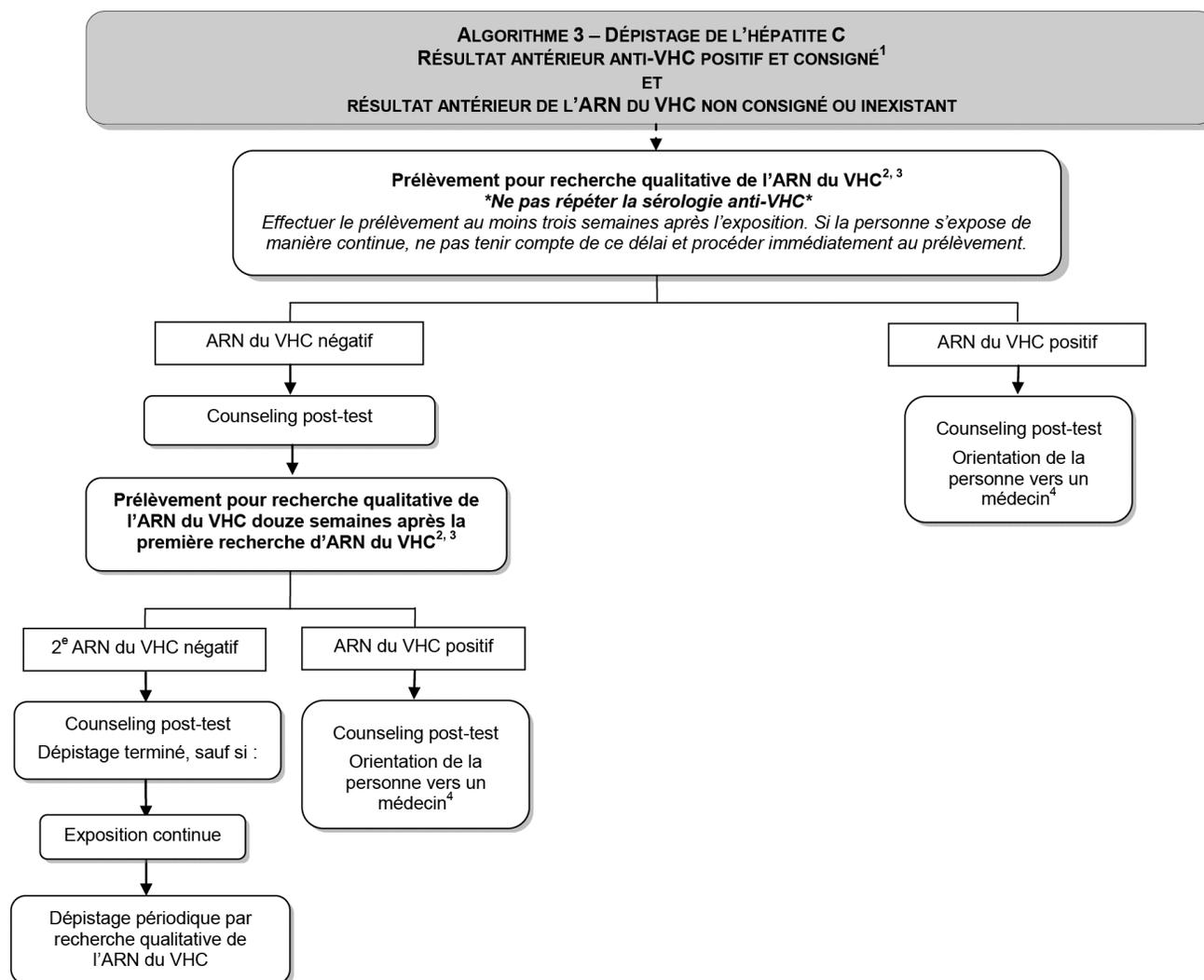
Notes :

1. Si la personne immunocompétente présente des symptômes, l'orienter vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Si la personne vivant avec le VIH ou la personne immunosupprimée présente des symptômes, l'orienter vers un médecin.
2. Si une personne immunocompétente a été exposée il y a moins de douze semaines à une personne atteinte d'une hépatite C, voir l'algorithme 2.
3. La recherche des anti-VHC fait partie de l'évaluation initiale d'une personne vivant avec le VIH. Dans ce contexte, un résultat anti-VHC négatif ne nécessite pas d'effectuer une recherche qualitative de l'ARN si la personne n'a pas eu de comportements à risque d'acquisition du VHC. Consulter *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – Guide pour les professionnels de la santé du Québec*.
4. Indiquer sur le formulaire de demande d'analyse « patient vivant avec le VIH ou immunosupprimé ».
5. Le spécimen doit être acheminé rapidement au laboratoire car il doit être décanté moins de six heures après le prélèvement.
6. Pour en savoir plus sur la prise en charge, consulter *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, à paraître).
7. Le résultat indéterminé correspond au résultat du test de confirmation fait par le Laboratoire de santé publique du Québec, et non au résultat du test initial effectué par le laboratoire de l'établissement.
8. Indiquer sur le formulaire de demande d'analyse « patient pour qui un résultat anti-VHC indéterminé est consigné ».
9. Si le résultat est négatif ou indéterminé, le dépistage est terminé. Si le résultat est positif, orienter la personne vers un médecin.
10. Indiquer sur le formulaire de demande d'analyse « patient pour qui un résultat anti-VHC positif est consigné ».



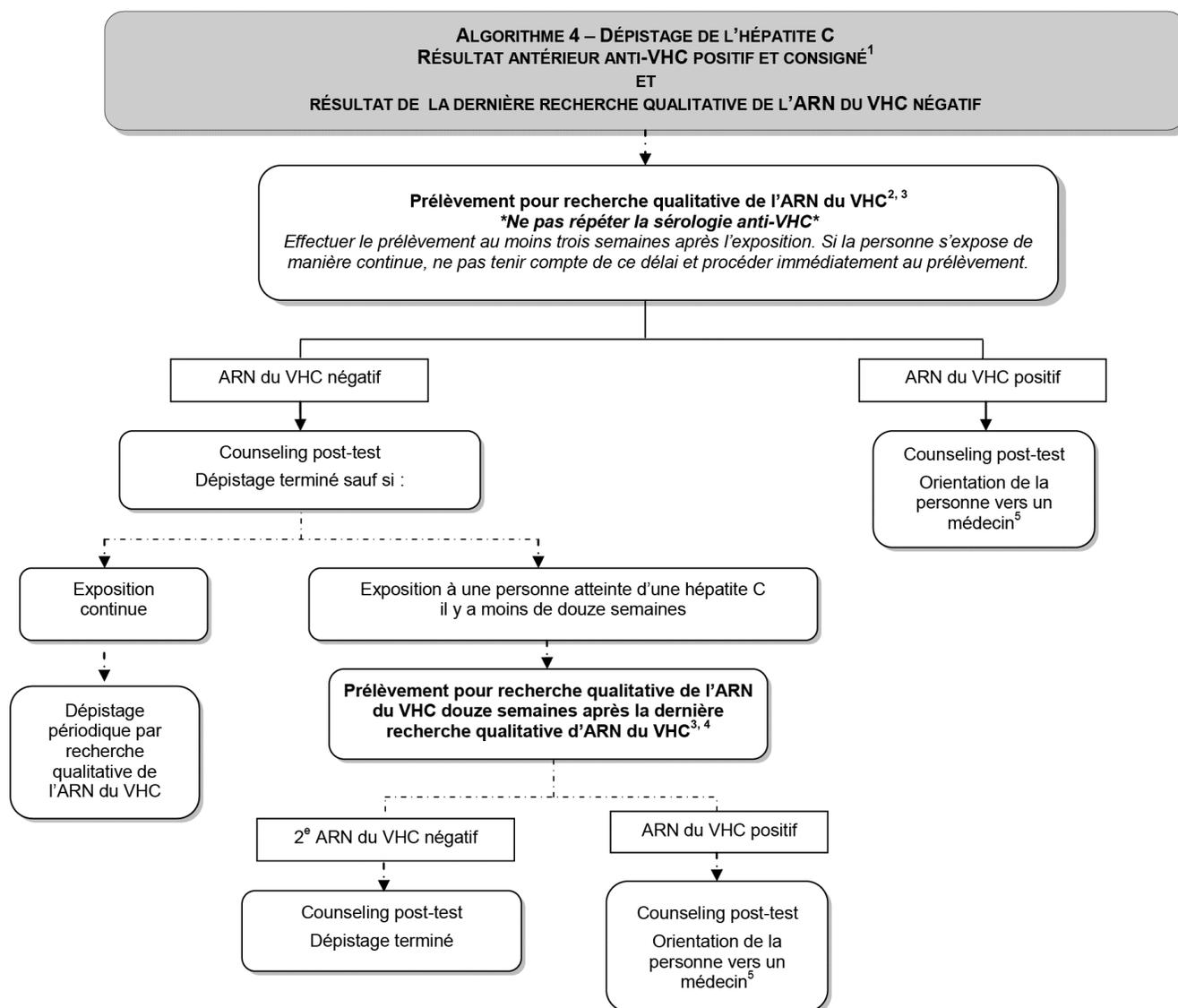
Notes :

1. Si la personne immunocompétente présente des symptômes, l'orienter vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Si la personne vivant avec le VIH ou la personne immunosupprimée présente des symptômes, l'orienter vers un médecin.
2. Indiquer sur le formulaire de demande d'analyse « patient exposé à une personne atteinte d'une hépatite C ».
3. Le spécimen doit être acheminé rapidement au laboratoire car il doit être décanté moins de six heures après le prélèvement.
4. Pour en savoir plus sur la prise en charge, consulter *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, à paraître).
5. Indiquer sur le formulaire de demande d'analyse « patient pour qui un résultat anti-VHC positif est consigné ».



Notes :

1. Si la personne immunocompétente présente des symptômes, l'orienter vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Si la personne vivant avec le VIH ou la personne immunosupprimée présente des symptômes, l'orienter vers un médecin.
2. Indiquer sur le formulaire de demande d'analyse « patient pour qui un résultat anti-VHC positif est consigné ».
3. Le spécimen doit être acheminé rapidement au laboratoire car il doit être décanté moins de six heures après le prélèvement.
4. Pour en savoir plus sur la prise en charge, consulter *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, à paraître).



Notes :

1. Si la personne immunocompétente présente des symptômes, l'orienter vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Si la personne vivant avec le VIH ou la personne immunosupprimée présente des symptômes, l'orienter vers un médecin.
2. Indiquer sur le formulaire de demande d'analyse « patient pour qui un résultat anti-VHC positif est consigné ».
3. Le spécimen doit être acheminé rapidement au laboratoire car il doit être décanté moins de six heures après le prélèvement.
4. Indiquer sur le formulaire de demande d'analyse « patient exposé à une personne atteinte d'une hépatite C ».
5. Pour en savoir plus sur la prise en charge, consulter *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS, à paraître).

ANNEXE VII LISTE D'OUTILS ACCESSIBLES SUR INTERNET

Plusieurs outils ont été conçus par le MSSS avec ses partenaires (par exemple, l'INESSS, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ou l'INSPQ) pour soutenir les activités préventives des professionnels en matière d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Ils sont accessibles au [http://www.msss.gouv.qc.ca/itss], section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Outils », page « Intervention préventive relative aux ITSS ».

Outils visant à soutenir les cliniciens dans l'intervention préventive relative aux ITSS

Titre	Objectif
ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés	Guider le professionnel dans le choix des infections à rechercher dans le contexte du dépistage des ITSS.
Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage)	Aider le professionnel à décider des prélèvements à faire et des analyses à demander dans le contexte du dépistage des ITSS.
Estimation du risque associé aux activités sexuelles	Soutenir le professionnel dans l'évaluation du risque associé à diverses activités sexuelles et dans le counseling visant l'adoption de comportements sécuritaires.
Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS	Permettre au professionnel de connaître les différentes ressources destinées aux professionnels de la santé, au grand public et aux personnes atteintes d'une ITSS ainsi que les sites Internet pertinents afin qu'il puisse soutenir plus efficacement son patient.
Liste de dépliants et de brochures à l'intention des patients	Permettre au professionnel de connaître les brochures et les dépliants qu'il pourra remettre à ses patients afin de soutenir son intervention.
Vaccination et ITSS	Permettre au professionnel de connaître les indications vaccinales en rapport avec la sexualité ou la consommation de drogues; donner des précisions sur les vaccins gratuits.
Intervention préventive relative aux ITSS : Visite initiale et counseling prétest (aussi disponible en version anglaise) Intervention préventive relative aux ITSS : Visite subséquente et counseling post-test (aussi disponible en version anglaise)	Présenter au professionnel les éléments à considérer au moment de la visite initiale et au moment de la visite subséquente. Conçu de façon à pouvoir y inscrire les renseignements recueillis et les interventions réalisées. Disponible en version française et anglaise.
Renseignements complémentaires	Présenter au professionnel différents renseignements pour faciliter l'intervention préventive relative aux ITSS.
Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS	Soutenir les différents praticiens (omnipraticiens, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmières et infirmiers) quant à la prise en charge et au traitement pharmacologique des personnes ayant une ITSS. Infections visées : <ul style="list-style-type: none"> • infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>; • herpès génital; • cervicite et urétrite, épидидymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et rectite; • condylomes; • syphilis.

Outils traitant de l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP)

Titre	Objectif
Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!	Préciser le rôle des différents professionnels de la santé et celui du professionnel mandaté par la santé publique. Permettre d'identifier les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité. Présenter des pistes pour que l'intervention préventive auprès de la personne atteinte soit réalisée, incluant des moyens pour la préparer à aviser ses partenaires.
Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler¹⁴¹	Soutenir la personne atteinte pour qu'elle avise ses partenaires. Cette brochure contient de l'information sur la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le VIH. Pour chacune de ces infections, cette brochure présente : <ul style="list-style-type: none"> • quoi faire quand on a une ITSS; • pourquoi aviser ses partenaires; • quels partenaires aviser; • comment aviser ses partenaires.
Cartes de notification chlamydia ou gonorrhée, syphilis ou VIH¹⁴¹	Informers les partenaires sur la nécessité de consulter un médecin ou une infirmière, même s'ils n'ont pas de symptômes. Sensibiliser à l'importance de se protéger en attendant d'être évalué et traité, au besoin. Présenter des informations sur les méthodes de prévention, les modes de transmission, les symptômes, le dépistage et le traitement.

141. Contrairement aux autres outils présentés dans le tableau et bien qu'elle soit distribuée par les professionnels, cette brochure et ces cartes s'adressent aux personnes infectées par une ITSS et à leurs partenaires. Elles sont accessibles au [<http://www.msss.gouv.qc.ca/itss>], section « Documentation », rubrique « Personnes infectées ».

ANNEXE VIII L'OBLIGATION LÉGALE DE DIVULGUER SON STATUT SÉROLOGIQUE À SES PARTENAIRES SEXUELS

Outre les cas jugés par les tribunaux inférieurs, la Cour suprême du Canada a rendu, en octobre 2012, deux arrêts sur la question de la divulgation du statut sérologique (les causes R. c. Mabior et R. c. D.C.¹⁴²). Selon ces arrêts :

- toute personne se sachant infectée par le VIH a l'obligation légale de divulguer sa séropositivité à ses partenaires sexuels avant d'avoir des relations sexuelles qui comportent une « possibilité réaliste de transmission du VIH »;
- il n'y a pas de « possibilité réaliste de transmission du VIH », lors d'une pénétration vaginale, lorsqu'il y a port du condom ET que la charge virale de la personne séropositive est faible ou indétectable¹⁴³. La Cour n'a pas statué sur les autres types de relations sexuelles (anale ou orale);
- le fait, pour une personne infectée de ne pas divulguer son statut sérologique lorsqu'elle en a l'obligation vicie le consentement de l'autre personne. En droit, on se retrouve alors en présence d'une relation sexuelle non consensuelle. La personne vivant avec le VIH peut alors être accusée d'infractions criminelles telles que voies de fait, agression sexuelle, négligence causant des lésions corporelles ou encore meurtre ou tentative de meurtre;
- une personne vivant avec le VIH peut être reconnue coupable d'une infraction criminelle pour avoir eu des relations sexuelles comportant une « possibilité réaliste de transmission du VIH » sans avoir divulgué son état au préalable, même si elle n'a pas eu l'intention de transmettre le VIH et même si l'autre personne n'a pas été infectée. L'infraction vise l'exposition sans divulgation au préalable¹⁴⁴.

Dans quelles circonstances les personnes vivant avec le VIH N'ONT-ELLES PAS D'OBLIGATION légale de divulguer leur statut sérologique?

Les personnes vivant avec le VIH n'ont pas d'obligation légale de divulguer leur statut sérologique avant une relation sexuelle vaginale si leur charge virale est faible (moins de 1 500 copies/ml) ou indétectable (moins de 50 copies/ml) ET qu'elles utilisent un condom.

Dans quelles circonstances les personnes vivant avec le VIH ONT-ELLES UNE OBLIGATION légale de divulguer leur statut sérologique?

Les personnes vivant avec le VIH doivent divulguer leur statut sérologique avant d'avoir :

- une relation sexuelle avec pénétration anale ou vaginale sans condom, peu importe leur charge virale;
- une relation sexuelle avec pénétration anale ou vaginale avec condom, si leur charge virale est égale ou supérieure à 1 500 copies/ml.

L'état actuel du droit ne précise pas si la personne vivant avec le VIH a l'obligation de divulguer sa séropositivité lorsqu'elle a des relations sexuelles qui comportent un risque plus élevé de transmission du VIH, telles que la pénétration anale. En effet, la pénétration anale comporte un risque plus élevé de transmission que la pénétration vaginale. Par conséquent, il est pensable que l'obligation de divulguer doive être au moins aussi stricte (sinon plus) que pour la pénétration vaginale. Le dévoilement du statut sérologique avant une

142. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *La non-divulgation du VIH et le droit criminel : Analyse de deux récentes décisions de la Cour suprême du Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012, 10 p.

143. La Cour suprême a considéré qu'une charge virale faible est de moins de 1 500 copies/ml et qu'une charge indétectable est de moins de 50 copies/ml.

144. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *La non-divulgation du VIH et le droit criminel : Implications pratiques des récentes décisions de la Cour suprême du Canada pour les personnes vivant avec le VIH – Questions & Réponses*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012, 3 p.

pénétration anale pourrait être obligatoire même lorsque la charge virale est faible ou indétectable ET qu'un condom est utilisé.

L'état actuel du droit ne précise pas non plus si la personne vivant avec le VIH a l'obligation de divulguer sa séropositivité lorsqu'elle a des relations sexuelles qui comportent un risque moins élevé de transmission du VIH que la pénétration anale ou vaginale sans condom (par exemple, des relations orales-génitales non protégées par un condom ou un carré de latex). L'obligation de divulguer pourrait alors dépendre du risque de transmission du VIH associé à l'activité sexuelle en question, à savoir si cette activité expose l'autre personne à une « possibilité réaliste de transmission du VIH ».

Que doivent faire les professionnels de la santé?

Le Réseau juridique canadien VIH/sida suggère que les professionnels de la santé informent la personne vivant avec le VIH de la possibilité qu'elle soit reconnue coupable de voies de fait graves ou d'autres infractions criminelles si elle ne divulgue pas son statut sérologique avant d'avoir des relations sexuelles qui comportent une « possibilité réaliste de transmission du VIH », même en l'absence de transmission^{145,146}. Par conséquent, la personne vivant avec le VIH peut continuer d'avoir des relations sexuelles mais doit divulguer son statut sérologique lorsque le rapport implique une « possibilité réaliste de transmission du VIH ». Les éléments entourant l'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels peuvent évoluer selon les jugements des tribunaux et les arrêts de la Cour suprême. Le Réseau juridique canadien VIH/sida propose des ressources, dont la trousse *La divulgation du VIH et le droit : trousse de ressources pour les fournisseurs de soins*. Cette trousse présente des informations et des outils pour soutenir les professionnels de la santé et les intervenants psychosociaux dans les interventions relatives à la divulgation du VIH.

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, en collaboration avec CATIE, a pour sa part produit le guide *Les implications juridiques et cliniques du non/dévoilement du VIH : Un guide pratique à l'intention des infirmières et infirmiers en sidologie du Canada*¹⁴⁷. Ce guide s'adresse aux infirmières travaillant dans le domaine du VIH. Il présente les réalités auxquelles sont confrontés ces professionnels et des conseils pratiques concernant la divulgation du statut sérologique.

La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) et le Réseau juridique canadien VIH/sida peuvent assister les professionnels de la santé et les intervenants psychosociaux en leur donnant de l'information à jour et en guidant leur intervention. Toute personne vivant avec le VIH peut également se procurer de l'information auprès de différents organismes, dont la COCQ-SIDA et le Réseau juridique canadien VIH/sida (consulter l'outil « Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS » : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>]).

145. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *Le counselling dans le contexte de la criminalisation de la non-divulgation du VIH*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012, 3 p.

146. Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida, le counseling doit comprendre des renseignements sur le droit criminel et le VIH (voir *Le counselling dans le contexte de la criminalisation de la non-divulgation du VIH*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012). Le Réseau précise que les professionnels qui effectuent le counseling ne sont pas autorisés à donner des conseils juridiques et ne devraient pas le faire. Cependant, ils devraient suivre l'évolution du droit et être en mesure de transmettre des informations justes au sujet de l'obligation de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels.

147. ASSOCIATION CANADIENNE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SIDOLOGIE ET CATIE. *Les implications juridiques et cliniques du non/dévoilement du VIH : Un guide pratique à l'intention des infirmières et infirmiers en sidologie du Canada*, 2013, 21 p.

ANNEXE IX GUIDE D'UTILISATION DE LA BROCHURE *ENTRE CARESSES ET BAISERS, UNE ITSS S'EST FAUFILÉE... IL FAUT EN PARLER* ET DES CARTES DE NOTIFICATION SUR LA CHLAMYDIA OU LA GONORRHÉE, SUR LA SYPHILIS ET SUR LE VIH

La brochure *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler*¹⁴⁸ est destinée aux personnes atteintes d'une chlamydia, d'une gonorrhée, d'une syphilis ou d'une infection par le VIH, alors que les cartes de notification¹⁴⁹ s'adressent à la fois aux personnes atteintes et à leurs partenaires. La brochure et les cartes peuvent aussi être utilisées dans le cadre de l'intervention auprès de personnes atteintes d'un syndrome associé à une infection à *Chlamydia trachomatis* ou à une infection gonococcique.

La brochure vise à soutenir la personne atteinte afin que celle-ci avise ses partenaires. Elle propose des pistes pour favoriser la notification.

Les cartes de notification renforcent l'intervention préventive et en améliorent l'efficacité. Elles permettent :

- d'augmenter le nombre de partenaires joints, évalués et, dans certains cas, traités;
- de diminuer, pour la personne atteinte de chlamydia, de gonorrhée ou de syphilis, le risque d'être réinfectée.

En plus d'indiquer pourquoi, à qui et quand remettre la brochure et les cartes de notification, le tableau suivant explique comment les utiliser.

Pourquoi remettre une brochure et des cartes à la personne atteinte?

Brochure	Cartes de notification
<p>La brochure peut aider la personne atteinte à comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ce qu'elle doit faire quand elle a une chlamydia, une gonorrhée, une syphilis ou une infection par le VIH; • pourquoi elle doit aviser ses partenaires; • quels partenaires aviser; • comment aviser ses partenaires. 	<p>Les cartes de notification informent la personne atteinte d'une ITSS sur les méthodes de prévention, les modes de transmission, les symptômes, le dépistage ainsi que le traitement de cette infection.</p> <p>Elles peuvent aider cette personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à mieux comprendre l'infection en cause; • à aviser ses partenaires de leur exposition en favorisant, entre autres, une formulation adéquate des messages à leur transmettre. <p>Elles lui donnent une plus grande légitimité lorsque vient le temps d'informer ses partenaires.</p> <p>Ces cartes serviront à préserver son anonymat, au besoin. Ainsi, la personne atteinte pourrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • insérer la carte dans une enveloppe qu'elle placera discrètement à un endroit où son partenaire pourra facilement la trouver (boîte aux lettres, sac, casier, etc.); • préparer des réponses avec le professionnel de la santé au cas où l'un ou l'autre de ses partenaires chercherait à savoir si c'est elle qui lui a remis une carte de notification. Elle répondra, par exemple : « Il doit s'agir d'une personne qui a ta santé à cœur. »

148. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 9 p. On peut commander des exemplaires de cette brochure ou la consulter à l'adresse suivante : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001062/].

149. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Carte de notification chlamydia ou gonorrhée*, [2 p.], *Carte de notification syphilis*, [2 p.], et *Carte de notification VIH*, [2 p.], Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015. On peut commander des exemplaires de ces cartes ou les consulter aux adresses suivantes :

- *Carte de notification chlamydia/gonorrhée* : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001060/].
- *Carte de notification syphilis* : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001064/].
- *Carte de notification VIH* : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001066/].

Pourquoi remettre une carte aux partenaires sexuels?

Brochure	Cartes de notification
<p>La brochure ne s'adresse pas aux partenaires sexuels de la personne atteinte d'une ITSS.</p>	<p>Les cartes de notification sont utiles pour le partenaire sexuel puisqu'elles permettent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de l'aviser de son exposition à une ITSS et des complications possibles; • de l'informer sur l'infection à laquelle il a été exposé (modes de transmission, symptômes, etc.) ainsi que sur les méthodes de prévention, le dépistage et le traitement; • de l'informer sur la nécessité de consulter un professionnel de la santé, même en l'absence de symptômes; • de le sensibiliser à l'importance de se protéger en attendant d'être évalué et, dans certains cas, traité. <p>De plus, ces cartes donnent de la crédibilité à la notification et incitent les partenaires à prendre cette démarche au sérieux.</p>

Quand remettre la brochure et les cartes?

Brochure	Cartes de notification
<p>La brochure et les cartes de notification peuvent être remises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • par un professionnel de la santé lorsqu'il informe une personne qu'elle est atteinte d'une chlamydia (ou d'un syndrome associé à cette infection), d'une gonorrhée (ou d'un syndrome associé à cette infection), d'une syphilis ou d'une infection par le VIH; • par un professionnel mandaté par la santé publique lorsqu'il effectue une enquête épidémiologique, que la personne atteinte accepte ou non le soutien qui lui est offert. 	
	<p>Les cartes de notification sont remises par un professionnel de la santé ou un professionnel mandaté par la santé publique lorsqu'il effectue une intervention préventive auprès du partenaire d'une personne atteinte d'une chlamydia, d'une gonorrhée, d'une syphilis ou d'une infection par le VIH.</p>

Comment utiliser la brochure et les cartes?

Brochure	Cartes de notification
<ul style="list-style-type: none"> • Remettre la brochure à la personne atteinte au moment de lui annoncer un résultat positif (professionnel de la santé) ou lui envoyer cette brochure par la poste ou par courriel (professionnel mandaté par la santé publique). • Discuter du contenu et de l'utilité de la brochure avec la personne atteinte en abordant les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> – les raisons pour lesquelles elle doit aviser ses partenaires (voir la page 1 pour la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis ou la page 5 pour l'infection par le VIH); – ce qu'il faut faire quand on a une ITS (voir les pages 1 à 3 pour la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis ou les pages 4 et 5 pour l'infection par le VIH); – les partenaires à joindre selon la période de contagiosité de l'ITSS qu'elle a contractée (voir les pages 2 et 3 pour la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis ou la page 5 pour l'infection par le VIH)¹⁵⁰; – les pistes pouvant lui être utiles pour aviser ses partenaires (voir les pages 6 à 8); – les moyens qu'elle doit prendre pour éviter de contracter une autre ITSS (voir la page 9). 	<ul style="list-style-type: none"> • À l'intention des partenaires qui seront avisés par la personne atteinte : <ul style="list-style-type: none"> – remettre à cette personne les cartes de notification appropriées, selon les infections en cause, et lui remettre le nombre de cartes de notification correspondant au nombre de ses partenaires qui ont été exposés; – lui remettre également le nombre de feuillets sur les ressources du territoire correspondant au nombre de ses partenaires qui ont été exposés. • En ce qui concerne les partenaires qui seront avisés par un professionnel de la santé ou un professionnel mandaté par la santé publique : leur envoyer une carte de notification par la poste ou par courriel.

150. L'information transmise à la personne atteinte est simplifiée. Pour des renseignements plus précis concernant les interventions faites par les professionnels de la santé, consulter, dans le tableau 4 du présent guide, la section intitulée « Les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité ».

ANNEXE X EXEMPLE DE FORMULAIRE D'ORIENTATION POUR SUIVI MÉDICAL OU INFIRMIER¹⁵¹

151. Cet exemple de formulaire est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEP, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

Dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Orientation pour suivi médical ou infirmier

Origine de la demande de consultation

Nom de l'établissement : _____

Nom de l'infirmière : _____ Téléphone : _____

Identification de la personne

N° Dossier _____

Nom, prénom : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Autre numéro de téléphone _____

Orientation pour suivi à

Nom du professionnel : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Raison de la consultation

- Investigation et suivi médical à la suite d'un résultat de dépistage positif*
- Investigation et suivi d'un problème de santé décelé lors de l'intervention
- Autre

Précisions

Sommaire de l'intervention réalisée lors du dépistage ITSS**

- Counseling ITSS
- Dépistage des ITSS (préciser ci-dessous)
- Vaccination (préciser ci-dessous)
- Démarches entreprises en matière d'intervention préventive auprès des partenaires (préciser)
- Intervention de contraception

Préciser la nature des analyses effectuées et les résultats de chacune. Joindre une copie des résultats d'analyses.

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

CONSERVER UNE COPIE DU FORMULAIRE D'ORIENTATION POUR SUIVI MÉDICAL OU INFIRMIER AU DOSSIER DE LA PERSONNE.

* RAPPEL DÉCLARATION MADO : En vertu de la Loi sur la santé publique et du Règlement d'application de cette loi, l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne, l'hépatite B et l'hépatite C font partie des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par le médecin et le dirigeant d'un laboratoire.

** CONSENTEMENT de la personne concernée pour la transmission de renseignements contenus à son dossier : respecter les règles en vigueur dans l'établissement.

**ANNEXE XI EXEMPLE DE FORMULAIRE D'AUTORISATION
DE COMMUNIQUER DES RÉSULTATS D'ANALYSE
DE BIOLOGIE MÉDICALE CONTENUS AU DOSSIER¹⁵²**

152. Ce formulaire est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEP, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RÉSULTATS D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE CONTENUS AU DOSSIER	ÉTABLISSEMENT	
Nom, prénom		
Adresse actuelle	Téléphone	
N° d'assurance maladie :		
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	N° de dossier	Date de la consultation

J'autorise l'établissement :

Nom de l'établissement _____ Téléphone _____

Adresse _____

à transmettre à :

Nom, prénom _____ Téléphone _____

Adresse _____

Les résultats d'analyses suivants :

cocher ✓ lorsque l'analyse est réalisée, inscrire ⊕ (symbole positif) lorsque le résultat de l'analyse est positif, inscrire ⊖ (symbole négatif) lorsque le résultat est négatif.

infection à *Chlamydia trachomatis* ○ syphilis ○ hépatite B ○

infection gonococcique ○ hépatite C ○ VIH ○

autre(s) analyse(s), préciser : _____

Indiquez la date (les dates) à laquelle (auxquelles) les analyses ont été faites : _____

Ajoutez tout autre renseignement pertinent au suivi contenu dans le dossier de la personne ci-haut mentionnée :

Signature de la personne ou personne autorisée _____ Date _____

Signature de l'intervenant _____ Date _____

N. B. On doit s'assurer que les signataires de ce formulaire sont autorisés à le faire conformément aux lois et règlements en vigueur. Le cas échéant, mentionner à quel titre (p. ex. curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

ANNEXE XII EXEMPLE DE FORMULAIRE D'ORIENTATION POUR SUIVI PSYCHOSOCIAL¹⁵³

153. Cet exemple de formulaire est une adaptation faite à partir de documents produits par le Groupe de travail pour faciliter l'implantation des SIDEP, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

Dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Orientation pour suivi psychosocial*

Orienté par :

Nom de l'établissement : _____

Nom du professionnel : _____ Téléphone : _____

Identification de la personne :

N° dossier _____

Nom, prénom : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Autre numéro de téléphone : _____

Orientation pour suivi psychosocial à :

Nom de la ressource, de l'organisme ou de l'établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom de l'intervenant, s'il y a lieu : _____

Raison(s) pour laquelle (lesquelles) la personne est orientée pour un suivi psychosocial

Investigation et suivi d'une situation psychosociale à risque décelée lors de l'intervention

Soutien psychosocial, information, accompagnement

Autre

Précisions : _____

Sommaire de l'intervention réalisée**

Counseling ITSS

Dépistage ITSS

Vaccination

Intervention de contraception

Autre

Précisions :

Signature du professionnel : _____ **Date :** _____

CONSERVER UNE COPIE DU FORMULAIRE D'ORIENTATION AU DOSSIER DE LA PERSONNE.

* Orientation vers un établissement de santé, un organisme communautaire ou une autre ressource spécialisée.

** CONSENTEMENT de la personne concernée pour la transmission de renseignements contenus à son dossier : respecter les règles en vigueur dans l'établissement.