

**Appréciation de l'implantation d'un
service régional de soutien
à l'intervention préventive auprès
des personnes atteintes d'une
infection transmissible sexuellement
et auprès de leurs partenaires**

AUTEURES

Joanne Otis

Marianne Beaulieu

Auteures

Joanne Otis
Marianne Beaulieu

En collaboration avec :

Françoise Caron
Louise de la Boissière
Marie-Eve Girard
Thérèse Monast
Dominique Tremblay
Nicole Trudeau

Secrétariat et mise en pages

Barbara Bédard

Conception et réalisation de la page couverture

René Larivière

N. B. : Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

La traduction et la reproduction totales ou partielles de ce document sont autorisées à la condition que la source soit mentionnée. La référence suivante est proposée :

Otis Joanne et Beaulieu Marianne, Appréciation de l'implantation d'un service régional de soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires. Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2009, 134 p.

ISBN : 978-2-89342-438-5

ISBN : 978-2-89342-451-4 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Ce document est disponible :

- sur le site Web de l'Agence – <http://extranet.santemonteregie.qc.ca>

Pour commander un exemplaire imprimé, contactez l'Agence au (450) 928-6777, poste 4213.

ÉQUIPE DE RECHERCHE ET COLLABORATRICES

Rôles et responsabilités

Équipe de recherche à l'origine de la demande

Françoise Caron ¹	Chercheuse principale	Elle rédige la demande de subvention. Elle assure la responsabilité et la coordination de l'étude jusqu'à son implantation.
Joanne Otis ^{2, 3}	Cochercheuse	Elle participe à la rédaction de la demande de subvention et assure la direction méthodologique de l'étude.
France Janelle ¹	Médecin-conseil de santé publique	Elle participe à la rédaction de la demande de subvention.

Équipe d'implantation

Thérèse Monast ¹	Infirmière conseil de santé publique	Elle collabore au développement et à la validation des divers instruments de mesure. Elle offre l'IPPAP pendant la période évaluée, complète les divers questionnaires et journaux de bord et participe aux rencontres de suivi.
Nicole Trudeau ¹	Infirmière conseil de santé publique	Elle collabore au développement et à la validation des divers instruments de mesure. Elle offre l'IPPAP pendant la période évaluée, complète les divers questionnaires et journaux de bord et participe aux rencontres de suivi.
Françoise Caron ¹	Chercheuse principale	Elle développe les divers instruments de mesure et assure un suivi de base au moment de l'implantation compte tenu d'un changement de poste à la DSP.
Joanne Otis ^{2, 3}	Cochercheuse	Elle agit comme conseillère méthodologique au moment du développement des instruments de mesure, de la collecte des données et lors des rencontres de suivi.

Équipe d'analyse des données et de rédaction du rapport

Joanne Otis ^{2, 3}	Cochercheuse	Elle dirige l'ensemble des opérations relatives à l'analyse des données et à la rédaction du rapport de recherche.
Marie-Ève Girard ^{2, 3}	Professionnelle de recherche à la CReCES	Elle supervise la constitution de la banque des données, le développement du programme pour traiter ces données et l'analyse de ces données.
Marianne Beaulieu ^{2, 3}	Assistante de recherche à la CReCES	Elle procède à la saisie et au traitement des données. Elle s'assure de leur validité. Elle fait les analyses tant quantitatives que qualitatives. Elle rédige une première version du rapport de recherche.
Louise de la Boissière ¹	Chef de service vigie ITSS	Elle participe à l'interprétation des résultats ainsi qu'à la rédaction du rapport de recherche. Elle est responsable de la diffusion des résultats et de leur utilisation par les équipes concernées.
Dominique Tremblay ¹	Médecin-conseil de santé publique	Elle participe à l'interprétation des résultats ainsi qu'à la rédaction du rapport de recherche.
Thérèse Monast ¹	Infirmière conseil de santé publique	Elle soutient le traitement des données. Elle participe à l'interprétation des résultats ainsi qu'à la rédaction du rapport de recherche.
Nicole Trudeau ¹	Infirmière conseil de santé publique	Elle soutient le traitement des données. Elle participe à l'interprétation des résultats ainsi qu'à la rédaction du rapport de recherche.

1. Programme des maladies transmissibles, Direction de santé publique de la Montérégie

2. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

3. Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (CReCES), Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Le contexte de l'étude

En réponse à la recrudescence de certaines infections transmissibles sexuellement (ITS) au Québec depuis 2001 et faisant suite à la publication en mars 2004 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec du *Protocole d'intervention* destiné aux professionnels de santé publique, l'Intervention Préventive auprès des Personnes Atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs Partenaires sexuels, l'IPPAP, a été proposée à l'échelle provinciale. Cette intervention remplaçait la notification des partenaires et ciblait tant les cas-index que leurs partenaires. Dans la foulée de cette initiative provinciale, la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie a ainsi décidé de mettre en place un programme régional de soutien à l'intervention préventive auprès des personnes infectées par la gonorrhée ou par la syphilis en phase contagieuse et auprès de leurs partenaires sexuels. Cette activité s'inscrivait tant dans le cadre du Programme national de santé publique 2003-2012 que dans le plan d'action régional montérégien pour 2004-2007. Dans sa première année d'implantation en 2004-2005, ce nouveau service était assuré sur une base régionale par deux infirmières de la DSP. Le soutien à l'IPPAP comprenait une enquête épidémiologique et un ensemble d'activités offertes aux personnes infectées et à leurs partenaires dans le but de prévenir la transmission de la gonorrhée et de la syphilis dans la population et de réduire les risques de séquelles sur la santé par le traitement rapide et efficace des personnes exposées à ces infections. L'intervention se déroulait auprès du médecin traitant, auprès du cas-index et auprès des partenaires. (information et enquête, conseils préventifs, suivi relatif au traitement, offre de soutien à la notification des partenaires).

Les objectifs poursuivis

C'est dans ce contexte que la présente étude avait pour but d'évaluer le processus d'implantation du programme de soutien à l'IPPAP en Montérégie tel qu'offert entre le 1er décembre 2004 et le 30 novembre 2005. De façon plus précise, elle tentait de répondre aux questions suivantes, chacune de ces questions constituant un des objectifs à poursuivre :

- 1) Quelles sont les caractéristiques de la clientèle desservie par l'IPPAP?
- 2) Quelle est la concordance entre les activités prévues et les activités réalisées dans le cadre l'IPPAP?
- 3) Quels sont les facteurs qui ont influencé la concordance entre les activités prévues et les activités réalisées dans le cadre de l'IPPAP?

La méthodologie

Cette étude, à visée formative, s'apparente au monitoring évaluatif. Les cas-index de gonorrhée (82 cas) et de syphilis infectieuse (25 cas) déclarés à la santé publique dans le cadre des MADO entre le 1er décembre 2004 et le 30 novembre 2005 ainsi que leurs partenaires sexuels (symptomatiques et asymptomatiques) constituaient la population à l'étude. Compilées dans un même dossier (dossier du cas-index), les données cliniques concernant chaque cas-index ont été recueillies auprès du médecin traitant, alors que les données sur les facteurs de risque et l'information relative à la notification des partenaires ont été recueillies auprès du cas-index et à l'occasion, auprès du médecin. Ces données ont permis de faire le profil des cas-index et des partenaires joints par l'IPPAP. À l'aide de grilles structurées de l'IPPAP répertoriant l'ensemble des

tâches à réaliser auprès de chaque patient (cas-index et partenaires symptomatiques ou asymptomatiques) les infirmières de santé publique devaient cocher le degré de réalisation de chacune d'elles après l'entretien avec chaque cas-index ou partenaire. Ces grilles ont été utilisées pour dégager l'écart entre les activités telles que planifiées et les activités telles que réalisées, ce qui a permis de mesurer le degré de mise en œuvre de l'IPPAP sous ses diverses composantes. (Le degré de mise en œuvre se calcule ainsi : nombre de tâches réalisées/nombre de tâches prévues compte tenu du cas joint X 100). Les infirmières ont aussi complété un journal de bord après chaque intervention et elles y ont colligé les difficultés éprouvées en cours de déroulement. L'analyse de contenu des éléments inscrits dans ces journaux a permis d'expliquer, en partie, l'écart observé entre ce qui avait été planifié et ce qui a été réalisé, dégageant ainsi quelques facteurs contextuels ayant pu moduler la mise en œuvre de l'IPPAP.

Les résultats

Dans le cadre de l'IPPAP, sur les 107 cas déclarés pendant la période retenue, 15 n'ont pu être approchés compte tenu du refus de leur médecin à autoriser l'accès à leur patient. Sur les 92 cas autorisés, 9 cas-index n'ont pu être joints par les infirmières de santé publique malgré les nombreux rappels, ce qui laissait 83 cas-index admissibles pour l'IPPAP. Les infirmières ont donc joint 90 % des cas autorisés ou 77,6 % de tous les cas-index potentiels. Parmi ces 83 cas, 69 ont accepté que les données recueillies auprès d'eux soient incluses dans la présente étude. Tous les résultats sont basés uniquement sur cet échantillon : 50 cas de gonorrhée, 19 cas de syphilis. Aucune différence entre ceux qui ont refusé (n=14) et ceux qui ont accepté (n=69) n'a été notée. En ce qui concerne les partenaires, les données recueillies ne permettaient pas de dégager le nombre exact de partenaires qui étaient à joindre. Les résultats présentés ne sont donc qu'une estimation basée, entre autres, sur le nombre moyen de partenaires pour la période visée par cas-index, soit 3,1. Selon nos calculs, on estime que ≥ 20 % des partenaires n'étaient pas joignables parce qu'anonymes, alors que 42 % avaient déjà été avisés par le cas-index avant l'appel de l'infirmière. Suite aux ententes avec l'infirmière, on estime que : 30 % des partenaires auront été avisés par le cas-index; 4 % par le cas-index et l'infirmière; < 3 % certains par le cas-index, d'autres par l'infirmière et 2 % par l'infirmière de santé publique seulement. Ainsi, on estime qu'un maximum de 79 % des partenaires des cas-index auraient pu être avisés. Rien ne permet toutefois de vérifier si cette estimation s'avère juste. En ce qui concerne les partenaires, dans le meilleur des cas, on estime que 15 des 18 partenaires potentiels auraient été joints par l'infirmière de santé publique. Seules les données de 3 partenaires étaient disponibles aux fins d'analyse.

Profil de la clientèle desservie par l'IPPAP (n=69 cas-index)

Les deux tiers des cas-index à l'étude sont dans le groupe d'âge des 15 à 39 ans, 81 % sont des hommes et 62 % sont des HARSAH. On dénombre 19 cas de syphilis dont 16 sont des HARSAH, 2, des femmes et 1, un homme hétérosexuel. Sur les 50 cas de gonorrhée, 11 se retrouvent chez les femmes, 13 chez les hommes hétérosexuels et 26 chez les HARSAH. Les principaux facteurs de risque dans l'ensemble des cas-index sont :

1. le fait d'avoir eu des partenaires multiples dans la dernière année (85 %) et dans la période visée (en moyenne, 3,1 partenaires par cas-index);
2. un partenaire récent avec présence de risque d'ITS (62 %);
3. des partenaires occasionnels (38 %) et anonymes (41 %) dans la période visée;
4. des antécédents d'ITS (39 %) et
5. un faible taux d'usage du condom.

Les femmes et les hommes hétérosexuels se caractérisent principalement par des taux d'usage du condom plus bas avec tout type de partenaires ou de pratiques. Les hommes hétérosexuels se distinguent par un profil de résistance au traitement plus lourd et par la persistance des symptômes. Le quart d'entre eux sont nés ailleurs qu'au Canada. Les HARSAH se démarquent par la combinaison consommation de drogues récréatives, partenaires multiples, fréquentation de lieux sociosexuels propices aux partenaires anonymes (saunas et internet) et relations anales non protégées. Les HARSAH ayant contracté une syphilis ajoutent à ces facteurs un usage plus important des saunas pour rencontrer leurs partenaires sexuels, plus de partenaires anonymes et dans certains cas, la pratique du *barebacking*.

Concordance entre les activités prévues et les activités réalisées dans le cadre de l'IPPAP

La concordance entre les activités prévues et les activités réalisées permet de qualifier la mise en œuvre de l'IPPAP. La mise en œuvre des tâches relatives à l'information et à l'enquête auprès du médecin est jugée excellente, celles-ci ayant été réalisées à 96,6 %. En ce qui concerne l'intervention auprès des cas-index, dans son ensemble, la mise en œuvre est jugée très bonne, les tâches ayant été réalisées à 85,5 %. En revanche, parmi ces tâches, on observe une variation du degré de mise en œuvre selon la nature des tâches à réaliser. Ainsi, la mise en œuvre des tâches relatives à l'information et à l'enquête auprès des cas-index est jugée excellente puisqu'elles ont été réalisées en moyenne à 90 %. La mise en œuvre des tâches relatives à l'information sur la vaccination est excellente en ce qui concerne la vérification des indications à la vaccination contre les hépatites A et B (96 %), mais insatisfaisante en ce qui concerne la vérification du calendrier de vaccination (33 %). Avec un score moyen de 90 %, la mise œuvre des tâches relatives aux conseils préventifs varie beaucoup selon leur nature. Les tâches associées à la transmission de connaissances sont réalisées à 97 %, alors que les tâches relatives à l'exploration des contextes, attitudes, motivations et compétences des cas-index à l'égard de la prévention sont réalisées dans une proportion moyenne de 84 %. La mise œuvre des tâches relatives à l'offre de soutien est plus faible, se chiffrant en moyenne à 61 %. Ce sont les tâches relatives au soutien à donner aux cas-index voulant aviser eux-mêmes leurs partenaires qui sont les plus problématiques.

La mise en œuvre des tâches relatives à l'information et à l'enquête auprès des partenaires est jugée passable, celles-ci ayant été réalisées à 63,6 %. Ce résultat a toutefois peu de validité puisqu'il repose seulement sur 3 cas.

Facteurs contextuels ayant influencé la mise en oeuvre de l'IPPAP

Des données ont été recueillies de manière à documenter les facteurs contextuels ayant modulé la mise en œuvre de l'IPPAP. Toutefois, les informations colligées au journal de bord des infirmières, bien que pertinentes, ne permettent pas de discriminer de façon convaincante ce qui peut expliquer les écarts observés entre les tâches à réaliser et celles prévues à l'IPPAP selon ses différentes composantes (ex. conseils préventifs ou offre de soutien). Néanmoins, dans l'ensemble, il semble que certains facteurs aient contribué à une meilleure mise en œuvre, alors que d'autres l'ont rendue plus difficile.

Parmi les facteurs liés aux cas-index, les éléments favorables ont été : une bonne collaboration des HARSAH et la satisfaction des hommes hétérosexuels à la fin de l'IPPAP, alors qu'ils semblaient plus réticents a priori. Outre cette réticence, les infirmières ont mentionné comme éléments moins favorables, la réserve et les craintes des femmes à l'égard de la NoPa. Il est aussi intéressant de souligner que la littératie en matière de santé de certains cas-index a été associée à des tâches réalisées de façon moins systématique par les infirmières, celles-ci rapportant s'être senties moins

utiles en présence de ces cas bien informés. Par ailleurs, le facteur certes le plus important ayant affecté de façon négative la mise en œuvre de l'IPPAP est le degré de complexité des cas, cette complexité combinant, entre autres, un plus grand nombre de partenaires, des partenaires anonymes et un faible nombre de partenaires avisés à priori.

Sur le plan des facteurs liés à l'infirmière, les éléments les plus favorables à la mise en œuvre auprès de tous les cas sont sans conteste, l'attitude d'ouverture et de non discrimination dont elles ont fait preuve indépendamment du sexe du cas-index, de l'ITS dont il avait été affecté ou de son orientation sexuelle et en second lieu, l'expérience qu'elles semblent avoir acquise au fil du temps. Un facteur a joué, selon le cas, de façon favorable pour certains et défavorable pour d'autres, soit la souplesse et la capacité d'ajustement des infirmières aux besoins ou caractéristiques du cas-index. En fait, pour les femmes en général, ce facteur a été plutôt favorable. En revanche, chez les hommes, plus le cas était complexe plus ce facteur jouait de façon défavorable sur la réalisation systématique des tâches. Les infirmières semblent avoir deux sphères où elles se sont senties moins compétentes ou à l'aise : 1) dans la gestion des refus ou résistances de certains cas-index; 2) dans l'accompagnement de certains HARSAH. Malgré leur ouverture à l'égard de l'homosexualité, elles ont été exposées à l'occasion à des situations où elles ne se sentaient pas en mesure d'apporter le soutien approprié.

En ce qui concerne les facteurs contextuels d'ordre environnemental, ils semblent avoir agi à deux niveaux : 1) l'accès aux cas-index et 2) la justesse ou l'exhaustivité des informations obtenues auprès des cas-index ou de leurs partenaires. Les facteurs ayant joué sur l'accès sont le refus de certains médecins à donner leur autorisation pour accéder à leur patient et la difficulté à joindre les médecins. Par contre, lorsque joints, la plupart des médecins ont collaboré de façon active. La difficulté à joindre plusieurs cas-index est aussi relevée (le cellulaire semble une contrainte). Le principal facteur ayant agi sur la qualité des informations obtenues auprès des cas-index tient aux conditions défavorables de l'environnement dans lequel se trouvait le cas au moment de participer à l'entretien téléphonique (présence d'autres personnes, réception d'autres appels de façon concomitante, etc.). Sur le plan organisationnel, la grande variabilité dans les temps écoulés entre la réception d'une déclaration d'ITS et l'ouverture du dossier et entre l'ouverture et la fermeture du dossier est à souligner.

Conclusion

Cette étude a permis de porter un regard évaluatif et formatif sur une intervention implantée pour une première fois par l'équipe du Programme des maladies transmissibles à la DSP de la Montérégie. Malgré ses limites, elle a permis de caractériser les cas-index joints, les activités réalisées dans cette première année d'implantation de l'IPPAP compte tenu de ce qui avait été planifié et les éléments contextuels qui ont pu interférer ou au contraire, supporter la mise en œuvre d'une telle intervention. Certains points forts, mais aussi certaines lacunes de l'intervention telle qu'elle a été implantée à ses débuts ont pu être mis en relief. Les leçons que l'on peut en tirer sont à la base de recommandations qui pourront orienter la mise en œuvre de l'IPPAP dans les services de santé et les conditions associées nécessaires pour assurer l'efficacité de l'intervention dans un contexte où les ITS ne cessent d'augmenter. La DSP de la Montérégie aura eu le mérite de se questionner sur ses pratiques en IPPAP et d'obtenir certaines réponses à ses questions.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	11
LISTE DES APPENDICES	15
1. BUTS ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	17
2. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION TELLE QUE PLANIFIÉE	19
3. RECENSION DES ÉCRITS	21
3.1 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT	21
3.1.1 Chlamydia.....	21
3.1.2 Gonorrhée.....	21
3.1.3 Syphilis.....	22
3.1.4 Hépatites A et B	23
3.2 LA NOTIFICATION DES PARTENAIRES	24
3.2.1 Impact de la NoPa sur le dépistage et le traitement des nouvelles infections.....	24
3.2.2 Différentes approches rattachées à la notification des partenaires	25
3.2.3 Efficacité des diverses approches de notification des partenaires	26
3.2.4 Les partenaires anonymes : principal défi de la notification des partenaires	27
3.2.5 Facteurs qui influencent la notification des partenaires.....	28
3.2.6 Appréciation et impact de la NoPa chez les cas-index et leurs partenaires.....	29
4. MÉTHODOLOGIE.....	31
4.1 APPROCHE ENVISAGÉE	31
4.2 POPULATION À L'ÉTUDE	31
4.3 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	31
4.3.1 Cas-index	31
4.3.2 Partenaires sexuels.....	32
4.4 SOURCES ET COLLECTE DES DONNÉES.....	32
4.5 DESCRIPTION DES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES	33
4.5.1 Dossier du cas-index.....	33
4.5.2 Grilles de l'IPPAP.....	34
4.5.3 Journal de bord	35
4.6 DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES VARIABLES	36
4.6.1 Variables du dossier du cas-index	36
4.6.2 Variables des grilles de l'IPPAP	36
4.6.3 Concordance entre le programme planifié et le programme réalisé (mesure de la mise en œuvre).....	37
4.7 PLAN D'ANALYSE	39
4.7.1 Description de la clientèle desservie	39
4.7.2 Identification des facteurs influençant la concordance entre les activités planifiées et réalisées.....	40
4.8 CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES.....	40
4.8.1 Considérations liées à l'intervention	41
4.8.2 Considérations liées à la recherche	41
5. RÉSULTATS	43
5.1 DÉMARCHES RELATIVES À LA RÉALISATION DE L'IPPAP.....	43
5.2 DESCRIPTION DES CAS-INDEX.....	45
5.2.1 Description générale des cas-index	45
5.2.2 Profil de cas-index appartenant à divers sous-groupes.....	54
5.3 MISE EN ŒUVRE	81
5.3.1 Degré de mise en œuvre de l'intervention auprès des cas-index.....	82
5.3.2 Degré de mise en œuvre de l'intervention auprès des partenaires asymptomatiques.....	89
5.3.3 Mise en œuvre de l'intervention	93
5.4 FACTEURS AYANT MODULÉ LA MISE EN ŒUVRE DE L'IPPAP.....	94
5.4.1 Facteurs identifiés sous le volet quantitatif	94

5.4.2 Facteurs identifiés sous le volet qualitatif.....	95
6. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS.....	101
6.1 PROFIL DES CAS-INDEX JOINTS PAR L'IPPAP.....	101
6.1.1 Profil sociodémographique.....	101
6.1.2 Profil de risque.....	102
6.1.3 Profil clinique.....	107
6.1.4 Faits saillants sur le profil des cas-index joints.....	108
6.2 DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE DE L'IPPAP.....	108
6.2.1 Les cas-index et leurs partenaires ont-ils été joints?.....	109
6.2.2 Faits saillants concernant la mise en œuvre sous l'angle des cas-index et des partenaires joints.....	112
6.2.3 Concordance entre les activités prévues et les activités réalisées.....	112
6.2.4 Degré de mise en œuvre de l'intervention sous l'angle de la concordance entre les activités prévues et réalisées.....	115
6.3 FACTEURS CONTEXTUELS AYANT AFFECTÉ LA MISE EN ŒUVRE DE L'IPPAP.....	115
6.3.1 Facteurs liés au patient.....	116
6.3.2 Facteurs liés au rôle de l'infirmière.....	117
6.3.3 Facteurs liés à l'environnement.....	118
6.3.4 Faits saillants sur les facteurs contextuels ayant modulé l'IPPAP.....	119
6.4 LIMITES ET BIAIS.....	119
6.5 RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS.....	120
6.5.1 Recommandations et suggestions pour améliorer la mise en œuvre de l'IPPAP.....	121
6.5.2 Recommandations et suggestions pour orienter les futures formations.....	122
6.5.3 <i>Recommandations et suggestions pour soutenir l'IPPAP parmi l'ensemble des mesures de prévention des ITS</i>	123
6.5.4 Recommandations et suggestions pour faciliter le monitoring de l'IPPAP.....	123
7. CONCLUSION.....	125
8. RÉFÉRENCES.....	127

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Activités réalisées auprès des clientèles visées par l'IPPAP	19
Tableau II	Différences entre les cas-index qui ont refusé de participer à l'étude et ceux pour lesquels les données sont disponibles	32
Tableau III	Tâches jugées essentielles de l'IPPAP	38
Tableau IV	Tâches jugées importantes de l'IPPAP	39
Tableau V	Tâches jugées accessoires de l'IPPAP	39
Tableau VI	Caractéristiques de la déclaration des nouveaux cas-index	44
Tableau VII	Données sociodémographiques des cas-index	45
Tableau VIII	Facteurs de risque : Partenaires sexuels des cas-index	46
Tableau IX	Facteurs de risque : Santé sexuelle des cas-index	47
Tableau X	Facteurs de risque Comportements sexuels à risque des cas-index dans la dernière année	48
Tableau XI	Facteurs de risque Consommation de drogues des cas-index dans la dernière année	48
Tableau XIII	Facteurs de risque : Vaccination pour les cas-index	49
Tableau XIII	Données cliniques relatives aux cas-index	50
Tableau XIV	Partenaires à rejoindre dans le cadre de l'IPPAP	50
Tableau XV	Pratiques avec les partenaires réguliers de la période visée	51
Tableau XVI	Pratiques avec les partenaires occasionnels de la période visée	52
Tableau XVII	Pratiques avec les partenaires anonymes de la période visée	53
Tableau XVIII	Données sociodémographiques des hommes selon l'ITS	54
Tableau XIX	Caractéristiques de la déclaration des hommes selon l'ITS	54
Tableau XX	Comportements sexuels dans la dernière année des hommes selon l'ITS	55
Tableau XXI	Données cliniques des hommes selon l'ITS	55
Tableau XXII	Type d'entente pour la notification des partenaires des hommes selon l'ITS	56
Tableau XXIII	Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels de la période visée des hommes selon l'ITS	57
Tableau XXIV	Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes de la période des hommes selon l'ITS	58
Tableau XXV	Données sociodémographiques des femmes selon l'ITS	59
Tableau XXVI	Caractéristiques de la déclaration des femmes selon l'ITS	59
Tableau XXVII	Données cliniques des femmes selon l'ITS	59
Tableau XXVIII	Type d'entente pour la notification des partenaires des femmes selon l'ITS	60
Tableau XXIX	Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels de la période visée des femmes selon l'ITS	61
Tableau XXX	Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes de la période visée des femmes selon l'ITS	62

Tableau XXXI	Données sociodémographiques des cas de gonorrhée selon le sexe.....	63
Tableau XXXII	Caractéristiques de la déclaration des cas de gonorrhée selon le sexe	63
Tableau XXXIII	Facteurs de risque Santé sexuelle des cas de gonorrhée selon le sexe	63
Tableau XXXIV	Facteurs de risque Partenaires sexuels dans la dernière année des cas de gonorrhée selon le sexe.....	64
Tableau XXXV	Facteurs de risque Consommation de drogues dans la dernière année des cas de gonorrhée selon le sexe.....	64
Tableau XXXVI	Données cliniques des cas de gonorrhée selon le sexe.....	65
Tableau XXXVII	Type d'entente pour la notification des partenaires des cas de gonorrhée selon le sexe	66
Tableau XXXVIII	Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels de la période visée des cas de gonorrhée selon le sexe.....	67
Tableau XXXIX	Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes de la période visée des cas de gonorrhée selon le sexe	68
Tableau XL	Données sociodémographiques des cas de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle.....	69
Tableau XLI	Caractéristiques de la déclaration des cas de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle.....	69
Tableau XLII	Facteurs de risque Comportements sexuels dans la dernière année de cas de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle	69
Tableau XLIII	Données cliniques des cas de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle.....	70
Tableau XLIV	Type d'entente pour la notification des partenaires des cas de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle.....	70
Tableau XLV	Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels de la période visée des cas de gonorrhée masculins selon l'orientation sexuelle	71
Tableau XLVI	Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes de la période visée des cas de gonorrhée masculins selon l'orientation sexuelle	72
Tableau XLVI	Données sociodémographiques des cas de syphilis de sexe masculin selon l'orientation sexuelle.....	73
Tableau XLVIII	Caractéristiques de la déclaration des cas de syphilis de sexe masculin selon l'orientation sexuelle.....	74
Tableau XLIX	Données cliniques des cas de syphilis de sexe masculin selon l'orientation sexuelle.....	74
Tableau L	Type d'entente pour la notification des partenaires des cas de syphilis de sexe masculin selon l'orientation sexuelle.....	74
Tableau LI	Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels de la période visée des cas de syphilis masculins selon l'orientation sexuelle	75
Tableau LII	Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes de la période visée des cas de syphilis masculins selon l'orientation sexuelle.....	76
Tableau LIII	Caractéristiques sociodémographiques selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires.....	77

Tableau LIV	Caractéristiques de la déclaration selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires	77
Tableau LV	Facteurs de risque Partenaires sexuels selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires	77
Tableau LVI	Facteurs de risque Santé sexuelle selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires.....	78
Tableau LVII	Facteurs de risque Vaccination selon le fait d'avoir avisé certaines des partenaires.....	78
Tableau LVIII	Données cliniques selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires.....	78
Tableau LIX	Type d'entente pour la notification des partenaires selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires	79
Tableau LX	Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels de la période visée selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires.....	80
Tableau LXI	Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes de la période visée selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires.....	81
Tableau LXII	Mise en œuvre détaillée de l'information et de l'enquête auprès du médecin	82
Tableau LXIII	Mise en œuvre des tâches liées à l'information (enquête) auprès des cas-index (implantation égale ou supérieure à 90 %).....	84
Tableau LXIV	Mise en œuvre des tâches liées à l'information (enquête) auprès des cas-index (implantation à moins de 90 %).....	85
Tableau LXV	Mise en œuvre des tâches liées aux conseils préventifs auprès des cas-index implantation égale ou supérieure à 90 %).....	86
Tableau LXVI	Mise en œuvre des tâches liées aux conseils préventifs auprès des cas-index (implantation à moins de 90 %).....	87
Tableau LXVII	Mise en œuvre des tâches liées à l'information sur la vaccination auprès des cas-index	87
Tableau LXVIII	Mise en œuvre des tâches liées à l'offre de soutien à la NOPA auprès des cas-index	88
Tableau LXIX	Mise en œuvre des tâches liées à la fin de l'intervention auprès des cas-index.....	89
Tableau LXX	Mise en œuvre des tâches liées à l'information (enquête) auprès des partenaires asymptomatiques	90
Tableau LXXI	Mise en œuvre des tâches liées aux conseils préventifs auprès des partenaires asymptomatiques	91
Tableau LXXII	Mise en œuvre des tâches liées à l'information sur la vaccination auprès des partenaires asymptomatiques.....	92
Tableau LXXIII	Mise en œuvre des tâches liées au suivi sur les résultats de la démarche auprès des partenaires asymptomatiques.....	92
Tableau LXXIV	Mise en œuvre de l'intervention auprès des cas-index	93
Tableau LXXV	Mise en œuvre de l'intervention auprès des partenaires des cas-index.....	93
Tableau LXXVI	Facteurs liés au rôle de l'infirmière ayant modulé la mise en œuvre de l'intervention	96
Tableau LXXVII	Facteurs liés au patient ayant modulé la mise en œuvre de l'intervention	97
Tableau LXXVIII	Facteurs de l'environnement ayant modulé la mise en œuvre de l'intervention.....	99
Tableau LXXIX	Impressions de l'infirmière en lien avec l'intervention auprès du patient	100
Tableau LXXX	Impressions de l'infirmière en lien avec l'intervention auprès du médecin.....	100

Tableau LXXXI	Nombre de cas-index joints et ayant accepté de participé à l'étude selon l'ITS , le sexe et l'orientation sexuelle	102
Tableau LXXXII	Faits saillants du profil des cas-index joints par l'IPPAP.....	108
Tableau LXXXIII	Estimation du nombre de partenaires auprès desquels l'infirmière de santé publique avait à réaliser l'IPPAP	111
Tableau LXXXIV	Faits saillants du degré de mise en œuvre sous l'angle des cas-index et des partenaires joints.....	112
Tableau LXXXV	Faits saillants du degré de mise en œuvre sous l'angle de la concordance entre les activités prévues et réalisées	115
Tableau LXXXVI	Faits saillants sur les facteurs contextuels ayant modulé l'IPPAP	119

LISTE DES APPENDICES

Appendice I : Trajectoire des cas-index	110
Appendice II : Dossier du cas-index	112
Appendice III : Grilles détaillées de l'IPPAP selon la clientèle visée	124
Appendice IV : Journal de bord complété par l'infirmière de santé publique	128

1. BUTS ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Après avoir chuté pendant plusieurs années, les taux de certaines infections transmissibles sexuellement (ITS) déclarées en Montérégie, comme dans l'ensemble du Québec, ont augmenté de façon significative entre 2001 et 2004. Face à cette situation épidémiologique inquiétante et faisant suite à la publication en mars 2004 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec du *Protocole d'intervention* destiné aux professionnels de santé publique, l'**Intervention Préventive auprès des Personnes Atteintes** d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs **Partenaires sexuels**, l'**IPPAP** a été proposée à l'échelle provinciale. Cette intervention remplaçait la notification des partenaires et ciblait tant les cas-index que leurs partenaires. Selon la proposition ministérielle, les cas d'ITS à déclaration obligatoire (MADO) devaient faire l'objet d'une IPPAP. Toutefois, pour une première expérimentation de cette mesure préventive, seuls les cas de gonorrhée et de syphilis ont été priorisés à des fins de vigie sanitaire et d'intervention préventive en vertu de la Loi sur la santé publique¹. La Direction de santé publique (DSP) a ainsi décidé de mettre en place un programme régional de soutien à l'intervention préventive auprès des personnes infectées par la gonorrhée ou par la syphilis en phase contagieuse et auprès de leurs partenaires sexuels. Cette activité était prévue dans le cadre du Programme national de santé publique 2003-2012 et était inscrite dans le plan d'action régional pour 2004-2007. Au départ, ce nouveau service était assuré sur une base régionale par deux infirmières de la DSP.

Puisque l'évaluation est une composante importante, voire essentielle, dans la démarche de planification et d'implantation de tout nouveau programme ou service (Renaud & Zamudio, 1999) tel l'IPPAP, une étude à visée évaluative semblait pertinente. C'est dans ce contexte que la présente étude avait pour but d'apprécier le processus d'implantation du programme de soutien à l'IPPAP en Montérégie tel qu'offert entre le 1^{er} décembre 2004 et le 30 novembre 2005. De façon plus spécifique, elle tentait de répondre aux questions suivantes, chacune de ces questions constituant un des objectifs à poursuivre :

- Quelles sont les caractéristiques de la clientèle desservie par l'IPPAP?
- Quelle est la concordance entre les activités prévues et les activités réalisées dans le cadre de l'IPPAP?
- Quels sont les facteurs qui ont influencé la concordance entre les activités prévues et les activités réalisées dans le cadre de l'IPPAP?

Cette étude visait l'amélioration du programme, ayant ainsi une finalité formative. Elle permettait d'établir qui sont les utilisateurs du service et de décrire le déroulement du programme. Les recommandations en découlant serviraient à mieux adapter le contenu, le déroulement et le mode d'organisation du programme aux personnes infectées ou exposées à la gonorrhée ou à la syphilis en Montérégie.

¹ Chapitre XI : Pouvoirs des autorités de santé publique et du Gouvernement en cas de menace à la santé de la population, section 1 : enquêtes épidémiologiques des directeurs de santé publique.

2. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION TELLE QUE PLANIFIÉE

Le soutien à l'IPPAP comprend une enquête épidémiologique et un ensemble d'activités offertes aux personnes infectées et à leurs partenaires dans le but de prévenir la transmission de la gonorrhée et de la syphilis dans la population et de réduire les risques de séquelles sur la santé par le traitement rapide et efficace des personnes exposées à ces infections. L'intervention se déroule auprès du médecin traitant, auprès du cas-index et auprès des partenaires. Les activités réalisées auprès des différentes clientèles sont présentées au tableau I.

Tableau I
Activités réalisées auprès des clientèles visées par l'IPPAP

Clientèles visées	Enquête épidémiologique	Info/ Conseil	Suivi/ traitement	Soutien NOPA	Relance concernant les partenaires avisés	Suivi sur résultats de la démarche du partenaire
Cas-index (MADO)	√	√	√	√	√	
Cas déclaré non validé²	√	√	√			√
Partenaires asymptomatiques et symptomatiques³ avisés par la santé publique		√	√			√

Dès les années 1930, la stratégie américaine pour le contrôle de la syphilis comprenait cinq éléments : l'éducation sanitaire, le dépistage, le traitement clinique, le traitement prophylactique et la notification des partenaires (St. Louis, 1996).

Dans un premier temps, l'infirmière joint le médecin traitant pour recueillir les données cliniques et les informations qui peuvent faciliter son intervention auprès du patient. S'il s'avère impossible de joindre le médecin, une lettre d'information lui est envoyée au même moment que le questionnaire d'enquête sur les données cliniques.

Ensuite, l'infirmière joint le cas-index par téléphone. Elle donne de l'information sur la maladie en cause, vérifie l'observance au traitement et évalue les risques de réinfection. Elle recommande une visite de contrôle, s'il y a lieu. Le questionnaire sur les facteurs de risque est ensuite rempli. Selon les facteurs de risque identifiés, l'infirmière discute des obstacles à la prévention des ITS et elle offre écoute et conseils concernant, entre autres, les pratiques sexuelles à risque réduit. Elle vérifie les indications à la vaccination contre les hépatites A et B, et réfère le cas-index pour la vaccination, s'il y a lieu. De plus, elle lui propose des ressources selon ses besoins (clinique médicale, ressource psychosociale, groupe d'entraide, etc.). Enfin, elle établit une entente avec le cas-index concernant la manière de procéder pour aviser ses partenaires qu'ils ont été exposés à une ITS. Les partenaires sont ensuite avisés soit par le cas-index lui-même ou par l'infirmière de santé publique.

² Cas de gonorrhée déclaré par un médecin dont le test de laboratoire n'est pas disponible.

³ Un partenaire symptomatique devient un cas-index, auprès duquel la démarche sera complétée, dès l'obtention d'une épreuve de laboratoire positive (déclaration).

Une relance à l'intérieur d'une semaine (7 à 10 jours) est prévue auprès du cas-index qui a choisi d'informer lui-même ses partenaires et auprès de tous les partenaires joints par l'infirmière de santé publique. Ce suivi permet de vérifier si le cas-index a bien avisé tous ses partenaires et de lui offrir un soutien, s'il y a lieu. Le suivi auprès des partenaires avisés par l'infirmière de santé publique permet de vérifier s'ils ont été testés et traités, ce qui est essentiel pour briser la chaîne de transmission.

Dans les cas où l'infirmière joint un partenaire du cas-index, suite à l'entente, lorsque le partenaire est symptomatique, mais n'est pas testé ou lorsque le partenaire obtient un résultat négatif, l'infirmière offre un counseling ponctuel préventif auprès de ce partenaire (mais elle n'offre pas de soutien à la notification des partenaires). Les partenaires de celui-ci sont invités à consulter un médecin le plus rapidement possible. Dans la situation où un cas de gonorrhée est déclaré par un médecin, mais non validé par épreuve de laboratoire, l'infirmière communique avec celui-ci et offre le counseling pour le cas-index seulement.

3. RECENSION DES ÉCRITS

La situation épidémiologique alarmante des ITSS dans les dernières années impose qu'une diversité de stratégies soit mise en œuvre pour contrer cette menace à la santé publique. Parmi les stratégies éprouvées à cette lutte contre les ITSS, la notification des partenaires semble essentielle. La notification des partenaires peut toutefois se faire de diverses façons, certaines plus adaptées ou efficaces que d'autres.

3.1 Situation épidémiologique des infections transmissibles sexuellement

Les statistiques actuelles sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec mettent en lumière une situation épidémiologique alarmante, notamment pour la syphilis, ainsi que des tendances à la hausse pour certaines (gonorrhée) ou une stabilisation à un niveau élevé pour d'autres (chlamydia, VIH). La seule ITSS qui est en baisse constante est l'hépatite B aiguë, ce phénomène étant sans nul doute attribuable, d'une part, au programme universel de vaccination pour les enfants de la 4^e année du primaire depuis 1994 (MSSS, 2006) et d'autre part, au fait que depuis 1999, le ministère de la Santé et des Services sociaux offre également un programme de vaccination pour les clientèles vulnérables, tel que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les utilisateurs de drogues par injection (UDI).

3.1.1 CHLAMYDIA

Au Canada, le taux de chlamydia est en augmentation depuis 1997. En 2004, il s'élève à 197,1 cas déclarés/100 000 habitants (Agence de santé publique du Canada, 2007). Comme par le passé, au Québec, la chlamydie génitale a occupé le premier rang en 2004 parmi les infections transmissibles sexuellement (ITS) avec une incidence provinciale de 170,2 cas déclarés/100 000 habitants. En 2007, l'augmentation semble se poursuivre, 13 427 cas étant déclarés pour une incidence annuelle de 175,8 cas déclarés/100 000 habitants (Lacroix, Levac & Perron, 2008). En Montérégie, en 2005, 1524 cas de chlamydie génitale sont déclarés, pour une incidence de 112/100 000 habitants (Perron, de la Boissière, Levac & Milord, 2006). En 2007, le nombre de cas s'élève à 1832 pour une incidence plus importante encore, de l'ordre de 133,6/100 000 habitants (Lacroix et al., 2008). Les trois quarts des cas-index de chlamydia sont des femmes et parmi celles-ci, 77,2 % des déclarations sont observées chez les femmes âgées de 15 à 24 ans (Lacroix et al., 2008).

3.1.2 GONORRHÉE

De 1997 à 2004, le taux de gonorrhée au Canada a doublé passant de 14,9 cas à 28,9 cas déclarés/100 000 habitants (Agence de santé publique du Canada, 2007). Au Québec, l'incidence de la gonorrhée était de 12,5 cas/100 000 habitants en 2005, l'incidence la plus élevée (33,7/100 000) étant observée dans la région de Montréal (Jetté, 2006).

Si l'on compare l'incidence annuelle moyenne de 1997-2002 par rapport à 2003-2005, on constate qu'elle a augmenté en Montérégie (4,9 à 6,3) comme au Québec (9,2 à 12,5) (Perron et al., 2006). Les données les plus récentes confirment la poursuite de la hausse de cette incidence annuelle, celle-ci atteignant 9,8 en 2007 pour la Montérégie (135 cas déclarés) et 18,4 pour le Québec (1 405 cas déclarés) (Lacroix et al., 2008). En Montérégie en 2007, 67,4 % des cas sont des hommes dont une forte proportion a des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Au Canada, au cours de la dernière décennie, l'incidence de la résistance du *N. gonorrhoeae* à la Ciprofloxacine a augmenté de plus de 200 fois, allant de 0,01 % à 2,1 % (Santé Canada 2003). Au Québec, le nombre de souches trouvées résistantes à la Ciprofloxacine est passé de 14 (1,5 %) en 2003 à 58 souches (6,9 %) en 2004. En 2007, la proportion de cas résistants atteignait 27 % (MSSS, 2008). En Montérégie, en 2005, sur les 85 souches testées pour la Ciprofloxacine, 23 (27,0 %) étaient résistantes alors que seulement 7,0 % l'étaient en 2004 (Perron et al., 2006). Les données de 2007 indiquent que ces proportions sont maintenant de 56 % chez les hommes et 26 % chez les femmes (Lacroix et al., 2008). Enfin, au Québec, 40,6 % des souches (136/335) ont présenté une résistance à au moins un des antibiotiques testés au LSPQ et 21,2 % (71/335) ont montré une résistance à la pénicilline (Jetté, 2005).

3.1.3 SYPHILIS

Depuis quelques années, une résurgence des cas de syphilis a été observée dans plusieurs pays de l'Europe, dont la France, la Belgique, l'Irlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni (Santé Canada, 2001a) et l'Allemagne (Santé Canada 2001b). Plus près du Canada, dans l'état du Minnesota, le nombre de cas de syphilis a presque triplé entre 2004 et 2005 chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (Santé Canada 2006a). En Californie, dans le comté de Los Angeles, le nombre de cas de syphilis a augmenté de 40,0 % de 2004 à 2005 (Santé Canada, 2006b). Aux États-Unis, le taux de syphilis primaire et secondaire a augmenté de 2,1/100 000 habitants à 2,7/100 000 habitants entre 2001 et 2004. Le nombre de cas de cette infection transmissible sexuellement (ITS) continue d'augmenter chez les HARSAH (CDC, 2006). Par ailleurs, aux États-Unis, une prévalence élevée du VIH (23,1 % - 29,6 %) a été observée chez les hommes infectés par la syphilis (Blocker, Levine & St. Louis, 2000). De plus, une incidence estimée de 186 nouveaux cas/100 000 habitants de syphilis chez les personnes vivant avec le VIH (PVIH) est relatée dans l'étude de Chesson, Heffelfinger, Voigt et Collins (2005). Ces mêmes chercheurs estiment qu'environ le quart de tous les cas de syphilis primaire et secondaire aux États-Unis en 2002 sont des personnes coinfectées par le VIH.

Au Canada, avant 1996, le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse avait diminué jusqu'au point de la quasi-élimination (Santé Canada, 2000). Cependant, au cours des dernières années, une recrudescence est notée en Colombie-Britannique, en Ontario, au Yukon et au Québec. Le taux de syphilis, pour l'ensemble du pays, est passé de 0,9/100 000 habitants à 3,5/100 000 habitants entre 2001 et 2004 (Agence de santé publique du Canada, 2007). Au Québec, le rythme de croissance de la syphilis a été rapide et soutenu, bien qu'il connaisse une baisse très récente : 15 cas en 2001, 48 en 2002, 158 en 2003, 241 en 2004, 257 en 2005, 378 en 2006 et 236 en 2007. L'incidence annuelle est donc passée de 0,2 en 2001 pour atteindre sa valeur maximale en 2006 (5,0) pour redescendre autour de 3,1 en 2007 (Lacroix et al., 2008).

Plus des deux tiers (69,6 %) des cas de syphilis déclarés au Québec en 2005 proviennent de la région de Montréal. La grande majorité de ces cas (95,0 %) sont des HARSAH et près des deux tiers de ces derniers (57,3 %) ont eu des relations sexuelles dans un sauna pendant la période

d'incubation. Plus de la moitié des cas de syphilis chez les HARSAH de Montréal (58,4 %) étaient coïnfectés par le VIH. Or, la contagiosité des personnes vivant avec le VIH augmente avec la présence de la syphilis; elle augmente par le fait même la susceptibilité à l'infection des personnes séronégatives qui ont des relations sexuelles avec le cas coïnfecté (Lambert, 2006). De plus, la syphilis peut mettre en péril la santé des PVVIH en les rendant plus vulnérables aux infections opportunistes (Cohen, 2006). Il est possible d'avancer que la forte proportion de coïnfection au VIH chez les cas de syphilis pourrait être le reflet d'une concentration de la syphilis dans des sous-groupes où les changements de partenaires sont fréquents et où un chevauchement des réseaux de transmission est probable (Lambert, 2006). En Montérégie, depuis 2001, le nombre de cas de syphilis ne cesse d'augmenter. En 2005, 28 cas ont été déclarés, la presque totalité de ces cas étant des hommes dont 65,0 % sont âgés de 40 à 59 ans (Perron et al., 2006). En 2007, 34 cas sont déclarés. Ce sont tous des hommes dont la plupart (59 %) sont aussi dans la tranche d'âge des 40 à 59 ans (Lacroix et al., 2008).

3.1.4 HÉPATITES A ET B

L'hépatite B aiguë est la seule ITS dont l'incidence est en baisse de façon régulière. En effet en 1990 elle était de 6,3/100 000 habitants et elle a chuté jusqu'à atteindre à 1,2/100 000 habitants en 2003, une diminution notable de 80,0 % (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). Elle est encore plus faible en 2007, étant à 0,6 cas déclaré/100 000 habitants (Lacroix et al., 2008). Le nombre de cas en Montérégie a aussi beaucoup diminué passant de 20 cas en 2003 à 3 cas en 2007 (Lacroix et al., 2008). L'hépatite B touche principalement les hommes âgés de 40 à 59 ans et sa transmission se fait majoritairement par voie sexuelle (Perron et al., 2006).

L'incidence de l'hépatite A a aussi diminué d'une façon importante. Au Québec, l'incidence de l'hépatite A est passée de 2,7/100 000 habitants en 1998 à 1,5/100 000 habitants en 2001 (MSSS, 2003). Au cours des quatre dernières années, l'incidence de cette maladie est restée stable. En 2005, 11 cas d'hépatite A ont été déclarés en Montérégie (Perron et al., 2006), ce nombre ayant chuté à 7 en 2007, soit le plus petit nombre de cas déclarés depuis 1990 (Lacroix et al., 2008). Bien que l'hépatite A ne soit pas transmise sexuellement de manière prédominante, il reste indiqué d'explorer la vaccination pour les HARSAH.

En 1999, le MSSS a mis sur pied un programme restreint de vaccination contre les hépatites A et B destiné aux clientèles les plus vulnérables (toxicomanes, HARSAH et porteurs de l'hépatite C). Malgré ce programme, la couverture vaccinale reste faible dans ces populations. Par exemple, dans une étude réalisée auprès d'HARSAH de la région montréalaise entre 1996 et 2003 (Cohorte Oméga), seulement 46,0 % des répondants rapportaient avoir reçu au moins une dose de vaccins contre l'hépatite B, cette proportion étant encore plus faible chez les hommes habitant à l'extérieur de la ville (environ 30 %) (Dufour, et al., 1999).

À la lumière de la situation épidémiologique des ITS mentionnées précédemment, il importe donc de faire le point sur les différents programmes de notification des partenaires, afin d'améliorer le service de soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et de leurs partenaires (IPPAP) pour réduire l'incidence des ITS telles que la gonorrhée, la chlamydia et la syphilis.

3.2 La notification des partenaires

Plusieurs stratégies sont essentielles à la prévention des ITS, dont la qualité et la disponibilité des tests de dépistage, l'accès aux traitements efficaces, le soutien aux cliniciens (ex : la formation continue des médecins), les pratiques cliniques préventives (ex. : les conseils sur l'adoption des comportements sexuels à risque réduit) et la notification des partenaires (St. Louis, 1996). Parce qu'à l'heure actuelle, le service qui est documenté et qui se rapproche le plus de l'intervention qui a été implantée en Montérégie est le service spécialisé de notification des partenaires (NoPa), la présente recension des écrits portera uniquement sur cet aspect.

3.2.1 IMPACT DE LA NOPA SUR LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DES NOUVELLES INFECTIONS

Bien que le soutien à la NoPa soit utilisé dans divers pays depuis plusieurs décennies⁴, en particulier pour le contrôle de la syphilis et de la gonorrhée, l'impact sur la transmission des ITS au sein de la population est peu documenté (Hennessy, Willaims, Mercier & Malotte, 2002; Oxman et al., 1994; St. Louis, 1996). Aux États-Unis, Macke et Mahers (1999) ont examiné la force de l'évidence empirique reliée à l'impact de la notification des partenaires sur le traitement des nouveaux cas de syphilis, de gonorrhée, de chlamydia et d'infection au VIH. Des 212 articles publiés entre 1980 et 1997, 13 ont répondu aux critères d'inclusion pour cette analyse. Ces articles avaient fait l'objet d'une évaluation par les pairs dans une revue scientifique, les chercheurs avaient précisé le mode d'intervention et rapporté des résultats sur les caractéristiques des personnes infectées, le nombre de partenaires identifiés, avisés/joints et évalués. Il ressort de cette analyse que 0,03 à 0,24 infections ont été dépistées grâce au cas-index dans le cadre de la notification des partenaires. Malgré ces résultats quelque peu mitigés, il existerait à l'heure actuelle, selon Macke et Maher (1999), un corpus suffisant d'évidence empirique pour soutenir l'affirmation que la NoPa est un moyen de dépister de nouvelles infections transmissibles sexuellement.

Plusieurs études ont évalué l'efficacité de la NoPa dans le contexte des personnes infectées par la syphilis en phase contagieuse (Engelgau et al., 1995; Gunn et al., 1995; Kohl, Farley, Ewell & Scioneaux, 1999; Oxman et al., 1994; Peterman et al., 1997; Hogben et al., 2005). En effet, la notification des partenaires est particulièrement pertinente pour le contrôle de la syphilis, car la période d'incubation relativement longue de cette maladie (10 à 90 jours, en moyenne 21 jours) permet de traiter davantage de partenaires avant l'apparition des lésions infectieuses et donc de briser la chaîne de transmission (Kohl et al., 1999). De plus, la NoPa peut être plus efficace et efficace lorsque la prévalence d'une ITS est peu élevée (Comité consultatif sur les MTS, 2000).

Dans leur étude, Kohl et collaborateurs (1999) ont comparé l'impact de la notification des partenaires pendant et après une éclosion de syphilis en Louisiane. Les dossiers reliés à la NoPa des patients infectés sur une période de 4 ans (1993-1996) ont été analysés. Durant cette période, 12 927 patients ont été joints, soit 96,0 % de tous les cas déclarés. Ces 12 927 patients ont identifié 29 248 partenaires (moyenne de 2,3 partenaires/cas-index) dont 78,0 % (22 825) ont été examinés. Des partenaires examinés, 41,0 % (9 374) étaient infectés et 43,0 % (4 023) de ceux-ci n'avaient pas reçu de traitement au moment de l'intervention, soit 18,0 % de tous les cas joints et examinés. Dans une autre étude, près de 16,4 % des cas joints par la NoPa étaient des nouveaux cas (Peterman et al., 1997). Plus récemment, Hogben et ses collaborateurs (2005) ont réalisé une étude qui comptait 1517 cas-index qui rapportaient avoir eu 10 254 partenaires (moyenne de 6,8

⁴ Dès les années 1930, la stratégie américaine pour le contrôle de la syphilis comprenait cinq éléments : l'éducation sanitaire, le dépistage, le traitement clinique, le traitement prophylactique et la notification des partenaires (St. Louis, 1996).

partenaires/cas-index). Très peu des partenaires sexuels des HARSAH de cette étude ont pu être contactés pour la NoPa (médiane de 14,0 %).

À l'instar de ces derniers auteurs, plusieurs autres ont souligné les limites inhérentes de la NoPa en ce qui a trait au nombre de nouveaux cas traités (Engelgau et al., 1995; Gunn et al., 1995; Kohl et al., 1999; Oxman et al., 1994; Peterman et al., 1997). Toutefois, on peut probablement affirmer que les efforts d'un service spécialisé de soutien à la NoPa augmentent d'environ 15,0 % à 20,0 % la proportion de partenaires infectés qui ont été traités (Comité consultatif sur les MTS, 2000).

3.2.2 DIFFÉRENTES APPROCHES RATTACHÉES À LA NOTIFICATION DES PARTENAIRES

Trois types d'approches rattachées à la notification des partenaires ont été répertoriés dans les écrits scientifiques. Dans le cadre de l'approche « par le pourvoyeur », tous les partenaires sont avisés par un professionnel spécialisé en NoPa. Dans le cadre de l'approche « conditionnelle », un professionnel spécialisé en NoPa obtient les coordonnées des partenaires, mais il n'intervient que si le patient n'a pas informé tous ses partenaires à l'intérieur d'un temps précis. Dans l'approche « par le patient » aussi dite approche « passive », tous les partenaires sont avisés par le patient lui-même. Rappelons au lecteur que sous l'IPPAP faisant l'objet de la présente étude, l'approche « conditionnelle » est privilégiée. Dans le contexte québécois, elle est plus spécifiquement nommée, l'approche « négociée » (MSSS, 2004b).

Aux États-Unis, Golden et ses collaborateurs (2003) ont analysé 60 questionnaires complétés par les départements de santé de 50 villes différentes. Dans les cas de syphilis, l'approche « par le pourvoyeur » était la plus utilisée (95,0 %) et pour la gonorrhée, la NoPa était faite par le cas-index lui-même (37,0 %). Au Canada, une enquête sur la nature des pratiques en matière de notification des partenaires a été effectuée auprès de 99 unités de santé publique (Rasooly et al., 1994). Parmi les unités de santé publique, 95,0 % ont déclaré qu'elles étaient responsables de la notification des partenaires. Au Québec, 18 départements de santé communautaire (72,0 %) étaient responsables de la notification des partenaires. Selon les résultats de cette enquête, 90,0 % des unités de santé publique ont utilisé l'approche dite « conditionnelle » et l'approche « par le pourvoyeur » pour la notification des partenaires des personnes infectées par la gonorrhée, la syphilis et l'hépatite B. L'approche « par le patient » a été davantage utilisée auprès des partenaires des personnes infectées par la chlamydia et l'infection au VIH.

Carballo-Diéguez et collaborateurs (2002) ont questionné 1372 personnes dans une clinique spécialisée pour les ITS de New York. Les patients de la clinique ont dit préférer que la NoPa soit faite par le cas-index plutôt que par un professionnel de santé publique. En effet, 46,0 % des patients rapportent être inconfortables avec la NoPa faite par un professionnel de santé publique, tandis que seulement 25,0 % disent l'être relativement à la NoPa par le cas-index.

Les médecins ont un rôle important à jouer dans la prévention et le contrôle des ITS en raison de la relation privilégiée qu'ils ont développée avec leurs patients. Une enquête américaine a été réalisée auprès de 4223 cliniciens, pratiquant dans cinq spécialités : obstétrique/gynécologie, médecine interne, pratique générale/familiale, urgence, pédiatrie. Pour être admissibles, les médecins devaient passer au moins la moitié de leur temps à donner des soins de santé directs aux patients et traiter des gens âgés de 13 à 60 ans. Les médecins qui ont accepté de participer à l'étude étaient majoritairement des hommes (70,9 %) et ils étaient en moyenne âgés de 46,2 ans (St. Lawrence et al., 2002; Hogben et al., 2004). D'une part, les chercheurs ont exploré les aspects relatifs au dépistage, à la déclaration des cas, à la gestion des partenaires et aux pratiques cliniques pour différentes ITS (syphilis, gonorrhée, chlamydia, VIH) (St. Lawrence et al., 2002). Ils ont rapporté que

peu de médecins (19,7 % à 29,5 %) ont assuré un suivi par rapport à la notification des partenaires. De plus, seulement une minorité de médecins ont recommandé aux patients d'appeler un professionnel spécialisé en NoPa (le quart pour la chlamydia et la gonorrhée (23,1 % à 25,2 %); le tiers pour la syphilis et le VIH (29,3 % à 34,0 %)). La majorité des médecins (81,6 % à 88,8 %) ont toutefois demandé aux patients d'aviser leurs partenaires. D'autre part, les auteurs ont décrit les opinions des médecins en regard des pratiques de notification des partenaires (Hogben et al., 2004). Les médecins semblent juger préférable que la NoPa soit faite par le cas-index lui-même. Les chercheurs ont d'ailleurs remarqué que près de 72 % des médecins n'ont jamais fait la NoPa.

3.2.3 EFFICACITÉ DES DIVERSES APPROCHES DE NOTIFICATION DES PARTENAIRES

Peu d'études ont comparé l'efficacité des différentes approches rattachées à la NoPa (Oxman et al., 1994; Peterman et al., 1997). Dans leur recension des écrits, Oxman et collaborateurs (1994) ont retenu 12 études qui répondaient aux critères suivants : la population à l'étude était des partenaires exposés à la gonorrhée, la chlamydia, la syphilis, l'hépatite B ou l'infection au VIH; l'étude examinait au moins deux groupes exposés à deux approches différentes et faisait état de résultats sur le nombre de partenaires identifiés, avisés, évalués, infectés et traités. Deux de ces études ont comparé l'approche « conditionnelle » et l'approche « par le patient » dans des programmes offerts à des hommes atteints de la gonorrhée. Dans l'une de celles-ci, aucune différence significative entre les deux approches n'a été notée sur le nombre de partenaires traités/cas-index. Cependant, les résultats de la deuxième étude ont suggéré que l'approche « conditionnelle » était plus efficace que l'approche « par le patient ».

Enfin, Macke et Maher (1999) ont recensé 6 études dont l'objectif était de comparer l'approche par le « pourvoyeur » avec l'approche « par le patient ». Dans l'ensemble, les professionnels spécialisés ont avisé un plus grand nombre de partenaires ainsi qu'un plus grand nombre de partenaires infectés/cas-index que les patients. Macke et Maher (1999) ont conclu de cette analyse qu'il était possible d'affirmer, à partir d'une base empirique « acceptable », que l'approche « par le pourvoyeur » était plus efficace que l'approche « par le patient ».

Dans une autre étude réalisée à Fort Lauderdale (Floride), à Tampa (Floride) et à Paterson (New Jersey), des personnes infectées par la syphilis en phase contagieuse ont été assignées de façon aléatoire à l'une des trois approches suivantes : le patient devait aviser lui-même ses partenaires à l'intérieur de deux jours, sinon le professionnel les avisait; le professionnel avisait lui-même tous les partenaires immédiatement; le professionnel avisait les partenaires et, de plus, des tests de dépistage étaient effectués sur le terrain lorsqu'il était peu probable que le partenaire se présente à la clinique (Peterman et al., 1997). Aucune différence significative n'a été trouvée entre ces trois approches en ce qui a trait au nombre de partenaires avisés (1,1 à 1,2 partenaires/cas-index) et traités (0,61 à 0,67 partenaire/cas-index).

Dans deux études québécoises, des personnes atteintes d'une ITS ont rapporté un plus grand nombre de partenaires au professionnel spécialisé en NoPa qu'à leur médecin traitant. Dans le cadre de l'évaluation du projet NoPa à Montréal Centre et Laval (Lambert, 1998), les infirmières spécialisées en NoPa ont dénombré, pour les mêmes patients, 26,7 % plus de partenaires que les médecins (infirmières : 1,6 partenaires/cas-index; médecins : 1,3 partenaires /cas-index). Dans une étude réalisée par Alary, Joly et Poulin (1991) auprès de 104 patients infectés par la chlamydia (86 cas) ou par la gonorrhée (28 cas) dans la région de la Beauce, ceux qui ont consulté un professionnel spécialisé en NoPa ont nommé un plus grand nombre de partenaires (2,55 partenaires/cas-index) que ceux qui n'ont consulté que leur médecin (1,59 partenaires/cas-index). Ils ont aussi joint un

plus grand nombre de partenaires infectés (43/65 : 66,2 %) que ceux qui ont refusé le service de soutien (11/43 : 25,6 %) et que ceux qui n'ont consulté qu'un médecin (7/35 : 20,0 %). Enfin, plus de partenaires asymptomatiques ont été joints dans le contexte du service spécialisé que dans les deux autres contextes (29/65 c. 4/43 c. 3/35).

3.2.4 LES PARTENAIRES ANONYMES : PRINCIPAL DÉFI DE LA NOTIFICATION DES PARTENAIRES

L'importance de cibler davantage les personnes vulnérables dans les programmes de notification des partenaires a souvent été signalée (St Louis, 1996). En effet, « tous les partenaires n'ont pas la même importance stratégique; on croit qu'un groupe restreint de partenaires appartenant à des "noyaux de transmetteurs" joue un rôle considérable dans la propagation des ITS au sein de l'ensemble de la population » (Comité consultatif sur les MTS, 2000). Or, c'est précisément dans ce contexte que les coordonnées des partenaires sont le plus souvent insuffisantes pour entreprendre une démarche (Cates, Rothenberg & Blount, 1996).

Dans l'étude de Gunn et collaborateurs (1995), des personnes infectées par la syphilis ont estimé avoir trois fois plus de partenaires que le nombre qu'elles étaient en mesure de nommer (4,2 partenaires estimés/cas-index; 1,5 partenaire nommé/cas-index). Par conséquent, seulement 26,0 % du nombre estimé de partenaires ont reçu un traitement. Plusieurs autres études soulignent la difficulté de joindre les partenaires sexuels anonymes des cas-index (Hogben et al., 2005; van Duynhoven, Schop, Van der Meijden & Van de Laar, 1998; Toomey et al., 1998; Carballo-Diéguez et al., 2002; CDC, 2003; Jayaraman, Read & Singh, 2003). Dans un programme de NoPa pour le VIH (Toomey et al., 1998), aucune information n'était disponible pour joindre la grande majorité des partenaires (85,0 %). Aussi, 20,0 % de ceux dont les coordonnées étaient disponibles n'ont pas pu être joints.

En général, les hommes et les femmes qui ont eu des relations sexuelles non protégées rapportent être capables de contacter leurs partenaires sexuels s'ils le veulent. Il serait toutefois plus probable que les HARSAH ne soient pas en mesure de le faire (Carballo-Diéguez et al., 2002), étant donné leur nombre plus élevé de partenaires anonymes, cette proportion variant entre 44,9 % et 88,5 % (Hogben et al., 2005). Hogben et collaborateurs (2005) rapportent que près de la moitié des HARSAH qui ont participé à leur étude ont été incapables de joindre leurs partenaires et plus des deux tiers avaient eu des partenaires anonymes (médiane : 65,0 %). Dans une étude de Jayaraman et collaborateurs (2003), plus des trois quarts des HARSAH (80,6 %) n'avaient pas les informations pour joindre leurs partenaires et la majorité d'entre eux avaient rencontré leurs partenaires dans les saunas et les bars (42,9 %) ou par le biais d'internet (28,6 %).

L'anonymat des partenaires sexuels est donc une barrière de taille à la notification des partenaires. Ces données mettent en relief que la NoPa « par le patient » est plus efficace auprès des partenaires réguliers qu'auprès des partenaires occasionnels (travailleurs du sexe ou « one night ») et des anciens partenaires sexuels. De plus, la NoPa par le cas-index apparaît moins efficace chez les jeunes ou chez les personnes appartenant aux minorités ethniques (Van Duynhoven et al., 1998).

Dans ce contexte (nombre élevé de partenaires anonymes au sein d'un noyau de transmetteurs), l'analyse des réseaux sociaux ou « l'enquête par grappe » pourrait augmenter l'efficacité des programmes (Cates et al., 1996; Engelgau et al., 1995; Gunn et al., 1995; Rothenberg & Narramore, 1996). Ce type d'intervention permet d'élargir le nombre de contacts avisés et traités en incluant les personnes associées à leur réseau social, par exemple, les amis proches avec lesquels ils ont partagé d'autres comportements à risque, les autres membres d'une gang, les travailleurs du sexe qu'ils connaissent ou encore, leurs partenaires sexuels antérieurs non reliés à l'éclosion en cours (Rothenberg & Narramore, 1996). Deux études américaines effectuées dans le cadre d'une éclosion

de syphilis ont montré que 3,0 % (Engelgau et al., 1995) et 13,0 % (Gunn et al., 1995) des personnes à risque « associées » aux cas-index étaient, dans les faits, infectées.

Les partenaires perçus comme étant des transmetteurs de l'infection, les contacts avant l'apparition des symptômes, les partenaires anonymes et les contacts reliés à la pénétration orale chez les HARSAH, les partenaires occasionnels (one night) chez les hommes hétérosexuels et les « ex-partenaires » incarcérés des femmes hétérosexuelles sont moins susceptibles d'être avisés (Gorbach et al., 2000). D'autres publications abondent dans le même sens, soutenant que les partenaires réguliers sont plus susceptibles d'être informés d'une possible exposition à une ITS que les partenaires occasionnels (Toomey et al., 1998; Kissinger et al., 2003). Pour leur part, Hogben et collaborateurs (2005) affirment que le cas-index a tendance à seulement aviser le transmetteur et à négliger les autres.

3.2.5 FACTEURS QUI INFLUENCENT LA NOTIFICATION DES PARTENAIRES

Quelques rares études ont examiné les facteurs qui peuvent influencer la notification des partenaires, les premiers liés au fait qu'on ne peut joindre le cas-index, les seconds, liés aux réticences de ce dernier, lorsque joint (Gorbach et al. 2000; Golden et al., 2001; Lafontaine, 1994).

Les HARSAH peuvent être difficiles à joindre pour la NoPa, la plupart d'entre eux étant sur le marché du travail. Ils sont donc absents de la maison quand les infirmières de santé publique tentent de les contacter pendant les heures de travail (Hogben et al., 2005). Il arrive aussi que le médecin refuse de donner l'autorisation de faire la NoPa afin de protéger des patients vivant avec le VIH, autre condition qui explique que le cas-index ne peut être joint.

Bien qu'au Québec, la majorité des infirmières impliquées dans le projet NoPa ont rapporté une bonne collaboration autant de la part des personnes infectées que de la part de leurs partenaires (Lambert, 1998), d'autres travaux indiquent que les cas-index ne collaborent pas toujours avec la santé publique, certains préférant contacter eux-mêmes leurs partenaires, alors que cette méthode ne mène pas nécessairement au traitement (Hogben, 2005). Carballo-Diéguez et collaborateurs (2002) estiment que le nombre parfois restreint d'HARSAH qui accepte de participer à la NoPa avec la santé publique peut s'expliquer par un activisme politique dans la communauté gaie contre le dévoilement de noms ou par une méfiance générale par rapport aux autorités.

La peur en général est une barrière majeure à la NoPa (Gorbach, 2000). Les inquiétudes quant à la confidentialité et la peur des effets négatifs, tels que les abus, le stigma et l'abandon sont aussi importants (Passin et al., 2006). Une étude en Montérégie réalisée auprès de 49 personnes infectées par une ITS (gonorrhée ou chlamydia) et 63 personnes non infectées qui ont fréquenté un cégep (Lafontaine, 1994) a permis d'établir les croyances les plus importantes quant à la notification. Les répondants dans cette étude ont démontré une attitude positive quant à la recherche de contacts. Par ordre d'importance, les conséquences positives perçues étaient : d'empêcher que leurs partenaires aient des complications dues à cette infection, de permettre que leurs partenaires puissent être traités plus rapidement, d'empêcher que d'autres personnes soient infectées, que leurs partenaires soient heureux de leur franchise, d'éviter d'être réinfecté par ce partenaire. Les conséquences négatives perçues étaient : être accusé d'avoir couché avec quelqu'un d'autre, perdre la confiance de leur partenaire actuel, passer pour quelqu'un de facile, ne pas être pris au sérieux. De plus, les répondants ont démontré la perception d'avoir un bon contrôle sur le comportement. Les principales barrières perçues par rapport à la recherche des contacts étaient : ne pas savoir comment l'annoncer, la gêne, le fait de débiter une relation à laquelle on tient, ne plus avoir de relation avec ce partenaire, ne pas connaître les symptômes de la maladie ou

la maladie elle-même, le fait que leur partenaire n'ait pas de symptômes, avoir une relation cachée, ne pas avoir les coordonnées et avoir peur d'être frappé.

D'autre part, la probabilité de désengagement quant à la notification des partenaires serait plus élevée chez les cas-index qui ont les caractéristiques suivantes : avoir un plus grand nombre de partenaires (Lafontaine, 1994), avoir plus d'un partenaire dans les 60 jours qui ont précédé l'étude et ne pas prévoir de relations sexuelles avec le partenaire à l'avenir (Golden et al., 2001).

3.2.6 APPRÉCIATION ET IMPACT DE LA NOPA CHEZ LES CAS-INDEX ET LEURS PARTENAIRES

Finalement, peu d'études ont évalué l'impact de la NoPa sur les comportements des personnes infectées et leurs partenaires, ou encore, leur niveau de satisfaction relativement aux services offerts (Hennessy et al, 2002; Macke & Maher, 1999). Dans une étude portant sur des couples où l'un des conjoints est infecté par le VIH ou la syphilis, Kissinger et collaborateurs (2003) rapportent que la NoPa a été complétée (la santé publique a obtenu les informations et a contacté le partenaire) auprès de 32,7 % des couples. Près de la moitié (46,8 %) des 220 relations ont été dissolues à la suite de l'intervention de notification des partenaires (résultats similaires dans les cas de VIH et de syphilis). Les couples avaient plus tendance à mettre un terme à leur relation quand ils n'avaient pas complété la NoPa, ils étaient composés de partenaires occasionnels ou ils étaient en relation depuis moins d'un an.

En conclusion, la quasi-totalité des études recensées ont été réalisées aux États-Unis. Quelques études ont suggéré que le soutien par un professionnel spécialisé en NoPa est une mesure efficace pour augmenter le nombre de partenaires joints et traités. Peu de recherches ont examiné les facteurs qui peuvent influencer les personnes infectées à aviser leurs partenaires et seulement quelques données rarissimes sont disponibles sur le niveau de satisfaction et sur les effets de cette mesure sur les personnes concernées. Dans un tel contexte, l'appréciation de l'implantation du service régional de soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes par une ITS et leurs partenaires sexuels semble pertinente pour guider et améliorer la qualité des interventions auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires.

4. Méthodologie

4.1 Approche envisagée

L'approche envisagée est le monitoring évaluatif. Cette approche comprend le suivi de gestion et une analyse critique qui permettent de remettre en question les objectifs, les activités ou les modes d'organisation d'un programme (Beaudry & Viens, 1999). Le modèle retenu est l'évaluation de l'implantation. Cela consiste à comparer le programme prévu avec le programme implanté et à mesurer l'écart, le cas échéant. Ce type d'évaluation permet aussi d'établir qui sont les utilisateurs d'un service et de décrire le déroulement du programme (Beaudry & Viens, 1999).

4.2 Population à l'étude

La population à l'étude ne concerne que les personnes suivantes :

- les cas-index de gonorrhée et de syphilis infectieuses déclarés à la santé publique dans le cadre des MAD0;
- les partenaires sexuels des cas-index (symptomatiques et asymptomatiques).

4.3 Taille de l'échantillon

4.3.1 CAS-INDEX

L'échantillon de convenance est composé de toutes les personnes infectées par la gonorrhée ou la syphilis infectieuse qui ont été déclarées à la santé publique entre le 1^{er} décembre 2004 et le 30 novembre 2005. De plus, l'échantillon comprend les cas de gonorrhée déclarés par un médecin, au cours de cette même période, mais non validés par un résultat de laboratoire.

Dans l'ensemble, 82 cas de gonorrhée et 25 cas de syphilis ont été déclarés entre le 1^{er} décembre 2004 et le 30 novembre 2005, pour un total de 107 cas. Pour ces 107 cas, le médecin a autorisé l'IPPAP dans 86 % des cas (92) et refusé que 15 cas-index soient joints par les infirmières de l'IPPAP. Parmi les 92 cas-index autorisés par le médecin, 9 n'ont pu être joints par les infirmières malgré les rappels prévus au protocole. Les infirmières ont donc réussi à rejoindre 90,3 % des cas-index autorisés. Parmi les 83 cas-index qui ont pu être contactés par les infirmières, la majorité des personnes, soit, 83,1 % (69/83) ont accepté que les données recueillies par le biais de l'IPPAP soient utilisées dans le cadre de cette recherche. En revanche, 14 personnes ont refusé d'y participer (figure 1, appendice I).

Le tableau II présente les caractéristiques des cas-index qui ont refusé de participer comparativement à celles de ceux pour lesquels les données sociodémographiques étaient disponibles dans le cadre de l'enquête épidémiologique. L'âge moyen des cas-index qui ont refusé de participer est de 34,93 ans comparativement à 32,28 ans pour les autres, mais aucune différence significative n'est observable entre les deux groupes selon l'âge, le sexe et l'ITS déclarée. Il est toutefois intéressant de souligner que parmi les femmes, une importante proportion, soit 24,0 % (6/25), a refusé de participer à l'étude, tandis que seulement 9,8 % des hommes (8/82) ont refusé.

Tableau II
Différences entre les cas-index qui ont refusé de participer à l'étude et ceux pour lesquels les données sont disponibles

Variables	Total n	Refus n	Acceptation N	p	
Sexe du cas-index (%)	Homme	82 (76,6)	8 (57,1)	74 (76,9)	ns
	Femme	25 (23,4)	6 (42,9)	19 (20,4)	
ITS du cas-index (%)	Gonorrhée	82 (76,6)	11 (78,6)	71 (76,3)	ns
	Syphilis	25 (23,4)	3 (21,4)	22 (23,7)	
Âge du cas-index (M)		32,63	34,93	32,28	ns

4.3.2 PARTENAIRES SEXUELS

L'échantillon comprend également les partenaires sexuels (personnes ayant eu une relation sexuelle avec pénétration anale, vaginale ou orale) des cas-index dont les coordonnées sont disponibles, qui devaient bénéficier d'une intervention de la part de l'infirmière de santé publique (n=9). Par contre, toute personne ayant déjà participé à l'IPPAP dans le contexte d'un même épisode de transmission ne pouvait pas être incluse à nouveau dans l'étude.⁵

En ce qui concerne les partenaires des cas-index, six sur neuf ont été joints (trois partenaires n'ont pas été joints à cause d'erreurs dans les coordonnées). Toutefois, les analyses des dossiers des partenaires des cas-index portent sur seulement trois individus puisque la section permettant de décrire les interventions à réaliser auprès des trois autres est manquante.

4.4 Sources et collecte des données

Les données relatives à l'implantation de l'intervention sont tirées de plusieurs sources. Dans le but de peaufiner les instruments et de favoriser une collecte de données plus uniforme, les instruments développés dans le cadre de cette étude ont été mis à l'essai (prétest) sur une période de six mois. Pendant cette période, les quelques rencontres de l'équipe d'implantation composée des chercheuses et des deux infirmières de santé publique ont davantage servi à encadrer les aspects cliniques de l'IPPAP plutôt qu'à aborder les difficultés rencontrées lors de l'utilisation des instruments et les modifications à apporter pour les améliorer.

⁵ À titre d'exemple, un cas déclaré qui a déjà bénéficié de l'IPPAP en tant que partenaire symptomatique d'un cas-index sera exclu de l'étude.

Trois instruments ont été utilisés dans cette étude :

- dossier du cas-index (voir appendice II);
- grilles détaillées de l'IPPAP (activités prévues) selon la clientèle visée (voir appendice III);
 - ↳ démarche auprès du cas-index;
 - ↳ démarche auprès des partenaires symptomatiques;
 - ↳ démarche auprès des partenaires asymptomatiques;
- journal de bord rempli par les deux infirmières de santé publique (voir appendice IV).

Les activités réalisées par les infirmières de santé publique ont été cochées sur une grille de l'IPPAP à la suite de l'intervention. Ces grilles ont été utilisées pour mesurer l'écart entre le programme planifié et le programme réalisé. Elles ont aussi complété un journal de bord après chaque intervention et décrit les difficultés éprouvées en cours de déroulement de manière à expliquer l'écart entre le programme planifié et le programme réalisé. Près de 98 interactions (cas-index, partenaires, refus, etc.) ont été documentées par l'entremise de ce journal de bord.

Les données cliniques ont été recueillies auprès du médecin traitant. Les données sur les facteurs de risque et l'information relative à la notification des partenaires ont été recueillies auprès du cas-index et aussi auprès du médecin parfois. Par contre, lorsque l'infirmière assurait elle-même la notification des partenaires, les données concernant l'évaluation médicale ont été fournies par les partenaires eux-mêmes.

4.5 Description des instruments de collecte de données

4.5.1 DOSSIER DU CAS-INDEX

4.5.1.1 Variables reliées au profil des cas-index

Les variables liées au cas-index sont de quatre types. D'abord, les variables relatives aux **caractéristiques sociodémographiques** sont : le lieu de la résidence selon le territoire de CLSC, le sexe, la date de naissance (l'âge), le pays de naissance et la date arrivée au Canada, si le pays de naissance n'est pas le Canada. Ensuite, les **données cliniques** comportent le nom de l'infection, les symptômes, la disparition des symptômes, la raison du prélèvement, le site des prélèvements positifs, la technique pour l'analyse du prélèvement, le profil de résistance, le traitement prescrit et la visite de contrôle prévue. Suivent les **facteurs de risque** qui comprennent: avoir une grossesse en cours (index ou partenaires), une complication (atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) ou infertilité), des antécédents ITS, un contact récent avec quelqu'un atteint d'une ITS, des partenaires récents avec facteurs de risque élevé, le travail du sexe, être client travail du sexe, avoir eu des relations sexuelles dans un sauna (nombre de partenaires, région du sauna), avoir eu des partenaires sexuels recrutés sur Internet (nombre de partenaires recrutés, sites fréquentés), consommer des drogues (types de drogues), avoir eu une relation sexuelle lors d'un voyage (endroit), avoir eu une relation sexuelle avec un partenaire qui réside hors Québec (endroit), le nombre de partenaires (60 jours, dernière année) et le sexe des partenaires (dernière année). Les informations concernant la **vaccination** concernent des antécédents d'hépatites A et B, des antécédents de vaccination hépatites A et B et les recommandations concernant la vaccination. D'**autres données** ont aussi été recueillies telles que le nom et les coordonnées du médecin traitant, la date d'ouverture du dossier,

la date de fermeture du dossier et les personnes auprès desquelles l'enquête a été complétée (patient, médecin, autre).

4.5.1.2 Variables reliées au profil des partenaires identifiés par le cas-index

Différentes variables reliées aux partenaires avisés par le cas-index ont été amassées. Elles comprennent des données obtenues lors de l'entrevue avec le cas-index tel que l'âge, le sexe, le type de partenaire (régulier, occasionnel, anonyme), les pratiques sexuelles (orale, vaginale, anale) et l'utilisation du condom (jamais, occasionnellement, toujours) et le type d'entente pour la notification (cas-index ou santé publique).

4.5.1.3 Variables reliées au profil des partenaires avisés par la santé publique

Différentes variables reliées aux partenaires avisés par la santé publique ont été compilées. Certaines données ont été obtenues lors de l'entrevue avec le cas-index; elles concernent l'âge, le sexe, le type de partenaire (régulier, occasionnel, anonyme), les pratiques sexuelles (orale, vaginale, anale) et l'utilisation du condom (jamais, occasionnellement, toujours) et le type d'entente pour la notification (cas-index ou santé publique). D'autres données ont été obtenues lors de l'entrevue avec les partenaires, soit les dates d'avis de la santé publique, du dépistage et du traitement, le nom du médecin, les antécédents d'hépatites A et B, les antécédents de vaccination pour les hépatites A et B et les recommandations concernant la vaccination.

4.5.2 GRILLES DE L'IPPAP

4.5.2.1 Démarche auprès du cas-index

La démarche auprès du cas-index comporte 5 volets. Le premier volet est celui de **l'information et enquête auprès du médecin**. Ce volet demande d'abord d'appeler le médecin traitant, de l'informer sur le service à son patient ou de prendre une entente concernant le soutien à l'IPPAP et d'obtenir les données cliniques. Le second volet est celui de **l'information et enquête auprès du patient**. L'infirmière doit expliquer au cas-index comment les informations à son sujet ont été obtenues, les objectifs poursuivis, l'informer de la confidentialité, lui donner des informations sur la maladie en cause, lui fournir l'occasion d'exprimer ses sentiments en lien avec cette situation, vérifier l'observance au traitement, la disparition des symptômes, le risque de réinfection, rappeler au cas-index la possibilité de transmission pendant le traitement, lui recommander une visite de contrôle, s'il y a lieu, vérifier l'accès aux traitements gratuits (fournir des informations sur le programme de gratuité) et remplir le questionnaire sur les facteurs de risque. Pour ce qui est des **conseils préventifs**, il faut discuter du contexte de rencontre des partenaires, documenter les pratiques sexuelles et les niveaux de risque, vérifier la motivation du cas-index à changer de comportements, l'informer sur les pratiques sexuelles à risque réduit, réviser avec lui l'utilisation des méthodes barrières, cerner les obstacles à la prévention (proposer des moyens pour les surmonter) et l'informer sur la pertinence du dépistage des ITS et de la réduction des méfaits, s'il y a lieu. Le volet suivant est **l'information sur la vaccination** où l'infirmière doit vérifier les indications à la vaccination contre les hépatites A et B et le calendrier de vaccination et référer s'il y a lieu. Le dernier volet est **l'offre de soutien à la notification des partenaires** qui demande de déterminer l'étendue de la période pour l'identification des partenaires à joindre, de dresser une liste des partenaires à joindre, de clarifier qui devra joindre chacun des partenaires (le cas-index ou l'infirmière du service de soutien), d'obtenir les coordonnées des partenaires que le service de soutien devra joindre, de vérifier l'information que le cas-index donnera à ses partenaires, de

préciser la réaction qu'il anticipe de ses partenaires et ce qu'il devrait faire s'il a besoin d'aide, d'offrir de lui faire parvenir les documents pertinents et de lui offrir un suivi concernant les partenaires avisés. Finalement, à la fin de l'intervention, l'infirmière doit recueillir les commentaires sur le service reçu et obtenir le consentement du cas-index pour l'étude.

4.5.2.2 Démarche auprès des partenaires asymptomatiques

La grille de la démarche auprès des partenaires asymptomatiques comporte, quant à elle, 4 volets. Le premier est celui de l'**information et enquête auprès du partenaire**. Ce volet demande d'expliquer au partenaire asymptomatique comment les informations à son sujet ont été obtenues, les objectifs poursuivis, de l'informer de la confidentialité et sur la maladie en cause, de lui fournir l'occasion d'exprimer ses sentiments en lien avec cette situation, de lui recommander une visite médicale (évaluation et traitement), de l'informer sur l'accès aux traitements gratuits et de lui rappeler la possibilité de transmission pendant le traitement. Le second volet est celui des **conseils préventifs**. Il faut discuter du contexte de rencontre des partenaires, documenter les pratiques sexuelles et les niveaux de risque, vérifier la motivation du patient à changer de comportements, informer sur les pratiques sexuelles à risque réduit, réviser l'utilisation des méthodes barrières, cerner les obstacles à la prévention (proposer des moyens pour les surmonter) et discuter de la pertinence du dépistage des ITS et de la réduction des méfaits, s'il y a lieu. Pour ce qui est de l'**information sur la vaccination**, l'infirmière doit vérifier les indications à la vaccination contre les hépatites A et B et le calendrier de vaccination et référer s'il y a lieu. Le dernier volet est le **suivi**, où les dates de l'évaluation médicale et du traitement doivent être obtenues et l'infirmière doit vérifier l'accès du patient aux médicaments gratuits. Finalement, à la fin de l'intervention, l'infirmière doit recueillir les commentaires sur le service reçu et obtenir le consentement du patient pour l'étude.

4.5.2.3 Grille de l'IPPAP : Démarche auprès des partenaires symptomatiques

La démarche auprès des partenaires symptomatiques comporte les mêmes volets qu'auprès des partenaires asymptomatiques à quelques tâches près. Le premier est celui de l'information et enquête auprès du partenaire. L'infirmière doit toutefois aussi vérifier la nature des symptômes et remplir le questionnaire sur les facteurs de risque. Le second volet sur les conseils préventifs est identique ainsi que le volet relatif à l'information sur la vaccination. Le dernier volet est le suivi : les dates de l'évaluation médicale et du traitement doivent être obtenues et l'infirmière doit vérifier l'accès du patient aux médicaments gratuits. De plus, elle doit vérifier si les partenaires ont été avisés offrant un soutien au besoin. À la fin de l'intervention, l'infirmière doit recueillir les commentaires sur le service reçu et obtenir le consentement du patient pour l'étude.

4.5.3 JOURNAL DE BORD

Le journal de bord a été structuré en tenant compte des concepts reliés au modèle conceptuel McGill (Sauvé & Paquette-Desjardins, 2002). Ce modèle infirmier procure une vision et un cadre de référence qui précisent la définition du rôle de l'infirmière, du client/famille et de l'environnement.

Selon le modèle McGill, les soins infirmiers ont pour but la promotion de la santé ou des comportements de santé. Le rôle de l'infirmière se traduit par l'élaboration d'activités d'apprentissage avec le client et en fonction de ses besoins. L'apprentissage à la santé est réalisé par la participation active du client et à travers ses interactions avec sa famille et son environnement. Dans le modèle McGill, la famille peut être constituée de personnes liées par le sang, d'un groupe naturel, de personnes significatives ou de personnes ayant un pouvoir d'influence

dans la prise de décision. L'environnement se définit comme le contexte social dans lequel se font les apprentissages. Il comprend la communauté, les lieux de travail, de loisirs, d'enseignement et de soins de santé.

Après chaque intervention, les facteurs liés à ces trois dimensions qui ont pu influencer le déroulement de l'IPPAP ont été confinés dans le journal de bord par l'infirmière. De plus, comme cela a été suggéré par Denis et Champagne (1990), les facteurs reliés à l'environnement interne (c'est à dire relié à l'organisation, comme le manque de ressources humaines, les changements de structure, l'appui des dirigeants) ont également été notés par l'infirmière.

4.6 Définition opérationnelle des variables

4.6.1 VARIABLES DU DOSSIER DU CAS-INDEX

Les **caractéristiques sociodémographiques** des cas-index étaient mesurées par des questions ouvertes : le lieu de la résidence selon le territoire de CLSC, le sexe (homme=1, femme=2), la date de naissance (l'âge), le pays de naissance et la date arrivée au Canada, si le pays de naissance n'était pas le Canada.

Les **données cliniques** étaient recueillies majoritairement de façon dichotomique et les réponses telles qu'*inconnu* et *pas de réponse* ont été codées *Pas de réponse ou ne sais pas*. Cette section est constituée par le nom de l'infection (gonorrhée=1; syphilis=2), les symptômes (gonorrhée : écoulement, dysurie, lésions, douleur, autre; syphilis : ulcère génital/ chancre; éruption/lésion cutanée, autre), la disparition des symptômes (oui=1; non=0), la raison du prélèvement (diagnostic (présence de symptômes)=1; dépistage (absence de symptômes) =2), le site des prélèvements positifs (col, pharynx, trompe, vagin, anus/rectum, articulation/synovial, urètre, urine, autre), la technique pour l'analyse du prélèvement (gonorrhée : culture, acides nucléiques, autre; syphilis : tests non-tréponémiques ou tréponémiques, résultat sur LCR), le profil de résistance (pas de résistance, ciprofloxacine, céfixime, B-lactamase ou NGPP, tétracycline, ceftriaxone, pénicilline autre que NGPP, autre) le traitement prescrit (gonorrhée : céfixime, ciprofloxacine, ofloxacine, ceftriaxone, azithromycine, doxycycline, érythromycine, autre; syphilis : pénicilline G benzathine, critalline) et la visite de contrôle prévue (oui=1; non=0).

Les **facteurs de risque** étaient également recueillis de façon dichotomique (non=0; oui=1) et les réponses telles qu'*inconnu* et *pas de réponse* ont été codées *Pas de réponse ou ne sais pas*. Les exceptions étaient le nombre de partenaires dans les 60 derniers jours (variable continue) et le nombre de partenaires sexuels dans la dernière année (variable discrète à intervalle).

Quant aux données sur la **vaccination**, la variable mesurant les antécédents de vaccination contre les hépatites A et B était catégorielle et la variable recommandation de vaccination contre les hépatites A et B effectuée était dichotomique (non=0; oui=1). Pour compléter le dossier du cas-index, les **autres données** ont majoritairement été recueillies par le biais de questions ouvertes.

4.6.2 VARIABLES DES GRILLES DE L'IPPAP

Les grilles de l'IPPAP sont constituées d'une liste de tâches à assumer à chaque contact téléphonique, le nombre de ces tâches variant toutefois selon le type de patient contacté (cas-index; partenaires symptomatiques et asymptomatiques, avisés par l'infirmière de santé publique). Chacune de ces tâches constitue une variable de nature nominale, codée ainsi : non réalisée (0),

réalisée en partie (1) ou réalisée en totalité (2). De façon à faciliter le calcul du score de mise en œuvre, ces tâches ont été dichotomisées ainsi : non-réalisée (0) ou réalisée telle que prévue (1).

Dans les cas où la tâche ne s'appliquait pas à la situation d'un patient donné et que l'infirmière avait coché Ne s'applique pas (na), le code réalisée telle que prévue (1) a été accordé à la tâche puisque c'était ce qui était approprié de faire, de manière à ne pas sous-estimer le degré de mise en œuvre. En revanche, lorsque le code Ne s'applique pas (na) a été coché alors que la tâche devait être réalisée, nous l'avons codée comme une tâche non réalisée (0).

Afin d'améliorer la fiabilité des données analysées, une variable a dû être créée afin de séparer les cas-index pour lesquels il était possible d'avoir accès à seulement quelques données (IPPAP réalisée auprès du médecin, seulement-enquête) des cas-index pour lesquels l'ensemble des données de l'IPPAP était disponible (IPPAP complète). En effet, les infirmières n'ont pas été en mesure de terminer l'IPPAP auprès de quelques cas-index telle que prévue (n=24) : certains étaient impossibles à joindre (n=9) et pour d'autres, le médecin a refusé de donner l'autorisation à l'infirmière de santé publique de faire l'IPPAP (n=15). Donc, parmi les cas-index, on compte 14 refus de participer, 24 cas -index pour lesquels seule l'enquête auprès du médecin a été réalisée et 69 cas-index pour lesquels l'IPPAP a été réalisée dans sa totalité (appendice I).

4.6.3 CONCORDANCE ENTRE LE PROGRAMME PLANIFIÉ ET LE PROGRAMME RÉALISÉ (MESURE DE LA MISE EN ŒUVRE)

Le degré de concordance entre le programme planifié et le programme réalisé est calculé de façon indépendante selon les groupes de patients considérés (cas-index, partenaires des cas-index). Pour chaque patient contacté, une grille a été complétée et l'infirmière a coché les tâches qui ont été réalisées. La concordance pour le patient est calculée en divisant le nombre de tâches réalisées par le nombre de tâches prévues, et en multipliant ce résultat par 100. Pour établir la concordance pour un groupe de patients donné, la moyenne des scores obtenus chez chacun des patients de ce groupe est calculée.

Un premier score a été calculé pour le total des énoncés mesurant l'intervention auprès du cas-index et un second score, pour l'intervention auprès du médecin (qui comprenait des tâches telles que l'appel au médecin traitant, la prise d'entente concernant le soutien à l'IPPAP l'information sur le service, l'obtention des données cliniques et l'information au sujet du service qui sera offert au patient). La moyenne a été calculée pour l'ensemble des énoncés.

Tableau III Tâches jugées essentielles de l'IPPAP

Information et enquête auprès du médecin traitant

- Appeler le médecin traitant.
- Prendre une entente concernant le soutien à l'IPPAP (jeunes 18 ans et moins seulement).
- Remplir le questionnaire d'enquête épidémiologique (section : données cliniques).

Information et enquête auprès du patient

- Expliquer comment l'information à son sujet a été obtenue (déclaration obligatoire de l'ITS en cause).
- Expliquer les objectifs poursuivis (compléter l'enquête et s'assurer que les partenaires soient évalués et traités).
- Expliquer comment la confidentialité sera respectée (son nom ne sera pas dévoilé aux partenaires par le service de soutien).
- Fournir des informations générales sur l'infection incluant les risques de complications en l'absence de traitement.
- Vérifier l'observance au traitement et au suivi recommandé par le médecin.
- Vérifier la disparition des symptômes.
- Vérifier le risque de réinfection.
- Rappeler que la transmission est possible tant que le traitement n'est pas complété ou jusqu'à 7 jours après l'administration d'un traitement unidose.
- Recommander une visite de contrôle si: les symptômes ne disparaissent pas; Une résistance au traitement antimicrobien a été documentée; l'observance du traitement est mise en doute; la personne a été réexposée à un partenaire non ou partiellement traité; l'infection a été détectée chez une femme enceinte ou chez un enfant; une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) a été diagnostiquée; un antécédent d'échec au traitement est documenté.
- Remplir le questionnaire sur les facteurs de risque

Conseils préventifs

- Documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui leur sont associés.
- Réviser et évaluer l'utilisation des méthodes barrières : utilisation systématique et régulière du condom; mode d'emploi du condom; information sur les méthodes de contraception au besoin; double protection pilule-condom.
- Discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risques identifiés.

Offre de soutien à la NoPa

- Déterminer l'étendue de la période pour l'identification des partenaires à joindre.
- Dresser une liste des partenaires à joindre.
- Clarifier qui devra joindre chacun des partenaires (elle-même ou le service de soutien).
- Obtenir les coordonnées des partenaires que le service de soutien devra joindre.
- Offrir un suivi (partenaires avisés par le patient).

À la suite d'une consultation de l'équipe d'analyse des données incluant les deux infirmières responsables de l'IPPAP, les grilles de tâches ont été séparées de la façon suivante : tâches jugées essentielles, tâches jugées importantes et tâches jugées accessoires, l'objectif étant de pondérer le degré de mise en œuvre selon l'importance relative de chaque tâche dans un contexte comme celui-ci. Il est à noter que la rencontre a eu lieu après la collecte de données, sans toutefois que les infirmières aient encore accès aux résultats. Toutefois, il est probable que l'importance attribuée aux tâches ait été influencée par la mise en œuvre réalisée. Un troisième score a donc été calculé pour les tâches jugées **essentielles** seulement (tableau III), à titre indicatif, compte tenu du biais énoncé. Le quatrième score a été calculé pour l'ensemble des tâches considérées comme importantes (tableau IV). Un dernier score a été calculé pour les quelques tâches jugées **accessoires** (tableau V).

Tableau IV
Tâches jugées importantes de l'IPPAP

Information et enquête auprès du médecin traitant
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fournir de l'information sur le service qui sera offert à son patient (âgé de plus de 18 ans)
Conseils préventifs
<ul style="list-style-type: none"> ○ Discuter du contexte de rencontre des partenaires (ex. : anonymat, alcool et drogues, etc.). ○ Au besoin, donner de l'information sur la réduction des méfaits (ex. : le programme d'échange de seringues).
Information sur la vaccination
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifier les indications à la vaccination contre les hépatites A et B.
Offre de soutien à la NoPa
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifier l'information qu'elles donneront à leurs partenaires. ○ Préciser la réaction qu'elles s'attendent de leurs partenaires et ce qu'elles devraient faire si elles ont besoin d'aide. ○ Offrir de leur faire parvenir les documents pertinents.

Tableau V
Tâches jugées accessoires de l'IPPAP

Information et enquête auprès du patient
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fournir l'occasion pour qu'il puisse exprimer ses sentiments (déception, perte de confiance, culpabilité, inquiétudes, etc.). ○ Vérifier l'accès aux médicaments gratuits ○ Fournir les informations sur le programme de gratuité des médicaments pour le traitement ITS.
Conseils préventifs
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifier sa motivation à changer ses comportements à risque. ○ Informer sur les pratiques sexuelles à risque réduit. ○ Cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter.
Information sur la vaccination
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifier le calendrier de vaccination et référer s'il y a lieu.
Fin de l'intervention
<ul style="list-style-type: none"> ○ Recueillir les commentaires concernant le service reçu

4.7 Plan d'analyse

4.7.1 DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE

Le dossier du patient a permis de décrire les cas-index joints et de décrire, mais dans une moindre mesure, les partenaires identifiés avisés par le cas-index ou par la santé publique. Compte tenu des objectifs poursuivis et de la nature essentiellement descriptive de la recherche (puisque les échantillons sont relativement restreints (n=93 pour les cas-index)), dans un premier temps, les statistiques descriptives sur les indicateurs retenus concernant le profil des patients selon différentes variables cliniques et sociodémographiques (sexe, orientation sexuelle, ITS) seront présentées (ex. : fréquence et proportion sur les variables discrètes et moyenne et écart-type sur les variables continues). Dans un deuxième temps, pour vérifier dans quelle mesure chacune des données cliniques, des facteurs de risque ou des données relatives à la vaccination varie selon différentes caractéristiques sociodémographiques recueillies, des analyses bivariées ont été réalisées. Le Khi carré de Pearson a principalement été utilisé puisque la majorité des variables sont de nature nominale et souvent dichotomique. Toutefois, lorsqu'une variable continue était impliquée

(ex. âge calculé à partir de la date de naissance), le test de t de Student a été utilisé. Enfin, les cas-index qui ont refusé de participer à l'étude et ceux qui ont accepté ont été comparés. Le choix des variables pour comparer les deux groupes s'est arrêté sur trois variables soit le sexe, l'ITS et l'âge des répondants. Pour ces analyses, le test de t de Student (variable : âge) et le Khi carré de Pearson (variable : sexe, ITS) ont été utilisés.

4.7.2 IDENTIFICATION DES FACTEURS INFLUENÇANT LA CONCORDANCE ENTRE LES ACTIVITÉS PLANIFIÉES ET RÉALISÉES

De manière à expliquer l'écart plus ou moins grand entre l'intervention telle que planifiée et l'intervention telle que réalisée pour chaque type de patient (cas-index, partenaires symptomatiques, asymptomatiques et partenaires des partenaires symptomatiques, avisés par l'infirmière de santé publique), deux stratégies ont été utilisées.

La stratégie principale repose sur une analyse de contenu réalisée à partir des journaux de bord (volet qualitatif). Il est important de noter que les journaux de bord ont été remplis de manière plus détaillée entre le 1^{er} décembre 2004 et le 28 février 2005, quelques-uns seulement ayant été complétés de façon aussi exhaustive après cette période. Compte tenu de la lourdeur de la tâche exigée au départ pour compléter ces journaux de bord, il a été entendu lors d'une rencontre d'équipe après ces quelques mois, d'inscrire simplement « OK » aux diverses rubriques, s'il n'y avait rien de particulier à signaler, afin d'alléger le travail des infirmières sur cette tâche associée à la recherche.

Après avoir transcrit de façon intégrale les réponses à chaque question, l'analyse de ce corpus a été faite dans le respect des étapes telles que décrites par Landry (1992). L'analyse porte uniquement sur le contenu manifeste et adopte une perspective exclusivement qualitative. La grille d'analyse sélectionnée est mixte puisqu'une partie des catégories analytiques étaient déjà prédéterminées et qu'il était possible que d'autres catégories émergent du matériel analysé. Les catégories analytiques prédéterminées incluaient les difficultés éprouvées au cours de chaque contact téléphonique en regard de trois dimensions : le rôle de l'infirmière, le client/famille et l'environnement. Dans un premier temps, le matériel a été découpé en unités thématiques. En second lieu, ces unités ont été regroupées sous l'une ou l'autre des catégories analytiques (thèmes avec leurs sous-thèmes). Un découpage et un regroupement ont été réalisés en fonction de la grille d'analyse et avec suffisamment de souplesse pour accepter de nouvelles catégories. Après ce repérage d'unités thématiques et de catégories analytiques, une seconde personne a validé l'analyse réalisée.

La seconde stratégie repose sur l'exploration des variations possibles dans la mise en œuvre des tâches relatives à l'IPPAP en fonction de certaines caractéristiques des cas-index. En général, ces variations ont été mises en relief à l'aide du Khi carré de Pearson.

4.8 Considérations déontologiques

La confidentialité des données a été assurée de la façon suivante. Dans un premier temps, le dossier des patients qui ont accepté de participer à l'étude a été photocopié. Les infirmières ont vu à ce que toutes les données nominales soient rayées, et à ce qu'un code d'étude soit attribué au dossier. Les données suivantes reliées aux cas-index et aux partenaires ont été rayées du dossier : le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de ces personnes.

Le présent projet comprend deux dimensions sur le plan déontologique, soit une composante reliée à l'intervention et une autre à la recherche. Les considérations déontologiques rattachées à chacune des composantes sont présentées dans cette section.

4.8.1 CONSIDÉRATIONS RELIÉES À L'INTERVENTION

Le soutien à l'IPPAP a été effectué dans le contexte d'une enquête épidémiologique et les principes éthiques privilégiés dans le Programme national de santé publique (PNSP) ont été rigoureusement respectés.

Les maladies visées par cette étude sont à déclaration obligatoire en vertu de la Loi sur la santé publique. Aucun consentement formel du médecin n'est requis avant qu'un professionnel de santé publique puisse, dans l'exercice de ses fonctions de protection de la santé publique, communiquer avec un patient. Par contre, le respect de la relation de confiance établie entre le médecin et son client et le maintien ou la consolidation des liens de collaboration et de partenariat entre les médecins et la santé publique sont en lien avec les principes éthiques rattachés au PNSP (Fournier, Dupont & Venne, 2003). Dans le contexte de la présente « recherche-intervention », toutes les mesures raisonnables ont été prises pour informer le médecin traitant de l'intervention prévue.

Par ailleurs, Fournier et collaborateurs (2003) ont clarifié l'application des principes éthiques rattachés au PNSP dans le contexte de l'IPPAP. Selon ces auteurs, le principe de « bien commun et le principe de la bienfaisance » sont directement liés à la préoccupation de la santé publique à assurer l'accès à une intervention préventive appropriée aux personnes exposées à une ITS. Plus précisément, dans le cadre de l'IPPAP, l'infirmière de santé publique offre de l'information sur l'infection et des conseils pour prévenir les complications médicales, des conseils préventifs en matière de santé sexuelle, de l'information sur la vaccination contre l'hépatite B et l'hépatite A si indiquée, et un soutien à la notification des partenaires.

Le principe de « la non-malfaisance » réfère à l'obligation morale de ne pas nuire aux autres tant par les conséquences de certaines actions que celles liées à l'omission d'agir (Fournier et al., 2003). Dans le cadre de l'IPPAP, toutes les mesures possibles ont aussi été prises pour prévenir tout préjudice consécutif à l'intervention et pour respecter l'autonomie des participants en :

- recueillant leur consentement éclairé;
- en leur permettant de coopérer librement à l'intervention proposée, d'autant plus qu'une intervention préventive réussie dépend en grande partie de la collaboration de la personne infectée par une ITS;
- en leur offrant l'accès à l'ensemble des services disponibles, indépendamment de leur volonté ou leur refus de coopérer à l'intervention préventive proposée (Fournier et al., 2003, p. 5);
- en respectant la confidentialité et leur vie privée.

4.8.2 CONSIDÉRATIONS RELIÉES À LA RECHERCHE

Aucune demande n'a été adressée à un comité éthique, cette approbation étant jugée non essentielle par les ressources de l'Agence. Plus précisément selon leur avis, 1) la description de la clientèle rejointe était en lien avec le mandat de santé publique, 2) l'étude portait sur la description des interventions posées par les infirmières de santé publique et ces interventions sont aussi en lien avec le mandat de santé publique, 3) les dimensions éthiques établies dans le protocole (i.e. consentement des participants) étaient jugées suffisantes.

La participation à l'étude de la clientèle visée s'est faite sur une base entièrement volontaire. Soulignons que toutes les données recueillies dans le cadre de l'IPPAP ont servi à l'intervention et qu'aucune donnée n'a été recueillie exclusivement pour des fins de recherche. Le patient était libre d'accepter ou de refuser que l'information recueillie au cours de l'intervention soit utilisée à des fins de recherche, sans subir aucun préjudice. À la fin de l'intervention, les patients ont reçu de l'information sur les objectifs de l'étude et sur la façon d'assurer l'anonymat des données s'ils acceptaient que celles-ci soient rendues disponibles pour la recherche. En effet, seul un code d'étude non nominal paraissait sur le dossier de recherche. Aucune liste ne permettait de jumeler le participant à son code d'étude. Une attention particulière a été accordée à la protection des informations. Tout le matériel recueilli a été gardé sous clé dans le bureau de l'agente de recherche à l'Université du Québec à Montréal et sera détruit à la fin de l'étude. Enfin, il était prévu que les participants pouvaient s'adresser directement aux chercheuses, pour être référés à des ressources appropriées, s'ils avaient des inquiétudes, des questions ou des plaintes concernant leur participation à l'étude.

5. RÉSULTATS

Dans un premier temps, ce chapitre présentera les données qui permettent de décrire quelques éléments relatifs à la réalisation de l'IPPAP. En second lieu, les résultats seront structurés en fonction des trois objectifs de cette recherche : soit la description des cas-index joints par l'IPPAP, la concordance entre les activités telles que prévues et ce qui a été réalisé (degré de mise en oeuvre) et en dernier lieu, les facteurs qui semblent moduler cette mise en œuvre ou cet écart observé, et ce, tant à partir des données quantitatives que qualitatives obtenues.

5.1 Démarches relatives à la réalisation de l'IPPAP

Rappelons que pour faire l'intervention, les infirmières devaient d'abord contacter le médecin pour obtenir les données cliniques concernant le cas-index, ensuite elles lui demandaient l'autorisation de contacter leur patient afin de faire l'IPPAP. La majorité des médecins ont autorisé les infirmières à réaliser l'IPPAP (86,0 %) (tableau VI). Les quelques cas qui n'ont pas été autorisés proviennent de cliniques spécialisées de Montréal (73,3 %), d'un CLSC de Montréal (20,0 %) et de la Montérégie (6,7 %). Par la suite, la plupart des cas-index autorisés ont été joints par les infirmières (90,2 %). De ce nombre, 83, 1 % (69/83) ont accepté que les données recueillies soient utilisées dans le cadre de la présente recherche. Les cas-index pour qui l'autorisation n'a pas été obtenue (n=15), ceux qu'il a été impossible de joindre (n=9) et ceux qui ont refusé de participer à la recherche (n=14) ne sont pas inclus dans les résultats permettant de décrire les cas-index joints par l'IPPAP. Par contre, le lecteur trouvera dans les tableaux descriptifs, les informations dans la colonne de droite qui décrivent bien les cas-index auprès desquels il a été possible de compléter l'IPPAP (n=69), alors que la colonne du centre donne les quelques résultats qu'il a été possible d'obtenir sur les 24 cas-index (cas non autorisés par le médecin pour l'IPPAP et cas-index non joints par les infirmières) pour lesquels le médecin a pu donner quelques informations dans le cadre de l'enquête épidémiologique. La colonne de gauche décrit l'échantillon total sur lequel il est possible de présenter la caractéristique. Le lecteur est invité à lire d'abord la colonne de droite, soit celle faisant l'objet de la description.

Bien que l'IPPAP s'adressait aux résidents de la Montérégie, il était possible que certains cas soient déclarés par des médecins pratiquant à l'extérieur du territoire. Les résultats du tableau VI sur le lieu de consultation révèlent que, bien que la plupart des cas-index aient consulté en Montérégie (76,8 %), 23,2 % proviennent de l'extérieur, principalement de Montréal. À cet effet, il importe de souligner qu'il y a une différence significative entre les cas-index qui ont complété l'IPPAP (n=69) et ceux qui n'ont pu y avoir accès (n=24). Quant au lieu de consultation : 86,9 % des cas ayant consulté en Montérégie ont complété l'intervention alors que seulement 50,0 % de ceux qui ont consulté ailleurs l'ont complété ($p=0,0001$). Rappelons que parmi ces 24 cas, 15 n'ont pas été autorisés par le médecin et que la majorité de ces cas viennent de Montréal.

Le tableau VI donne aussi quelques indications quant à l'intensité des cas joints pour l'IPPAP en fonction des périodes d'ouverture de dossier observées dans le cadre de cette recherche. On voit ainsi que les cas sont répartis également de décembre 2004 à mai 2005, qu'il y a un léger ralentissement durant la période estivale (juin à août 2005) et une reprise assez forte pendant la dernière période observée, de septembre à novembre 2005. En ce qui concerne le nombre moyen de jours s'écoulant entre la réception d'une déclaration d'ITS et l'ouverture du dossier, il est de 9,62 jours pour les cas-index joints (10,34 jours (É.T.= 10,14) si l'on ajoute les 24 cas-index auprès desquels certaines informations sont aussi disponibles). Sur ce point, le laps de temps écoulé est plus court du 1er décembre 2004 au 28 février 2005 (8,04 jours; É.T.=6,40) que du 1^{er} mars 2005 au 31 mai 2005 (12,57 jours; É.T.=11, 67). Il est plus long du 1^{er} juin 2005 au 31 août 2005, période estivale (17,67 jours; É.T.=16,37), alors que du 1er septembre 2005 au 30 novembre 2005, il est de 7,52 jours (É.T.=5,85). En ce qui concerne la durée de l'IPPAP, de l'ouverture à la fermeture du dossier, elle est en moyenne de 17,32 jours (17,07 jours (É.T.= les 24 autres cas-index).

Tableau VI
Caractéristiques de la déclaration des nouveaux cas-index

Variables		Total n	Enquête épidémiologique n	IPPAP complète n	p
Autorisation médicale pour faire l'IPPAP	Non	15 (14,0)	15 (62,5)	0 (0,0)	0,0001
	Oui	92 (86,0)	9 (37,5)	69 (100,0)	
Cas-index autorisés joints par l'infirmière (%)	Non	9 (9,8)	9 (100,0)	0 (0,0)	ns
	Oui	83 (90,2)	0 (0,0)	83 (100,0)	
Cas-index acceptant de participer à l'étude (%)	Non	14 (16,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	ns
	Oui	69 (83,1)	0 (0,0)	69 (100,0)	
Lieu de consultation (%)	Montréal	61 (65,6)	8 (33,3)	53 (76,8)	0,0001
	Cliniques spécialisées Mtl	23 (24,7)	12 (50,0)	11 (15,9)	
	Hôpital de Montréal	2 (2,2)	0 (0,0)	2 (2,9)	
	CLSC Mtl	5 (5,4)	4 (16,7)	1 (1,4)	
	Bureau privé Mtl	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (1,4)	
	Laval	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (1,4)	
Période d'ouverture de dossier (%)	Décembre 04 à février 05	24 (26,7)	7 (31,8)	17 (25,0)	ns
	Mars à mai 05	21 (23,3)	4 (18,2)	17 (25,0)	
	Juin à août 05	14 (15,6)	4 (18,2)	10 (14,7)	
	Septembre à novembre 05	31 (34,4)	7 (31,8)	24 (35,3)	
Nombre de jours entre la réception d'une déclaration d'ITS et l'ouverture du dossier (M)		10,34	12,84	9,62	ns
Nombre de jours entre ouverture du dossier et fermeture (M)		17,07	16,36	17,32	ns
Personnes contactées pour l'étude (%)	Médecin	19 (21,8)	19 (90,5)	0 (0,0)	0,0001
	Médecin et cas-index	66 (75,9)	0 (0,0)	66 (100,0)	
	Autre personne	2 (2,3)	2 (9,5)	0 (0,0)	
Statut de contact pour la relance (%)	Non joint	2 (18,2)	0 (0,0)	2 (18,2)	ns
	Joint	9 (81,8)	0 (0,0)	9 (81,8)	

5.2 Description des cas-index

Le premier objectif du présent rapport est de décrire de façon générale les cas-index, c'est-à-dire les cas d'ITS déclarée, gonorrhée ou syphilis, de l'étude. Dans cette section, il sera donc question des données sociodémographiques, des facteurs de risque et des données cliniques liées aux ITS pour les 69 cas auprès desquels l'IPPAP a pu être complétée. Les résultats présentés ne considèrent que les données valides (en excluant les données manquantes), ce qui explique la fluctuation de l'échantillon pour certains résultats.

5.2.1 DESCRIPTION GÉNÉRALE DES CAS-INDEX

Tel que le montre le tableau VII, les cas-index qui ont reçu l'IPPAP sont âgés en moyenne de 32,96 ans (É.T.= 11,89) et sont principalement des hommes (81,2 %). Plus de la moitié des cas-index sont d'orientation homosexuelle (55,1 %) et une faible proportion, d'orientation bisexuelle (5,7 %)⁶. Pour la plupart, le pays de naissance est le Canada (91,4 %). Ceux qui viennent d'ailleurs sont nés au Vietnam, en Afghanistan, à Cuba ou au Mali.

Tableau VII
Données sociodémographiques des cas-index

Variables		Total	Enquête	IPPAP	p
		n	épidémiologique n	complète n	
Âge des cas-index	(M)	32,28	30,33	32,96	ns
	15-24 ans	35 (37,6)	11 (45,8)	24 (34,8)	
Âge des cas-index	(%)				
	25-39 ans	33 (35,5)	7 (29,2)	26 (37,7)	ns
	40 ans et plus	25 (26,9)	6 (25,0)	19 (27,5)	
Sexe des cas-index	(%)				
	Homme	74 (79,6)	18 (75,0)	56 (81,2)	ns
	Femme	19 (20,4)	6 (25,0)	13 (18,8)	
Orientation sexuelle	(%)				
	Homosexuelle	51 (58,0)	13 (59,1)	38 (55,1)	
	Bisexuelle	5 (5,7)	0 (0,0)	5 (7,2)	0,02
	Hétérosexuelle	32 (36,4)	6 (27,3)	26 (37,7)	
Pays de naissance	(%)				
Canada	Non	5 (7,6)	0 (0,0)	5 (8,6)	ns
	Oui	61 (92,4)	8 (100,0)	53 (91,4)	

⁶ Dans le présent rapport, l'orientation sexuelle est définie exclusivement sur une base comportementale (et non identitaire), c'est-à-dire en fonction du fait d'avoir eu des relations sexuelles exclusivement avec des personnes du même sexe (orientation homosexuelle), exclusivement avec des personnes du sexe opposé (orientation hétérosexuelle) ou avec les deux (orientation bisexuelle). On utilisera l'acronyme HARSAH, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, de manière à regrouper les hommes homosexuels et bisexuels.

Plusieurs facteurs de risque pour les ITS ont été recensés dans cette étude tant auprès des médecins traitants que des cas-index eux-mêmes. Ils ne sont toutefois pas connus pour tous les cas-index. Comme l'indiquent les données du tableau VIII, peu de cas-index ont eu des partenaires multiples dans les 60 jours précédents⁷ l'étude (19,7 %). En fait, près de la moitié ont eu entre deux et quatre partenaires sexuels au cours de la dernière année (45,5 %) alors que près du quart ont eu dix partenaires et plus durant la même période (22,7 %). La majorité des cas-index ont eu des partenaires sexuels de sexe masculin (72,5 %) et environ les deux tiers (61,8 %) ont eu au moins un partenaire sexuel récent à risque élevé pour les ITS (HARSAH, consommateur de drogues, etc.).

Lorsqu'ils ont été questionnés sur leurs voyages à l'extérieur du Québec, près d'un cas-index sur six a eu des relations sexuelles lors d'un tel voyage (14,7 %). Les endroits visités étaient variés : Cuba, Costa Rica, Vietnam, Europe, Jamaïque, Mexique, Philippines, États-Unis et Thaïlande. Bien que les partenaires sexuels durant ces voyages ne soient pas nécessairement originaires du pays en question, ils provenaient de Cuba, du Vietnam, du Canada, de l'Europe, du Mexique, des Philippines, des États-Unis et de la Thaïlande. Très peu de cas-index (5,8 %) ont eu des relations sexuelles avec un partenaire en visite au Québec provenant d'un autre pays. Ces partenaires-visiteurs provenaient d'Afrique, de Belgique, de France ou du Mexique.

Tableau VIII
Facteurs de risque : Partenaires sexuels des cas-index

Variables			Total	Enquête épidémiologique	IPPAP complète	P
			n	n	n	
Partenaires multiples (60 derniers jours)	Non (%)	Non	63 (78,8)	10 (71,4)	53 (80,3)	ns
		Oui	17 (21,3)	4 (28,6)	13 (19,7)	
Nombre de partenaires sexuels (dernière année)	Non (%)	1	13 (16,7)	3 (25,0)	10 (15,2)	ns
		2 à 4	35 (44,9)	5 (41,7)	30 (45,5)	
		5 à 10	12 (15,4)	1 (8,3)	11 (16,7)	
		Plus de 10	18 (23,1)	3 (25,0)	15 (22,7)	
Sexe des partenaires sexuels (dernière année)	Non (%)	Hommes	67 (76,1)	17 (89,5)	50 (72,5)	ns
		Femmes	16 (18,2)	2 (10,5)	14 (20,3)	
		Les deux sexes	5 (5,7)	0 (0,0)	5 (7,2)	
Partenaire sexuel récent à risque élevé	Non (%)	Non	29 (33,3)	3 (15,8)	26 (38,2)	ns
		Oui	58 (66,7)	16 (84,2)	42 (61,8)	
Voyage à l'extérieur du Québec (dernière année)	Non (%)	Non	71 (85,5)	13 (86,7)	58 (85,3)	ns
		Oui	12 (14,5)	2 (13,3)	10 (14,7)	
Relation sexuelle avec visiteur de l'extérieur du Québec (dernière année)	Non (%)	Non	79 (95,2)	14 (100,0)	65 (94,2)	ns
		Oui	4 (4,8)	0 (0,0)	4 (5,8)	

⁷ Le fait d'avoir des partenaires multiples est défini comme le fait d'avoir plus de deux partenaires sexuels sur une période de deux mois ou plus de cinq dans la dernière année.

Le tableau IX, qui porte sur la santé sexuelle des cas-index, montre que quelques personnes (13,6 %) ont eu un contact récent avec un cas d'ITS connue. Près de deux sur cinq ont des antécédents d'ITS (38,8 %). Peu de cas-index rapportent avoir vécu des complications au niveau du système reproducteur (10,3 %). Parmi les cas-index qui sont des femmes ou qui sont des hommes hétérosexuels qui ont une conjointe, être en cours de grossesse ou avoir une conjointe en cours de grossesse est rapporté par plus d'un sur dix (13,0 %) alors qu'une interruption volontaire de grossesse (IVG) est rapportée par 25,0 %.

Tableau IX
Facteurs de risque : Santé sexuelle des cas-index

Variables			Total	Enquête	IPPAP	P
			n	épidémiologique	complète	
			n	n	n	
Contact récent avec une ITS	(%)	Non	68 (82,9)	11 (68,8)	57 (86,4)	ns
		Oui	14 (17,1)	5 (31,3)	9 (13,6)	
Antécédents d'ITS	(%)	Non	51 (62,2)	10 (66,7)	41 (61,2)	ns
		Oui	31 (37,8)	5 (33,3)	26 (38,8)	
Complication du système reproducteur	(%)	Non	75 (90,4)	14 (93,3)	61 (89,7)	ns
		Oui	8 (9,6)	1 (6,7)	7 (10,3)	
Grossesse en cours	(%)	Non	30 (90,9)	10 (100,0)	20 (87,0)	ns
		Oui	3 (9,1)	0 (0,0)	3 (13,0)	
Interruption volontaire de grossesse	(%)	Non	20 (83,3)	8 (100,0)	12 (75,0)	ns
		Oui	4 (16,7)	0 (0,0)	4 (25,0)	

Les données recueillies sur les comportements sexuels à risque des cas-index (tableau X) indiquent qu'une faible minorité des cas-index ont reçu (1,4 %) ou donné (4,4 %) des drogues ou argent en échange de relations sexuelles dans la dernière année. Environ, le quart des cas-index ont rencontré au moins un de leurs partenaires sexuels dans un sauna dans la dernière année (25,0 %). En moyenne, ils rapportent avoir rencontré 5,81 partenaires (É.T.=5, 31) dans les saunas, le nombre par cas-index variant de 1 à 20. Les saunas fréquentés par les cas-index sont situés à Montréal et Toronto. Un cas-index sur cinq a rencontré au moins un de ses partenaires sexuels par le biais d'internet (20,9 %). Ces cas-index ont eu entre un et vingt partenaires recrutés de cette façon dans la dernière année, pour un nombre moyen de 5,23 (É.T.=6, 98). Les cas-index ont utilisé quatre sites pour rencontrer ces partenaires sexuels : Priape, MSN, Réseau contact et Gay411. Lorsque questionnés sur l'adoption de comportements de type *barebacking*⁸ dans la dernière année, 6,5 % des cas-index ont rapporté ce type de comportements.

⁸ Le « *barebacking* » a été considéré, dans cette étude, comme le fait d'avoir des relations anales non protégées délibérément.

Tableau X
Facteurs de risque
Comportements sexuels à risque des cas-index dans la dernière année

Variables			Total n	Enquête épidémiologique n	IPPAP complète n	p
Avoir reçu drogues ou argent en échange de relations sexuelles	(%)	Non	82 (98,8)	14 (100,0)	68 (98,6)	ns
		Oui	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (1,4)	
Avoir donné drogues ou argent en échange de relations sexuelles	(%)	Non	76 (93,8)	11 (84,6)	65 (95,6)	ns
		Oui	5 (6,2)	2 (15,4)	3 (4,4)	
Partenaire rencontré dans un sauna	(%)	Non	60 (75,0)	9 (75,0)	51 (75,0)	ns
		Oui	20 (25,0)	3 (25,0)	17 (25,0)	
Nombre de partenaires rencontrés dans un sauna	(M)		5,50	3,00	5,81	ns
Partenaire rencontré par internet	(%)	Non	64 (82,1)	11 (100,0)	53 (79,1)	ns
		Oui	14 (17,9)	0 (0,0)	14 (20,9)	
Nombre de partenaires rencontrés par internet	(M)		5,23	-	5,23	ns
<i>Barebacking</i> (à vie)	(%)	Non	68 (91,9)	10 (83,3)	58 (93,5)	ns
		Oui	6 (8,1)	2 (16,7)	4 (6,5)	

Selon les données présentées au tableau XI concernant la consommation de drogues dans la dernière année, un peu moins du quart (23,9 %) rapportent avoir consommé des drogues illicites. Parmi ceux qui consomment, la marijuana est la drogue la plus fréquemment mentionnée (75,0 %). Quelques-uns ont consommé de l'ecstasy (18,8 %) et dans certains cas, les infirmières ont dû ajouter des substances telles qu'alcool, speed, crack, ou cristal.

Tableau XI
Facteurs de risque
Consommation de drogues des cas-index dans la dernière année

Variables			Total n	Enquête épidémiologique n	IPPAP complète n	p
Drogues illicites	(%)	Non	62 (77,5)	11 (84,6)	51 (76,1)	ns
		Oui	18 (22,5)	2 (15,4)	16 (23,9)	
o Marijuana	(%)	Non	5 (27,8)	1 (50,0)	4 (25,0)	ns
		Oui	13 (72,2)	1 (50,0)	12 (75,0)	
o Ecstasy	(%)	Non	14 (77,8)	1 (50,0)	13 (81,3)	ns
		Oui	4 (22,2)	1 (50,0)	3 (18,8)	
o Cocaïne	(%)	Non	17 (94,4)	1 (50,0)	16 (100,0)	0,004
		Oui	1 (5,6)	1 (50,0)	0 (0,0)	
Drogues par injection (UDI)	(%)	Non	80 (98,8)	13 (92,9)	67 (100,0)	ns
		Oui	1 (1,2)	1 (7,1)	0 (0,0)	

Le tableau XII décrivant la vaccination chez les cas-index, montre que plusieurs cas sont déjà vaccinés contre les hépatites : 48,3 % pour l'hépatite A et 65,0 % pour l'hépatite B. En lien avec les efforts de vaccination systématique contre le VHB en milieu scolaire depuis 1994, on observe des variations selon l'âge sur le taux de couverture vaccinale pour le VHB : la proportion des 15-24 ans ayant reçu le vaccin est relativement importante, soit 79,2 % comparativement à 50,0 % chez les 25-39 ans et 41,2 % chez les 40 ans et plus. D'autre part, chez les hommes, on observe des variations selon l'orientation sexuelle. Le taux de couverture est plus élevé chez les HARSAH que chez les hommes hétérosexuels : pour le VHA, 51,2 % c. 30,8 % et pour le VHB, 60,0 % c. 50,0 %.

Les infirmières ont indiqué dans des proportions importantes que la vaccination contre l'hépatite A (52,9 %) et l'hépatite B (83,3 %) a été recommandée aux cas-index. Il faut toutefois noter que pour l'hépatite B, la vaccination a été recommandée à un nombre plus important de cas-index que le nombre de cas-index n'ayant pas été vaccinés. Les infirmières ont expliqué qu'elles n'avaient pas interprété cette tâche de la même manière, ce qui a créé cette incohérence.

Tableau XII
Facteurs de risque : Vaccination pour les cas-index

Variables		Total n	Enquête épidémiologique n	IPPAP complète n	p
Vaccination hépatite A	(%)				n.s
	Prévue/en cours	6 (8,6)	4 (33,3)	2 (3,4)	
	Déjà vacciné	33 (47,1)	5 (41,6)	28 (48,3)	
	Non	29 (41,4)	3 (25,0)	26 (44,8)	
A fait la maladie		2 (2,9)	0 (0,0)	2 (3,4)	
Vaccination hépatite B	(%)				n.s
	Prévue/en cours	5 (6,8)	3 (23,0)	2 (3,3)	
	Déjà vacciné	47 (64,4)	8 (61,5)	39 (65,0)	
	Non	17 (23,3)	1 (7,7)	16 (26,7)	
A fait la maladie		4 (5,5)	1 (7,7)	3 (5,0)	
Recommandation pour vaccination HA	(%)				n.s
	Non	18 (45,0)	2 (33,3)	16 (47,1)	
Oui		22 (55,0)	4 (66,7)	18 (52,9)	
Recommandation pour vaccination HB	(%)				n.s
	Non	4 (14,3)	0 (0,0)	4 (16,7)	
Oui		24 (85,7)	4 (100,0)	20 (83,3)	

Les infirmières ont demandé au médecin si l'ITS a été déclarée à la suite d'un diagnostic ou à un dépistage. Tel que l'indique le tableau XIII, pour la grande majorité des cas-index (86,8 %), la déclaration de l'ITS a été faite suite à un diagnostic. Les cas-index qui n'ont pas complété l'IPPAP sont proportionnellement plus nombreux à avoir une ITS déclarée suite à un dépistage (33,3 % c. 13,2 %, $p=0,03$). Lorsque les infirmières ont demandé aux cas-index s'ils avaient encore des symptômes (après le traitement), seulement 10,0 % des cas-index ont répondu par l'affirmative.

Tableau XIII
Données cliniques relatives aux cas-index

Variables			Total	Enquête	IPPAP	p
			n	épidémiologique n	complète n	
Raison du prélèvement	(%)	Diagnostic	75 (81,5)	16 (66,7)	59 (86,8)	0,03
		Dépistage	17 (18,5)	8 (33,3)	9 (13,2)	
Persistance des symptômes	(%)	Non	54 (90,0)	0 (0,0)	54 (90,0)	n.s
		Oui	6 (10,0)	0 (0,0)	6 (10,0)	

Comme le montre le tableau XIV, les cas-index ont eu, en moyenne, 3,07 partenaires (É.T.=3,48) à contacter pour les aviser d'une possible exposition à une ITS (gonorrhée ou syphilis). À cet effet, plusieurs cas-index (45,3 %) avaient déjà avisé certains de leurs partenaires de leur possible exposition à une ITS au moment où les infirmières de santé publique les ont appelés. C'est davantage le cas parmi les cas-index qui ont eu au moins un partenaire régulier au cours de la période visée alors que cette démarche a été moins entreprise par ceux qui n'ont pas eu de partenaires réguliers (61,1 % c. 17,9 %, $p=0,0001$). Lors de cet appel, les infirmières de santé publique devaient décider de concert avec les cas-index, la façon privilégiée pour contacter les partenaires sexuels non avisés à ce moment. Près du tiers ont voulu contacter leurs partenaires encore non avisés eux-mêmes (29,7 %) et très peu ont demandé que la santé publique le fasse totalement à leur place (1,6 %). Une faible proportion (4,7 %) désirait que les partenaires soient avisés par eux-mêmes et par la santé publique tout à la fois. Pour une faible proportion de cas-index (3,1 %), on souhaitait aviser soi-même certains de ses partenaires tout en demandant à la santé publique d'en aviser d'autres. Pour quelques cas-index ($n=13$), l'une ou l'autre de ces ententes ne fût possible parce qu'ils avaient eu exclusivement des partenaires anonymes desquels ils n'avaient aucune coordonnée.

Tableau XIV
Partenaires à rejoindre dans le cadre de l'IPPAP

Variables			IPPAP complète n
Nombre de partenaires sexuels au cours de la période visée		(M)	3,07
Certains partenaires déjà avisés	(%)	Non	35 (54,7)
		Oui	29 (45,3)
Entente : Cas-index lui-même	(%)	Non	45 (70,3)
		Oui	19 (29,7)
Entente : Santé publique	(%)	Non	63 (98,4)
		Oui	1 (1,6)
Entente : Santé publique et cas-index	(%)	Non	61 (95,3)
		Oui	3 (4,7)
Entente : Certains santé publique et cas-index d'autres	(%)	Non	62 (96,9)
		Oui	2 (3,1)

Dans la mesure du possible, chaque cas-index a tenté de décrire ses partenaires de la période visée et le type de pratiques qu'il avait eues avec ceux-ci. Les relations orales ont été pratiquées par 88 % des cas-index alors que 46,0 % rapportent avoir eu des relations vaginales. Les relations anales ont fait partie des pratiques de 38,0 % d'entre eux. Parmi ceux qui ont eu ce type de pratiques, l'usage constant du condom est de l'ordre de 2,3 % pour les relations orales, 13,0 % pour les relations vaginales et 26,3 % pour les relations anales. Un portrait plus détaillé selon le type de partenaires est présenté dans les paragraphes et tableaux qui suivent.

Parmi ceux qui ont eu des partenaires réguliers (55,9 %), le nombre moyen de partenaires sexuels est de 2,11 (É.T.=1, 90) pendant la période visée (tableau XV). La plupart d'entre eux (89,5 %) ont eu des relations orales avec leurs partenaires réguliers et 12,1 % ont utilisé le condom occasionnellement lors de ces pratiques. Plus de la moitié (57,9 %) ont eu des relations vaginales avec ces partenaires réguliers et 18,2 % ont toujours utilisé le condom dans ce contexte. Pour ce qui est des pratiques anales, 41,7 % disent en avoir eu avec leurs partenaires réguliers et parmi ceux-ci, un cas-index sur quatre (26,7 %) rapporte avoir toujours utilisé le condom.

Tableau XV
Pratiques avec les partenaires réguliers de la période visée

Variables			IPPAP complète n
Partenaires réguliers	(%)	Non	30 (44,1)
		Oui	38 (55,9)
o Nombre de partenaires réguliers	(M)		2,11
o Pratiques orales avec partenaires réguliers	(%)	Non	4 (10,5)
		Oui	34 (89,5)
o Fréquence d'utilisation du condom lors de pratiques orales	(%)	Jamais	29 (87,9)
		Occasionnellement	4 (12,1)
		Toujours	0 (0,0)
o Pratiques vaginales avec partenaires réguliers	(%)	Non	16 (42,1)
		Oui	22 (57,9)
o Fréquence d'utilisation du condom lors de pratiques vaginales	(%)	Jamais	11 (50,0)
		Occasionnellement	7 (31,8)
		Toujours	4 (18,2)
o Pratiques anales avec partenaires réguliers	(%)	Non	21 (58,3)
		Oui	15 (41,7)
o Fréquence d'utilisation du condom lors de pratiques anales	(%)	Jamais	6 (40,0)
		Occasionnellement	5 (33,3)
		Toujours	4 (26,7)

Ceux qui ont eu des partenaires occasionnels (38,2 %) en ont eu en moyenne 2,71 (É.T.=2, 39) durant la période visée (tableau XVI). La majorité (84,0 %) a eu des relations orales et 4,8 % ont toujours utilisé le condom lors de ces pratiques. Près de la moitié (44,0 %) ont eu des relations vaginales et 18,2 % ont toujours utilisé le condom dans ce contexte. Pour ce qui est des pratiques anales, le tiers des cas-index (36,0 %) disent en avoir eu avec leurs partenaires occasionnels et parmi ceux-ci, le tiers (33,3 %) rapportent avoir toujours utilisé le condom.

Tableau XVI
Pratiques avec les partenaires occasionnels de la période visée

Variables			IPPAP complète n
Partenaires occasionnels	(%)	Non	42 (61,8)
		Oui	26 (38,2)
o Nombre de partenaires occasionnels	(M)		2,71
o Pratiques orales avec partenaires occasionnels	(%)	Non	4 (16,0)
		Oui	21 (84,0)
o Fréquence d'utilisation du condom lors de pratiques orales	(%)	Jamais	17 (81,0)
		Occasionnellement	3 (14,3)
		Toujours	1 (4,8)
o Pratiques vaginales avec partenaires occasionnels	(%)	Non	14 (56,0)
		Oui	11 (44,0)
o Fréquence d'utilisation du condom lors de pratiques vaginales	(%)	Jamais	6 (54,5)
		Occasionnellement	3 (27,3)
		Toujours	2 (18,2)
o Pratiques anales avec partenaires occasionnels	(%)	Non	16 (64,0)
		Oui	9 (36,0)
o Fréquence d'utilisation du condom lors de pratiques anales	(%)	Jamais	3 (33,3)
		Occasionnellement	3 (33,3)
		Toujours	3 (33,3)

Parmi ceux qui ont eu des partenaires anonymes (40,6 %), près de la moitié en ont eu un seul (45,8 %), mais le quart en ont eu entre 10 et 20 (25,0 %) (tableau XVII). Ces cas-index ont eu en moyenne 5,15 partenaires anonymes (É.T.=4, 56). La majorité d'entre eux (69,2 %) ont toujours eu des relations orales avec leurs partenaires anonymes et aucun n'a utilisé le condom lors de ces pratiques. Le tiers (33,3 %) rapportent avoir toujours eu des relations vaginales avec ces partenaires anonymes et 16,7 % ont toujours utilisé le condom dans ce contexte. Pour ce qui est des pratiques anales, 11,1 % disent en avoir toujours eu avec ce type de partenaires et parmi ceux-ci, la moitié rapportent avoir toujours utilisé le condom

Tableau XVII
Pratiques avec les partenaires anonymes de la période visée

Variables		IPPAP complète n
Partenaire anonyme	(%) Non	38 (59,4)
	(%) Oui	26 (40,6)
o Nombre de partenaires anonymes	(%) 1	11 (45,8)
	(%) 2 à 4	5 (20,8)
	(%) 5 à 9	2 (8,3)
	(%) 10 à 20	6 (25,0)
o Pratiques orales avec partenaires anonymes	(%) Jamais	4 (16,7)
	(%) Occasionnellement	2 (7,7)
	(%) Toujours	18 (69,2)
o Fréquence d'utilisation du condom lors de pratiques orales	(%) Jamais	20 (100,0)
	(%) Occasionnellement	0 (0,0)
	(%) Toujours	0 (0,0)
	(%) Bris de condom	0 (0,0)
o Pratiques vaginales avec partenaires anonymes	(%) Jamais	9 (60,0)
	(%) Occasionnellement	1 (6,7)
	(%) Toujours	5 (33,3)
o Fréquence d'utilisation du condom lors de pratiques vaginales	(%) Jamais	2 (33,3)
	(%) Occasionnellement	1 (16,7)
	(%) Toujours	1 (16,7)
	(%) Bris de condom	2 (33,3)
o Pratiques anales avec partenaires anonymes	(%) Jamais	6 (33,3)
	(%) Occasionnellement	10 (55,6)
	(%) Toujours	2 (11,1)
o Fréquence d'utilisation du condom lors de pratiques anales	(%) Jamais	1 (8,3)
	(%) Occasionnellement	5 (41,7)
	(%) Toujours	6 (50,0)
	(%) Bris de condom	0 (0,0)

5.2.2 PROFIL DE CAS-INDEX APPARTENANT À DIVERS SOUS-GROUPES

Les résultats précédents décrivent de façon générale les caractéristiques des cas-index. Compte tenu de la problématique à l'étude, il semble important de raffiner ces profils en tenant compte du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'ITS impliquée, etc. Plusieurs analyses descriptives ont donc été réalisées de manière à illustrer ces spécificités.

Compte tenu de la validité incertaine des informations provenant du médecin seulement, comme à la section précédente, les données utilisées pour décrire les différents profils de cas-index selon leurs caractéristiques sont celles fournies par les cas-index qui ont complété l'IPPAP (n=69). Dans la présente section, tous les résultats significatifs sont rapportés dans les tableaux. Pour de rares cas, il a cependant été utile de rapporter les différences non significatives.

5.2.2.1 Profil des hommes selon l'infection transmissible sexuellement

Selon les résultats, 81,2 % des cas-index qui ont complété l'étude sont des hommes (n=56). Il existe plusieurs différences significatives entre les hommes qui ont contracté la gonorrhée et ceux qui ont contracté la syphilis. Comme le montre le tableau XVIII, les cas-index de syphilis sont proportionnellement plus nombreux à être âgés de trente ans et plus (88,2 % c. 53,8 %, $p=0,01$). Ils sont, par conséquent, en moyenne plus âgés que les cas-index de gonorrhée (41,24 ans c. 32,46 ans, $p=0,01$).

Tableau XVIII
Données sociodémographiques des hommes selon l'ITS

Variables		Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p
Âge des cas-index	(%)				0,01
	15-29 ans	20 (35,7)	18 (46,2)	2 (11,8)	
				15 (88,2)	
Âge des cas-index	(M)	35,13	32,46	41,24	0,01
Pays de naissance Canada	(%)				ns
	Non	5 (10,4)	3 (9,4)	2 (12,5)	
				14 (87,5)	

Comme indiqué au tableau XIX, pour la majorité des cas de gonorrhée chez les hommes, le lieu de consultation médicale est en Montérégie (84,6 %), alors que c'est le cas pour moins de la moitié (47,1 %) des cas de syphilis.

Tableau XIX
Caractéristiques de la déclaration des hommes selon l'ITS

Variables		Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p
Lieu de consultation	(%)				0,004
	Montérégie	41 (73,2)	33 (84,6)	8 (47,1)	
				9 (52,9)	

Lorsque l'on compare les hommes sur leurs comportements sexuels selon l'ITS (tableau XX), on note une différence significative entre les hommes qui sont des cas-index de gonorrhée et ceux qui ont eu la syphilis quant au nombre de partenaires dans la dernière année.

Les hommes qui ont eu la syphilis sont plus nombreux à avoir eu cinq partenaires sexuels et plus dans la dernière année (75,0 % c. 29,7 %, $p=0,002$), à avoir rencontré au moins un partenaire sexuel dans un sauna (64,7 % c. 15,8 %, $p=0,0001$), à avoir eu des comportements sexuels s'apparentant au *barebacking* (26,7 % c. 0,0 %, $p=0,001$), à avoir au moins un partenaire sexuel récent à risque élevé d'ITS (94,1 % c. 60,5 %, $p=0,01$) et à avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes (94,1 % c. 66,7 %, $p=0,03$).

Tableau XX
Comportements sexuels dans la dernière année des hommes selon l'ITS

Variables		Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p
Nombre de partenaires sexuels dans dernière année	(%) 1 à 4	30 (56,6)	26 (70,3)	4 (25,0)	0,002
	5 et plus	23 (43,4)	11 (29,7)	12 (75,0)	
Partenaire sexuel rencontré dans un sauna	(%) Non	38 (69,1)	32 (84,2)	6 (35,3)	0,0001
	Oui	17 (30,9)	6 (15,8)	11 (64,7)	
<i>Barebacking</i>	(%) Non	74 (92,2)	36 (100,0)	11 (73,3)	0,001
	Oui	4 (7,8)	0 (0,0)	4 (26,7)	
Partenaire sexuel récent à risque élevé	(%) Non	16 (29,1)	15 (39,5)	1 (5,9)	0,01
	Oui	39 (70,9)	23 (60,5)	16 (94,1)	
Orientation sexuelle	(%) HARSAH	42 (75,0)	26 (66,7)	16 (94,1)	0,03
	Hétérosexuelle	14 (25,0)	13 (33,3)	1 (5,9)	

Selon les résultats présentés au tableau XXI, il n'y a pas de différence quant à la raison du prélèvement chez les hommes. Peu importe l'ITS déclarée, le prélèvement a généralement été effectué dans le but d'obtenir un diagnostic (87,3 %).

Tableau XXI
Données cliniques des hommes selon l'ITS

Variables		Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p
Raison du prélèvement	(%) Diagnostic	48 (87,3)	36 (92,3)	12 (75,0)	ns
	Dépistage	7 (12,7)	3 (7,7)	4 (25,0)	

Le tableau XXII montre qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en regard de la proportion de cas-index qui avaient déjà avisé leurs partenaires. Aucune différence significative n'est observable quant au type d'entente en lien avec l'ITS chez les hommes. Par contre, les hommes qui ont eu la syphilis sont proportionnellement plus nombreux que les cas-index de gonorrhée à rapporter avoir eu au moins un partenaire anonyme (75,0 % c. 32,4 %, $p=0,004$) partenaires pour lesquels il n'était pas possible d'établir une entente.

Tableau XXII
Type d'entente pour la notification des partenaires des hommes selon l'ITS

Variables			Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p
Certains partenaires déjà avisés	(%)	Non	29 (54,7)	18 (48,6)	11 (68,8)	ns
		Oui	24 (45,3)	19 (51,4)	5 (31,3)	
Entente : cas-index lui-même	(%)	Non	37 (69,8)	25 (67,6)	12 (75,0)	ns
		Oui	16 (30,2)	12 (32,4)	4 (25,0)	
Entente : Santé publique	(%)	Non	53 (100,0)	37 (100,0)	16 (100,0)	ns
		Oui	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Entente : Santé publique et cas-index	(%)	Non	51 (96,2)	35 (94,6)	16 (100,0)	ns
		Oui	2 (3,8)	2 (5,4)	0 (0,0)	
Entente : certains santé publique et cas-index d'autres	(%)	Non	52 (98,1)	36 (97,3)	16 (100,0)	ns
		Oui	1 (1,9)	1 (2,7)	0 (0,0)	
Partenaire anonyme	(%)	Non	29 (54,7)	25 (67,6)	4 (25,0)	0,004
		Oui	24 (45,3)	12 (32,4)	12 (75,0)	

En ce qui concerne la nature des pratiques et l'usage du condom selon le type de partenaires rencontrés dans la période visée, étant donné la faible taille de l'échantillon, peu de différences significatives sont observées entre les cas de gonorrhée et les cas de syphilis chez les hommes. Toutefois, sur le plan descriptif, certains résultats méritent d'être soulignés. Comme indiqué au tableau XXIII, 54,5 % déclarent avoir eu des partenaires réguliers, 61,5 % chez les cas de gonorrhée et 37,5 % chez les cas de syphilis. Peu importe l'ITS, aucun homme n'a utilisé le condom lors des relations orales. Un seul cas de syphilis rapporte avoir eu des relations vaginales pendant lesquelles le condom n'a été utilisé qu'occasionnellement. La moitié des cas de gonorrhée (54,2 %) rapportent avoir eu des relations vaginales et parmi ceux-ci, 61,5 % n'ont jamais utilisé le condom. Les relations anales avec les partenaires réguliers sont rapportées par près de la moitié des cas de gonorrhée (41,7 %) et les deux tiers (66,7 %) des cas de syphilis. L'usage constant du condom lors de ces pratiques se chiffre à 30,0 % chez les cas de gonorrhée et 25,0 % chez les cas de syphilis.

Tableau XXIII
Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers
et occasionnels de la période visée des hommes selon l'ITS

Variables			Total	Gonorrhée	Syphilis	p
Partenaires réguliers	(%)	Non	25 (45,5)	15 (38,5)	10 (62,5)	ns
		Oui	30 (54,5)	24 (61,5)	6 (37,5)	
o Pratiques orales	(%)	Non	3 (10,0)	3 (12,5)	0 (0,0)	ns
		Oui	27 (90,0)	21 (87,5)	6 (100,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	23 (88,5)	18 (90,0)	5 (83,3)	ns
		Occasionnellement	3 (11,5)	2 (10,0)	1 (16,7)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	16 (53,3)	11 (45,8)	5 (83,3)	ns
		Oui	14 (46,7)	13 (54,2)	1 (16,7)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	8 (57,1)	8 (61,5)	0 (0,0)	ns
		Occasionnellement	4 (28,6)	3 (23,1)	1 (100,0)	
		Toujours	2 (14,3)	2 (15,4)	0 (0,0)	
o Pratiques anales	(%)	Non	16 (53,3)	14 (58,3)	2 (33,3)	ns
		Oui	14 (46,7)	10 (41,7)	4 (66,7)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	6 (42,9)	4 (40,0)	2 (50,0)	ns
		Occasionnellement	4 (28,6)	3 (30,0)	1 (25,0)	
		Toujours	4 (28,6)	3 (30,0)	1 (25,0)	
Partenaires occasionnels	(%)	Non	35 (63,6)	24 (61,5)	11 (68,8)	ns
		Oui	20 (36,4)	15 (38,5)	5 (31,2)	
o Pratiques orales	(%)	Non	1 (5,3)	1 (7,1)	0 (0,0)	ns
		Oui	18 (94,7)	13 (92,9)	5 (100,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	14 (77,8)	11 (84,6)	3 (60,0)	ns
		Occasionnellement	3 (16,7)	1 (7,7)	2 (40,0)	
		Toujours	1 (5,6)	1 (7,7)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	14 (73,3)	10 (71,4)	4 (80,0)	ns
		Oui	5 (26,3)	4 (28,6)	1 (20,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	3 (60,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	ns
		Occasionnellement	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
		Toujours	1 (20,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	
o Pratiques anales	(%)	Non	11 (57,9)	10 (71,4)	1 (20,0)	0,05
		Oui	8 (42,1)	4 (28,6)	4 (80,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	2 (25,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	ns
		Occasionnellement	3 (37,5)	1 (25,0)	2 (50,0)	
		Toujours	3 (37,5)	2 (50,0)	1 (25,0)	

La proportion d'hommes déclarant avoir eu des partenaires occasionnels est de 38,5 % pour les cas de gonorrhée et 31,2 % pour les cas de syphilis (tableau XXIII). Avec ce type de partenaires, l'usage constant du condom lors des relations orales est à peu près nul (7,7 % pour les cas de gonorrhée et 0,0 % pour les cas de syphilis). Avec les partenaires occasionnels, environ le quart a eu des relations vaginales, soit 28,6 % chez les cas de gonorrhée et 20,0 % chez les cas de syphilis. L'usage constant du condom dans ce contexte était aussi très faible (25,0 % pour les cas de gonorrhée et 0,0 % pour les cas de syphilis). En revanche, les cas de syphilis semblent proportionnellement plus

nombreux à avoir eu des relations anales avec leurs partenaires occasionnels pendant la période visée (80,0 % c. 28,6 %, $p= 0,05$). L'usage constant du condom lors des relations anales est rapporté par la moitié des cas de gonorrhée (50,0 %) qui ont eu ce type de pratiques et 25,0 % des cas de syphilis.

Lorsqu'il s'agit des partenaires anonymes, comme présenté au tableau XXIV, une plus forte proportion de cas de syphilis rapporte ce type de partenaires. Néanmoins, peu importe l'ITS, on observe que l'usage constant du condom lors des relations orales est nul. Les cas de syphilis n'ont eu aucune relation vaginale alors que près de la moitié des cas de gonorrhée (44,4 %) en rapportent. La moitié des cas de gonorrhée rapportant une relation vaginale déclarent un bris de condom et 25,0 % un non-usage du condom. La moitié des cas de gonorrhée (50,0 %) et 88,9 % des cas de syphilis indiquent avoir eu des relations anales avec leurs partenaires anonymes. L'usage constant du condom lors de ces pratiques est rapporté par 25,0 % des cas de gonorrhée et 62,5 % des cas de syphilis.

Tableau XXIV
Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes
de la période visée des hommes selon l'ITS

Variables			Total	Gonorrhée	Syphilis	p
Partenaires anonymes	(%)	Non	29 (54,7)	25 (67,6)	4 (25,0)	0,004
		Oui	24 (45,3)	12 (32,4)	12 (75,0)	
o Pratiques orales	(%)	Jamais	4 (18,2)	4 (33,3)	0 (0,0)	ns
		Occasionnellement	2 (9,1)	1 (8,3)	1 (10,0)	
		Toujours	16 (72,7)	7 (58,3)	9 (90,0)	
↻ Usage du condom	(%)	Jamais	18 (100,0)	8 (100,0)	10 (100,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Jamais	9 (69,2)	5 (55,6)	4 (100,0)	ns
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	4 (30,8)	4 (44,4)	0 (0,0)	
↻ Usage du condom	(%)	Jamais	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	
o Pratiques anales	(%)	Jamais	5 (29,4)	4 (50,0)	1 (11,1)	ns
		Occasionnellement	10 (58,8)	4 (50,0)	6 (66,7)	
		Toujours	2 (11,8)	0 (0,0)	2 (22,2)	
↻ Usage du condom	(%)	Jamais	1 (8,3)	1 (25,0)	0 (0,0)	ns
		Occasionnellement	5 (41,7)	2 (50,0)	3 (37,5)	
		Toujours	6 (50,0)	1 (25,0)	5 (62,5)	
		Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

5.2.2.2 Profil des femmes selon l'infection transmissible sexuellement

Dans l'ensemble, 18,8 % des cas-index qui ont complété l'étude sont des femmes (n=13). Puisqu'il n'y a que deux cas de syphilis chez les femmes, il est impossible de comparer statistiquement les femmes selon l'infection transmissible sexuellement. Les données du tableau XXV indiquent que les deux cas de syphilis sont âgés de 29 ans ou moins et sont nés au Canada. La plupart des cas de gonorrhée chez les femmes sont chez les 15 à 29 ans (81,8 %) et elles sont en moyenne âgées de 22,82 ans. Toutes ces femmes sont nées au Canada (100,0 %).

Tableau XXV
Données sociodémographiques des femmes selon l'ITS

Variables		Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p	
Âge des cas-index	(%)	15-29	11 (84,6)	9 (81,8)	2 (100,0)	ns
		30 ans et plus	2 (15,4)	2 (18,2)	0 (0,0)	
Âge des cas-index	(M)	23,62	22,82	28,00	ns	
Pays de naissance Canada	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	ns
		Oui	10 (100,0)	8 (100,0)	2 (100,0)	

Comme, l'indique le tableau XXVI, tous les cas de gonorrhée chez les femmes ont eu comme lieu de consultation la Montérégie (100,0 %), un cas de syphilis a été vu et diagnostiqué en Montérégie et l'autre l'a été à l'extérieur de la région.

Tableau XXVI
Caractéristiques de la déclaration des femmes selon l'ITS

Variables		Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p	
Lieu de consultation	(%)	Montérégie	12 (92,3)	11 (100,0)	1 (50,0)	ns
		Ailleurs	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (50,0)	

Selon les résultats présentés au tableau XXVII, la raison du prélèvement pour la majorité des femmes qui sont des cas-index de gonorrhée est un diagnostic (90,9 %). Un cas de syphilis a fait l'objet d'un dépistage et l'autre, d'un diagnostic.

Tableau XXVII
Données cliniques des femmes selon l'ITS

Variables		Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p	
Raison du prélèvement	(%)	Diagnostic	11 (84,6)	10 (90,9)	1 (50,0)	ns
		Dépistage	2 (15,4)	1 (9,1)	1 (50,0)	

Au tableau XXVIII, les résultats suggèrent que les femmes qui ont eu la syphilis ont toutes eu des partenaires qui étaient tous faciles à rejoindre et qu'elles les avaient déjà avisés. Les résultats ne révèlent pas de différence entre les femmes qui ont la gonorrhée et celles qui ont la syphilis en ce qui concerne le type d'entente.

Tableau XXVIII
Type d'entente pour la notification des partenaires des femmes selon l'ITS

Variables			Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p
Certains partenaires déjà avisés	(%)	Non	6 (54,5)	6 (66,7)	0 (0,0)	ns
		Oui	5 (45,5)	3 (33,3)	2 (100,0)	
Entente : cas-index lui-même	(%)	Non	8 (72,7)	6 (66,7)	2 (100,0)	ns
		Oui	3 (27,3)	3 (33,3)	0 (0,0)	
Entente : Santé publique	(%)	Non	10 (90,9)	8 (88,9)	2 (100,0)	ns
		Oui	1 (9,1)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Entente : Santé publique et cas-index	(%)	Non	10 (90,9)	8 (88,9)	2 (100,0)	ns
		Oui	1 (9,1)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Entente : certains santé publique et cas- index d'autres	(%)	Non	10 (90,9)	8 (88,9)	2 (100,0)	ns
		Oui	1 (9,1)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Partenaire anonyme	(%)	Non	9 (81,8)	7 (77,8)	2 (100,0)	ns
		Oui	2 (18,2)	2 (22,2)	0 (0,0)	

En ce qui concerne la nature des pratiques et l'usage du condom selon le type de partenaires rencontrés dans la période visée, étant donné la faible taille de l'échantillon, peu de différences significatives sont observées entre les cas de gonorrhée et les cas de syphilis chez les femmes. Comme indiqué au tableau XXIX, 61,5 % déclarent avoir eu des partenaires réguliers, 54,5 % chez les cas de gonorrhée et 100,0 % chez les cas de syphilis. Aucune femme n'a fait usage du condom lors de ses relations orales. Parmi les cas de gonorrhée, le tiers des femmes ont utilisé le condom de façon constante alors que parmi les cas de syphilis (2 cas), le condom a été utilisé de façon occasionnelle seulement. Les relations anales avec partenaires réguliers sont rapportées par 20,0 % des cas de gonorrhée, soit une femme, et chez ce cas, le condom a été utilisé de façon occasionnelle.

La proportion de femmes déclarant avoir eu des partenaires occasionnels est de 45,5 % pour les cas de gonorrhée et 50,0 % pour les cas de syphilis. Chez les cas de gonorrhée, 60,0 % ont eu des relations orales avec ce type de partenaire, mais aucune n'a utilisé le condom lors de cette pratique. L'usage constant du condom lors des relations vaginales a été rapporté seulement par un cas de gonorrhée (20,0 %). Une seule femme a rapporté des relations anales avec ses partenaires occasionnels et le condom n'a jamais été utilisé dans ce contexte.

Tableau XXIX
Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels
de la période visée des femmes selon l'ITS

Variables			Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p
Partenaires réguliers	(%)	Non	5 (38,5)	5 (45,5)	0 (0,0)	ns
		Oui	8 (61,5)	6 (54,5)	2 (100,0)	
o Pratiques orales	(%)	Non	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (50,0)	ns
		Oui	7 (87,5)	6 (100,0)	1 (50,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	6 (85,7)	6 (100,0)	0 (0,0)	ns
		Occasionnellement	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (100,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
		Oui	8 (100,0)	6 (100,0)	2 (100,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	3 (37,5)	3 (50,0)	0 (0,0)	ns
		Occasionnellement	3 (37,5)	1 (16,7)	2 (100,0)	
		Toujours	2 (25,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	
o Pratiques anales	(%)	Non	5 (83,3)	4 (80,0)	1 (100,0)	ns
		Oui	1 (16,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Partenaires occasionnels	(%)	Non	7 (53,8)	6 (54,5)	1 (50,0)	ns
		Oui	6 (46,2)	5 (45,5)	1 (50,0)	
o Pratiques orales	(%)	Non	3 (50,0)	2 (40,0)	1 (100,0)	ns
		Oui	3 (50,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	3 (100,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
		Oui	6 (100,0)	5 (100,0)	1 (100,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	3 (60,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	ns
		Occasionnellement	2 (33,3)	1 (20,0)	1 (100,0)	
		Toujours	1 (16,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	
o Pratiques anales	(%)	Non	5 (83,3)	4 (80,0)	1 (100,0)	ns
		Oui	1 (16,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

En ce qui a trait aux partenaires anonymes chez les femmes, comme illustré au tableau XXX, seulement 22,2 % des cas de gonorrhée rapportent ce type de partenaires. Chez ces femmes (deux cas), l'usage constant du condom lors des relations orales est nul. Lors des relations vaginales avec ce type de partenaires, le condom a été utilisé de façon occasionnelle par l'une des femmes, et jamais, par l'autre cas. Aucune de ces deux femmes n'a rapporté de relations anales avec ce type de partenaires.

Tableau XXX
Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes
de la période visée des femmes selon l'ITS

Variables			Total n	Gonorrhée n	Syphilis n	p
Partenaires anonymes	(%)	Non	9 (81,8)	7 (77,8)	2 (100,0)	ns
		Oui	2 (18,2)	2 (22,2)	0 (0,0)	
o Pratiques orales	(%)	Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	2 (100,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	2 (100,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	
		Toujours	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques anales	(%)	Jamais	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

5.2.2.3 Profil des cas-index de gonorrhée selon le sexe

Parmi les cas-index qui ont complété l'étude, 72,5 % sont des cas de gonorrhée (n=50). Tel que l'indique le tableau XXXI, en moyenne, parmi les cas-index de gonorrhée, les femmes sont plus jeunes que les hommes (22,82 ans c. 32,46 ans, $p=0,001$). Cependant, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir eu des relations sexuelles avec une personne du même sexe (66,7 % c. 9,1 %, $p=0,001$). Parmi ces cas, il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant au pays de naissance.

Tableau XXXI
Données sociodémographiques des cas de gonorrhée selon le sexe

Variables		Total n	Hommes n	Femmes n	p
Âge des cas-index (%)	15-29	27 (54,0)	18 (46,2)	9 (81,8)	0,04
	30 ans et plus	23 (46,0)	21 (53,8)	2 (18,2)	
Âge des cas-index (M)		30,34	32,46	22,82	0,001
Orientation sexuelle (%)	Homosexuelle/bisexuelle	27 (54,0)	26 (66,7)	1 (9,1)	0,001
	Hétérosexuelle	23 (46,0)	13 (33,3)	10 (90,9)	
Pays de naissance Canada (%)	Non	3 (7,5)	3 (9,4)	0 (0,0)	ns
	Oui	37 (92,5)	29 (90,6)	8 (100,0)	

Comme l'indique le tableau XXXII, toutes les femmes qui sont des cas de gonorrhée ont consulté en Montérégie (100,0 %) alors que près d'un sixième des hommes ont été diagnostiqués ailleurs que sur le territoire de la Montérégie (15,4 %). Il ne semble toutefois pas y avoir de différence significative selon le sexe en ce qui concerne la provenance de la déclaration.

Tableau XXXII
Caractéristiques de la déclaration des cas de gonorrhée selon le sexe

Variables		Total n	Hommes n	Femmes n	p
Lieu de consultation (%)	Montérégie	44 (88,0)	33 (84,6)	11 (100,0)	ns
	Ailleurs	6 (12,0)	6 (15,4)	0 (0,0)	

Sur le plan de la santé sexuelle, les données du tableau XXXIII montrent que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir eu des complications au niveau du système reproducteur à la suite d'une ITS (54,5 % c. 0,0 %, $p=0,0001$).

Tableau XXXIII
Facteurs de risque
Santé sexuelle des cas de gonorrhée selon le sexe

Variables		Total n	Hommes n	Femmes n	p
Complication du système reproducteur (%)	Non	44 (88,0)	39 (100,0)	5 (45,5)	0,0001
	Oui	6 (12,0)	0 (0,0)	6 (54,5)	

Le tableau XXXIV montre qu'il y a une différence significative entre les hommes et les femmes quant aux facteurs de risque concernant les partenaires sexuels. En effet, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir recruté au moins un de leurs partenaires sexuels par internet (29,7 % c. 0,0 %, $p=0,04$).

Tableau XXXIV
Facteurs de risque
Partenaires sexuels dans la dernière année des cas de gonorrhée selon le sexe

Variables		Total n	Hommes n	Femmes n	P
Partenaire rencontré par internet (%)	Non	37 (77,1)	26 (70,3)	11 (100,0)	0,04
	Oui	11 (22,9)	11 (29,7)	0 (0,0)	

Le tableau XXXV indique que parmi les cas de gonorrhée qui ont consommé de la drogue dans la dernière année, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir consommé de la marijuana (100,0 % c. 25,0 %, $p=0,007$).

Tableau XXXV
Facteurs de risque
Consommation de drogues dans la dernière année
des cas de gonorrhée selon le sexe

Variables		Total n	Hommes n	Femmes n	p
Drogues illicites : o Marijuana (%)	Non	3 (27,3)	0 (0,0)	3 (75,0)	0,007
	Oui	8 (72,7)	7 (100,0)	1 (25,0)	

Le tableau XXXVI présente les résultats pour les données cliniques des cas-index de gonorrhée. Tant pour les hommes que pour les femmes, la principale raison du prélèvement semble liée à la présence de symptômes (92,0 %). Selon ces données, il semble que les hommes soient proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir des symptômes de gonorrhée s'apparentant à des écoulements (94,4 % c. 70,0 %, $p=0,03$) ou à la dysurie (33,3 % c. 0,0 %, $p=0,03$), mais les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir vécu de la douleur (60,0 % c. 19,4 %, $p=0,01$). On observe aussi une différence entre les hommes et les femmes quant à la résistance au traitement puisque 28,2 % des hommes ont une gonorrhée résistante à la Ciprofloxacine comparativement à 0,0 % des femmes ($p=0,05$). De plus, il y a une différence significative au niveau des traitements prescrits entre les hommes et les femmes. En effet, ces dernières ont été proportionnellement plus nombreuses à recevoir des prescriptions de Ceftriaxone (20,0 % c. 0,0 %, $p=0,004$) et de Doxycycline (30,0 % c. 5,1 %, $p=0,02$). Ces antibiotiques sont généralement administrés lorsqu'une femme vit des complications au niveau du système reproducteur dues à une ITS. En effet, toutes les femmes qui ont eu une prescription de Ceftriaxone ont également rapporté avoir eu des complications au niveau du système reproducteur ($n=2$). Quant aux femmes à qui l'on a prescrit de la Doxycycline, 2 sur 3 ont vécu des complications du système reproducteur. Les hommes quant à eux sont proportionnellement plus nombreux à avoir reçu une prescription d'Azithromycine (87,2 % c. 30,0 %, $p=0,0001$). Parmi les cas de gonorrhée qui ont passé d'autres tests de dépistage, les femmes sont significativement plus nombreuses à avoir obtenu des résultats positifs au test de dépistage pour la chlamydia (75,0 % c. 9,1 %, $p=0,002$).

Tableau XXXVI
Données cliniques des cas de gonorrhée selon le sexe

Variabes			Total n	Hommes n	Femmes n	p
Raison du prélèvement gonorrhée	(%)	Diagnostic	46 (92,0)	36 (92,3)	10 (90,9)	ns
		Dépistage	4 (8,0)	3 (7,7)	1 (9,1)	
Symptômes						
o Écoulement/pertes vaginales	(%)	Non	5 (10,9)	2 (5,6)	3 (30,0)	0,03
		Oui	41 (89,1)	34 (94,4)	7 (70,0)	
o Dysurie	(%)	Non	34 (73,9)	24 (66,7)	10 (100,0)	0,03
		Oui	12 (26,1)	12 (33,3)	0 (0,0)	
o Douleur	(%)	Non	33 (71,7)	29 (80,6)	4 (40,0)	0,01
		Oui	13 (28,3)	7 (19,4)	6 (60,0)	
Profil résistance gonorrhée						
o Ciprofloxacine	(%)	Non	39 (78,0)	28 (71,8)	11 (100,0)	0,05
		Oui	11 (22,0)	11 (28,2)	0 (0,0)	
Traitement prescrit						
o Ceftriaxone	(%)	Non	47 (95,9)	39 (100,0)	8 (80,0)	0,004
		Oui	2 (4,1)	0 (0,0)	2 (20,0)	
o Azithromycine	(%)	Non	12 (24,5)	5 (12,8)	7 (70,0)	0,0001
		Oui	37 (75,5)	34 (87,2)	3 (30,0)	
o Doxycycline	(%)	Non	44 (89,8)	37 (94,9)	7 (70,0)	0,02
		Oui	5 (10,2)	2 (5,1)	3 (30,0)	
Résultat autre test de dépistage						
o Chlamydia -	(%)	Non	8 (30,8)	5 (22,7)	3 (75,0)	0,04
		Oui	18 (69,2)	17 (77,3)	1 (25,0)	
o Chlamydia +	(%)	Non	21 (80,8)	20 (90,9)	1 (25,0)	0,002
		Oui	5 (19,2)	2 (9,1)	3 (75,0)	

Au tableau XXXVII, les résultats montrent qu'il y a très peu de différences significatives parmi les cas-index de gonorrhée selon le sexe quant au type d'entente pour la notification des partenaires. La seule différence observée tient au fait que les femmes semblent proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir demandé à la santé publique de contacter leurs partenaires (11,1 % c. 0,0 %, $p=0,04$).

Tableau XXXVII
Type d'entente pour la notification des partenaires
des cas de gonorrhée selon le sexe

Variables		Total n	Hommes n	Femmes n	p
Certains partenaires déjà avisés (%)	Non	24 (52,2)	18 (48,6)	6 (66,7)	ns
	Oui	22 (47,8)	19 (51,4)	3 (33,3)	
Entente : cas-index lui-même (%)	Non	31 (67,4)	25 (67,6)	6 (66,7)	ns
	Oui	15 (32,6)	12 (32,4)	3 (33,3)	
Entente : santé publique (%)	Non	45 (97,8)	37 (100,0)	8 (88,9)	0,04
	Oui	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (11,1)	
Entente : santé publique et cas-index (%)	Non	43 (93,5)	35 (94,6)	8 (88,9)	ns
	Oui	3 (6,5)	2 (5,4)	1 (11,1)	
Entente : certains santé publique et cas-index d'autres (%)	Non	44 (95,7)	36 (97,3)	8 (88,9)	ns
	Oui	2 (4,3)	1 (2,7)	1 (11,1)	
Partenaire anonyme (%)	Non	32 (69,6)	25 (67,6)	7 (77,8)	ns
	Oui	14 (30,4)	12 (32,4)	2 (22,2)	

En ce qui concerne la nature des pratiques et l'usage du condom selon le type de partenaires rencontrés dans la période visée, étant donné la faible taille de l'échantillon, peu de différences significatives sont observées entre les cas de gonorrhée selon le sexe. Toutefois, sur le plan descriptif, certains résultats méritent d'être soulignés. Comme indiqué au tableau XXXVIII, 60,0 % déclarent avoir eu des partenaires réguliers, 61,5 % chez les cas de gonorrhée masculins et 54,5 % chez les cas féminins. Peu importe le sexe, aucun cas n'a utilisé le condom lors des relations orales. Toutes les femmes rapportent avoir eu des relations vaginales avec leurs partenaires réguliers comparativement à 54,2 % des hommes ($p=0,06$). Lors de ces pratiques, l'usage constant du condom est plutôt faible, se chiffrant à 15,4 % chez les hommes et à 33,3 % chez les femmes. Les relations anales avec leurs partenaires réguliers sont rapportées par près de la moitié des cas masculins (41,7 %) et 20,0 % des cas féminins. L'usage constant du condom lors de ces pratiques avec ce type de partenaires est de 30,0 % chez les hommes et nul chez les femmes.

La proportion de cas de gonorrhée déclarant avoir eu des partenaires occasionnels est de 38,5 % pour les hommes et 45,5 % pour les femmes. Avec ce type de partenaires, l'usage constant du condom lors des relations orales est à peu près nul (7,7 % pour les hommes et 0,0 % pour les femmes). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à rapporter des relations vaginales avec ce type de partenaire (100,0 % c. 28,6 %, $p=0,01$). Le quart des hommes et 20,0 % des femmes qui rapportent des relations vaginales ont utilisé le condom de façon constante. Un peu plus du quart des hommes (28,6 %) ont eu des relations anales avec leurs partenaires occasionnels pendant la période visée comparativement à 20,0 % chez les femmes et l'usage constant du condom avec ce type de partenaires est de 50,0 % chez les hommes et nul chez les femmes.

Tableau XXXVIII
Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels
de la période visée des cas de gonorrhée selon le sexe

Variables			Total n	Hommes n	Femmes n	p
Partenaires réguliers	(%)	Non	20 (40,0)	15 (38,5)	5 (45,5)	ns
		Oui	30 (60,0)	24 (61,5)	6 (54,5)	
o Pratiques orales	(%)	Non	3 (10,0)	3 (12,5)	0 (0,0)	ns
		Oui	27 (90,0)	21 (87,5)	6 (100,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	24 (92,3)	18 (90,0)	6 (100,0)	ns
		Occasionnellement	2 (7,7)	2 (10,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	11 (36,7)	11 (45,8)	0 (0,0)	0,06
		Oui	19 (63,3)	13 (54,2)	6 (100,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	11 (57,9)	8 (61,5)	3 (50,0)	ns
		Occasionnellement	4 (21,1)	3 (23,1)	1 (16,7)	
		Toujours	4 (21,1)	2 (15,4)	2 (33,3)	
o Pratiques anales	(%)	Non	18 (62,1)	14 (58,3)	4 (80,0)	ns
		Oui	11 (37,9)	10 (41,7)	1 (20,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	4 (36,4)	4 (40,0)	0 (0,0)	ns
		Occasionnellement	4 (36,4)	3 (30,0)	1 (100,0)	
		Toujours	3 (27,3)	3 (30,0)	0 (0,0)	
Partenaires occasionnels	(%)	Non	30 (60,0)	24 (61,5)	6 (54,5)	ns
		Oui	20 (40,0)	15 (38,5)	5 (45,5)	
o Pratiques orales	(%)	Non	3 (15,8)	1 (7,1)	2 (40,0)	ns
		Oui	16 (84,2)	13 (92,9)	3 (60,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	14 (87,5)	11 (84,6)	3 (100,0)	ns
		Occasionnellement	1 (6,2)	1 (7,7)	0 (0,0)	
		Toujours	1 (6,2)	1 (7,7)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	10 (52,6)	10 (71,4)	0 (0,0)	0,01
		Oui	9 (47,4)	4 (28,6)	5 (100,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	6 (66,7)	3 (75,0)	3 (60,0)	ns
		Occasionnellement	1 (11,1)	0 (0,0)	1 (20,0)	
		Toujours	2 (22,2)	1 (25,0)	1 (20,0)	
o Pratiques anales	(%)	Non	14 (73,7)	10 (71,4)	4 (80,0)	ns
		Oui	5 (26,3)	4 (28,6)	1 (20,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	2 (40,0)	1 (25,0)	1 (100,0)	ns
		Occasionnellement	1 (20,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	
		Toujours	2 (40,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	

Selon les résultats présentés au tableau XXXIX, 32,4 % des hommes et 22,2 % des femmes rapportent avoir eu des partenaires anonymes au cours de la période visée. Néanmoins, peu importe le sexe, on observe que l'usage constant du condom lors des relations orales est nul. On remarque que les femmes, plus souvent que les hommes, ont eu des relations vaginales avec leurs partenaires anonymes (100,0 % c. 44,4 %, $p=0,06$). Chez les hommes ayant eu des relations vaginales, 25 % n'ont jamais utilisé le condom, et chez les femmes, la proportion s'élève à 50,0 %. La moitié des hommes rapportent avoir eu des relations anales avec des partenaires anonymes et parmi ceux-ci, 25,0 % ont utilisé le condom de façon constante. Aucune femme n'a rapporté de relations anales.

Tableau XXXIX
Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes
de la période visée des cas de gonorrhée selon le sexe

Variables		Total n	Hommes n	Femmes n	p
Partenaires anonymes	(%) Non	32 (69,6)	25 (67,6)	7 (77,8)	ns
	(%) Oui	14 (30,4)	12 (32,4)	2 (22,2)	
o Pratiques orales	(%) Jamais	4 (28,6)	4 (33,3)	0 (0,0)	ns
	(%) Occasionnellement	1 (7,1)	1 (8,3)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	9 (64,3)	7 (58,3)	2 (100,0)	
o Usage du condom	(%) Jamais	10 (100)	8 (100,0)	2 (100,0)	-
	(%) Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	(%) Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%) Jamais	5 (45,5)	5 (55,6)	0 (0,0)	0,06
	(%) Occasionnellement	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (50,0)	
	(%) Toujours	5 (45,5)	4 (44,4)	1 (50,0)	
o Usage du condom	(%) Jamais	2 (33,3)	1 (25,0)	1 (50,0)	ns
	(%) Occasionnellement	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (50,0)	
	(%) Toujours	1 (16,7)	1 (25,0)	0 (0,0)	
	(%) Bris de condom	2 (33,3)	2 (50,0)	0 (0,0)	
o Pratiques anales	(%) Jamais	5 (55,6)	4 (50,0)	1 (100,0)	ns
	(%) Occasionnellement	4 (44,4)	4 (50,0)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%) Jamais	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	-
	(%) Occasionnellement	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	
	(%) Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

5.2.2.4 Profil des cas-index de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Dans l'ensemble, 56,5 % des cas-index qui ont complété l'étude sont des hommes atteints de la gonorrhée (n=39). Les résultats du tableau XL montrent qu'il n'y a pas de différence selon l'orientation sexuelle des cas-index de gonorrhée de sexe masculin en ce qui concerne leur âge. Chez les cas de gonorrhée de sexe masculin, les hétérosexuels sont proportionnellement plus nombreux que les HARSAH à être nés à l'extérieur du Canada (25,0 % c. 0,0 %, $p=0,02$). En général, ces hommes viennent du Vietnam, de l'Afghanistan et du Mali.

Tableau XL
Données sociodémographiques des cas de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Variables			Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Âge des cas-index	(%)	15-29	18 (46,2)	11 (42,3)	7 (53,8)	ns
		30 ans et plus	21 (53,8)	15 (57,7)	6 (46,2)	
Âge des cas-index	(M)		32,46	32,58	32,23	ns
Pays de naissance Canada	(%)	Non	3 (9,4)	0 (0,0)	3 (25,0)	0,02
		Oui	32 (90,6)	23 (100,0)	9 (75,0)	

Le tableau XLI semble indiquer que les cas-index de gonorrhée HARSAH sont plus nombreux que les hétérosexuels à avoir consulté un médecin en dehors de la Montérégie (23,1 % c. 0,0 %, n.s.). Toutefois, cette différence n'est pas significative.

Tableau XLI
Caractéristiques de la déclaration des cas de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Variables			Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Lieu de consultation	(%)	Montérégie	33 (84,6)	20 (76,9)	13 (100,0)	ns
		Ailleurs	6 (15,4)	6 (23,1)	0 (0,0)	

Quant aux facteurs de risque présentés au tableau XLII, il semble que les HARSAH qui sont des cas de gonorrhée sont proportionnellement plus nombreux que les hétérosexuels à avoir eu cinq partenaires sexuels et plus pendant la dernière année (41,7 % c. 7,7 %, $p=0,03$) et à utiliser internet pour rencontrer des partenaires sexuels (44,0 % c. 0,0 %, $p=0,006$). Cependant, les hétérosexuels sont proportionnellement plus nombreux à avoir donné des drogues ou de l'argent pour des faveurs sexuelles (15,4 % c. 0,0 %, $p=0,04$) comparativement aux HARSAH.

Tableau XLII
Facteurs de risque
Comportements sexuels dans la dernière année de cas de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Variables			Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Nombre de partenaires sexuels dans la dernière année	(%)	1 à 4	26 (70,3)	14 (58,3)	12 (92,3)	0,03
		5 et plus	11 (29,7)	10 (41,7)	1 (7,7)	
Partenaire rencontré par internet	(%)	Non	26 (70,3)	14 (56,0)	12 (100,0)	0,006
		Oui	11 (29,7)	11 (44,0)	0 (0,0)	
Avoir donné drogues ou argent en échange de relations sexuelles	(%)	Non	36 (94,7)	25 (100,0)	11 (84,6)	0,04
		Oui	2 (5,3)	0 (0,0)	2 (15,4)	

Comme présenté au tableau XLIII, on n'observe aucune différence significative entre les HARSAH et les hétérosexuels quant à la raison de prélèvement. Par contre, les HARSAH sont proportionnellement plus nombreux que les hétérosexuels à avoir vu leurs symptômes disparaître (100,0 % c. 83,3 %, $p=0,05$). Les hétérosexuels, quant à eux, sont plus nombreux à avoir des résistances à la Ciprofloxacine (53,8 % c. 15,4 %, $p=0,01$), à la β -lactamase ou à la NGPP (15,4 % c. 0,0 %, $p=0,04$) et à la tétracycline (61,5 % c. 11,5 %, $p=0,001$).

Tableau XLIII
Données cliniques des cas de gonorrhée de sexe masculin
selon l'orientation sexuelle

Variables			Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Raison du prélèvement gonorrhée (%)	Diagnostic		36 (92,3)	24 (92,3)	12 (92,3)	ns
	Dépistage		3 (7,7)	2 (7,7)	1 (7,7)	
Disparition des symptômes gonorrhée (%)	Non		2 (5,9)	0 (0,0)	2 (16,7)	0,05
	Oui		32 (94,1)	22 (100,0)	10 (83,3)	
Profil résistance gonorrhée :						
o Ciprofloxacine (%)	Non		28 (71,8)	22 (84,6)	6 (46,2)	0,01
	Oui		11 (28,2)	4 (15,4)	7 (53,8)	
o B-lactamase ou NGPP (%)	Non		37 (94,9)	26 (100,0)	11 (84,6)	0,04
	Oui		2 (5,1)	0 (0,0)	2 (15,4)	
o Tétracycline (%)	Non		28 (71,8)	23 (88,5)	5 (38,5)	0,001
	Oui		11 (28,2)	3 (11,5)	8 (61,5)	

Au tableau XLIV, il n'y a aucune différence significative entre les HARSAH et les hétérosexuels qui sont des cas de gonorrhée quant au type d'entente pour la notification des partenaires.

Tableau XLIV
Type d'entente pour la notification des partenaires des cas de gonorrhée
de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Variables			Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Certains partenaires déjà avisés (%)	Non		18 (48,6)	12 (50,0)	6 (46,2)	ns
	Oui		19 (51,4)	12 (50,0)	7 (53,8)	
Entente : cas-index lui-même (%)	Non		25 (67,6)	16 (66,7)	9 (69,2)	ns
	Oui		12 (32,4)	8 (33,3)	4 (30,8)	
Entente : Santé publique (%)	Non		37 (100,0)	24 (100,0)	12 (100,0)	ns
	Oui		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Entente : Santé publique et cas-index (%)	Non		35 (94,6)	23 (95,8)	12 (92,3)	ns
	Oui		2 (5,4)	1 (4,2)	1 (7,7)	
Entente : certains santé publique et cas- index d'autres (%)	Non		36 (97,3)	24 (100,0)	12 (92,3)	ns
	Oui		1 (2,7)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Partenaire anonyme (%)	Non		25 (67,6)	17 (70,8)	8 (61,5)	ns
	Oui		12 (32,4)	7 (29,2)	5 (38,5)	

Comme indiqué au tableau XLV, 61,5 % des cas masculins de gonorrhée déclarent avoir eu des partenaires réguliers. Les résultats montrent que les hétérosexuels sont proportionnellement plus nombreux que les HARSAH à avoir eu des partenaires réguliers pendant la période visée (92,3 % c. 46,2 %, $p=0,006$). Peu importe l'orientation sexuelle, bien que la majorité des cas aient eu des pratiques orales avec des partenaires réguliers, aucun des cas n'a utilisé le condom de façon constante lors des pratiques orales. Tous les cas de gonorrhée masculins hétérosexuels ont eu des pratiques vaginales, alors qu'un seul HARSAH a eu ce type de pratique (100,0 % c. 8,3 %, $p=0,0001$). L'usage constant du condom lors de ces pratiques avec ce type de partenaires est de 16,7 % chez les hétérosexuels et nul chez les HARSAH. Les relations anales avec leurs partenaires réguliers sont rapportées uniquement par des HARSAH (83,3 % c. 0,0 %, $p=0,0001$). L'usage constant du condom lors de ces pratiques avec ce type de partenaires est de 30,0 %.

La proportion de cas de gonorrhée masculins déclarant avoir eu des partenaires occasionnels est de 46,2 % pour les HARSAH et de 23,1 % pour les hétérosexuels. Avec ce type de partenaires, l'usage constant du condom lors des relations orales est de 9,1 % chez les HARSAH et nul pour les hétérosexuels. Les relations vaginales avec ce type de partenaires sont rapportées par tous les hétérosexuels, ceux-ci ayant utilisé le condom de façon constante dans 33,3 % des cas. En revanche, 36,4 % des HARSAH ont eu des relations anales avec leurs partenaires occasionnels pendant la période visée comparativement à aucun hétérosexuel. L'usage constant du condom chez les HARSAH lors des relations anales avec ce type de partenaires est de 50,0 %.

Tableau XLV
Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels
de la période visée des cas de gonorrhée masculins selon l'orientation sexuelle

Variables			Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Partenaires réguliers	(%)	Non	15 (38,5)	14 (53,8)	1 (7,7)	0,006
		Oui	24 (61,5)	12 (46,2)	12 (92,3)	
o Pratiques orales	(%)	Non	3 (12,5)	2 (16,7)	1 (8,3)	ns
		Oui	21 (87,5)	10 (83,3)	11 (91,7)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	18 (90,0)	9 (90,0)	9 (90,0)	ns
		Occasionnellement	2 (10,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	11 (45,8)	11 (91,7)	0 (0,0)	0,0001
		Oui	13 (54,2)	1 (8,3)	12 (100,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	8 (61,5)	1 (100,0)	7 (58,3)	ns
		Occasionnellement	3 (23,1)	0 (0,0)	3 (25,0)	
		Toujours	2 (15,4)	0 (0,0)	2 (16,7)	
o Pratiques anales	(%)	Non	14 (58,3)	2 (16,7)	12 (100,0)	0,0001
		Oui	10 (41,7)	10 (83,3)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	4 (40,0)	4 (40,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	3 (30,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	
		Toujours	3 (30,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	

Tableau XLV
Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels
de la période visée des cas de gonorrhée masculins selon l'orientation sexuelle (suite)

Variables			Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	P
Partenaires occasionnels	(%)	Non	24 (61,5)	14 (53,8)	10 (76,9)	ns
		Oui	15 (38,5)	12 (46,2)	3 (23,1)	
o Pratiques orales	(%)	Non	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (33,3)	ns
		Oui	13 (92,9)	11 (100,0)	2 (66,7)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	11 (84,6)	9 (81,8)	2 (100,0)	ns
		Occasionnellement	1 (7,7)	1 (9,1)	0 (0,0)	
		Toujours	1 (7,7)	1 (9,1)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	10 (71,4)	10 (90,9)	0 (0,0)	0,01
		Oui	4 (28,6)	1 (9,1)	3 (100,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	3 (75,0)	1 (100,0)	2 (66,7)	ns
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	
o Pratiques anales	(%)	Non	10 (71,4)	7 (63,6)	3 (100,0)	ns
		Oui	4 (28,6)	4 (36,4)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	-
		Occasionnellement	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	
		Toujours	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	

D'autre part, comme mentionné au tableau XLVI, 29,2 % des HARSAH et 38,5 % des hétérosexuels rapportent avoir eu des partenaires anonymes pendant la période visée. Néanmoins, peu importe l'orientation sexuelle, on observe que l'usage constant du condom lors des relations orales est nul. On remarque que les pratiques vaginales avec ce type de partenaire ont été adoptées uniquement par les hétérosexuels. Chez les hétérosexuels ayant eu des relations vaginales (4 cas), un cas n'a jamais utilisé le condom et un autre l'a utilisé de façon constante; les deux autres cas rapportent un bris de condom. Chez les HARSAH qui ont eu des pratiques anales avec leurs partenaires anonymes pendant la période visée (4 cas sur six, soit 66,3 %), un cas a utilisé le condom de façon constante.

Tableau XLVI
Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes de la période visée
des cas de gonorrhée masculins selon l'orientation sexuelle

Variables			Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Partenaires anonymes	(%)	Non	25 (67,6)	17 (70,8)	8 (61,5)	ns
		Oui	12 (32,4)	7 (29,2)	5 (38,5)	
o Pratiques orales	(%)	Jamais	4 (33,3)	1 (14,3)	3 (60,0)	ns
		Occasionnellement	1 (8,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	
		Toujours	7 (58,3)	5 (71,4)	2 (40,0)	
o Usage du condom	(%)	Jamais	8 (100,0)	6 (100,0)	2 (100,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Tableau XLVI
Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes de la période visée
des cas de gonorrhée masculins selon l'orientation sexuelle (suite)

Variables		Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p	
○ Pratiques vaginales	(%)	Jamais	5 (55,6)	4 (100,0)	1 (20,0)	0,05
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	4 (44,4)	0 (0,0)	4 (80,0)	
○ Usage du condom	(%)	Jamais	1 (25,0)	-	1 (25,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	-	0 (0,0)	
		Toujours	1 (25,0)	-	1 (25,0)	
		Bris de condom	2 (50,0)	-	2 (50,0)	
○ Pratiques anales	(%)	Jamais	4 (50,0)	2 (33,7)	2 (100,0)	ns
		Occasionnellement	4 (50,0)	4 (66,3)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
○ Usage du condom	(%)	Jamais	1 (25,0)	1 (25,0)	-	-
		Occasionnellement	2 (50,0)	2 (50,0)	-	
		Toujours	1 (25,0)	1 (25,0)	-	
		Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	-	

5.2.2.5 Profil des cas-index de syphilis de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Parmi les cas-index qui ont complété l'étude, 24,6 % sont des hommes qui avaient la syphilis (n=17). Comme il n'y a qu'un seul hétérosexuel ayant reçu un diagnostic de syphilis, il est impossible de comparer statistiquement les cas-index de syphilis selon l'orientation sexuelle, ainsi seuls des résultats descriptifs seront présentés. Comme indiqué au tableau XLVII, l'hétérosexuel atteint de syphilis est âgé de 29,0 ans et il est né au Canada. De leur côté, la majorité des HARSAH infectés par la syphilis sont nés au Canada (86,7 %) et ils sont âgés en moyenne de 42,0 ans.

Tableau XLVII
Données sociodémographiques des cas de syphilis
de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Variables		Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p	
Âge des cas-index	(%)	15-29	2 (11,8)	1 (6,3)	1 (100,0)	ns
		30 ans et plus	15 (88,2)	15 (93,8)	0 (0,0)	
Âge des cas-index	(M)	41,24	42,00	29,00	ns	
Pays de naissance Canada	(%)	Non	2 (12,5)	2 (13,3)	0 (0,0)	ns
		Oui	14 (87,5)	13 (86,7)	1 (100,0)	

Comme illustré au tableau XLVIII, pour les HARSAH, plus de la moitié des cas de syphilis ont consulté un médecin à l'extérieur de la Montérégie (56,3 %). Le cas syphilis hétérosexuel a été, de son côté, vu et diagnostiqué en Montérégie.

Tableau XLVIII
Caractéristiques de la déclaration des cas de syphilis de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Variables		Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Lieu de consultation (%)	Montérégie	8 (47,1)	7 (43,8)	1 (100,0)	ns
	Ailleurs	9 (52,9)	9 (56,3)	0 (0,0)	

Les résultats des cas-index de syphilis de sexe masculin concernant la raison de prélèvement montrent que pour la majorité des HARSAH et pour le cas hétérosexuel, la syphilis a été diagnostiquée plutôt que dépistée (tableau XLIX).

Tableau XLIX
Données cliniques des cas de syphilis de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Variables		Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Raison du prélèvement (%)	Diagnostic	12 (75,0)	11 (73,3)	1 (100,0)	ns
	Dépistage	4 (25,0)	4 (26,7)	0 (0,0)	

Sur le plan du type d'entente pour la notification des partenaires (tableau L), l'hétérosexuel avait déjà avisé ses partenaires. Pour ce qui est du type d'entente pour la notification des partenaires, près du quart des HARSAH ont préféré aviser eux-mêmes leurs partenaires (26,7 %). La majorité des HARSAH rapportent avoir eu au moins un partenaire anonyme (80,0 %).

Tableau L
Type d'entente pour la notification des partenaires des cas de syphilis de sexe masculin selon l'orientation sexuelle

Variables		Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Certains partenaires déjà avisés (%)	Non	11 (68,8)	11 (73,3)	0 (0,0)	ns
	Oui	5 (31,3)	4 (26,7)	1 (100,0)	
Entente : Cas-index lui-même (%)	Non	12 (75,0)	11 (73,3)	1 (100,0)	ns
	Oui	4 (25,0)	4 (26,7)	0 (0,0)	
Entente : santé publique (%)	Non	16 (100,0)	15 (100,0)	1 (100,0)	ns
	Oui	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Entente : santé publique et cas-index (%)	Non	16 (100,0)	15 (100,0)	1 (100,0)	ns
	Oui	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Entente : certains santé publique et cas-index d'autres (%)	Non	16 (100,0)	15 (100,0)	1 (100,0)	ns
	Oui	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Partenaire anonyme (%)	Non	4 (25,0)	3 (20,0)	1 (100,0)	ns
	Oui	12 (75,0)	12 (80,0)	0 (0,0)	

Comme indiqué au tableau LI, 37,5 % des cas masculins de syphilis déclarent avoir eu des partenaires réguliers, le tiers chez les HARSAH et 100,0 % chez les hétérosexuels (1 cas). Bien que tous les cas, peu importe l'orientation sexuelle, aient eu des pratiques orales avec des partenaires

réguliers, aucun n'a utilisé le condom lors des pratiques orales. Un seul cas de syphilis masculin a rapporté des pratiques vaginales et celui-ci mentionne avoir utilisé le condom occasionnellement. Les relations anales avec des partenaires réguliers sont rapportées uniquement par des HARSAH (80,0 %). Chez ces derniers, l'usage constant du condom lors de ces pratiques avec ce type de partenaires est nul.

La proportion de cas de syphilis masculins déclarant avoir eu des partenaires occasionnels est de 26,7 % pour les HARSAH et 100,0 % pour les hétérosexuels (1 cas). Avec ce type de partenaires, l'usage constant du condom lors des relations orales est nul. Un seul cas de syphilis masculin hétérosexuel a rapporté des relations vaginales avec ses partenaires occasionnelles et dans ce contexte, il rapporte avoir utilisé le condom à l'occasion. Tous les HARSAH ont eu des relations anales avec leurs partenaires occasionnels pendant la période visée et l'usage constant du condom avec ce type de partenaires est de 25,0 %.

Tableau LI
Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels
de la période visée des cas de syphilis masculins selon l'orientation sexuelle

Variables		Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Partenaires réguliers	(%) Non	10 (62,5)	10 (66,7)	0 (0,0)	ns
	(%) Oui	6 (37,5)	5 (33,3)	1 (100,0)	
oPratiques orales	(%) Non	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	(%) Oui	6 (100,0)	5 (100,0)	1 (100,0)	
oUsage du condom	(%) Jamais	5 (83,3)	5 (100,0)	0 (0,0)	ns
	(%) Occasionnellement	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (100,0)	
	(%) Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
oPratiques vaginales	(%) Non	5 (83,3)	5 (100,0)	0 (0,0)	ns
	(%) Oui	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (100,0)	
oUsage du condom	(%) Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	(%) Occasionnellement	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
	(%) Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
oPratiques anales	(%) Non	2 (33,3)	1 (20,0)	1 (100,0)	ns
	(%) Oui	4 (66,7)	4 (80,0)	0 (0,0)	
oUsage du condom	(%) Jamais	2 (100,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	-
	(%) Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Partenaires occasionnels	(%) Non	11 (68,8)	11 (73,3)	0 (0,0)	ns
	(%) Oui	5 (31,2)	4 (26,7)	1 (100,0)	
oPratiques orales	(%) Non	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	(%) Oui	5 (100,0)	4 (100,0)	1 (100,0)	
oUsage du condom	(%) Jamais	3 (60,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	ns
	(%) Occasionnellement	2 (40,0)	1 (25,0)	1 (100,0)	
	(%) Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
oPratiques vaginales	(%) Non	4 (80,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	ns
	(%) Oui	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
oUsage du condom	(%) Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	(%) Occasionnellement	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
	(%) Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
oPratiques anales	(%) Non	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	ns
	(%) Oui	4 (80,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	
oUsage du condom	(%) Jamais	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	-
	(%) Occasionnellement	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	1 (25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	

Les résultats présentés au tableau LII montrent que, parmi les cas masculins de syphilis, 80,0 % des HARSAH rapportent avoir eu des partenaires anonymes pendant la période visée alors qu'aucun hétérosexuel n'a eu ce type de partenaires. Chez ces hommes, on observe que l'usage constant du condom lors des relations orales est nul et que parmi ceux qui ont eu des pratiques anales (8 cas), 62,5 % ont utilisé le condom de façon constante.

Tableau LII
Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes
de la période visée des cas de syphilis masculins selon l'orientation sexuelle

Variables		Total n	HARSAH n	Hétérosexuel n	p
Partenaires anonymes	(%) Non	4 (25,0)	3 (20,0)	1 (100,0)	ns
	(%) Oui	12 (75,0)	12 (80,0)	0 (0,0)	
o Pratiques orales	(%) Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	(%) Occasionnellement	1 (10,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	9 (90,0)	9 (90,0)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%) Jamais	10 (100,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	-
	(%) Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	(%) Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%) Jamais	-	-	-	-
	(%) Occasionnellement	-	-	-	
	(%) Toujours	-	-	-	
o Usage du condom	(%) Jamais	-	-	-	-
	(%) Occasionnellement	-	-	-	
	(%) Toujours	-	-	-	
	(%) Bris de condom	-	-	-	
o Pratiques anales	(%) Jamais	1 (11,1)	1 (11,1)	0 (0,0)	-
	(%) Occasionnellement	6 (66,7)	6 (66,7)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	2 (22,2)	2 (22,2)	0 (0,0)	
o Usage du condom	(%) Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
	(%) Occasionnellement	3 (37,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	
	(%) Toujours	5 (62,5)	5 (62,5)	0 (0,0)	
	(%) Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

5.2.2.6 Profil des cas-index selon le fait d'avoir déjà avisé certains de leurs partenaires ou non

Les données sur l'annonce aux partenaires d'un possible contact avec une ITS sont connues pour l'ensemble des cas-index qui ont complété l'étude (n= 69). Lorsque les cas-index sont comparés selon le fait d'avoir déjà avisé, certains ou tous leurs partenaires, versus aucun (tableau LIII), les cas-index qui avaient déjà avisé sont proportionnellement plus nombreux à être âgés de moins de trente ans (58,6 % c. 31,4 %, $p=0,03$) et à être nés au Canada (100,0 % c. 82,8 %, $p=0,03$).

Tableau LIII
Caractéristiques sociodémographiques selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires

Variables			Total n	Partenaires pas avisés n	Partenaires avisés n	p
Âge du cas-index	(%)	15-29	28 (43,8)	11 (31,4)	17 (58,6)	0,03
		30 ans et plus	36 (56,3)	24 (68,6)	12 (41,4)	
Âge des cas-index	(M)		32,96	36,20	29,86	0,04
Pays de naissance Canada	(%)	Non	5 (9,1)	5 (17,2)	0 (0,0)	0,03
		Oui	50 (90,9)	24 (82,8)	26 (100,0)	

Le tableau LIV indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les cas-index qui avaient déjà avisé certains de leurs partenaires et ceux qui ne l'avaient pas fait quant au lieu de consultation (Montréal ou extérieur du territoire).

Tableau LIV
Caractéristiques de la déclaration selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires

Variables			Total n	Partenaires pas avisés n	Partenaires avisés n	p
Lieu de consultation	(%)	Montréal	50 (78,1)	26 (74,3)	24 (81,8)	ns
		Ailleurs	14 (21,9)	9 (25,7)	5 (17,2)	

En ce qui concerne les partenaires sexuels (tableau LV), ceux qui avaient avisé certains de leurs partenaires sexuels sont proportionnellement moins nombreux que les autres à avoir eu des partenaires multiples dans les soixante jours précédents l'étude (3,6 % c. 36,4 %, $p=0,002$). Aussi, ils sont proportionnellement moins nombreux que les autres à avoir eu au moins un partenaire sexuel récent à risque élevé d'ITS (46,4 % c. 74,3 %, $p=0,02$).

Tableau LV
Facteurs de risque
Partenaires sexuels selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires

Variables			Total n	Partenaires pas avisés n	Partenaires avisés n	p
Partenaires multiples (60 derniers jours)	(%)	Non	48 (78,7)	21 (63,6)	27 (96,4)	0,002
		Oui	13 (21,3)	12 (36,4)	1 (3,6)	
Partenaire sexuel récent à risque élevé	(%)	Non	24 (38,1)	9 (25,7)	15 (53,6)	0,02
		Oui	39 (61,9)	26 (74,3)	13 (46,4)	

Sur le plan des facteurs de risque (tableau LVI), les cas-index qui avaient déjà avisé certains de leurs partenaires sexuels sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui ne l'avaient pas fait à rapporter avoir eu récemment un contact sexuel avec quelqu'un qui avait une ITS (17,2 % c. 0,0 %, $p=0,01$).

Tableau LVI
Facteurs de risque
Santé sexuelle selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires

Variables			Total n	Partenaires pas avisés n	Partenaires avisés n	p
Contact récent ITS (%)	Non		56 (91,8)	32 (100,0)	24 (82,8)	0,01
	Oui		5 (8,2)	0 (0,0)	5 (17,2)	

Tel que le montre le tableau LVII, les cas-index qui avaient déjà avisé certains de leurs partenaires sont proportionnellement moins nombreux à avoir eu une recommandation de vaccination pour l'hépatite A que les autres (28,0 % c. 54,8 %, $p=0,04$).

Tableau LVII
Facteurs de risque
Vaccination selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires

Variables			Total n	Partenaires pas avisés n	Partenaires avisés n	p
Recommandation pour vaccination HA (%)	Non		32 (57,1)	14 (45,2)	18 (72,0)	0,04
	Oui		24 (42,9)	17 (54,8)	7 (28,0)	

Les résultats du tableau LVIII témoignent qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui a trait à la raison du prélèvement (diagnostic ou dépistage) parmi les cas-index selon le fait d'avoir déjà avisé certains des partenaires ou non.

Tableau LVIII
Données cliniques selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires

Variables			Total n	Partenaires pas avisés n	Partenaires avisés n	p
Raison du prélèvement gonorrhée (%)	Diagnostic		57 (90,5)	32 (94,1)	25 (86,2)	ns
	Dépistage		6 (9,5)	2 (5,9)	4 (13,8)	

Au tableau LIX, les résultats soulèvent que les cas-index qui avaient déjà avisé certains de leurs partenaires sont proportionnellement moins nombreux que les autres à avoir décidé d'aviser leurs partenaires eux-mêmes comme entente avec l'infirmière (0,0 % c. 54,3 %, $p=0,0001$). Cependant, il ne semble pas y avoir de différence significative en regard des autres types d'entente de notification des partenaires. De plus, ceux qui avaient avisé certains de leurs partenaires sexuels sont significativement moins nombreux à avoir eu au moins un partenaire anonyme (17,2 % c. 60,0 %, $p=0,001$) que ceux qui ne l'avaient pas déjà fait.

Tableau LIX
Type d'entente pour la notification des partenaires
selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires

Variables			Total	Partenaires pas avisés	Partenaires avisés	p
			n	n	n	
Entente : cas-index lui-même	(%)	Non	45 (70,3)	16 (45,7)	29 (100,0)	0,0001
		Oui	19 (29,7)	19 (54,3)	0 (0,0)	
Entente : santé publique	(%)	Non	63 (98,4)	34 (97,1)	29 (100,0)	ns
		Oui	1 (1,6)	1 (2,9)	0 (0,0)	
Entente : santé publique et cas-index	(%)	Non	61 (95,3)	35 (100,0)	26 (89,7)	ns
		Oui	3 (4,7)	0 (0,0)	3 (10,3)	
Entente : certains santé publique et cas-index d'autres	(%)	Non	62 (96,9)	33 (94,3)	29 (100,0)	ns
		Oui	2 (3,1)	2 (5,7)	0 (0,0)	
Partenaire anonyme	(%)	Non	38 (59,4)	14 (40,0)	24 (82,8)	0,001
		Oui	26 (40,6)	21 (60,0)	5 (17,2)	

Comme indiqué au tableau LX, 56,2 % des cas déclarent avoir eu des partenaires réguliers et ceux qui ont avisé leurs partenaires sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui n'ont pas avisé leurs partenaires à avoir eu des partenaires réguliers (82,8 % c. 34,3 %, $p=0,0001$). Bien que la majorité des cas ait eu des pratiques orales avec des partenaires réguliers, aucun n'a utilisé le condom de façon constante lors des pratiques orales. Les pratiques vaginales ont été adoptées autant par les cas ayant avisé leurs partenaires que les cas n'ayant pas avisé leurs partenaires (58,3 % c. 50,0 %). La proportion de l'usage du condom constant lors des pratiques vaginales avec ce type de partenaire est de 33,3 % chez ceux qui n'ont pas avisé leurs partenaires et de 7,1 % chez ceux qui les ont avisés. Les relations anales avec des partenaires réguliers sont rapportées dans environ 43 % des cas. L'usage constant du condom lors de ces pratiques avec ce type de partenaires est de 40,0 % chez les cas qui n'ont pas avisé leurs partenaires et de 12,5 % chez ceux qui ont avisé certains de leurs partenaires.

La proportion de cas déclarant avoir eu des partenaires occasionnels est de 34,3 % pour les cas qui n'ont pas avisé et 41,4 % pour les cas qui ont avisé certains de leurs partenaires. Avec ce type de partenaires, l'usage constant du condom lors des relations orales a été adopté uniquement par un cas parmi ceux qui ont avisé leurs partenaires. Lors des relations vaginales avec ce type de partenaires, un seul cas ayant avisé ses partenaires (20,0 %) et un seul n'ayant pas avisé ses partenaires (16,7 %) ont utilisé le condom de façon constante. Parmi les cas ayant eu des relations anales avec leurs partenaires occasionnels (environ 39 %), l'usage constant du condom lors des pratiques anales avec ce type de partenaires est de 40,0 % pour les cas qui n'ont pas avisé leurs partenaires et de 25,0 % pour les cas qui ont avisé leurs partenaires.

Tableau LX
Pratiques et usage du condom avec les partenaires réguliers et occasionnels
de la période visée selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires

Variables			Total	Partenaires pas avisés	Partenaires avisés	p
			n	n	n	
Partenaires réguliers	(%)	Non	28 (43,8)	23 (65,7)	5 (17,2)	0,000
		Oui	36 (56,2)	12 (34,3)	24 (82,8)	
o Pratiques orales	(%)	Non	4 (11,1)	2 (16,7)	2 (8,3)	ns
		Oui	32 (88,9)	10 (83,3)	22 (91,7)	
☞ Usage du condom	(%)	Jamais	27(87,1)	9 (100,0)	18 (81,8)	ns
		Occasionnellement	4 (12,9)	0 (0,0)	4 (18,2)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	16 (44,4)	6 (50,0)	10 (41,7)	ns
		Oui	20 (55,6)	6 (50,0)	14 (58,3)	
☞ Usage du condom	(%)	Jamais	10 (50,0)	2 (33,3)	8 (57,1)	ns
		Occasionnellement	7 (35,0)	2 (33,3)	5 (35,7)	
		Toujours	3 (15,0)	2 (33,3)	1 (7,1)	
o Pratiques anales	(%)	Non	20 (57,1)	7 (58,3)	13 (56,5)	ns
		Oui	15 (42,9)	5 (41,7)	10 (43,5)	
☞ Usage du condom	(%)	Jamais	6 (40,0)	1 (20,0)	5 (50,0)	ns
		Occasionnellement	5 (33,3)	2 (40,0)	3 (30,0)	
		Toujours	4 (26,7)	2 (40,0)	2 (20,0)	
Partenaires occasionnels	(%)	Non	40 (62,5)	23 (65,7)	17 (58,6)	ns
		Oui	24 (37,5)	12 (34,3)	12 (41,4)	
o Pratiques orales	(%)	Non	4 (17,4)	3 (27,3)	1 (8,3)	ns
		Oui	19 (82,6)	8 (72,7)	11 (91,7)	
☞ Usage du condom	(%)	Jamais	15 (78,9)	7 (87,5)	8 (72,7)	ns
		Occasionnellement	3 (15,8)	1 (12,5)	2 (18,2)	
		Toujours	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (9,1)	
o Pratiques vaginales	(%)	Non	12 (52,2)	5 (45,5)	7 (58,3)	ns
		Oui	11 (47,8)	6 (54,5)	5 (41,7)	
☞ Usage du condom	(%)	Jamais	6 (54,5)	4 (66,7)	2 (40,0)	ns
		Occasionnellement	3 (27,3)	1 (16,7)	2 (40,0)	
		Toujours	2 (18,2)	1 (16,7)	1 (20,0)	
o Pratiques anales	(%)	Non	14 (60,9)	7 (63,9)	7 (58,3)	ns
		Oui	9 (39,1)	4 (36,4)	5 (41,7)	
☞ Usage du condom	(%)	Jamais	3 (33,3)	1 (25,0)	2 (40,0)	ns
		Occasionnellement	3 (33,3)	2 (50,0)	1 (20,0)	
		Toujours	3 (33,3)	1 (25,0)	2 (40,0)	

En ce qui concerne les partenaires anonymes, les résultats présentés au tableau LXI montrent que ceux qui n'ont pas avisé leurs partenaires sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui en ont avisé un certain nombre, à avoir eu ce type de partenaires pendant la période visée (60,0 % c. 17,2 %, $p=0,001$). Parmi ces cas, la plupart ont eu des relations orales et dans ce contexte, le condom n'a pas été utilisé et cela, peu importe si les cas ont avisé leurs partenaires ou non. Parmi ces cas, environ 40 % ont eu des relations vaginales. Or, ceux qui n'ont pas avisé leurs partenaires ont un faible taux d'usage constant du condom lors de ces pratiques (25,0 %), alors que tous les cas ayant avisé certains de leurs partenaires rapportent un bris de condom dans le même contexte. Les deux tiers des cas n'ayant pas avisé leurs partenaires et tous les cas en ayant avisé certains ont eu des relations anales et parmi ceux-ci, 50,0 % rapportent avoir toujours utilisé le condom.

Tableau LXI
Pratiques et usage du condom avec les partenaires anonymes de la période visée
selon le fait d'avoir avisé certains des partenaires

Variables		Total	Partenaires pas avisés	Partenaires avisés	<i>p</i>
		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	
Partenaires anonymes	Non (%)	38 (59,4)	14 (40,0)	24 (82,8)	0,001
		Oui	26 (40,6)	5 (17,2)	
o Pratiques orales	Non (%)	Jamais	4 (16,7)	3 (15,0)	ns
		Occasionnellement	2 (8,3)	1 (5,0)	
		Toujours	18 (75,0)	16 (80,0)	
↻ Usage du condom	Non (%)	Jamais	20 (100)	17 (100,0)	-
		Occasionnellement	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Toujours	0 (0,0)	0 (0,0)	
		Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	
o Pratiques vaginales	Non (%)	Jamais	9 (60,0)	8 (66,7)	ns
		Occasionnellement	1 (6,7)	1 (8,3)	
		Toujours	5 (33,3)	2 (25,0)	
↻ Usage du condom	Non (%)	Jamais	2 (33,3)	2 (50,0)	ns
		Occasionnellement	1 (16,7)	1 (25,0)	
		Toujours	1 (16,7)	1 (25,0)	
		Bris de condom	2 (33,3)	0 (0,0)	
o Pratiques anales	Non (%)	Jamais	6 (33,3)	6 (37,5)	ns
		Occasionnellement	10 (55,6)	8 (50,0)	
		Toujours	2 (11,1)	2 (12,5)	
↻ Usage du condom	Non (%)	Jamais	1 (8,3)	0 (0,0)	0,05
		Occasionnellement	5 (41,7)	5 (50,0)	
		Toujours	6 (50,0)	5 (50,0)	
		Bris de condom	0 (0,0)	0 (0,0)	

5.3 Mise en œuvre

Cette section du rapport porte sur la mise en œuvre de l'intervention. Elle a pour but de répondre au second objectif de l'étude, soit, apprécier la concordance entre les activités prévues et les activités réalisées dans le cadre de l'IPPAP. Les différentes tâches de l'intervention ont été séparées par l'équipe de recherche en trois classes : les tâches jugées essentielles, importantes et accessoires à l'IPPAP. Rappelons au lecteur que cette classification des tâches repose sur le jugement émis par

les infirmières relativement à l'importance de chacune de ces tâches. Par ailleurs, de manière à donner un certain poids aux résultats décrivant la mise en œuvre, nous qualifierons, de façon totalement arbitraire, un degré de mise en œuvre $\geq 90\%$, d'excellent, entre 80 et 89 %, de très bon, entre 70 et 79 %, de moyen, entre 60 et 69 %, de passable, et $< 60\%$, d'insatisfaisant. Nous tiendrons toutefois compte dans l'interprétation de ces résultats de l'importance relative accordée par l'équipe à chaque bloc de tâches. Finalement, les résultats sont présentés dans les divers tableaux sous la colonne IPPAP complète qui comporte, pour chaque tâche, deux proportions : la première est fidèle à ce qui a été coché par les infirmières, alors que la seconde, en caractères italiques, tient compte de la classification faite pour regrouper les cas-index joints pour lesquels le N/A a été coché pour cette tâche. Ainsi, lorsque le N/A a été coché alors que la tâche devait être faite (ce que nous avons vérifié grâce à des croisements entre les variables impliquées), ces cas-index ont été intégrés à la catégorie non réalisée (ce qui signifie que ce comportement dans le cadre de l'IPPAP est **inadéquat**) alors que lorsque le N/A a été coché de façon appropriée (ce qui signifie que ce comportement dans le cadre de l'IPPAP est **adéquat** puisque la tâche n'avait pas à être réalisée), la mise en œuvre a été calculée uniquement sur l'effectif des cas-index pour lesquels la situation s'appliquait (voir section 4.6.2 pour davantage d'explications).

5.3.1 DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES CAS-INDEX

5.3.1.1 Mise en œuvre détaillée de l'information et de l'enquête auprès du médecin

Les prochaines descriptions portent toujours uniquement sur les 69 cas qui ont complété l'IPPAP. Le tableau LXII montre que pour la quasi-totalité des cas-index (97,1 %), le questionnaire d'enquête épidémiologique a été rempli avec le médecin. Dans la grande majorité des cas (92,8 %), l'infirmière a fourni au médecin l'information concernant l'IPPAP à faire auprès du cas-index et le questionnaire d'enquête épidémiologique a été rempli avec le médecin pour 67 des 69 cas joints par la suite par les infirmières (97,1 %). On peut donc parler ici d'un excellent degré de mise en œuvre.

Tableau LXII
Mise en œuvre détaillée de l'information et de l'enquête auprès du médecin

Variables	9		IPPAP complète n		
Appeler le médecin traitant	E	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)
			En partie	1 (1,4)	1 (1,4)
			Oui	68 (98,6)	68 (98,6)
			N/A**	0 (0,0)	-
Fournir de l'information au médecin sur l'IPPAP offerte au patient ou prendre une entente concernant l'IPPAP	E	(%)	Non	5 (7,2)	5 (7,2)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	64 (92,8)	64 (92,8)
			N/A**	0 (0,0)	-
Remplir le questionnaire d'enquête épidémiologique	E	(%)	Non	0 (0,0)	1 (1,4)
			En partie	1 (1,4)	1 (1,4)
			Oui	67 (97,1)	67 (97,1)
			N/A**	1 (1,4)	-

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

⁹ E : tâches essentielles; I : tâches importantes ; A : tâches accessoires

5.3.1.2 Mise en œuvre des tâches relatives à l'information et à l'enquête auprès des cas-index

Tel qu'illustré au tableau LXIII, plusieurs tâches liées à l'information et l'enquête auprès des cas-index qui ont complété l'IPPAP ont été réalisées de manière très systématique, soit pour 90 % des cas ou plus. L'explication au cas-index de la façon dont l'information à son sujet a été obtenue (97,1 %) et relativement aux objectifs poursuivis par l'intervention (95,7 %) a été faite dans plus de 95 % des cas, alors que l'explication du maintien de la confidentialité a été réalisée, mais dans une moindre proportion (92,8 %). Malgré que les infirmières aient jugé accessoire de fournir l'occasion au cas-index d'exprimer ses sentiments, 95,7 % ont pu le faire. Aussi, les vérifications de l'observance au traitement, de la disparition des symptômes et du risque de réinfection ont été réalisées pour la majorité des cas-index (100,0 %, 98,4 %, 100,0 %). La recommandation concernant la visite de contrôle a été faite dans une proportion de manière adéquate dans 95,1 % des cas (58/61). Une forte proportion des questionnaires sur les facteurs de risque a aussi été complétée (98,6 %). Il s'agit aussi ici d'un degré de mise en œuvre jugé excellent.

Tableau LXIII
Mise en œuvre des tâches liées à l'information (enquête)
auprès des cas-index (implantation égale ou supérieure à 90 %)

Variables			IPPAP complète n		
Expliquer comment l'information à son sujet a été obtenue (déclaration obligatoire de l'ITS en cause)	E	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)
			En partie	2 (2,9)	2 (2,9)
			Oui	67 (97,1)	67 (97,1)
			N/A**	0 (0,0)	-
Expliquer les objectifs poursuivis (compléter l'enquête et s'assurer que les partenaires soient évalués et traités)	E	(%)	Non	0 (0,0)	1 (1,4)
			En partie	2 (2,9)	2 (2,9)
			Oui	66 (95,7)	66 (95,7)
			N/A**	1 (1,4)	-
Expliquer comment la confidentialité sera respectée (son nom ne sera pas dévoilé aux partenaires par le service de soutien)	E	(%)	Non	1 (1,4)	4 (5,7)
			En partie	1 (1,4)	1 (1,4)
			Oui	64 (92,8)	64 (92,8)
			N/A**	3 (4,3)	-
Fournir l'occasion pour qu'il puisse exprimer ses sentiments (déception, perte de confiance, culpabilité, inquiétudes, etc.)	A	(%)	Non	1 (1,4)	2 (2,8)
			En partie	1 (1,4)	1 (1,4)
			Oui	66 (95,7)	66 (95,7)
			N/A**	1 (1,4)	-
Vérifier l'observance au traitement et au suivi recommandé par le médecin	E	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	69 (100,0)	69 (100,0)
			N/A**	0 (0,0)	-
Vérifier la disparition des symptômes	E	(%)	Non	1 (1,4)	1 (1,6)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	60 (87,0)	60 (98,4)
			N/A*	8 (11,6)	-
Vérifier le risque de réinfection	E	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	69 (100,0)	69 (100,0)
			N/A**	0 (0,0)	-
Recommander une visite de contrôle si :	E	(%)	Non	3 (4,3)	3 (4,9)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
				Oui	58 (84,1)
			N/A*	8 (11,6)	-
			o symptômes persistent ;		
o résistance au traitement a été documentée ;					
o observance du traitement est mise en doute ;					
o cas-index a été réexposé à un partenaire non ou partiellement traité ;					
o infection a été détectée chez femme enceinte/enfant ;					
o une atteinte inflammatoire pelvienne diagnostiquée ;					
o un antécédent d'échec au traitement est documenté					
Remplir le questionnaire sur les facteurs de risque	E	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)
			En partie	1 (1,4)	1 (1,4)
			Oui	68 (98,6)	68 (98,6)
			N/A**	0 (0,0)	-

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

Tableau LXIV
Mise en œuvre des tâches liées à l'information (enquête)
auprès des cas-index (implantation à moins de 90 %)

Variables				IPPAP complète n
Fournir des informations générales sur l'infection incluant les risques de complications en l'absence de traitement	E	(%)	Non	4 (5,8) 5 (7,2)
			En partie	5 (7,2) 5 (7,2)
			Oui	59 (85,5) 59 (85,5)
			N/A**	1 (1,4) -
Rappeler que la transmission est possible tant que le traitement n'est pas complété ou jusqu'à 7 jours après l'administration d'un traitement unidose	E	(%)	Non	7 (10,1) 9 (13,0)
			En partie	3 (4,3) 3 (4,3)
			Oui	57 (82,6) 57 (82,6)
			N/A**	2 (2,9) -
Vérifier l'accès aux médicaments gratuits	A	(%)	Non	24 (34,8) 25(36,2)
			En partie	1 (1,4) 1 (1,4)
			Oui	43 (62,3) 43 (62,3)
			N/A**	1 (1,4) -
Fournir les informations sur le programme de gratuité pour le traitement ITS	A	(%)	Non	23 (33,3) 25(36,2)
			En partie	1 (1,4) 1 (1,4)
			Oui	43 (62,3) 43 (62,3)
			N/A**	2 (2,9) -

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

Certaines tâches liées à l'information et à l'enquête auprès des cas-index ont été réalisées de façon moins systématique, soit pour moins de 90 % des cas (tableau LXIV). En dépit du fait que fournir des informations générales sur l'ITS et rappeler que la transmission est possible pendant le traitement ait été reconnues comme des tâches essentielles à la notification des partenaires, elles n'ont pas été mises en œuvre auprès de tous les cas (dans 85,5 % et 82,6 % respectivement), ce que l'on qualifie tout de même de très bonne mise en œuvre. Les tâches jugées accessoires n'ont pas été réalisées dans de fortes proportions. En effet, la vérification de l'accès aux médicaments gratuits (62,3 %) et l'information sur le programme de gratuité des médicaments pour les ITS (62,3 %) sont des tâches qui ont été réalisées auprès de moins des deux tiers des cas-index joints, pour une mise en œuvre jugée passable.

5.3.1.3 Mise en œuvre des tâches relatives aux conseils préventifs auprès des cas-index

En ce qui concerne les tâches liées aux conseils préventifs, la documentation des principales pratiques sexuelles (98,6 %), l'information sur les pratiques sexuelles à risque réduit (95,7 %) et la révision des méthodes barrières (97,1 %), elles ont été systématiquement mises en œuvre (excellente mise en œuvre).

Tableau LXV
Mise en œuvre des tâches liées aux conseils préventifs auprès des cas-index
implantation égale ou supérieure à 90 %)

Variables			IPPAP complète n		
Documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui leur sont associés	E	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)
			En partie	1 (1,4)	1 (1,4)
			Oui	68 (98,6)	68 (98,6)
			N/A**	0 (0,0)	-
Informé sur les pratiques sexuelles à risque réduit	I	(%)	Non	2 (2,9)	3 (4,3)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	66 (95,7)	66 (95,7)
			N/A**	1 (1,4)	-
Réviser et évaluer l'utilisation des méthodes barrières: o Utilisation systématique et régulière du condom; o Mode d'emploi du condom; o Information sur les méthodes de contraception au besoin; o Protection pilule-condom	E	(%)	Non	1 (1,4)	2 (2,8)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	67 (97,1)	67 (97,1)
			N/A**	1 (1,4)	-

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

En revanche, tel que l'indique le tableau LXVI, il semble que la majorité des tâches qui concernent les conseils préventifs aient été implantées pour moins de 90 % des cas. Pour 88,4 % des cas-index qui ont complété l'IPPAP, le contexte de rencontre des partenaires a été clarifié, la motivation à changer de comportements a été remise en question et la pertinence du dépistage des ITS a été discutée, ce qui est tout de même très bon au niveau de la mise en œuvre. Les obstacles à la prévention ont été cernés et des moyens pour les surmonter ont été proposés de façon complète aux trois quarts des cas-index joints (72,5 %) alors que ces aspects n'ont pas été abordés du tout auprès de 20,2 % d'entre eux. On peut donc qualifier la mise en œuvre de moyenne sur ces dernières tâches.

Tableau LXVI
Mise en œuvre des tâches liées aux conseils préventifs
auprès des cas-index (implantation à moins de 90 %) (suite)

Variables			IPPAP complète n		
Discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risques identifiés	E	(%)	Non	5 (7,2)	7(10,1)
			En partie	1 (1,4)	1 (1,4)
			Oui	61 (88,4)	61 (88,4)
			N/A**	2 (2,9)	-
Au besoin, donner de l'information sur la réduction des méfaits (ex. : le programme d'échange de seringue)	I	(%)	Non	5 (7,2)	5 (71,4)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	2 (2,9)	2 (28,6)
			N/A*	62 (89,9)	-

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

5.3.1.4 Mise en œuvre des tâches relatives à l'information sur la vaccination auprès des cas-index

En ce qui concerne les tâches relatives à la vaccination (tableau LXVII), la vérification des indications pour les vaccins contre les hépatites A et B a été faite pour la majorité des cas-index (95,7 %), ce qui est excellent. Il a été possible de vérifier le calendrier de vaccination dans seulement 33,3 % des cas, performance pouvant être qualifiée d'insatisfaisante. Ce jugement est toutefois à nuancer puisque cette tâche est très dépendante du patient lui-même plutôt que de l'infirmière.

Tableau LXVII
Mise en œuvre des tâches liées à l'information sur la vaccination auprès des cas-index

Variables			IPPAP complète n		
Vérifier les indications à la vaccination contre les hépatites A et B	I	(%)	Non	3 (4,3)	3 (4,3)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	66 (95,7)	66 (95,7)
			N/A**	0 (0,0)	-
Vérifier le calendrier de vaccination et référer s'il y a lieu	A	(%)	Non	45 (65,2)	45 (65,2)
			En partie	1 (1,4)	1 (1,4)
			Oui	23 (33,3)	23 (33,3)
			N/A**	0 (0,0)	-

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

5.3.1.5 Mise en œuvre des tâches liées à l'offre de soutien à la NOPA auprès des cas-index

Comme montrée au tableau LXVIII, une seule tâche en lien avec la notification des partenaires a été pleinement réalisée : pour tous les cas, l'étendue de la période d'incubation a été établie (100,0 %), ce qui a permis d'identifier les partenaires à joindre. Il est à noter que trois cas-index avaient déjà avisé tous leurs partenaires (information donnée au journal de bord). D'autre part, la liste des partenaires à joindre a été dressée de façon complète pour 84,9 % des cas-index et les infirmières ont offert à la majorité (87,0 %) des cas-index de leur faire parvenir de la documentation pertinente. Outre, ces tâches dont le degré de mise en œuvre est d'excellent à très bon, l'intensité de la mise en œuvre sur les autres tâches relatives à la NoPa est extrêmement variable.

Tableau LXVIII
Mise en œuvre des tâches liées à l'offre de soutien à la NOPA auprès des cas-index

Variables				IPPAP complète N	
Déterminer l'étendue de la période pour l'identification des partenaires à rejoindre	E	(%)	Non	0 (0,0)	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	69 (100,0)	69 (100,0)
			N/A**	0 (0,0)	-
Dresser une liste des partenaires à joindre	E	(%)	Non	9 (13,0)	9 (13,6)
			En partie	1 (1,4)	1 (1,5)
			Oui	56 (81,2)	56 (84,9)
			N/A*	3 (4,3)	-
Clarifier qui devra joindre chacun des partenaires (elle-même ou le service de soutien)	E	(%)	Non	17 (24,6)	17 (25,8)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	49 (71,0)	49 (74,2)
			N/A*	3 (4,3)	-
Obtenir les coordonnées des partenaires que le service de soutien devra joindre	E	(%)	Non	2 (2,9)	2 (33,4)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	4 (5,8)	4 (66,6)
			N/A*	63 (91,3)	-
Vérifier l'information qu'elles donneront à leurs partenaires	I	(%)	Non	18 (26,1)	18 (69,2)
			En partie	1 (1,4)	1 (3,8)
			Oui	7 (10,1)	7 (25,0)
			N/A*	43 (62,3)	-
Préciser la réaction attendue des partenaires et ce qu'ils devraient faire s'ils ont besoin d'aide	I	(%)	Non	18 (26,1)	18 (85,7)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	3 (4,3)	3 (14,3)
			N/A*	48 (69,6)	-
Offrir de leur faire parvenir les documents pertinents	I	(%)	Non	8 (11,6)	9 (13,0)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	60 (87,0)	60 (87,0)
			N/A**	1 (1,4)	-
Offrir un suivi (partenaires avisés par le patient)	E	(%)	Non	31 (49,3)	31 (66,0)
			En partie	0 (0,0)	0 (0,0)
			Oui	16 (23,2)	16 (34,0)
			N/A*	19 (27,5)	-

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

Plusieurs tâches ont été accomplies; de manière moyenne à insatisfaisante (tableau LXVIII), pour les trois quarts des cas-index (74,2 %), le type d'entente a été clarifié (c'est-à-dire qu'on a été en mesure de déterminer pour chacun des partenaires, qui devait joindre qui). Pour 4 cas-index sur 6 (66,6 %) qui avaient demandé à ce que la santé publique joigne les partenaires, les coordonnées de ces derniers ont été obtenues. Pour le quart des cas pour lesquels cette situation s'appliquait,

l'information à donner aux partenaires a été vérifiée (7/26, soit 25,0 %) et la réaction attendue des partenaires a été explorée pour 14,3 % des cas (3/21). Le tiers des cas pour lesquels la situation s'appliquait ont reçu une offre de suivi (pour les partenaires joints par le cas-index) (34,0 %).

5.3.1.6 Mise en œuvre des tâches relatives à la fin de l'intervention auprès des cas-index

Les infirmières ont recueilli les commentaires des cas-index concernant les services reçus auprès des trois quarts d'entre eux (75,4 %) (tableau LXIX).

Tableau LXIX
Mise en œuvre des tâches liées à la fin de l'intervention auprès des cas-index

Variables				IPPAP complète n	
Recueillir les commentaires concernant le service reçu	A	(%)	Non	14 (20,3)	15(21,7)
			En partie	2 (2,9)	2 (2,9)
			Oui	52 (75,4)	52 (75,4)
			N/A**	1 (1,4)	-

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

5.3.2 DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES PARTENAIRES ASYMPTOMATIQUES

5.3.2.1 Mise en œuvre des tâches relatives à l'information et à l'enquête auprès des partenaires asymptomatiques

Neuf partenaires asymptomatiques de cas-index ont été répertoriés; toutefois, l'information concernant la mise en œuvre est connue seulement pour 3 partenaires (3 partenaires non joints, coordonnées non disponibles) et la section documentant ces tâches est manquante pour les trois autres). Pour ce qui est de l'information et de l'enquête auprès de ces partenaires asymptomatiques (tableau LXX), les tâches suivantes ont été réalisées dans tous les cas (3/3) : expliquer au partenaire comment l'information à son sujet a été obtenue, expliquer les objectifs poursuivis, fournir des informations générales sur l'infection, fournir l'occasion au cas-index d'exprimer ses sentiments et lui rappeler la possibilité de transmission pendant le traitement. Certaines tâches ont été accomplies auprès de deux partenaires sur trois : expliquer comment la confidentialité serait respectée, recommander une visite médicale pour l'évaluation et le traitement et donner de l'information sur le programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS.

Tableau LXX
Mise en œuvre des tâches liées à l'information (enquête)
auprès des partenaires asymptomatiques

Variables			Total	
			n	
Expliquer comment l'information à son sujet a été obtenue (déclaration obligatoire de l'ITS en cause)	E	(%)	Non	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	3 (100,0)
			N/A**	0 (0,0)
Expliquer les objectifs poursuivis (compléter l'enquête et s'assurer que les partenaires soient évalués et traités)	E	(%)	Non	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	3 (100,0)
			N/A**	0 (0,0)
Expliquer comment la confidentialité sera respectée (son nom ne sera pas dévoilé aux partenaires par le service de soutien)	E	(%)	Non	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	2 (66,7)
			N/A**	1 (33,3)
Fournir des informations générales sur l'infection incluant les risques de complications en l'absence de traitement	E	(%)	Non	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	3 (100,0)
			N/A**	0 (0,0)
Fournir l'occasion pour qu'il puisse exprimer ses sentiments (déception, perte de confiance, culpabilité, inquiétudes, etc.)	A	(%)	Non	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	3 (100,0)
			N/A**	0 (0,0)
Recommander une visite médicale pour l'évaluation et le traitement	E	(%)	Non	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	2 (66,7)
			N/A**	1 (33,3)
Fournir les informations sur le programme de gratuité pour le traitement ITS	A	(%)	Non	1 (33,3)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	2 (66,7)
			N/A**	0 (0,0)
Rappeler que la transmission est possible tant que le traitement n'est pas complété ou jusqu'à 7 jours après l'administration d'un traitement unidose	E	(%)	Non	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	3 (100,0)
			N/A**	0 (0,0)

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

5.3.2.2 Mise en œuvre des tâches relatives aux conseils préventifs auprès des partenaires asymptomatiques

La tâche liée aux conseils préventifs pour les partenaires asymptomatiques des cas-index qui a été réalisée auprès de tous les partenaires asymptomatiques joints (3/3) est la révision et l'évaluation de l'utilisation des méthodes barrières. Deux partenaires sur trois ont profité d'une discussion sur la pertinence du dépistage des ITS et sur les pratiques sexuelles à risque réduit. On a aussi documenté les principales pratiques sexuelles à risque et vérifié la motivation à changer de comportement

auprès de deux partenaires sur trois. Les infirmières ont cerné les obstacles à la prévention auprès d'un partenaire. Elles n'ont pas été en mesure de discuter du contexte de rencontre sexuelle avec aucun des partenaires joints (tableau LXXI).

Tableau LXXI
Mise en œuvre des tâches liées aux conseils préventifs
auprès des partenaires asymptomatiques

Variables				Total N
Discuter du contexte de rencontre des partenaires (ex. anonymat, alcool et drogues etc.)	I	(%)	Non	3 (100,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	0 (0,0)
			N/A**	0 (0,0)
Documenter les principales pratiques sexuelles de la personne et les niveaux de risque qui leur sont associés	E	(%)	Non	0 (0,0)
			En partie	1 (33,3)
			Oui	2 (66,7)
			N/A**	0 (0,0)
Vérifier sa motivation à changer ses comportements à risque	A	(%)	Non	1 (33,3)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	2 (66,7)
			N/A**	0 (0,0)
Informar sur les pratiques sexuelles à risque réduit	I	(%)	Non	1 (33,3)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	2 (66,7)
			N/A**	0 (0,0)
Réviser et évaluer l'utilisation des méthodes barrières : o Utilisation systématique et régulière du condom ; o Mode d'emploi du condom ; o Information sur les méthodes de contraception au besoin ; o Protection pilule-condom	E	(%)	Non	0 (0,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	3 (100,0)
			N/A**	0 (0,0)
Cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter	A	(%)	Non	1 (33,3)
			En partie	1 (33,3)
			Oui	1 (33,3)
			N/A**	0 (0,0)
Discuter de la pertinence du dépistage des ITSS selon les risques identifiés	E	(%)	Non	1 (33,3)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	2 (66,7)
			N/A**	0 (0,0)
Au besoin, donner de l'information sur la réduction des méfaits (ex. : le programme d'échange de seringue)	I	(%)	Non	1 (33,3)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	0 (0,0)
			N/A*	2 (66,7)

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

5.3.2.3 Mise en œuvre des tâches relatives à l'information sur la vaccination auprès des partenaires asymptomatiques

Comme indiqué au tableau LXXII, les éléments liés à la vaccination ont été peu abordés auprès des partenaires des cas-index. La vérification des indications à la vaccination a été faite pour un partenaire alors que la vérification du calendrier n'a pas été réalisée.

Tableau LXXII
Mise en œuvre des tâches liées à l'information sur la vaccination
auprès des partenaires asymptomatiques

Variables			Total n	
Vérifier les indications à la vaccination contre les hépatites A et B	I	(%)	Non	2 (66,7)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	1 (33,3)
			N/A**	0 (0,0)
Vérifier le calendrier de vaccination et référer s'il y a lieu	A	(%)	Non	3 (100,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	0 (0,0)
			N/A*	0 (0,0)

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

5.3.2.4 Mise en œuvre des tâches relatives au suivi sur les résultats de la démarche auprès des partenaires asymptomatiques.

Finalement, les résultats du tableau LXXIII liés au suivi à la suite de la démarche montrent que ces tâches n'ont pas été effectuées de façon systématique avec les partenaires asymptomatiques des cas-index. En effet, les dates de l'évaluation médicale et de traitement ainsi que le nom du médecin traitant ont été obtenus pour seulement 2 partenaires. Les infirmières n'ont vérifié l'accès aux médicaments gratuits auprès d'aucun partenaire.

Tableau LXXIII
Mise en œuvre des tâches liées au suivi sur les résultats de la démarche
auprès des partenaires asymptomatiques

Variables			Total n	
Obtenir la date de l'évaluation médicale	E	(%)	Non	1 (33,3)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	2 (66,7)
			N/A**	0 (0,0)
Obtenir la date du traitement et le nom du médecin traitant	E	(%)	Non	1 (33,3)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	2 (66,7)
			N/A**	0 (0,0)
Vérifier l'accès aux médicaments gratuits	A	(%)	Non	3 (100,0)
			En partie	0 (0,0)
			Oui	0 (0,0)
			N/A**	0 (0,0)

* adéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on ne devait pas la faire);

** inadéquat (la tâche n'a pas été faite et l'on devait la faire).

5.3.3 MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION

Comme expliqué à la section 4.6.3 de la méthodologie, un score global de mise en œuvre a été calculé de manière à mieux qualifier le degré de concordance entre l'IPPAP telle que planifiée et l'IPPAP telle que réalisée.

5.3.3.1 Mise en œuvre de l'intervention auprès des cas-index

Tel qu'illustré au tableau LXXIV, quand on considère uniquement les cas-index, qui ont complété l'IPPAP, l'intervention auprès des médecins des cas-index a été réalisée de façon adéquate dans une proportion de 96,6 %, ce que l'on qualifie d'excellent degré de mise en œuvre puisque la concordance entre l'intervention telle que planifiée et celle telle que réalisée est très forte.

De façon générale, l'intervention auprès des cas-index qui ont complété l'IPPAP a été réalisée avec un degré de mise en œuvre moyen de 85,5 %, ce qui est jugé très bon. De façon plus précise, les tâches considérées comme essentielles à l'IPPAP ont un score de 91,1 %; la mise en œuvre est donc jugée excellente sur ce point. Les tâches considérées comme importantes (mais non essentielles) ont un score moyen de 85,0 %, ce qui est très bon. Celles qui étaient jugées accessoires ont été implantées à 73,2 %, pour une mise en œuvre qualifiée de moyenne.

Tableau LXXIV
Mise en œuvre de l'intervention auprès des cas-index

Variables		Total	Enquête épidémiologique	IPPAP complète
Score des tâches pour intervention avec le médecin	(%)	71,68	0,00	96,62
Score total des tâches IPPAP	(%)	63,41	0,00	85,46
Score des tâches essentielles IPPAP	(%)	67,56	0,00	91,06
Score des tâches importantes IPPAP	(%)	63,08	0,00	85,02
Score des tâches accessoires IPPAP	(%)	54,30	0,00	73,19

5.3.3.2 Mise en œuvre de l'intervention auprès des partenaires des cas-index

En ce qui concerne les partenaires des cas-index (n=9), rappelons que l'information est disponible, pour trois d'entre eux seulement (tableau LXXV). Après de ces partenaires, l'IPPAP a été faite avec un degré de mise en œuvre général de 63,6 %, ce qui est jugé passable. Toutefois, le score des tâches jugées essentielles s'élève à 75,8 %, pour une mise en œuvre qualifiée de moyenne. Les tâches jugées importantes n'ont que 33,3 % de degré de mise en œuvre, alors que les tâches jugées accessoires ont été complétées à 58,3 %, ce qui, dans les deux cas, est jugé insatisfaisant.

Tableau LXXV
Mise en œuvre de l'intervention auprès des partenaires des cas-index

Variables		Total n
Score total des tâches IPPAP	(%)	63,64
Score des tâches essentielles IPPAP	(%)	75,76
Score des tâches importantes IPPAP	(%)	33,33
Score des tâches accessoires IPPAP	(%)	58,33

5.4 Facteurs ayant modulé la mise en œuvre de l'IPPAP

De manière à étoffer l'analyse des facteurs expliquant un certain écart entre l'IPPAP telle que planifiée et l'IPPAP telle que réalisée, il semblait légitime d'explorer dans quelle mesure les tâches avaient été réalisées davantage auprès de certaines populations ou dans certains contextes. Aussi, toutes les tâches prévues à l'IPPAP ont été analysées chez les hommes, puis chez les femmes, selon l'ITS déclarée. Par la suite, parmi les cas-index de gonorrhée, les variations selon le sexe ont été mises en relief. Compte tenu de l'importance de l'orientation sexuelle quand il s'agit de discuter des cas de gonorrhée masculins, les différences entre les hommes hétérosexuels et les hommes homosexuels ont été relevées. Finalement, il semblait probable que l'intervention varie, selon le fait que le cas-index ait déjà avisé certains de ses partenaires ou aucun, ce qui a été vérifié. En fait, très peu de variations peuvent être décelées à la suite de ces analyses. Soit que la taille de l'échantillon n'ait pas permis de relever ces différences, soit que l'IPPAP ait été implantée de façon assez uniforme auprès de tous et toutes, peu importe le contexte.

5.4.1 FACTEURS IDENTIFIÉS SOUS LE VOLET QUANTITATIF

5.4.1.1 Variations de la mise en œuvre chez les cas-index de sexe masculin, selon l'ITS

Lorsque l'on compare la mise en œuvre de l'intervention selon l'ITS chez les cas-index de sexe masculin, on observe quelques rares différences significatives entre les cas de syphilis et de gonorrhée. Les médecins des cas-index de syphilis sont plus nombreux à ne pas avoir reçu d'information de la part de l'infirmière sur le service qui serait offert à leur patient (cas-index majeur) ou à avoir pris une entente avec elle sur le service qui serait offert à leur patient (cas-index mineur) (17,6 % c. 0,0 %, $p=0,007$). Rappelons que plus de la moitié des cas de syphilis ont eu comme lieu de consultation un endroit à l'extérieur de la Montérégie, contexte où il est plus difficile pour l'infirmière d'informer le médecin et de prendre ce type d'entente. D'autre part, les cas-index de syphilis sont proportionnellement plus nombreux à s'être vu offrir un suivi par les infirmières de santé publique dans le cas où ils voulaient aviser eux-mêmes certains de leurs partenaires (70,6 % c. 41,0 %, $p=0,04$).

5.4.1.2 Variations de la mise en œuvre chez les cas-index de sexe féminin, selon l'ITS

Comme très peu de femmes ont eu la syphilis, il est impossible de faire des comparaisons de nature statistique. On remarque toutefois que pour une des deux femmes qui ont eu la syphilis, il a été impossible de compléter l'enquête épidémiologique. C'est là la seule variation observée.

5.4.1.3 Variations de la mise en œuvre chez les cas-index de gonorrhée selon le sexe

Pour ce qui est de la mise en œuvre de l'intervention chez les cas-index de gonorrhée selon le sexe, il semble que les femmes soient proportionnellement moins nombreuses que les hommes à avoir eu des explications concernant les objectifs poursuivis par l'intervention (ces objectifs étant de compléter l'enquête et de s'assurer que les partenaires soient évalués et traités) (81,8 % c. 100,0 %, $p=0,007$). Aucune autre différence significative n'est observée.

5.4.1.4 Variations de la mise en œuvre chez les cas-index de gonorrhée de sexe masculin, selon l'orientation sexuelle

Quant à la mise en œuvre de l'intervention chez les cas de gonorrhée de sexe masculin selon l'orientation sexuelle, il semble que les hommes hétérosexuels sont proportionnellement moins

nombreux que les HARSAH à avoir reçu de l'information sur les pratiques sexuelles à risque réduit (84,6 % c. 100 %, $p=0,04$). D'autre part, les coordonnées des partenaires que le service de soutien devait joindre ont été obtenues auprès de tous les HARSAH (100,0 %), alors qu'elles ont été obtenues auprès de 84,6 % des hommes hétérosexuels seulement ($p=0,04$). Aucune autre différence significative ne permet de distinguer l'intervention auprès des cas-index de gonorrhée selon l'orientation sexuelle.

5.4.1.5 Variations de la mise en œuvre chez les cas-index selon le fait d'avoir déjà avisé ou non leurs partenaires

Il y a plusieurs différences significatives entre les cas-index qui avaient avisé certains ou tous leurs partenaires et les autres. En effet, ceux qui ont déjà avisé certains de leurs partenaires sont plus nombreux à avoir été informés que la transmission est possible tant que le traitement n'est pas complété ou jusqu'à 7 jours après l'administration d'un traitement unidose (93,1 % c. 74,3 %, $p=0,05$). Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à avoir été questionnés afin de dresser une liste des partenaires à rejoindre (96,6 % c. 77,1 %, $p=0,03$), à avoir été questionnés sur l'information qu'ils donneront à leurs partenaires (100,0 % c. 60,0 %, $p=0,001$), sur la réaction à laquelle ils s'attendent de leurs partenaires et à avoir été informés sur ce qu'ils devraient faire s'ils ont besoin d'aide en ce qui concerne la NoPa (100,0 % c. 48,6 %, $p=0,001$).

De façon plus globale, les cas-index qui avaient déjà avisé leurs partenaires ont un score plus élevé de mise en œuvre relativement aux tâches jugées importantes (93,68 c. 79,52, $p=0,001$) que celui observé chez les cas-index qui n'avaient pas encore avisé leurs partenaires. Aucune autre différence significative n'est observée entre ces deux groupes en ce qui concerne le degré de mise en œuvre des tâches jugées essentielles ou accessoires.

5.4.2 FACTEURS IDENTIFIÉS SOUS LE VOLET QUALITATIF

De manière à dégager les résultats importants relatifs à l'analyse des journaux de bord, ils ont été résumés sous forme de tableaux où le lecteur trouvera dans la colonne de gauche les énoncés qui regroupent divers commentaires relatifs aux dimensions étudiées et, dans les colonnes de droite, la fréquence d'occurrence de ces énoncés dans les journaux de bord (au nombre de 98, chacun relatant une interaction), en fonction du degré de mise en œuvre de l'intervention qui y est calculé auprès de chaque cas rejoint. L'objectif de cette classification des énoncés selon le degré de mise en œuvre (90 % et plus, moins de 90 % ou refus du cas de participer) était de mettre en relief des situations, événements, facteurs davantage liés à une meilleure mise en œuvre ou à une mise en œuvre plus faible.

Dans les faits, il semble que les journaux de bord aient davantage été détaillés au début de la période d'observation et lorsque la mise en œuvre était moindre (moins de 90 %), ce qui renseigne davantage sur les facteurs ayant influé à la baisse cette même mise en œuvre. Les résultats semblent toutefois peu convaincants et relativement peu discriminants en ce qui concerne l'intensité de la mise en œuvre.

5.4.2.1 Facteurs liés au rôle de l'infirmière ayant modulé la mise en œuvre de l'intervention

Selon le modèle McGill, (Sauvé et Paquette-Desjardins, 2002) qui a été privilégié pour l'analyse qualitative du journal de bord, le rôle de l'infirmière se traduit par l'élaboration d'activités d'apprentissage avec le client en fonction de ses besoins. Les réponses recueillies dans les journaux

de bord concernant le rôle de l'infirmière se séparaient en deux catégories : le savoir-faire et le savoir-être. Sur le savoir faire, les infirmières se disaient, de manière générale, à l'aise avec le counseling, même dans les cas où le degré de mise en oeuvre était plus faible (tableau LXXVI). Les rares obstacles mentionnés liés au counseling sont très circonstanciels et isolés : dans un cas, elles ont dû aviser le patient d'un autre test d'ITS positif, dans l'autre, la nécessité de poser des questions fermées s'est imposée parce que le patient n'était pas seul. Dans une seule situation, on mentionne le manque d'aisance à l'égard du counseling, mais plutôt au début de l'implantation de l'IPPAP. L'analyse des commentaires laisse croire que les infirmières, sur le plan du savoir-faire, ont eu plus de difficultés avec les HARSAH qu'avec les autres personnes. Pour ce qui est du savoir-être, elles se sont senties, à de rares moments, surprises ou bousculées à cause des réactions des cas-index, dans les cas de refus principalement. De façon générale, elles ont exprimé avoir une attitude plus ouverte avec les femmes hétérosexuelles.

Finalement, au moins la moitié des journaux de bord complétés par les infirmières indique qu'elles n'ont eu aucune difficulté particulière en ce qui concerne leur rôle et ce commentaire revient deux fois plus souvent dans le contexte où le degré de mise en oeuvre fut égal ou supérieur à 90 %.

Tableau LXXVI
Facteurs liés au rôle de l'infirmière ayant modulé la mise en oeuvre de l'intervention

Facteurs	Degré de mise en oeuvre de l'intervention		
	90 % et plus	Moins de 90 %	Refus
Savoir-faire			
Aisance avec le counseling	3	2	
Avis patient(e) autre résultat positif	1		
Obligation poser questions fermées		1	1
Manque d'aisance avec counseling		1	
Savoir être			
Surprise		1	1
Sentiment d'être bousculée			1
Pas de difficulté	30	14	3

5.4.2.2 Facteurs liés au patient ayant modulé la mise en oeuvre de l'intervention

Compte tenu du nombre d'énoncés plus élevés dans la colonne de mise en oeuvre de moins de 90 %, il semble y avoir plusieurs facteurs liés au patient qui auraient modulé la mise en oeuvre de l'intervention. Comme indiqué au tableau LXXVII, de façon générale, les infirmières ont noté plus de bonnes collaborations que de mauvaises, même lorsque la mise en oeuvre a été inférieure à 90 %. Cependant, dans quelques cas, une attitude moins favorable du cas-index s'exprimant soit : par de la gêne, de la résistance ou du désintéressement, a rendu la collaboration plus difficile ou accompagné un refus. Selon les commentaires analysés, les HARSAH sont ceux qui ont le mieux collaboré à l'IPPAP, malgré la difficulté plus élevée exprimée par les infirmières à l'égard de leur rôle sur le plan du savoir-faire. En revanche, les patients plus expéditifs avaient tendance à être des hommes et à avoir refusé de participer à l'étude.

Tableau LXXVII
Facteurs liés au patient ayant modulé la mise en œuvre de l'intervention

Facteurs	Degré de mise en œuvre de l'intervention		
	90 % et plus	Moins de 90 %	Refus
<i>Collaboration</i>			
Bonne collaboration	3	8	4
Réceptive)		2	
Mauvaise collaboration		2	2
Expéditive)			3
<i>Gravité de la maladie, inquiétude</i>		2	
<i>Sentiments</i>		4	
Déception face à soi-même	1		
Colère due à infidélité			1
Surprise		2	
Gêne avec le sujet		1	
Négation mode de transmission		1	1
<i>Craintes</i>	2		
Être reconnu(e)		1	
Représailles	1		
Traitement et suivi		1	
<i>Croyances/connaissances sur maladie</i>			
Informé(e): internet		2	
Informé(e): médecins et recherches		1	
Demande documents		2	
Peu informé(e), veut apprendre		1	
<i>Croyances/connaissances transmission</i>			
Méconnaissance transmission orale	1	7	
<i>Croyances/attitudes à l'égard de la prévention</i>			
Veut apprendre		1	
Importance accordée au condom	1		
Intérêt pour la vaccination (A et B)		1	
Informé(e) sur la prévention		1	
Pratiques à risque/ veut pas changer		1	
<i>Questions</i>			
Pose des questions	1	2	1
Pas de difficulté	25	10	

Dans l'ensemble, les infirmières ont peu noté les sentiments et les craintes exprimés par les cas joints. Lorsqu'elles ont formulé des commentaires à ce propos, plus souvent dans le contexte d'une mise en oeuvre inférieure à 90 %, elles ont mis en relief le fait que les HARSAH sont ceux qui ont davantage exprimé leurs sentiments relativement à leur état infectieux tandis que les femmes hétérosexuelles ont davantage exprimé leurs craintes à l'égard de la NoPa. La plupart des craintes soulevées par les patients étaient liées à la réaction possible de leurs partenaires (représailles) alors que les sentiments ressentis étaient de l'ordre de la déception face à soi-même, de la colère liée à

une infidélité, de la gêne ou de la surprise. Deux cas-index ont d'ailleurs affirmé n'avoir eu aucun contact sexuel à risque et ne pas comprendre comment ils auraient pu contracter une ITS.

Les infirmières ont relevé que dans plusieurs cas, la personne jointe avait fait une recherche assez systématique pour obtenir de l'information sur son infection. Cette recherche a pris de multiples formes : la consultation de sites internet, une discussion avec leur médecin pour en connaître davantage sur les ITS ou une demande pour recevoir de la documentation sur les ITS. Lorsque présents, ces commentaires sont notés dans les journaux de bord de cas où la mise en œuvre a été inférieure à 90 %.

Plusieurs commentaires inscrits aux journaux de bord soulignent que quelques cas joints mentionnent ne pas avoir été au courant des risques liés à la transmission orale. D'autre part, plusieurs commentaires sont relatifs à un certain intérêt d'apprendre davantage parce qu'on a peu de connaissances par rapport à la prévention des ITS. Les journaux de bord relatent un cas où la personne avait des pratiques à risque et ne voulait pas changer ses pratiques. Malgré tout, le quart des journaux de bord ne relate aucune difficulté particulière liée au patient.

5.4.2.3 Facteurs liés à l'environnement ayant modulé la mise en œuvre de l'intervention

Le modèle de McGill définit l'environnement comme le contexte social dans lequel se font les apprentissages. Selon les journaux de bord complétés (tableau LXXVIII), les facteurs environnementaux qui ont influencé la mise en œuvre de l'intervention sont en lien avec le client dans ses interactions avec son environnement. Le fait que le cas-index soit seul ou qu'il puisse parler librement semble avoir facilité le déroulement de l'intervention. Par contre, quelques éléments ont semblé compliquer l'implantation de l'IPPAP : la difficulté à joindre le patient ce qui a impliqué des appels répétés à divers moments, le fait que le cas-index n'ait pas été seul quand la santé publique l'a rejoint, avoir eu le numéro de cellulaire du patient plutôt qu'un numéro de téléphone fixe, un patient se disant trop occupé pour compléter l'IPPAP avec l'infirmière ou prenant d'autres appels pendant l'intervention (appel en attente). Ces derniers éléments caractérisent plutôt le refus de participer. Les infirmières ont noté que les hommes éprouvaient plus de facilité à parler librement lors de l'intervention que les femmes. Encore une fois, toutefois, les résultats obtenus sont peu révélateurs ou spécifiques en fonction de l'intensité de la mise en œuvre d'autant plus que la même proportion de journaux de bord évoque l'absence de difficultés rencontrées lors d'une mise en œuvre à 90 % ou plus et lors d'une mise en œuvre inférieure à 90 %.

Tableau LXXVIII
Facteurs de l'environnement ayant modulé la mise en œuvre de l'intervention

Facteurs	Degré de mise en œuvre de l'intervention		
	90 % et plus	Moins de 90 %	Refus
Client			
Seul(e)		2	
Pouvait parler librement	2	4	
Pas seul(e)	1	3	2
Nombreuses tentatives pour joindre le(la) patient(e)		2	
Cellulaire		1	1
Patient(e) trop occupé(e) pour IPPAP			1
Autres appels pendant IPPAP	1		1
Interne/organisation			
Matériel pas prêt		1	
Endroit fermé		1	
Pas de difficulté	29	27	2

Aucun commentaire des infirmières dans les journaux de bord ne concerne des facteurs de nature organisationnelle tels le manque de ressources humaines, les changements de structure, l'appui des responsables, etc. comme facteurs ayant joué au fur et à mesure sur les interactions réalisées. À part l'allusion au fait d'être dans un endroit fermé et à une reprise, au fait de ne pas avoir eu le temps de préparer son matériel, aucune contrainte liée à l'environnement interne n'a été mentionnée dans les journaux de bord.

5.4.2.4 Appréciation de l'intervention entre l'infirmière et le cas-index

À la suite de l'intervention, les impressions des infirmières et des patients (cas-index et partenaires) quant au déroulement de l'intervention ont aussi été recueillies par le biais du journal de bord (tableau LXXIX).

Sur le plan des impressions des cas-index et partenaires, plusieurs se sont dits satisfaits du service reçu. Aux dires des infirmières, les hétérosexuels (peu importe le sexe) semblaient être plus satisfaits de l'IPPAP que les personnes homosexuelles. Aussi, quelques cas ont rapporté que l'intervention avait été aidante pour comprendre l'ITS dont ils étaient affectés (prévention, connaissance des modes de transmission). Ces commentaires sont davantage cités dans le contexte d'interactions de moindre mise en œuvre (moins de 90 %), indice que même dans ce contexte, les usagers ont pu apprécier l'intervention.

Dans l'ensemble, les impressions des infirmières en lien avec le déroulement de l'intervention auprès des patients étaient favorables. De manière générale, elles affirment qu'ils comprennent l'importance de l'intervention, ce qui leur fait dire que l'intervention a été éducative quant à la prévention des ITS. Il arrive cependant qu'elles perçoivent du ressentiment chez les patients en regard de l'ITS qui les affecte et lorsque ce commentaire est inscrit, il est souvent en lien avec le refus du patient de participer à la présente étude. Dans l'ensemble, les infirmières ont jugé avoir fait de bonnes interventions et ce commentaire revient pourtant dans des cas où la mise en œuvre fut inférieure à 90 %. Beaucoup de journaux de bord se terminent d'ailleurs dans cette section par la mention : pas de difficulté.

Tableau LXXIX
Impressions de l'infirmière en lien avec l'intervention auprès du patient

Facteurs	Degré de mise en œuvre de l'intervention		
	90 % et plus	Moins de 90 %	Refus
Impression du patient			
Satisfaction		6	
Intervention aidante face à maladie	1	3	1
Impression de l'infirmière			
Compréhension du (de la) patient(e)	1	2	
IPPAP a appris au (à la) patient(e)		2	
Ressentiment du (de la) patient(e)			4
Bonne intervention	2	4	
Pas de difficulté	28	20	

5.4.2.5 Appréciation de l'intervention entre l'infirmière et le médecin

Les impressions des infirmières quant au déroulement de l'intervention auprès du médecin ont aussi été recueillies par le biais du journal de bord (tableau LXXX).

Le médecin a été difficile à joindre dans plusieurs cas, ce qui semble en lien avec un degré de mise en œuvre moindre auprès de ces médecins. À quelques occasions, l'infirmière a dû parler à une autre personne que le médecin (archiviste). La majorité du temps, le médecin collaborait assez bien et certains ont répondu rapidement. La possibilité d'envoyer les questionnaires (section des données cliniques) et de communiquer par télécopieur a semblé faciliter l'intervention dans certains cas, mais pas dans tous les cas. Dans l'ensemble, les infirmières ont senti qu'elles avaient un bon contact avec le médecin et que leur intervention aidait au traitement des cas-index. Malgré ces quelques pistes, la plupart des commentaires se retrouvent dans la catégorie des interactions qui ont été mises en œuvre à moins de 90 %, ce qui renseigne peu sur les facteurs expliquant cet écart entre ce qui était planifié et ce qui a été réalisé. Le seul élément plus convaincant relève de la difficulté à joindre le médecin. D'autre part, une bonne proportion de journaux de bord porte la mention : *pas de difficulté*.

Tableau LXXX
Impressions de l'infirmière en lien avec l'intervention auprès du médecin

Facteurs	Degré de mise en œuvre de l'intervention		
	90 % et plus	Moins de 90 %	Refus
Difficultés à joindre le médecin		6	1
Questions posées à autre personne	1	2	
Médecin rappelle de son domicile		1	
Collaboration du médecin			
Bonne collaboration	1	9	2
Communication par télécopieur facilitante	3	6	1
Pas de délai, réponse rapide		3	
Impression de l'infirmière			
Bon contact avec le médecin	1	3	1
Intervention aide au traitement	2	2	
Pas de difficulté	24	11	

6. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Entre le 1^{er} décembre 2004 et le 30 novembre 2005, période couverte par cette étude, 107 cas de gonorrhée et de syphilis ont été déclarés en Montérégie, soit 82 cas de gonorrhée, nombre de cas largement plus élevé que les 64 cas déclarés entre 1998 et 2002, et 25 cas de syphilis, ce qui correspondait à une hausse de 150,0 % par rapport aux 10 cas de 2003. Les données les plus récentes indiquent que ces ITS sont toujours en augmentation, 135 cas de gonorrhée et 34 cas de syphilis infectieuse ayant été déclarés pour l'année 2007 (Lacroix et al., 2008). Pour faire face à l'augmentation de ces ITS en Montérégie, comme partout ailleurs au Québec, une Intervention Préventive auprès des Personnes Atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs Partenaires sexuels (IPPAP) a été implantée en 2004. L'IPPAP, toujours en cours, était une mesure prévue dans le cadre du Programme national de santé publique 2003-2012 à l'échelle provinciale et elle était inscrite dans le Plan d'action régional montérégien pour 2004-2007.

Dans ce contexte, les objectifs de la présente étude étaient de décrire les caractéristiques de la clientèle desservie par l'IPPAP, de déterminer la concordance entre les activités réalisées et les activités prévues à ce moment et d'identifier les facteurs qui semblaient avoir influencé la concordance entre les activités prévues et les activités réalisées. Le texte qui suit présente une synthèse des résultats relatifs à chacun de ces objectifs, mettant certains d'entre eux en lien avec les travaux antérieurs ou les interprétant et nuancant compte tenu du contexte de l'étude. Diverses suggestions ou recommandations découlant de ces résultats sont formulées, dans le but d'améliorer l'IPPAP dans la forme sous laquelle elle avait été implantée pendant cette période. Rappelons au lecteur la visée d'évaluation formative de la démarche décrite ici.

6.1 Profil des cas-index joints par l'IPPAP

Dans le contexte d'une nouvelle intervention comme l'était l'IPPAP en 2004, il était pertinent de documenter le profil des personnes qu'elle fût en mesure de joindre, de manière à évaluer sa capacité à cibler les personnes le plus à risque ou celles qui pourraient bénéficier le plus d'un tel service.

Sur les 107 cas-index possibles en 2004-2005, 83 ont été joints par les infirmières de santé publique de la Montérégie (soit près de 78 %) et parmi ceux-ci, 69 ont accepté que les données recueillies soient utilisées dans le contexte de la présente étude (près de 65 % de tous les cas-index ou 83 % des cas-index joints par les infirmières). Le profil des cas-index joints repose donc sur les réponses de ces 69 personnes.

6.1.1 PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Fidèle à ce que l'on connaît des cas déclarés de gonorrhée et de syphilis au Québec, un peu plus du tiers des cas-index joints appartiennent au groupe d'âge des 15-24 ans (35 %) et un autre tiers, au groupe des 25-39 ans (38 %). Il s'agit, pour la plupart, de cas masculins (81 %) et de personnes d'orientation homosexuelle (55 %) ou bisexuelle (7 %). On dénombre ainsi, pour la gonorrhée, 39 cas masculins dont 26 sont des HARSAH et 11 cas féminins, dont 10 ont eu des relations exclusivement hétérosexuelles. Pour la syphilis, 17 cas masculins (dont 16 HARSAH) et 2 cas féminins font partie

des cas-index ayant accepté de participer à l'étude (tableau LXXXI). Les cas-index féminins sont en moyenne plus jeunes que les cas-index masculins (28,0 ans c. 32,5 ans). D'autre part, chez les hommes, les cas de syphilis sont en moyenne plus âgés que les cas de gonorrhée (41,2 ans c. 32,5 ans), le même constat s'appliquant chez les femmes (28,0 ans c. 22,8 ans). La très grande majorité des cas joints sont nés au Canada et aucune origine culturelle ne semble dominante chez les cas nés dans un autre pays. Sur cet aspect, soulignons toutefois que parmi les cas masculins de gonorrhée déclarés, le tiers se retrouve chez des hommes hétérosexuels (13 sur 39), dont 25 % sont nés ailleurs qu'au Canada.

Tableau LXXXI
Nombre de cas-index joints et ayant accepté de participer à l'étude
selon l'ITS, le sexe et l'orientation sexuelle

Cas de gonorrhée				Cas de syphilis			
Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
HARSAH	Hétéros	FARSAF	Hétéros	HARSAH	Hétéros	FARSAF	Hétéros
26	13	1	10	16	1	0	2

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

FARSAF : femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes

Hétéros : relations sexuelles exclusivement avec des personnes de sexe opposé

6.1.2 PROFIL DE RISQUE

6.1.2.1 Les partenaires de la dernière année

Sur le plan des facteurs de risque, plusieurs relèvent du nombre de partenaires rencontrés ainsi que de leurs caractéristiques. Certaines informations permettent de décrire les partenaires rencontrés dans la dernière année par les cas-index.

En terme de nombre, une minorité de cas-index, soit 15 %, ne rapporte qu'un seul partenaire alors que près de la moitié (45 %) en déclare entre 2 et 4, 17 % entre 5 et 10 et une proportion de 23 %, plus de 10. Ces proportions varient toutefois selon l'ITS considérée, peu importe le sexe, et selon l'orientation sexuelle chez les cas masculins. À titre indicatif, 75 % des cas de syphilis rapportent avoir eu 5 partenaires sexuels ou plus dans la dernière année comparativement à 30 % des cas de gonorrhée déclarés. Parmi les cas de gonorrhée masculins, 42 % des HARSAH comparativement à 8 % des hétérosexuels rapportent ces mêmes conduites.

À la lumière des données caractérisant les comportements sexuels prévalents dans la population générale canadienne et québécoise¹⁰, il semble assez clair que le fait d'avoir plus d'un partenaire dans la dernière année est pour la majorité des cas-index hétérosexuels, un facteur de risque. Pour le Québec, dans le contexte de l'Enquête sociale et de santé 1998, Adrien, Leane et Auger soulignaient que 11 % des hommes hétérosexuels et 8 % des femmes rapportent avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans la dernière année. Parmi ces personnes, 16 % des hommes et 8 %, des femmes disaient avoir eu au moins un partenaire occasionnel pendant cette période. Les résultats d'une enquête canadienne réalisée en 1997 indiquaient que chez les adultes âgés de 20 à 45 ans, 8 % des hommes et 6 % des femmes rapportaient avoir eu deux partenaires sexuels ou plus dans la dernière année (Houston et al., 1997).

¹⁰ Les enquêtes populationnelles les plus récentes sur la sexualité des adultes canadiens et québécois en général datent d'au moins dix ans.

En ce qui concerne les HARSAH, les données d'ARGUS, une étude réalisée auprès d'environ 2000 HARSAH de la région montréalaise en 2005, sont pertinentes bien que la mesure des comportements dans cette étude se rapporte aux six derniers mois plutôt qu'aux douze derniers, ce qui rend les comparaisons difficiles. Dans cet échantillon, parmi les hommes actifs sexuellement, 25 % n'avaient eu qu'un seul partenaire dans les six derniers mois, 33 % en avaient eu entre 2 et 5 et 35 %, six ou plus. Près de 79 % avaient eu au moins un partenaire régulier et 81 %, au moins un partenaire occasionnel. Parmi ces derniers, 34 % rapportaient en avoir eu six ou plus (Lambert et al., 2006). Les proportions obtenues auprès des cas-index HARSAH de la présente étude semblent à peu près du même ordre, tout au moins parmi les cas de gonorrhée alors qu'elles semblent nettement plus élevées chez les cas de syphilis.

En ce qui concerne le sexe des partenaires rencontrés dans la dernière année, une plus forte proportion des cas-index, soit 73 %, rapportent avoir eu exclusivement des partenaires sexuels masculins, 20 % déclarent n'avoir eu que des femmes comme partenaires et 7 % annoncent avoir eu des partenaires tant masculins que féminins.

Les partenaires rencontrés peuvent présenter un risque connu. Presque, les deux tiers des cas-index (62 %) rapportent avoir eu au moins un partenaire sexuel récent avec présence de risque élevé d'ITSS (HARSAH, UDI, etc.), notamment une très forte proportion parmi les cas masculins de syphilis (94,1 %), alors que près de 14 %, soit 9 cas, déclarent avoir eu un contact récent avec un cas connu d'ITS. Par ailleurs, ce facteur de risque est le principal identifié pour l'un des deux cas de syphilis rapportés chez les femmes. Il est probable que certains de ces 9 cas soient en fait des partenaires symptomatiques de cas-index qui ont été joints par les infirmières de santé publique et auprès de qui l'IPPAP s'est déroulée comme l'intervention auprès des cas-index.

Par ailleurs, le lieu où le partenaire est rencontré peut aussi comporter une part de risque, principalement lorsque ce lieu est propice aux rencontres anonymes. Saunas, bars et internet sont clairement associés à un plus grand nombre de partenaires anonymes chez les HARSAH (Jayarama et al., 2003). Ainsi, les rencontres de partenaires dans les saunas au cours de la dernière année sont rapportées par le quart des cas-index, avec un nombre moyen d'environ six partenaires par cas-index. Internet est un autre mode de rencontre abordé par près de 21 % des cas-index, ceux-ci ayant eu en moyenne 5 partenaires rencontrés de cette façon dans la dernière année. Il faut souligner que ce type de partenaires n'est rapporté que par des cas-index masculins, pour la grande majorité HARSAH. Ces données concordent avec ce qu'ARGUS a permis de documenter. Dans cette enquête, 46 % des HARSAH joints disaient avoir fréquenté les saunas pour recruter leurs partenaires sexuels dans les six derniers mois et 35 % déclaraient avoir utilisé internet pour les mêmes raisons (Lambert et al., 2006).

Il semble important de mettre en relief que le sauna comme lieu de rencontre caractérise davantage les cas-index de syphilis. En effet, comparativement au cas de gonorrhée, les cas masculins de syphilis sont environ 4 fois plus nombreux à avoir rencontré leurs partenaires sexuels dans un sauna. Rappelons que ces hommes sont aussi proportionnellement plus nombreux à répondre qu'ils ont déjà pratiqué le *barebacking* au moins une fois dans leur vie (27 %) alors qu'aucun cas masculin de gonorrhée ne rapporte cette conduite. En fait, dans l'échantillon total, les 4 cas-index qui déclarent avoir eu cette pratique (6,5 % de tous les cas-index) sont exclusivement des hommes pour lesquels une syphilis a été déclarée et qui fréquentent les saunas. Dans le contexte de l'IPPAP, la question du *barebacking* était définie comme le fait d'avoir eu des relations anales non protégées de façon délibérée. Dans ARGUS, 12 % des hommes recrutés rapportaient avoir eu des relations anales non protégées de façon délibérée avec partenaires occasionnels dans les six derniers mois

(Lambert et al., 2006). Il faut toutefois noter que cette définition n'était pas explicitement donnée aux cas-index lors de l'entretien de l'IPPAP et qu'on ne sait pas dans quelle mesure ces derniers incluaient aussi dans leur réponse concernant cette pratique, les relations anales non protégées avec un partenaire séroconcordant (de même statut sérologique pour le VIH, par exemple). Cette option relève davantage d'une stratégie de sérotriage et peut être considérée comme une stratégie de réduction des risques si l'on est certain du statut du partenaire. Néanmoins, sachant que les cas masculins de syphilis sont parmi les cas-index ayant eu le plus de partenaires, dont une bonne proportion de types occasionnel ou anonyme, la forte prévalence de cette conduite mérite qu'on s'y attarde de façon plus explicite dans le contexte de l'IPPAP. Ceci est d'autant plus important que des travaux récents mettent en relief que près de 23 % des hommes gais séropositifs ne connaissent pas leur statut sérologique (Lambert et al., 2006), ce qui rend très précaire la présomption de séronégativité de tout partenaire se déclarant comme tel. Dans le cadre de l'IPPAP auprès des HARSAH particulièrement, ce type d'information ainsi que la promotion de l'accès au dépistage sur une base plus régulière, pourraient faire partie du volet-conseils *préventif*. D'autre part, la question du *barebacking* devrait être explorée de façon plus explicite et dans des termes plus précis de manière à mieux qualifier le risque pris par le cas-index. S'agit-il de relations anales non protégées délibérément avec un partenaire qu'on croit séronégatif ou avec tout partenaire de statut sérologique inconnu ou séropositif? La réponse obtenue à cette question orienterait le *counseling* de façon bien différente.

Toujours en ce qui concerne les partenaires, bien qu'ils représentent aussi une part de risque, certains types sont moins fréquents que d'autres. Près de 15 % des cas-index ont rencontré au moins un partenaire dans le contexte d'un voyage hors Québec au cours de la dernière année. Avoir eu ce type de partenaires est d'ailleurs le principal facteur de risque identifié pour l'une des deux femmes parmi les cas de syphilis (voyage au Mexique). Par ailleurs, une faible proportion, soit 6 %, a eu des relations sexuelles avec un partenaire en visite au Québec. Aucune conclusion ne peut d'ailleurs être tirée quant à la provenance des partenaires ou quant aux destinations visitées. D'autre part, un très faible nombre de cas-index semblent avoir eu des partenaires dans le contexte du travail du sexe : 4 % rapportent avoir donné de l'argent ou de la drogue en échange de relations sexuelles dans la dernière année (seulement des cas de gonorrhée chez des hommes hétérosexuels) et autour de 1 % ont déclaré avoir reçu de l'argent ou de la drogue dans le même contexte (il s'agit d'une femme parmi les cas de gonorrhée dont le principal facteur de risque est d'avoir eu 4 partenaires sexuels dans les 60 derniers jours avec lesquels le condom n'a jamais été utilisé).

6.1.2.2 Les partenaires de la période visée par l'IPPAP

En ce qui concerne le nombre de partenaires des cas-index pour la période visée par l'IPPAP, environ 20 % (19,7 %) des cas-index joints déclarent avoir eu plus de deux partenaires sexuels dans les deux derniers mois, alors que le nombre moyen de partenaires déclarés pendant cette même période est de 3,1 ($\pm 3,5$) partenaires par cas-index, indice qu'une faible proportion des cas-index joints se partagent sans nul doute un nombre assez important de partenaires. Il est probable qu'une forte proportion de ces cas soit parmi les cas masculins de syphilis puisque ces hommes sont environ 3 fois plus nombreux que les cas masculins de gonorrhée à déclarer un nombre de partenaires sexuels égal ou supérieur à 5 dans la période visée.

De façon plus spécifique, au moment de l'IPPAP, lorsque l'infirmière cherche à établir des ententes avec le cas-index sur la façon de joindre ses partenaires, elle recueille diverses informations qui

permettent de caractériser le type de partenaires rencontrés, la nature des pratiques adoptées avec chacun et l'usage ou non du condom dans ce contexte.

Plus de la moitié des cas-index rapportent avoir eu au moins un partenaire régulier pendant cette période (56 %) et parmi ceux-ci, le nombre moyen de ce type de partenaires est de 2,1. Plus du tiers (38 %) déclarent avoir eu au moins un partenaire occasionnel, le nombre moyen étant de 2,7. Près de 41 % des cas-index diront avoir eu au moins un partenaire anonyme dans la période visée. Parmi ceux-ci, presque la moitié (46 %) affirment n'en avoir eu qu'un seul, alors que 25 % déclarent en avoir eu entre 10 et 20. En fait, chez ces cas-index, le nombre moyen de partenaires anonymes se chiffre à 5,2. Chez les hommes, les partenaires anonymes sont beaucoup plus fréquents parmi les cas de syphilis comparativement à ce qui est rapporté parmi les cas de gonorrhée (75 % c. 32 %).

Dans le contexte d'une intervention comme celle proposée par la santé publique, cette forte proportion de cas-index rapportant un nombre relativement imposant de partenaires anonymes limite certes la portée de l'intervention auprès des partenaires, mais souligne l'importance d'orienter le counseling offert aux cas-index vers la réduction de ce type de partenaires.

6.1.2.3 Type de pratiques sexuelles et usage du condom dans la période visée

Selon le type de partenaires rencontrés, la prévalence des diverses pratiques sexuelles variera quelque peu. Avec les partenaires réguliers et occasionnels, les relations orales sont très fréquentes (90 % et 84 % respectivement). En revanche, elles le sont moins avec les partenaires anonymes (69 %). En ce qui concerne les relations vaginales, elles sont davantage réservées aux partenaires régulières (58 % des cas-index) devenant moins fréquentes avec les partenaires occasionnels (44 %) et plus rares avec les partenaires anonymes (33 %). Les relations anales sont rapportées par 42 % des cas-index ayant eu au moins un partenaire régulier et par 36 % de ceux qui ont eu au moins un partenaire occasionnel, alors que ceux qui ont eu au moins un partenaire anonyme ont rapporté moins fréquemment cette pratique (11 %). Il faut aussi souligner que la prévalence de ces pratiques varie beaucoup selon les caractéristiques des cas-index. Par exemple, la quasi-totalité des cas masculins de syphilis ont eu des relations anales avec leurs partenaires occasionnels ou anonymes alors que c'est la moitié ou moins, parmi les cas masculins de gonorrhée. Dans ARGUS, la prévalence des relations anales chez les HARSAH recrutés est de 70 % sur une période de six mois (Lambert et al., 2006). Très peu de cas de syphilis rapportent avoir eu des relations vaginales. Les relations anales ne font à peu près pas partie des scénarios sexuels des femmes jointes sauf dans un cas. Chez les hommes hétérosexuels, cette pratique n'est rapportée par aucun cas.

Ces pratiques ne constituent pas un risque élevé en soi pour le VIH, si elles sont constamment protégées par le condom. Or, chez les cas-index joints, le taux d'usage du condom est faible. D'emblée, peu importe le type de partenaires, les relations orales ne sont pour ainsi dire jamais protégées. L'usage constant du condom lors des relations vaginales se situe, autour de 18 %, peu importe le type de partenaires. En ce qui concerne les relations anales, le taux d'usage constant est de 27 % avec un partenaire régulier, 33 % avec un partenaire occasionnel et 50 % avec un partenaire anonyme. Compte tenu de la très faible taille des échantillons dans chacun des sous-groupes de cas-index décrits, il est très difficile d'émettre d'autres considérations. Toutefois, il semble que le taux d'usage constant du condom est nettement plus faible chez les cas-index féminins et masculins hétérosexuels, bien que ce soit loin d'être optimal chez les HARSAH, particulièrement parmi les cas de gonorrhée.

Les données disponibles auprès de la population adulte générale permettent d'illustrer que le faible usage du condom chez les cas-index hétérosexuels joints par l'IPPAP est relativement comparable à

celui des répondants à ces enquêtes et que l'usage du condom est particulièrement problématique chez les femmes. Dans le contexte québécois, parmi les répondants ayant eu plus d'un partenaire sexuel, l'usage constant du condom dans les douze derniers mois avec le dernier partenaire était rapporté par 35 % lorsque ce partenaire était un partenaire régulier avec qui l'on ne vit pas, et par 45 %, avec un partenaire occasionnel (Adrien et al., 2001). Une étude réalisée auprès de 990 femmes hétérosexuelles utilisatrices de contraceptifs oraux et recrutées par l'entremise de pharmaciens sur la Rive-Nord de Montréal donnait les taux d'usage régulier¹¹ du condom à vie suivants : lors des relations vaginales, 19 % avec partenaires réguliers et 39 % avec partenaires occasionnels; lors de relations anales, 12 % avec partenaires réguliers et 14 % avec partenaires occasionnels. Soulignons que dans cet échantillon, l'expérience à vie de relations anales avec leurs partenaires réguliers était rapportée par 31 % des répondantes et par 11 %, dans le contexte de relations sexuelles avec leurs partenaires occasionnels (Otis et al., 1997). Dans l'enquête canadienne citée précédemment, 78 % des hommes et des femmes de 20 à 45 ans ayant eu des partenaires occasionnels dans la dernière année rapportaient avoir utilisé le condom à leur dernière relation avec ce type de partenaires (Houston et al., 1997).

D'autre part, puisque les relations anales sont plus fréquentes parmi les cas-index HARSAH plutôt que parmi les autres, les données d'ARGUS quant à l'usage constant du condom lors des relations anales sont pertinentes, celles-ci indiquant que, selon le type de partenaires rencontrés, entre 37 % à 51 % des participants ont rapporté avoir protégé toutes leurs relations anales sur une période de six mois (Lambert et al., 2006). Ces proportions semblent relativement similaires à celles observées auprès des cas-index HARSAH de l'IPPAP tels qu'évalués. En revanche, elles semblent inférieures à celles qui avaient été observées dans la Cohorte Oméga, étude réalisée dans la communauté gaie montréalaise entre 1996 et 2003. Déjà, les données recueillies annonçaient un relâchement des pratiques sécuritaires au fil des années chez les HARSAH (George et al., 2006; Lavoie et al., 2008).

6.1.2.4 Consommation de drogues

La prévalence de la consommation de drogues illicites chez les cas-index est plus ou moins alarmante selon les points de référence que l'on se donne. En fait, dans la dernière année, moins du quart des cas-index disent avoir consommé (24 %), et pour la majorité d'entre eux, la consommation se limite à la marijuana (75 %). Les consommateurs de marijuana sont par ailleurs beaucoup plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. Parmi les consommateurs, près de 20 % des cas-index diront avoir consommé de l'ecstasy et aucun ne rapportera avoir consommé des drogues par injection. L'usage de substances telles le crack, le cristal ou le speed semble un comportement anecdotique chez les cas-index joints.

Ces résultats méritent d'être contrastés avec ceux de plus vastes enquêtes. Dans l'Enquête sur les toxicomanies au Canada, on rapporte que 18 % des hommes et 10 % des femmes ont consommé du cannabis au moins une fois dans les douze derniers mois ; ces proportions sont respectivement de 1,5 % et 0,7 % pour l'ecstasy et de 2,7 % et 1,1 % pour la cocaïne. Il semble donc que le profil de consommation des cas-index joints semble se démarquer légèrement du profil canadien particulièrement en ce qui concerne l'usage de l'ecstasy.

La très faible taille de l'échantillon ne permet pas de mettre en relief les spécificités des divers sous-groupes, mais on ne peut passer sous silence l'importance croissante de la consommation de drogues récréatives chez les plus jeunes en général, et en particulier, chez les HARSAH, d'autant plus que de nombreux travaux supportent le lien entre la consommation de ces substances et les

¹¹ Usage régulier signifie que la majorité ou toutes les relations sexuelles ont été protégées par le condom.

pratiques sexuelles à risque. Les travaux de la Cohorte Oméga ont mis en relief l'augmentation entre 1996 et 2003 de la prévalence de la consommation de l'ecstasy (7,5 % à 11,8 %) et de la cocaïne (9,7 % à 15,4 %) dans la communauté gaie montréalaise et le lien explicite entre ces substances et l'augmentation des relations anales non protégées avec tout partenaire de statut sérologique inconnu ou sérodifférent chez les HARSAH séronégatifs (15,7 % à 18,8 %) (Otis et al., 2006). Plus récemment, ARGUS mettait en relief la forte prévalence de la consommation de drogues récréatives concomitante aux relations sexuelles : près du quart des répondants rapportaient avoir consommé au moins une fois dans les six derniers mois dans un tel contexte, ecstasy, kétamine, cristal, GHB, LSD ou amphétamines (Lambert et al., 2006). L'IPPAP doit tenir compte des spécificités des divers sous-groupes auxquels elle s'adresse et la question de la consommation des drogues récréatives et du risque doit être prise en compte.

6.1.2.5 Antécédents d'ITS et vaccinations antérieures

Des antécédents d'ITS sont rapportés par près de 39 % de tous les cas-index joints, indice que malgré un épisode de cette nature par le passé, il a peut-être été difficile pour eux de changer leurs comportements. D'autres explications seraient plausibles, en lien peut-être avec une perception erronée de la sévérité des ITS ou de leur propre vulnérabilité aux ITS plus sévères tel le VIH.

D'autre part, le taux de couverture vaccinale pour les hépatites est de l'ordre de 48 % pour l'hépatite A et de 65 % pour l'hépatite B. La couverture vaccinale pour l'hépatite B varie toutefois selon l'âge. Elle est plus importante chez les 15-24 ans, étant à 79 % pour se situer à 41 % chez les 40 ans et plus. Parmi les cas de gonorrhée, elle est aussi légèrement meilleure chez les HARSAH comparativement à ce qui est rapporté chez les hommes hétérosexuels (60 % c. 50 %). Dans le contexte où de multiples stratégies pour augmenter la couverture vaccinale pour l'hépatite B ont été déployées dans les dernières années dans la communauté gaie du grand Montréal (incluant en Montérégie) (gratuité du vaccin, campagnes dans les saunas et autres lieux tels les campings, présence dans les événements culturels gais, etc.), le taux observé chez ces hommes est décevant.

6.1.3 PROFIL CLINIQUE

Pour la majorité des cas-index joints, l'ITS semble avoir été déclarée à la suite d'un diagnostic étant donné la présence de symptômes (87 %) plutôt qu'à la suite d'un dépistage (13 %). En ce qui concerne les cas de gonorrhée, sans surprise, plusieurs différences entre les hommes et les femmes sont observées sur le plan des données cliniques, les hommes ayant davantage rapporté des écoulements ou de la dysurie alors que les femmes ont davantage rapporté de la douleur. Chez les hommes, certaines disparités sont aussi observées en fonction de l'orientation sexuelle. Le profil de résistance des hommes hétérosexuels est significativement plus lourd que celui des HARSAH : plus de résistance à la ciprofloxacine et à la tétracycline et souche productrice de β -lactamase (NGPP). Ils sont aussi proportionnellement moins nombreux à déclarer que tous leurs symptômes ont disparu (83 % c. 100 %).

6.1.4 FAITS SAILLANTS SUR LE PROFIL DES CAS-INDEX JOINTS

Ces derniers résultats concluent les données relatives au profil des cas-index joints par l'IPPAP. Le tableau LXXXII fait la synthèse des faits saillants de ce profil.

Tableau LXXXII
Faits saillants du profil des cas-index joints par l'IPPAP

FAITS SAILLANTS <i>Profil des cas-index joints par l'IPPAP (69 cas-index participant à l'étude)</i>
<ul style="list-style-type: none">○ Les deux tiers des cas-index sont dans le groupe d'âge des 15 à 39 ans.○ 81 % des cas-index sont des hommes.○ 62 % sont des HARSAH.○ 19 cas de syphilis dont 16 sont des HARSAH, 2, des femmes et 1, un homme hétérosexuel.○ 50 cas de gonorrhée, dont 11 chez les femmes, 13 chez les hommes hétéros et 26 chez les HARSAH.
<ul style="list-style-type: none">○ Les principaux facteurs de risque dans l'ensemble des cas-index sont :<ul style="list-style-type: none">▪ le fait d'avoir eu des partenaires multiples dans la dernière année (85 %) et dans la période visée (en moyenne, 3,1 partenaires par cas-index),▪ un partenaire récent avec présence de risque d'ITS (62 %),▪ des partenaires occasionnels (38 %) et anonymes (41 %) dans la période visée,▪ des antécédents d'ITS (39 %),▪ un faible taux d'usage constant du condom :<ul style="list-style-type: none">↳ lors des relations orales : à peu près nul,↳ lors des relations vaginales : autour de 18 %,↳ lors des relations anales : 27 % avec réguliers, 33 % avec occasionnels, 50 % avec anonymes.
<ul style="list-style-type: none">○ Les femmes et les hommes hétérosexuels se démarquent principalement par les taux d'usage du condom les plus bas avec tout type de partenaires ou de pratiques.○ Les hommes hétéros se distinguent par un profil de résistance au traitement plus lourd et par la persistance des symptômes. Le quart d'entre eux sont nés ailleurs qu'au Canada.○ Les HARSAH se démarquent par la conjonction consommation de drogues récréatives (ecstasy), partenaires multiples, fréquentation de lieux sociosexuels propices aux partenaires anonymes (saunas et internet) et relations anales non protégées.○ Les HARSAH ayant contracté une syphilis ajoutent à ces facteurs un usage plus important des saunas pour rencontrer leurs partenaires sexuels, plus de partenaires anonymes et dans certains cas, la pratique du <i>barebacking</i>.○ Le taux de couverture vaccinale pour l'hépatite B chez les HARSAH, bien que meilleur que chez les hommes hétérosexuels, semble faible compte tenu des efforts déployés en milieu gai pour l'améliorer.

6.2 Degré de mise en œuvre de l'IPPAP

Pour que l'IPPAP atteigne ses objectifs d'interrompre la chaîne de transmission, éviter la réinfection du cas-index par un partenaire infecté non traité et prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée, en offrant un traitement précoce aux partenaires (MSSS, 2004c), encore faut-il que tous les cas-index et leurs partenaires soient joints. En second lieu, il est important que chaque tâche prévue à l'IPPAP se déroule comme prévu. Pour discuter du degré de mise en œuvre de l'IPPAP, ces deux angles sont explorés.

6.2.1 LES CAS-INDEX ET LEURS PARTENAIRES ONT-ILS ÉTÉ JOINTS?

6.2.1.1 Les cas-index joints

Dans un premier temps, voyons dans quelle mesure les cas-index ont pu être joints. Pour suivre l'argumentaire de la présente section, le lecteur est invité à consulter la figure 1 de l'appendice I.

Rappelons que 82 cas de gonorrhée et 25 cas de syphilis ont été déclarés entre le 1^{er} décembre 2004 et le 30 novembre 2005, pour un total de 107 cas. Pour ces 107 cas, le médecin a autorisé l'IPPAP dans 86 % des cas (92), refusant toutefois que 15 cas-index soient joints par les infirmières de l'IPPAP. Selon les propos des infirmières, ces refus sont souvent liés au désir du médecin de préserver l'anonymat de son patient. Bien que divers travaux soulignent qu'une faible proportion de médecins procèdent à la notification des partenaires ou assurent un suivi à ce propos auprès de leurs patients, la majorité leur demanderait d'aviser leurs partenaires (St. Lawrence et al., 2002). Dans le cas présent, il est probable que ces 15 cas aient été soumis à une stratégie quelconque de notification des partenaires puisque la plupart de ces refus proviennent de médecins pratiquant dans des cliniques spécialisées en ITS de Montréal et possiblement plus sensibles à l'importance d'une telle mesure. Néanmoins, dans le cadre de la présente évaluation, c'est 14 % des cas-index pour lesquels l'IPPAP ne peut être documentée.

Parmi les 92 cas-index autorisés par le médecin, 9 n'ont pu être joints par les infirmières malgré les nombreux rappels prévus au protocole. Ainsi, 9,7 % des cas-index autorisés n'auront pas accès à l'offre de service dans le cadre de l'IPPAP. Cette difficulté à joindre une certaine proportion de cas-index a été soulignée par plusieurs auteurs, certains rapportant que 20 % des cas n'avaient pu être joints, bien qu'on avait leurs coordonnées, en partie parce qu'ils étaient au travail au moment où on les avait appelés (Toomey et al., 1998; Hogben et al., 2005). En revanche, dans d'autres études, on rapporte que 96 % des cas-index ont pu être joints (Kohl et al., 1999). Dans le présent projet, les infirmières ont réussi à joindre 90,3 % des cas-index autorisés ou 77,6 % des cas-index totaux (83/107).

Ainsi, bien que ce soit explicable, 22,4 % des cas-index n'auront pas accès à l'IPPAP dans la démarche telle qu'expérimentée à cette période. Cette perte ne peut qu'affecter globalement l'atteinte des objectifs poursuivis par cette mesure.

6.2.1.2 Les partenaires des cas-index joints

En second lieu, voyons dans quelle mesure les partenaires qui devaient être joints ont effectivement été joints. Parmi les 83 cas-index qui ont pu être contactés par les infirmières, la majorité des personnes, soit 83,1 % (69/83) ont accepté que les données recueillies par le biais de l'IPPAP soient utilisées dans le cadre de cette recherche. Il est donc possible à partir des données obtenues de tenter d'estimer combien de partenaires ont été avisés, que ce soit à priori par le cas-index ou sous les ententes prises dans le contexte de l'IPPAP. Pour faciliter la compréhension de ces estimations, le lecteur peut se référer au tableau LXXXIII. L'estimation repose d'abord sur ce résultat : les 69 cas-index ont eu, en moyenne, 3,1 partenaires ce qui donne 214 partenaires potentiels à aviser (69 cas-index multipliés par 3,1 partenaires en moyenne). Dans les travaux consultés, la moyenne de partenaires par cas-index varie beaucoup, allant de 1 à 6,8. Néanmoins, il semble relativement évident que l'approche conditionnelle ou négociée caractérisant l'IPPAP, plutôt que celles « par le pourvoyeur » ou « par le patient », soit la plus favorable à l'identification d'un nombre plus juste de partenaires (Alary et al., 1991; Lambert, 1998).

Dans la présente étude toutefois, les données ne sont complètes que pour 64 cas-index, ce qui donne un dénominateur de 198 partenaires potentiels disponibles pour réaliser cette estimation (64 cas-index multipliés par 3,1 partenaires en moyenne)¹².

Près de la moitié des cas-index pour lesquels l'information est disponible ont dit à l'infirmière qu'ils avaient déjà avisé certains de leurs partenaires (29 cas-index sur 64). Malheureusement, la façon dont les données ont été recueillies ne permettait pas de savoir directement combien de partenaires avaient déjà été avisés. En revanche, en faisant une matrice qui croise tous les types d'entente et en revenant aux dossiers originaux, on peut déduire que 26 des 29 cas-index les auraient tous avisés, indice qu'environ 81 partenaires auraient déjà été avisés, ce qui laisse autour de 117 cas potentiels pour l'IPPAP ($198-81=117$).

Parmi les 35 cas-index n'ayant pas joint leurs partenaires et les 3 ayant avisé seulement certains d'entre eux, 13 n'ont pu prendre d'entente avec l'infirmière de santé publique, parce qu'ils n'ont eu que des partenaires anonymes pour lesquels les coordonnées n'étaient pas disponibles. Sur le nombre estimé de partenaires potentiels, une quarantaine ne pouvaient donc être joints, ce qui ne laisse plus que 77 cas potentiels pour l'IPPAP.

Lorsqu'une entente a été possible, celle privilégiée par le plus grand nombre de cas-index (soit 19) a été qu'ils avisent eux-mêmes tous leurs partenaires qui ne l'avaient pas déjà été (ce qui représente possiblement autour de 59 partenaires que l'infirmière de santé publique n'avait pas à joindre. Cela ne laisse plus que 18 cas potentiels pour l'IPPAP).

Les autres ententes prises étaient marginales : trois cas-index préféraient que la santé publique et eux-mêmes joignent leurs partenaires (9 partenaires potentiels), deux ont choisi d'en aviser certains et ont demandé que la santé publique en avise d'autres (6 partenaires potentiels) et un cas-index souhaitait que la santé publique avise tous ses partenaires (3 partenaires potentiels). Toujours en tenant compte du nombre moyen de partenaires par cas-index pendant la période étudiée, ce décompte de partenaires potentiels pour l'IPPAP par l'infirmière de santé publique se chiffre donc à 18, soit 9,1 % des partenaires potentiels. Par ailleurs, il est probable que le nombre moyen de partenaires pour les cas-index n'ayant pas eu de partenaires anonymes soit plus faible que celui de ceux qui ont eu ce type de partenaires, ce qui indique que le nombre de 18 partenaires potentiels pour l'IPPAP est sans nul doute une surestimation du nombre possible. En revanche, le nombre de partenaires non joignables parce qu'anonymes est sans doute sous-estimé.

¹² Il y a donc 16 partenaires dont nous ne connaissons pas la trajectoire dans cette démarche. Ajoutons à ce nombre, les 43 partenaires (nombre estimé) des 14 cas-index qui ont refusé de participer à l'étude auprès desquels toutefois, l'IPPAP a été réalisée dans les mêmes conditions qu'auprès de ceux qui ont accepté que leurs données soient incluses à l'étude. Nous faisons l'hypothèse que les infirmières se sont comportées de la même manière avec eux qu'avec ceux qui ont accepté et dont les données sont disponibles, et que les proportions estimées reflètent assez bien les différentes trajectoires des cas-index et de leurs partenaires dans cette démarche.

Tableau LXXXIII
Estimation du nombre de partenaires auprès desquels
l'infirmière de santé publique avait à réaliser l'IPPAP

Trajectoire des cas-index	Nombre de cas-index	Partenaires potentiels perdus	Partenaires avisés par cas-index	À aviser par l'infirmière	Partenaires potentiels disponibles pour l'IPPAP
Cas-index joints dans le contexte de l'étude	69				214
Cas-index joints pour lesquels les données sont complètes	64	16			198
Cas-index ayant avisé tous leurs partenaires avant l'appel de l'infirmière	26		81		117
Cas-index n'ayant eu que des partenaires anonymes	13	40			77
Entente : cas-index qui aviseront eux-mêmes leurs partenaires	19		59		18
Entente : cas-index dont les partenaires seront avisés par eux-mêmes et par l'infirmière	3		(9)*	9	
Entente : cas-index dont certains partenaires seront avisés par eux-mêmes, d'autres par l'infirmière	2		<6)*	<6	
Entente : cas-index dont tous les partenaires seront avisés par l'infirmière	1			3	

* Ces partenaires sont les mêmes que sous la colonne «À aviser par l'infirmière»

En somme, à partir de ces estimations, on peut conclure qu'au moins 20 % des partenaires n'auraient pu être avisés d'aucune façon parce que ce sont des partenaires anonymes pour lesquels aucune donnée de contact n'est disponible. C'est là une limite importante de tout système de notification des partenaires qui a largement été documenté dans les travaux s'étant intéressés à cette question (Carballo-Diéguéz et al., 2002; Gunn et al., 1995; Toomey et al., 1998). D'autre part, il semble qu'une majorité de cas-index aient préféré aviser eux-mêmes leurs partenaires (près de 71 %), une bonne proportion ayant pris cette initiative avant même d'être joints par l'infirmière (41 %) et l'autre, à la suite de son appel (30 %). Comme documentés dans certains travaux, la majorité des cas-index de la présente étude ont semblé plus confortables avec cette option plutôt qu'avec celle impliquant que l'infirmière de santé publique avise leurs partenaires (Carballo-Diéguéz et al., 2002). Néanmoins, l'appel de la santé publique a certes été un incitatif important pour les cas-index qui n'avaient pas encore procédé, ce qui a sans nul doute contribué à la réalisation de cette tâche par la suite d'autant plus qu'une relance auprès du cas-index était annoncée. Finalement, selon ces estimations, l'infirmière de la santé publique aurait eu à intervenir auprès de 9 % des partenaires.

Dans les faits, en ce qui concerne les partenaires des cas-index, selon les estimations présentées au Tableau LXXXIII, un maximum de 18 partenaires potentiels était à aviser par l'infirmière. Sur ces 18 partenaires potentiels, 9 d'entre eux sont probablement déjà inclus dans l'échantillon des cas-index

puisque 9 cas-index rapportent avoir eu un contact récent avec un cas connu d'ITS. Ainsi, sur ces partenaires potentiels restants (soit 9), 9 ont été identifiés, 6 ont été joints, mais les données sur l'IPPAP ne sont disponibles que pour 3 de ces partenaires. Au total, les infirmières auraient donc réalisé l'IPPAP auprès de 15 des 18 partenaires potentiels (9 partenaires devenus des cas-index + 6 partenaires joints).

6.2.2 FAITS SAILLANTS CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE SOUS L'ANGLE DES CAS-INDEX ET DES PARTENAIRES JOINTS

Ces résultats illustrant dans quelle mesure l'IPPAP joint les cas-index et leurs partenaires sont résumés au tableau LXXXIV.

Tableau LXXXIV
Faits saillants du degré de mise en œuvre sous l'angle des cas-index et des partenaires joints

FAITS SAILLANTS Degré de mise en œuvre de l'IPPAP Cas-index et partenaires joints
<ul style="list-style-type: none">○ Trajectoire des cas-index : 107 cas déclarés. De ce nombre, 15 cas-index pour lesquels on ne reçoit pas l'autorisation du médecin, 9 cas-index non joignables, ce qui laisse 83 cas-index à rejoindre pour l'IPPAP.○ On joint donc 90 % des cas autorisés, 77,6 % de tous les cas-index → Perte de 22,4 %.○ Estimation de la trajectoire des partenaires des cas-index faite sur la base d'une moyenne de 3,1 partenaires par cas-index :<ul style="list-style-type: none">▪ ≥ 20 % des partenaires non joignables parce qu'anonymes,▪ 42 % déjà avisés par le cas-index avant l'appel de l'infirmière,▪ par entente, 30 % seront avisés par le cas-index,▪ par entente, 4 % seront avisés par le cas-index et l'infirmière,▪ par entente, < 3 % certains seront avisés par le cas-index, d'autres par l'infirmière,▪ par entente, 2 % seront avisés par l'infirmière.○ Ainsi, on estime qu'un maximum de 79 % des partenaires des cas-index aurait pu être avisé. Rien ne permet toutefois de vérifier si cette estimation s'avère juste.○ En ce qui concerne les partenaires, dans le meilleur des cas, on estime que 15 des 18 partenaires potentiels auraient été joints par l'infirmière de santé publique.

6.2.3 CONCORDANCE ENTRE LES ACTIVITÉS PRÉVUES ET LES ACTIVITÉS RÉALISÉES

Rappelons que l'IPPAP décrite tient compte des 69 cas-index (et de leurs partenaires), ayant accepté de participer à l'étude et joints entre le 1^{er} décembre 2004 et le 30 novembre 2005. De façon générale, le nombre moyen de jours écoulés entre la réception d'une déclaration d'ITS et l'ouverture du dossier a été de 9,6 jours (variant entre 7 et 18 jours selon la période de l'année observée) et le nombre moyen de jours entre l'ouverture et la fermeture du dossier de l'IPPAP a été de 17,32 jours. Or, nous ne sommes pas en mesure de porter un jugement sur l'acceptabilité des intervalles de temps ou des temps de réponse observés, mais il semble que cette grande variabilité ne soit pas en faveur d'une mise en œuvre optimale. En revanche, le devis de l'étude permettait de documenter le degré de mise en œuvre de l'intervention auprès des cas-index et de leurs partenaires.

6.2.3.1 Degré de mise en œuvre de l'intervention auprès des cas-index

Le degré de mise en œuvre de l'intervention auprès des cas-index se divise en deux volets : le premier est relatif à l'information et à l'enquête que l'infirmière de santé publique a réalisées auprès du médecin et le second, regroupe l'ensemble des tâches réalisées directement par l'infirmière auprès du cas-index. Le score calculé pour le premier volet indique un excellent degré de mise en œuvre (96,6 %) alors que la mise en œuvre du second volet est qualifiée de très bonne (85,5 %). D'autre part, bien que nous ne pouvons accorder une grande valeur à ces résultats parce que l'importance des tâches à réaliser a été déterminée à posteriori avec les infirmières, avant les analyses toutefois, on voit que la mise en œuvre des tâches jugées essentielles est qualifiée d'excellente (91 %), celle des tâches jugées importantes, de très bonne (85 %) et celle des tâches jugées accessoires, de moyenne (73 %). Parce que ces derniers résultats sont trop arbitraires, une analyse plus fine des différentes tâches s'impose, de manière à mieux cibler celles qui ont posé certaines difficultés.

En ce qui concerne le premier volet, aucune tâche n'a posé problème sauf peut-être pour 5 cas où l'infirmière n'a pu fournir de l'information au médecin sur l'IPPAP qui serait offerte au patient ou prendre une entente avec lui concernant l'IPPAP. Selon les propos des infirmières, cette situation s'est principalement produite dans les cas où le médecin n'a pu être joint directement et dont les informations ont été obtenues par personne interposée (par l'archiviste, par exemple). Les journaux de bord complétés par les infirmières résument ainsi leurs interactions avec les médecins : ils sont très difficiles à joindre, mais lorsqu'ils sont joints, en général, la collaboration est très bonne.

En ce qui concerne le second volet, les tâches ont été regroupées selon leur nature. Des variations plus importantes sont observées d'un groupe de tâches à l'autre et à l'intérieur de chaque groupe de tâches.

Les tâches relatives à l'information et à l'enquête auprès du cas-index ont, pour la plupart, été réalisées de façon très systématique. En effet, plus de 90 % des cas-index ont su comment l'information à leur sujet avait été obtenue; on leur a expliqué les objectifs de la démarche, la façon dont la confidentialité serait respectée et on leur a permis d'exprimer leurs sentiments par rapport à leur situation. L'infirmière a bien vérifié l'observance au traitement, la disparition des symptômes et le risque de réinfection. Les recommandations supplémentaires qui s'imposaient pour certains ont été émises. La question sur les facteurs de risque a été complétée pour tous les cas sauf un. En revanche, une proportion moindre de cas-index, soit environ 84 %, ont reçu des informations générales sur leur infection incluant les risques de complications en l'absence de traitement et les risques de transmission possibles liés à des problèmes d'observance. Il est possible que les infirmières, dans plusieurs cas, compte tenu des réponses obtenues aux questions précédentes sur l'observance, la disparition des symptômes et les risques de réinfection, aient jugé inutile ou redondant de donner ces informations. D'autre part, une bonne proportion de cas-index (environ 37 %) n'ont pas été questionnés sur leur accès aux médicaments gratuits et n'ont pas reçu d'informations sur le programme de gratuité pour le traitement. Rappelons que ces tâches ont été qualifiées d'accessoires par les infirmières, sans doute parce qu'elles avaient affaire à des cas-index déjà en traitement ou traités et sans difficulté sur cet aspect.

Les tâches regroupant les conseils préventifs à prodiguer aux cas-index ont été réalisées de façon plus variable, même si elles ont été réalisées en moyenne à près de 90 %. Elles l'ont été à peu près parfaitement en ce qui concerne la dispensation d'informations factuelles sur le risque associé aux pratiques sexuelles adoptées par le cas-index, les pratiques à risque réduit et les méthodes barrières à utiliser. En revanche, il a semblé moins facile pour les infirmières d'aborder avec une

certaine proportion des cas-index (12 %) les contextes ayant entouré leur prise de risque, leur motivation à changer leurs comportements et la pertinence du dépistage. Par ailleurs, cerner les obstacles à la prévention et proposer des moyens pour les surmonter semble les tâches qui ont été les plus délicates à assumer à travers l'IPPAP, du moins auprès d'une certaine proportion de cas-index (27 %). Ce résultat surprend peu puisque les objets ici visés sont de l'ordre des attitudes et des compétences, objets d'apprentissage complexes qui relèvent plus de l'acte d'éduquer que de celui d'informer. Comment en une première rencontre téléphonique ces objets peuvent-ils être visés? Or, compte tenu du profil des cas-index dessiné précédemment, compte tenu de leurs zones de vulnérabilité multiples et souvent liées aux contextes de leurs rencontres sexuelles (lieu, type de partenaires, etc.) et à leurs attitudes et habiletés à l'égard de l'usage du condom, ces tâches deviennent essentielles à assumer, mais combien difficiles dans un contexte qui se prête très peu à des échanges signifiants sur ces facteurs.

En ce qui concerne les tâches relatives à l'information sur la vaccination, disons que de façon très systématique, les infirmières ont vérifié auprès des cas-index les indications à la vaccination contre les hépatites A et B. En revanche, le calendrier de vaccination n'a été vérifié qu'une fois sur trois. Jugée accessoire par les infirmières, cette tâche mériterait qu'on se penche sur sa pertinence dans le futur.

Le dernier groupe de tâches à réaliser par les infirmières relevait spécifiquement de l'offre de soutien à la notification des partenaires. Or, dans l'ensemble, ce sont les tâches pour lesquelles la mise en œuvre fût la moins élevée, avec un score moyen de mise en œuvre de 61 % (à peine passable). Pour la quasi-totalité des cas-index, l'étendue de la période pour l'identification des partenaires à joindre a été fixée, la liste des partenaires à joindre a été dressée et on leur a offert des documents pertinents. En revanche, les ententes sur qui devait joindre qui (cas-index ou infirmière?) n'ont été clarifiées que dans 74 % des cas alors que c'est là un élément central de l'IPPAP. En ce qui concerne l'obtention des coordonnées des partenaires que le service de soutien devait joindre, en excluant évidemment les partenaires anonymes, cette tâche ne fût réalisée que deux fois sur trois. Finalement, alors qu'au moins 28 cas-index (potentiellement 33, voir tableau LXXXIII) avaient décidé d'aviser eux-mêmes leurs partenaires (avec ou sans l'infirmière), il est surprenant que l'infirmière ait vérifié l'information qu'ils donneraient à leur partenaire auprès de 7 d'entre eux seulement, précisé la réaction attendue et quoi faire s'ils avaient besoin d'aide auprès de 3 seulement et offert un suivi à 16 d'entre eux. Compte tenu des objectifs poursuivis par l'IPPAP, à l'avenir, ces tâches doivent être réalisées de façon systématique auprès de tous les cas-index qui désirent aviser eux-mêmes leurs partenaires.

6.2.3.2 Degré de mise en œuvre de l'intervention auprès des partenaires des cas-index

Le degré de mise en œuvre de l'intervention auprès des partenaires des cas-index est qualifié de passable puisque le score calculé est de 63,6 %. Or, il est pour ainsi dire impossible de tirer quoi que ce soit de concluant sur ce plan, puisque seulement neuf partenaires de cas-index à joindre par la santé publique étaient listés, que 6 ont été joints et que les données ne sont disponibles que pour seulement trois d'entre eux. Toutes les tâches relatives à l'information et à l'enquête ont été réalisées auprès d'au moins deux d'entre eux. En ce qui concerne les conseils préventifs, les mêmes difficultés qu'auprès des cas-index sont observées, les aspects psychosociaux étant plus difficiles à aborder. L'information sur la vaccination a été réalisée auprès d'un cas alors que le suivi des dates de l'évaluation médicale et du traitement a été fait auprès de deux des trois cas.

6.2.4 DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION SOUS L'ANGLE DE LA CONCORDANCE ENTRE LES ACTIVITÉS PRÉVUES ET RÉALISÉES

Le degré de mise en œuvre comme discuté en terme de concordance entre les activités réalisées et les activités prévues est présenté au tableau LXXXV.

Tableau LXXXV
Faits saillants du degré de mise en œuvre sous l'angle de la concordance
entre les activités prévues et réalisées

FAITS SAILLANTS
Degré de mise en œuvre de l'IPPAP
Concordance entre les activités prévues et les activités réalisées
<ul style="list-style-type: none"> ○ Médecin : La mise en œuvre des tâches relatives à l'information et à l'enquête auprès du médecin est jugée excellente, celles-ci ayant été réalisées à 96,6 %. ○ Cas-index : La mise en œuvre des tâches relatives à l'intervention auprès du cas-index est jugée très bonne, celles-ci ayant été réalisées à 85,5 %. Parmi ces tâches, on observe une variation du degré de mise en œuvre selon la nature des tâches à réaliser : <ul style="list-style-type: none"> ▪ la mise en œuvre des tâches relatives à l'information et à l'enquête auprès du cas-index est jugée excellente puisqu'elles ont été réalisées en moyenne à 90 %; ▪ la mise en œuvre des tâches relatives à l'information sur la vaccination est excellente en ce qui concerne la vérification des indications à la vaccination contre les hépatites A et B (95,7 %), mais insatisfaisante en ce qui concerne la vérification du calendrier de vaccination (33,3 %); ▪ avec un score moyen de 90 %, la mise œuvre des tâches relatives aux conseils préventifs varie beaucoup selon leur nature. Les tâches associées à la transmission de connaissances sont réalisées à 97 %, alors que les tâches relatives à l'exploration des contextes, attitudes, motivations et compétences des cas-index à l'égard de la prévention sont réalisées dans une proportion moyenne de 84 %; ▪ la mise œuvre des tâches relatives à l'offre de soutien est plus faible, se chiffrant en moyenne à 61 %. Ce sont les tâches relatives au soutien à donner aux cas-index voulant aviser eux-mêmes leurs partenaires qui sont les plus problématiques. ○ Lorsque les infirmières jugent qu'une tâche est essentielle à réaliser, son degré de mise en œuvre est plus élevé que lorsque cette tâche est jugée accessoire. <p>Partenaires : La mise en œuvre des tâches relatives à l'information et à l'enquête auprès des partenaires est jugée passable, celles-ci ayant été réalisées à 63,6 %. Ce résultat a toutefois peu de validité puisqu'il repose seulement sur 3 cas.</p>

6.3 Facteurs contextuels ayant affecté la mise en œuvre de l'IPPAP

Comme illustré dans les dernières sections, le degré de mise en œuvre de l'IPPAP varie selon les tâches analysées. Ces variations peuvent s'expliquer par divers facteurs caractérisant le contexte de l'intervention. Pour documenter ces facteurs, les infirmières ont eu à compléter après chaque intervention un journal de bord (appendice IV) structuré en fonction du modèle conceptuel McGill (Sauvé & Paquette-Desjardins, 2002). Ce modèle infirmier procure une vision et un cadre de référence qui précisent la définition du rôle de l'infirmière, du client/famille (le cas-index ou son partenaire) et de l'environnement dans une situation donnée.

L'analyse de contenu réalisée à partir de ces informations offre toutefois peu de réponses à la troisième question de recherche : *quels sont les facteurs qui ont influencé la concordance entre les activités prévues et les activités réalisées dans le cadre de l'IPPAP?* Étant donné la lourdeur de la tâche des infirmières, les journaux de bord ont été complétés de façon détaillée uniquement les trois premiers mois. Par la suite, elles n'inscrivaient au journal que les éléments particuliers ayant teinté l'intervention. Ainsi, les facteurs rapportés dans les résultats sont peu discriminants et il a été difficile de faire un parallèle clair entre la présence de certains éléments contextuels et les tâches réalisées auprès d'un nombre moindre de cas-index ou partenaires. Pour pallier en partie cette

lacune, des analyses quantitatives ont mis en lien le degré de mise en œuvre de chaque tâche selon les principales caractéristiques des cas-index, ce qui a tout au moins permis d'enrichir l'analyse des facteurs liés au patient.

6.3.1 FACTEURS LIÉS AU PATIENT

À partir des analyses des données quantitatives, on observe peu de variations dans la mise en œuvre des tâches, selon la nature de l'ITS dont est affecté le cas-index; indice que les infirmières ont fait preuve de la même ouverture et de la même rigueur, peu importe l'ITS. Dans le contexte où la syphilis est une ITS touchant davantage les HARSAH, ce résultat semble témoigner d'une attitude non discriminatoire à l'égard de l'homosexualité chez ces professionnelles. Une seule tâche a été réalisée de façon plus systématique auprès des cas de syphilis, soit l'offre de suivi de la part de l'infirmière si le cas-index voulait aviser lui-même certains partenaires. Ceci s'explique sans doute par la gravité perçue de cette ITS et de la nouveauté créée par sa recrudescence récente entre autres dans le milieu gai.

De la même façon, le sexe du cas-index ne semble pas avoir modulé l'ensemble des tâches, sauf une. En fait, selon les données recueillies auprès des cas-index affectés par la gonorrhée, les femmes auraient proportionnellement été moins nombreuses à se faire expliquer les objectifs de l'IPPAP. Il est difficile d'expliquer pourquoi. On peut sans doute souligner que parmi les cas de gonorrhée, les femmes ont semblé moins enclines à aviser d'emblée leurs partenaires et plus ouvertes à accepter l'offre de soutien de la santé publique sous diverses modalités. Or, dans les journaux de bord, les infirmières soulignent que les femmes ont plus de difficultés à parler librement lors de l'entretien et sont plus réservées, mais elles expriment beaucoup de craintes à l'égard de la notification des partenaires, notamment liées à la réaction qu'elles anticipent chez ces derniers. Il est possible que ce soit justement lié au fait qu'elles ont été moins nombreuses à se faire expliquer les objectifs de l'IPPAP. L'application systématique de cette tâche auprès des femmes aurait peut-être contribué à l'apaisement de leurs craintes.

Chez les hommes, la majorité des tâches semblent avoir été réalisées avec la même assiduité indépendamment de leur orientation sexuelle (estimée compte tenu des comportements homosexuels déclarés en réponse à la partie enquête). Toutefois, les hommes hétérosexuels seraient moins nombreux à avoir reçu des informations sur les pratiques sexuelles à risque réduit et l'infirmière aurait obtenu les coordonnées des partenaires à joindre dans une moindre mesure auprès de ces hommes. Dans leur journal de bord, les infirmières soulignent à plusieurs reprises que les hommes hétérosexuels sont moins réceptifs à la démarche et qu'elles obtiennent une meilleure collaboration de la part des HARSAH. Les HARSAH sont aussi plus enclins à exprimer leurs sentiments par rapport à leur état infectieux (déception face à soi-même, colère, gêne...). En contrepartie, bien que les infirmières perçoivent davantage de malaises ou de résistances chez les hommes hétérosexuels, c'est aussi de leur part qu'elles ont ressenti le plus de satisfaction à la suite de l'intervention. Ils diront que l'infirmière a été aidante pour comprendre l'ITS contractée, ses modes de transmission et sa prévention.

La littératie¹³ en matière de santé est un autre facteur lié au patient qui semble avoir influencé la mise en œuvre de l'IPPAP. À la suite de l'analyse des journaux de bord, on observe de façon assez claire que plus les cas-index ont été proactifs et ont recherché de l'information sur leur condition avant l'appel de l'infirmière, moins les tâches ont été réalisées de façon systématique. Les infirmières noteront à quelques reprises qu'elles se sont senties moins utiles dans ces contextes et qu'effectivement, elles ne voyaient pas la nécessité d'être aussi systématiques. Bien qu'il soit probable que les cas-index ayant fait preuve de littératie en matière de santé aient eu accès à de l'information juste, la validité des multiples sources d'informations est à ce point variable qu'il serait indiqué que l'infirmière réalise toutes les tâches de nature informative prévues à l'IPPAP.

Les analyses contrastant les 29 cas-index qui rapportaient avoir avisé certains, sinon tous leurs partenaires, à ceux (35) qui n'avaient pas encore entrepris une telle démarche, donnent des résultats pertinents. Ces derniers cas sont en moyenne plus âgés et 17 % d'entre eux ont un lieu de naissance autre que le Canada alors que tous les cas-index ayant avisé certains ou tous leurs partenaires sont nés au Canada. Ils se distinguent aussi en termes de facteurs de risque. Ceux qui n'ont avisé aucun de leurs partenaires sont proportionnellement plus nombreux à rapporter plus de deux partenaires dans la période visée et à avoir eu des partenaires anonymes ou un partenaire sexuel récent à risque élevé. Ils sont aussi plus nombreux à déclarer avoir eu un contact sexuel avec quelqu'un qui avait une ITS, ce qui est cohérent avec le fait qu'une plus forte proportion d'entre eux a comme raison du prélèvement, un diagnostic. Ces résultats mettent en relief les caractéristiques des cas-index pour lesquels l'IPPAP est particulièrement importante, mais aussi plus difficile à réaliser : les cas-index plus âgés, les cas-index nés ailleurs qu'au Canada et ceux qui ont eu un plus grand nombre de partenaires dont plusieurs anonymes. Ce sont donc des cas plus complexes, parfois déstabilisants, qui demandent aux infirmières de s'ajuster rapidement à des référents culturels particuliers en lien avec leur adhésion à certaines normes et valeurs prévalentes dans leurs communautés d'appartenance. La difficulté à procéder à la notification des partenaires chez les personnes appartenant à une minorité ethnique avait été soulevée dans l'étude de van Duynhoven et collaborateurs (1998).

Le plus grand nombre de partenaires, en particulier anonymes, alourdit la démarche. Lambert et collaborateurs (1998) rapportent d'ailleurs que l'obtention d'informations détaillées au sujet de chacun des partenaires était de plus en plus laborieuse au fur et à mesure que le nombre de partenaires admis par le cas-index s'élevait et qu'on refusait fréquemment de donner de l'information sur les partenaires déjà avisés. Dans le contexte de l'IPPAP, ces enjeux sont importants parce qu'ils risquent d'affecter de façon majeure l'efficacité de la démarche. Or, ces cas complexes sont aussi ceux qui contribuent le plus au maintien des épidémies et ceux auprès de qui les efforts devraient être davantage systématiques et soutenus. La formation des professionnels responsables de l'IPPAP devrait les habiliter à réaliser toutes leurs tâches même dans un contexte aussi complexe.

6.3.2 FACTEURS LIÉS AU RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

Les facteurs liés au rôle de l'infirmière qui ont pu moduler la mise en œuvre de l'IPPAP relèvent entre autres de leur capacité à répondre et à s'ajuster aux besoins de chaque cas-index. L'analyse

¹³ Selon l'**Organisation de coopération et de développement économiques** (OCDE), la **littératie** est « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités».

du contenu des journaux de bord révèle peu d'éléments expliquant les variations observées dans la réalisation de certaines tâches. De façon générale, les infirmières se sont dites à l'aise dans leur rôle. Sur le plan du savoir-être, tel que mentionné précédemment, elles ont semblé adopté une attitude similaire à l'égard de tous les cas-index, bien qu'elles aient rapporté à l'occasion dans leur journal de bord avoir été plus ouvertes avec les femmes hétérosexuelles. Elles soulignent aussi avoir eu plus de mal à exécuter les tâches lorsqu'elles se sentaient affectées ou bousculées par la résistance, la gêne, le ressentiment, voire, le refus du cas-index.

Sur le plan du savoir-faire, l'analyse des commentaires laisse penser que les infirmières ont davantage eu de difficultés avec les HARSAH. Autrement dit, malgré une attitude d'ouverture et d'empathie à l'égard de ces hommes, les infirmières ne se sont pas toujours senties pleinement aptes ou compétentes compte tenu des tâches à réaliser. Étant donné la forte proportion d'HARSAH parmi les cas-index, ce sentiment de ne pas toujours être en pleine possession de ses moyens a pu expliquer en partie un plus faible degré de mise en œuvre sur les tâches relatives aux conseils préventifs qui vont au-delà de la simple transmission d'informations et qui demandent l'exploration des contextes, attitudes, motivations et compétences des cas-index à l'égard de la prévention.

Finalement, et c'est là un facteur majeur, avec le temps (c'est-à-dire avec l'exposition répétée à une diversité de situations, la pratique répétée de chaque tâche à réaliser, etc.), les infirmières confirment que la qualité de l'IPPAP s'est améliorée.

6.3.3 FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

Les principaux facteurs liés à l'environnement qui auraient pu moduler la mise en œuvre de l'IPPAP sont de deux ordres : les facteurs ayant joué sur l'accès au cas-index et les caractéristiques de l'environnement dans lequel le cas-index se trouvait au moment où il était joint. Les résultats obtenus ne permettent toutefois pas de faire un lien clair entre la présence de ces facteurs et une mise en œuvre moindre. Les facteurs ayant joué sur l'accès sont le refus de certains médecins à donner leur autorisation pour accéder à leur patient et la difficulté à joindre les médecins. Par contre, lorsque joints, la plupart des médecins ont collaboré de façon active. En ce qui concerne les cas-index, dans plusieurs cas, la stratégie a impliqué de multiples appels à des moments différents. Une fois que le cas-index était joint, les infirmières racontent des situations où le cas-index avait plus de mal à parler librement : s'il était occupé, en présence d'autres personnes ou s'il avait la possibilité de prendre d'autres appels en cours d'entretien. Le cellulaire n'a pas semblé un élément facilitateur, au contraire, tant comme outil pour rejoindre le cas-index que comme outil pour réaliser l'entretien. Aucun facteur organisationnel n'a été inscrit par les infirmières à leur journal de bord comme obstacle à la mise en œuvre de l'IPPAP; elles ont toutefois discuté de ces éléments lors des rencontres de suivi tenues pendant la période d'implantation. Dans certains travaux, ces obstacles ont semblé jouer un rôle important sur la mise en œuvre de cette mesure. Golden et collaborateurs (2003) soulignaient que 40 % des professionnels de la santé publique aux États-Unis affirmaient que les fonds et le personnel pour la NoPa étaient insuffisants. Compte tenu des résultats obtenus en ce qui concerne la grande variabilité sur une année des temps écoulés entre la réception d'une déclaration d'ITS et l'ouverture du dossier (7 à 18 jours) et entre l'ouverture et la fermeture du dossier (17 jours \pm 19 jours), outre la plus grande difficulté à joindre les cas-index à certaines périodes de l'année (été ou temps des fêtes), il semble que certains facteurs organisationnels aient pu influencer la mise en œuvre, telles la gestion des ressources à ces périodes, l'organisation des tâches, etc.

6.3.4 FAITS SAILLANTS SUR LES FACTEURS CONTEXTUELS AYANT MODULÉ L'IPPAP

Les résultats relatifs aux facteurs ayant modulé le degré de mise en oeuvre de l'IPPAP sont résumés au tableau LXXXVI.

Tableau LXXXVI
Faits saillants sur les facteurs contextuels ayant modulé l'IPPAP

FAITS SAILLANTS <i>Facteurs contextuels ayant affecté la mise en œuvre de l'IPPAP</i>	
Facteurs favorables	Facteurs défavorables
	Facteurs liés aux cas-index
Bonne collaboration des HARSAH Satisfaction (commentaires positifs) des hommes hétérosexuels à la suite de l'IPPAP	Réticence des hommes hétérosexuels a priori Réserve des femmes à l'égard de la NoPa Littératie en matière de santé du cas-index relativement à sa condition Complexité de certains cas : plus grand nombre de partenaires, partenaires anonymes, peu de partenaires avisés a priori
	Facteurs liés au rôle de l'infirmière
Attitude d'ouverture et de non-discrimination indépendamment de l'ITS, du sexe et de l'orientation sexuelle Souplesse et adaptation en fonction des besoins Gagner de l'expérience au fil du temps	Se sentir moins compétentes quand il s'agit d'accompagner un HARSAH Souplesse et adaptation en fonction des besoins (intervention moins systématique lorsque le cas est complexe) Avoir du mal à gérer un refus
	Facteurs liés à l'environnement
Très bonne collaboration de la plupart des médecins	Refus des médecins (15 cas-index) Difficulté à joindre les médecins Difficulté à joindre les cas-index Conditions défavorables de l'environnement où se trouve le cas-index au moment de l'appel Variabilité importante dans les temps écoulés entre la réception d'une déclaration d'ITS et ouverture du dossier, entre ouverture et fermeture du dossier

6.4 Limites et biais

C'est avec prudence que les résultats de la présente étude doivent être interprétés compte tenu des éléments qui en ont affecté la validité. D'une part, le profil des cas-index comme dressé n'est pas généralisable à l'ensemble des cas de gonorrhée et de syphilis de la Montérégie pour 2005 puisque les données ne proviennent que de 64,5 % des cas déclarés visés par l'IPPAP. Le refus de certains médecins (-15 cas-index), l'impossibilité de joindre quelques cas-index malgré les rappels (-9) et le refus de participer à l'étude de plusieurs autres (-14) ont pu entraîner un biais de sélection. Le seul groupe pour lequel il est possible d'avoir une certaine assurance est le groupe des 14 cas-index ayant refusé de participer à l'étude. Ils ont été comparés aux répondants sur trois variables : l'âge, l'ITS et l'orientation sexuelle. Aucune différence significative n'a été décelée. Ajoutons que la faible taille de l'échantillon ne donnait pas une puissance suffisante pour procéder à des analyses statistiques complexes.

D'autre part, sur le plan de la validité interne, plusieurs facteurs liés au répondant ont pu intervenir. Un biais de mémoire est possible compte tenu des questions posées qui couvrent soit la dernière année, soit les 60 derniers jours sur divers aspects tels les symptômes, la date du début du traitement, les vaccins reçus, etc. Compte tenu des caractéristiques de la population visée, le rappel

de nombreux partenaires dans une diversité de contextes devait être pour certains cas-index relativement fastidieux et difficile à estimer de façon précise. Sur un autre plan, il est possible qu'un certain biais de désirabilité sociale ait été présent, d'autant plus qu'il s'agit d'un thème d'entretien très sensible. Sur ce point, l'attitude de non-jugement des infirmières et leur crédibilité comme professionnelles de santé publique ont probablement été favorables à l'obtention de réponses plus honnêtes. Un autre élément a pu jouer en défaveur de la validité des informations obtenues; il s'agit des conditions plus ou moins propices dans lesquelles certains cas-index ont pu être placés au moment où ils ont été joints par l'infirmière.

En dernier lieu, rappelons qu'il s'agit d'une banque de données complexes et que ces données ont été recueillies par les infirmières, elles-mêmes responsables d'offrir l'IPPAP. Souvent, pour des raisons très opérationnelles, les infirmières ont dû compléter une partie des diverses grilles et questionnaires après avoir terminé l'entretien téléphonique. D'autre part, une formation très succincte offerte au début du projet et un encadrement plus ou moins régulier par la suite pendant la période d'implantation et de collecte de données peut expliquer les données manquantes sur plusieurs variables et la fluctuation de l'échantillon d'une variable à l'autre. La chercheuse principale ayant changé de fonction en cours de projet, elle n'a pas été en mesure de procurer aux infirmières le suivi qui leur aurait permis de valider au fur et à mesure leur façon d'interpréter les éléments des questionnaires et de recueillir les données. Malgré ces limites, après un travail très minutieux sur l'ensemble de la banque de données, nous avons été en mesure de répondre de façon acceptable aux trois questions de recherche posées.

6.5 Recommandations et suggestions

La présente étude avait, d'abord et avant tout, une finalité formative et constituait un monitoring évaluatif d'une intervention implantée pour une première fois par l'équipe du Programme des maladies transmissibles à la Direction de santé publique de la Montérégie. Dans un tel contexte, la portée de l'étude se limite à une description des cas-index joints, des activités réalisées dans cette première année d'implantation de l'IPPAP compte tenu de ce qui avait été planifié et de certains éléments contextuels qui ont pu interférer ou au contraire, supporter la mise en œuvre d'une telle intervention. Cette description a le mérite de mettre en relief les points forts, mais aussi certaines lacunes de l'intervention telle qu'elle a été implantée à ses débuts. Les leçons qu'on peut en tirer sont à la base de recommandations et suggestions qui pourront orienter la suite du projet, dans la mesure où malgré l'implantation de l'IPPAP depuis 2004 en Montérégie, les ITS ont continué d'augmenter. Cette augmentation continue de l'incidence de la gonorrhée et de la syphilis en Montérégie comme partout ailleurs au Québec soulève par ailleurs de nombreuses questions quant à l'efficacité de cette stratégie à l'échelle provinciale.

Les recommandations et suggestions sont émises sans égard à leur faisabilité. Elles sont de plusieurs ordres. Les premières concernent davantage les tâches de l'IPPAP qui ont été mises en œuvre de façon moins systématique. En second lieu et découlant pour la plupart des premières recommandations, une série de suggestions seront apportées pour planifier les formations futures à offrir aux professionnels et professionnelles de santé publique qui auront à dispenser l'IPPAP. Dans un troisième temps, les résultats nous amènent à proposer des stratégies plus systémiques qui dépassent l'IPPAP en tant que telle en Montérégie, et qui soulèvent toute la question de la complémentarité et de la globalité des services. Ces recommandations ou suggestions ne sont que quelques pistes pour alimenter la réflexion dans la mesure où il est reconnu que l'IPPAP est une mesure efficace en prévention des ITS. En dernier lieu, des recommandations de nature plus

méthodologique seront formulées de manière à ce que le monitoring de l'IPPAP soit réalisé de façon systématique et conviviale.

6.5.1 RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LA MISE EN ŒUVRE DE L'IPPAP

Bien que cela s'explique, l'IPPAP telle qu'expérimentée en Montérégie entre le 1er décembre 2004 et le 30 novembre 2005, n'a pu être réalisée auprès de 22,4 % des cas-index potentiels, ce qui ne peut qu'affecter globalement l'atteinte des objectifs poursuivis par cette mesure. Ces pertes sont liées, d'une part, aux 15 cas-index pour lesquels l'autorisation du médecin n'a pas été obtenue, d'autre part, aux quelques cas-index que les infirmières malgré les rappels, n'ont pu joindre.

En ce qui concerne le refus des médecins, sans que le lien ne soit direct, on sait que seulement la moitié des cas-index qui ont consulté à Montréal, ont été joints dans le cadre de l'IPPAP comparativement à 87 % des cas-index qui ont consulté en Montérégie. De manière à augmenter l'efficacité de l'IPPAP, il serait intéressant de s'interroger sur les raisons pour lesquelles certains médecins avec lesquels la santé publique fait le plus souvent affaire sont réticents à autoriser l'accès à leur patient et tenter de réduire ces réticences sauf si elles sont explicitement liées à une entente faite entre le médecin et son patient spécifiquement sur cette question.

- Pour réduire le nombre de cas-index non joints parmi les cas autorisés, parce que les nombreux rappels à l'intérieur des mêmes plages horaires ne semblent pas suffire, des stratégies devraient être déployées de manière à ce que ces personnes puissent être jointes à l'extérieur des quarts de travail conventionnels.
- Un autre constat relève de la variabilité des temps écoulés entre la réception de la déclaration d'ITS et l'ouverture du dossier (entre 7 et 18 jours) et entre l'ouverture et la fermeture du dossier (durée moyenne 17journs ± 19 jours). Bien que nous n'ayons pu explorer en profondeur l'impact de ces variations sur la mise en œuvre (elles semblent surtout dépendantes de l'organisation du travail pendant les périodes de vacances des ressources), une réduction de cette variabilité serait certes propice à l'atteinte des objectifs de l'IPPAP. Les cas-index aviseraient un plus grand nombre de leurs partenaires dans des conditions plus optimales, parce qu'accompagnés; ils obtiendraient un meilleur suivi clinique et psychosocial; les partenaires auraient accès à un traitement plus précoce etc.
 - ↳ Pour réduire le temps entre la déclaration de l'ITS et l'intervention, ne serait-il pas utile d'envisager que d'autres ressources prennent en charge une partie de l'IPPAP, c'est-à-dire, les ressources qui ont la responsabilité de faire le diagnostic en CSSS par exemple? Outre l'impact possible sur ce délai, parce qu'elles connaissent bien leur territoire, l'utilisation de telles ressources permettrait que les cas-index soient référés, lorsque nécessaire, à des ressources locales plus faciles d'accès et mieux adaptées à leurs besoins.
 - ↳ Lorsque les infirmières jugent qu'une tâche est essentielle à réaliser, son degré de mise en œuvre est plus élevé que lorsque cette tâche est jugée accessoire.
- Pour éviter que ses jugements soient posés de façon arbitraire et pour éviter une variabilité entre les infirmières, non souhaitable dans la mise en œuvre de l'IPPAP, il serait important qu'une révision systématique de toutes les tâches soit réalisée et que par décision consensuelle, basée si possible sur des données probantes, seules les tâches essentielles soient conservées.
- À ce propos, pour certaines tâches, ce qui fait qu'elles sont jugées essentielles pourrait aussi dépendre des caractéristiques des cas-index. Compte tenu des profils obtenus, quatre

configurations peuvent être envisagées pour faire de l'IPPAP une intervention plus ciblée et adaptée aux besoins des cas-index sans pour autant devenir arbitraire : les femmes, les hommes hétérosexuels, les cas de gonorrhée HARSAH et les cas de syphilis HARSAH. Par exemple, auprès des HARSAH, les conseils préventifs pourraient inclure de façon systématique certaines informations relatives à la prévalence d'hommes séropositifs qui ne connaissent pas leur statut sérologique, explorer les pratiques bareback de façon plus explicite et faire la promotion du test de dépistage sur une base plus régulière.

- L'ensemble de la démarche entourant l'IPPAP pourrait être restructuré de façon à intégrer tous les volets de façon chronologique, qu'ils consistent à recueillir des données sur les facteurs de risque, les données cliniques ou à réaliser les différentes tâches de l'IPPAP incluant la prise des ententes relatives à la NoPa. Que ce soit sous forme de document papier ou directement montée en ligne, à l'aide de questions-filtres et d'une logique arborescente, l'infirmière serait guidée de façon systématique dans son travail. Les réponses recueillies au fur et à mesure la dirigeraient vers les autres questions à poser, les conseils ou recommandations à donner au cas-index ou au partenaire. Le fait que la collecte de données et l'intervention se fassent de façon concomitante améliorerait la justesse et l'exhaustivité des informations recueillies et le degré de mise en œuvre des tâches à réaliser.
- D'autre part, pour contrer les problèmes de mise en œuvre liés aux conditions défavorables de l'environnement dans lequel le cas-index est parfois placé, serait-il envisageable de procéder à l'IPPAP, mais de donner au cas-index un rendez-vous téléphonique à un numéro sans frais pour que l'intervention soit complétée de façon plus systématique?
- L'IPPAP ne semble pas être une intervention qui peut être prise en charge de façon ponctuelle et indifférenciée par l'une ou l'autre des ressources de l'équipe ITS. L'IPPAP comme conçue dépasse largement la seule transmission d'informations et comme les résultats l'ont illustré, c'est avec le temps que les ressources gagnent confiance et efficacité dans la réalisation de leurs tâches. Aussi, il serait souhaitable que des ressources soient spécifiquement dédiées à cette tâche.

6.5.2 RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS POUR ORIENTER LES FUTURES FORMATIONS

- Compte tenu de la diversité des cas-index joints et compte tenu des zones de mise en œuvre plus faibles de l'IPPAP en lien avec la complexité des cas rencontrés, la récurrence des activités de formation initiale et continue ainsi que d'encadrement et de suivi des ressources impliquées demeure très importante. D'autre part, elles devraient aussi avoir accès à des ressources de façon ponctuelle sur le plan clinique.
- D'emblée, la majorité des tâches qui relèvent de l'offre de soutien et plusieurs tâches qui relèvent des conseils préventifs doivent être renforcées et réalisées de façon plus systématique. Des formations d'appoint visant ces thématiques bien spécifiques doivent être mises en place dès que possible auprès des ressources déjà impliquées. Ces formations peuvent prendre plusieurs formes. On pense à des modules d'autoformation basée par exemple sur des études de cas ou des mises en situation. Ces modules pourraient être disponibles en ligne. Ce type de matériel favoriserait aussi l'intégration de toute nouvelle ressource.
- Pour améliorer la réalisation des tâches liées aux conseils préventifs, les formations futures devraient habiliter les ressources à aborder de façon efficace les aspects de nature psychosociale, voire socioculturelle. Une formation à l'entretien motivationnel, par exemple, serait appropriée, puisque ce type de formation vise spécifiquement les motivations et

compétences au changement du participant dans un contexte d'intervention brève (Rollnick & Miller, 1995).

- Les professionnels impliqués à l'échelle provinciale à l'offre de l'IPPAP pourraient constituer une communauté virtuelle de pratiques de manière à échanger de façon informelle et régulière sur les difficultés rencontrées, les stratégies développées, etc.

6.5.3 RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS POUR SOUTENIR L'IPPAP PARMIS L'ENSEMBLE DES MESURES DE PRÉVENTION DES ITS

- Puisqu'il est probable qu'une certaine proportion (22 %) de cas-index ne seront pas joints, dans le cadre de l'IPPAP et ce, malgré les efforts déployés, des stratégies à l'échelle locale ou régionale devraient être déployées de manière : 1) à ce que les personnes comprennent l'importance de procéder à la notification des partenaires lorsqu'elles contractent une ITS (par exemple, à travers une campagne grand public faisant la promotion du dépistage et expliquant l'importance de la notification des partenaires); 2) à ce que ces personnes aient accès aux informations nécessaires pour adopter les conduites appropriées et aviser elles-mêmes leurs partenaires (médias écrits et électroniques).
- D'autre part, parce qu'une bonne proportion de cas-index avaient déjà contracté une ITS (39 %), la question des services auxquels ils ont eu accès pour les soutenir dans leur démarche d'adoption de stratégies de réduction des risques se pose. L'IPPAP serait un contexte privilégié pour référer les cas-index vers un service qui leur permettrait d'entreprendre une telle réflexion. Diverses stratégies peuvent être envisagées : counseling lors du dépistage basé sur l'entretien motivationnel, ateliers de groupe visant la réduction des risques, etc.
- Étant donné le très faible taux d'usage du condom chez les hétérosexuels, il faut revoir la pertinence de remettre en place des stratégies de prévention des ITS explicitement centrées sur la promotion de ce comportement. Bien qu'il soit toujours pertinent de cibler les HARSAH, des stratégies propres aux réalités hétérosexuelles doivent aussi être déployées.
- D'autre part, une implication plus systématique des pharmaciens et des médecins dans le counseling préventif de leurs clients et patients serait souhaitable. Sur ce plan, des stratégies de sensibilisation et de formation plus systématiques devraient être envisagées (dans le cadre de leur formation initiale et de leur formation continue).
- Les efforts pour augmenter la couverture vaccinale pour l'hépatite B doivent être poursuivis auprès de tous les adultes qui n'ont pas été exposés au programme de vaccination contre l'hépatite B mis en place en milieu scolaire depuis 1994. La couverture vaccinale pour l'hépatite A auprès des HARSAH doit être améliorée.

6.5.4 RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS POUR FACILITER LE MONITORAGE DE L'IPPAP

Sur le plan du monitoring de l'IPPAP, la plupart des outils utilisés ont été pertinents bien que certaines révisions s'imposent de manière à améliorer la qualité et la justesse des données recueillies.

- Concernant l'enquête épidémiologique – Période visée (appendice II). Dans cette section, il faudrait documenter de façon plus précise le nombre de partenaires durant la période visée selon leur type : régulier, occasionnel ou anonyme; en prenant soin de bien expliquer ce qu'on entend par chacun de ces types de partenaires. Il faudrait aussi déjà demander combien de partenaires sur chacun de ces nombres, ont déjà été avisés par le cas-index. La liste des

partenaires à aviser pourrait ensuite être dressée et les fiches pour chacun des partenaires complétées par la suite (fiche enquête épidémiologique – Partenaires (appendice II)). Après que chaque fiche par partenaire ait été complétée, l'infirmière devrait faire un bilan avec le cas-index pour revoir l'ensemble des ententes et inscrire ce bilan dans la section Nombre de partenaires au cours de la période visée selon le type (voir l'exemple dans le tableau qui suit).

	Réguliers	Occasionnels	Anonymes
Nombre total			
Déjà avisés			---
Entente - cas-index			---
Entente - santé publique			---
Entente - santé publique et cas-index			---

- Concernant l'enquête épidémiologique – Intervention auprès du cas-index (appendice III). En lien avec la recommandation demandant que la pertinence de certaines tâches ou que la justesse de la formulation de certaines autres soit révisée, la grille de l'IPPAP devrait être ajustée. Par exemple, la vérification du calendrier de vaccination contre les hépatites A et B demeure-t-elle pertinente? Que veut dire parmi les tâches relatives à l'offre de soutien à la NoPa, la dernière tâche libellée ainsi, offrir un suivi (partenaires avisés par le patient)? D'autre part, pour une utilisation optimale des divers outils à la fois de collecte de données et d'interventions, un guide devrait être produit. Ce guide pourrait inclure des consignes plus précises, section par section, et des définitions plus détaillées pour chaque question, chaque énoncé, etc.
- Pour documenter les facteurs contextuels ayant modulé la mise en œuvre de l'IPPAP, le journal de bord a été plus ou moins utile parce que lourd à compléter d'une intervention à l'autre. Des entretiens individuels réguliers avec les infirmières auraient sans doute été plus riches.
- Finalement, dans le cadre d'un monitoring de type évaluatif comme celui qui a été réalisé, une formation rigoureuse et un encadrement constant s'imposent, de manière à s'assurer d'une compréhension commune de chaque énoncé par les ressources impliquées, pour l'ensemble des outils de monitoring proposés. D'autre part, comme suggéré à la section 6.5.1, la mise en ligne de l'ensemble de la démarche serait une stratégie qui pourrait améliorer la validité et la fiabilité des données recueillies et de la mise en œuvre de l'IPPAP.

7. CONCLUSION

Cette étude a permis de porter un regard évaluatif et formatif sur une intervention implantée pour une première fois par l'équipe du Programme des maladies transmissibles à la DSP de la Montérégie. Malgré ses limites, elle a permis de caractériser les cas-index joints, les activités réalisées dans cette première année d'implantation de l'IPPAP compte tenu de ce qui avait été planifié et les éléments contextuels qui ont pu interférer ou au contraire, supporter la mise en œuvre d'une telle intervention. Des points forts et des lacunes de l'intervention telle qu'implantée à ses débuts ont été mis en relief.

Or, depuis cette période, les conditions de l'IPPAP en Montérégie ont évolué. À l'heure actuelle, se sont ajoutés aux cas de syphilis et de gonorrhée, certains cas d'infection à chlamydia identifiés comme prioritaires, soit les jeunes de 17 ans et moins, les personnes avec ITS à répétition (2 épisodes ou plus) et les personnes avec les conditions cliniques suivantes peu importe leur âge: partenaires multiples, femmes enceintes ou hommes dont la partenaire est enceinte, personnes ayant eu plus d'une interruption volontaire de grossesse et personnes ayant une atteinte inflammatoire pelvienne. De plus, dans le but d'accélérer la réalisation de l'intervention, des ententes particulières ont été prises avec certaines cliniques pour réaliser l'IPPAP. Les conditions de pratique des intervenantes se sont aussi améliorées : elles ont participé à une formation de deux jours offerte par l'INSPQ et sur une base continue, lorsque confrontées à des situations complexes, elles bénéficient de l'encadrement et du soutien de professionnels expérimentés à la DSP (médecins et infirmières) impliqués dans l'IPPAP depuis quelques années. Des outils diffusés à l'échelle provinciale sont aussi disponibles. L'équipe s'est aussi dotée d'un outil informatique régional qui permet de faire une analyse périodique de certains éléments de l'IPPAP (caractérisant tout au moins les cas-index, les facteurs de risque présents, etc., sans toutefois que l'intervention elle-même soit documentée auprès des cas-index joints) et de modifier l'approche selon les besoins. Cet outil vise ainsi l'amélioration de la gestion, du suivi et de l'évaluation périodique de l'IPPAP.

Les leçons tirées de cette première expérience ont permis d'émettre quelques recommandations ou suggestions qui, pour certaines, ont déjà été appliquées et qui, pour d'autres, pourront orienter la suite du projet, dans la mesure où malgré l'implantation de l'IPPAP depuis 2004 en Montérégie, comme partout ailleurs au Québec, les ITS ont continué d'augmenter. La DSP de la Montérégie aura eu le mérite de se questionner sur ses pratiques en IPPAP et d'obtenir certaines réponses à ses questions. Ces leçons pourraient alimenter une réflexion plus approfondie à l'échelle provinciale sur la place et le rôle de cette stratégie dans la lutte contre les ITS et sur l'importance qu'elle s'inscrive dans un plan plus intégré à d'autres mesures préventives.

8. RÉFÉRENCES

Agence de santé publique du Canada (2007). *Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement*. RMTC, 33S1, 1-76.

Adlaf, E.M., Begin, P. & Sawka, E. (Eds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Adrien, A., Leane, V & Auger, D. (2001). Comportements sexuels et utilisation du condom. *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 9. Institut de la statistique du Québec, Collection La santé et le bien-être, 2^e édition. Sainte-Foy : Les Publications du Québec.

Alary, M., Joly, J., & Poulin, C. (1991). Gonorrhea and chlamydial infection : comparison of contact tracing performed by physicians or by a specialized service. *Canadian Journal of Public Health*, 82(2), 132-134.

Beaudry J., & Viens C., (1999). La fonction évaluation : un cadre de référence pour s'y retrouver Régie régionale de la santé et des services sociaux Montérégie, Direction de la santé publique, Dépôt légal, Bibliothèques nationale du Québec et du Canada, ISBN : 2-89342-137-7.

Blocker, M.E., Levine, W.C., & St. Louis, M.E. (2000). HIV prevalence in patients with syphilis United States. *Sexually Transmitted Diseases*, 51(38), 853-856.

Carballo-Diéguez, A., Remien, R.H., Benson, D.A., Dolezal, C., Decena, C.U., & Blank, S. (2002). Intention to notify sexual partners about potential HIV exposure among New York City STD clinics' clients. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(8), 465-471.

Cates, W., Rothenberg, R.B., & Blount, J.H. (1996). Syphilis control the historic and epidemiological basis for interrupting sexual transmission of treponema palladium. *Sexually Transmitted Diseases*, 23(1), 68-75.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2003). Partner counseling and referral services to identify persons with undiagnosed HIV—North Carolina, 2001. *Morbidity Mortality Weekly Reports*, 52(48), 1181-1184.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2006). Primary and secondary syphilis —United-States, 2003-2004. *Morbidity Mortality Weekly Reports*, 55(10), 269-273.

Chesson, H.W., Heffelfinger, J.D., Voigt, R.F., & Collins, D. (2005). Estimates of primary and secondary syphilis rates in persons with HIV in the United States, 2002. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5), 265-269.

Cohen, M. S. (2006). When people with HIV get syphilis: Triple jeopardy. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(3), 149-150.

Comité consultatif sur les MTS (2000). *Notification des partenaires des personnes atteintes d'une MTS état de la situation et recommandations*, Gouvernement du Québec, MSSS, octobre.

Denis, J.L., & Champagne, F. (1990). L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5(2), 47-67.

Dufour, A., Robert, S., Remis, S., Alary, M., Otis, J., Masse, B., Turmel, B., Vincelette, J., Lavoie, R., LeClerc, R., Parent, R. & the Omega Study Group. (1999). Factors associated with hepatitis B

vaccination among men having sexual relations with men in Montréal, Québec, Canada. *Sexually Transmitted Diseases*, 26(6), 317-324.

Engelgau, M., Woernle, C.H., Rolfs, R.T., Greenspan, J.R. O'Cain, M., & Gorsky, R.S. (1995). Control of epidemic early syphilis: The results of an intervention campaign using social networks. *Sexually Transmitted Diseases*, 22(4), 203-209.

Fournier, B., Dupont, M., & Venne, S. (2003). *Programme provincial intervention préventive auprès des partenaires sexuels de personnes infectées par une infection transmissible sexuellement*, Document de travail, 13 février, 2003.

George, C., Alary, M., Otis, J., Demers, E., Remis, R.S., Mâsse, B., Lavoie, R., Vincelette, J., Parent, R. & the OMEGA Study Group. (2006). Non-negligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in Montreal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(3), 365-370.

Golden, M.R., Hogben, M., Handsfield, H.H., St. Lawrence, J.S., Potterat, J.J., & Holmes, K.K. (2003). Partner notification for HIV and STD in the United States: low coverage for gonorrhea, chlamydia infection, and HIV. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(6), 490-496.

Golden, M.R., Whittington, W.L.H., Hunter Handsfield, H., Malinsky, C., Clark, A., Hughes, J.P., Gorbach, P.M. & Holmes, K.K. (2001). Partner management for gonococcal and chlamydia infection expansion of public health services to the private sector and expedited sex partner treatment through a partnership with commercial pharmacies. *Sexually Transmitted Diseases*, 28(11), 658-665.

Gorbach, P.M., Aral, S.O., Celum, C., Stoner, B.P., Whittington, W.L.H., Galea, J., Coronado, N., Connor, S., & Holmes, K.K. (2000). To notify or not to notify STD patients' perspectives of partner notification in Seattle. *Sexually transmitted Diseases*, 27(4), 193-200.

Gunn, R.A., Montes, J.M. Toomey, K.E., Rolfs, R.T., Greenspan, J.R. Spitters, C.E., & Waterman, S.H. (1995). Syphilis in San Diego county 1983-1992: Crack cocaine, prostitution, and the limitations of partner notification. *Sexually Transmitted Diseases*, 22(1), 60-66.

Hennessy, M., Willaims, S.P., Mercier, M.M., & Malotte, C.K. (2002). Designing partner-notification programs to maximize client participation a factorial survey approach. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(2), 92-99.

Hogben, M., Paffel, J.B.S., Broussard, D., Wolf, W., Kenney, K., Rubin, S., George, D., & Samoff, E. (2005). Syphilis partner notification with men who have sex with men: A review and commentary. *Sexually Transmitted Disease*, 32(10) supplement, S43-S47.

Hogben, M., St Lawrence, J.S., Montaña, D.E., Kasprzyk, D., Leichliter, J.S., & Phillips, W.R. (2004). Physicians' opinions about partner notification methods: case reporting, patient referral, and provider referral. *Sexually Transmitted Infections*, 80(1), 30-34.

Houston, S., Archibald, C.P., Adrien, A., Blanchard, J., Fisher, W., Maticka-Tyndale, E., Warren, W. & Sutherland, D. (1997). Development of a standardized set of questions to assess levels of HIV-risk behaviour among the general population. *Journal Canadien des maladies infectieuses*, 8 (suppl. A), 37A.

Jayaraman. G.C., Read, R.R., & Singh, A. (2003). Characteristics of individuals with male-to-male and heterosexually acquired infectious syphilis during an outbreak in Calgary, Alberta, Canada. *Sexually Transmitted Disease*, 30(4), 315-319.

Jetté, L. (2005). *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec Rapport annuel 2004*, Institut national de santé publique du Québec, Laboratoire de santé publique du Québec.

Jetté, L. (2006). *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec Rapport annuel 2005*, Institut national de santé publique du Québec, Laboratoire de santé publique du Québec.

- Kissinger, P.J., Nicolai, L.M., Magnus, M., Farley, T.A., Maher, J.E., Richardson Alston, G., Dorst, D., Myers, L., & Peterman, T.A. (2003). Partner notification for HIV and syphilis: Effects on sexual behaviors and relationship stability. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(1), 89-90.
- Kohl, K.S., Farley, T.A. Ewell, J., & Scioneaux, J. (1999). Usefulness of partner notification for syphilis control. *Sexually Transmitted Diseases*, 26(4), 201-207.
- Lacroix, C., Levac, E., & Perron, L. (2008). *Les maladies infectieuses en Montérégie incluant les maladies à déclaration obligatoire (MADO)*. Rapport annuel 2007. ASSS de la Montérégie, Direction de la santé publique.
- Lafontaine, G. (1994). *Les facteurs psychosociaux associés à la recherche des contacts dans le contexte d'une maladie transmissible sexuellement autre que le sida*, Travail dirigé présenté à la Faculté des études supérieures pour l'obtention d'un grade de Maître ès Sciences en santé communautaire, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Lambert, G. (2006). *Épidémie de syphilis au Québec chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes*, Direction de la santé publique de Montréal.
- Lambert, G. (1998). *Évaluation d'un service de soutien à la notification des partenaires atteintes d'une maladie transmissibles sexuellement (MTS) autre que l'infection à VIH*, RSSS Montréal Centre et Laval, Direction de la santé publique.
- Lambert, G., Cox, J., Tremblay, F., Gadoury, M-A, Frigault, L.R., Tremblay, C., Alary, M., Otis, J., Lavoie, R., Remis, R., Vincelette, J., Archibald, C., Sandstrom, P. & l'équipe M-Track. (2006). *Argus 2005 : Sommaire de l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations avec d'autres hommes (HARSH)*. Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et agence canadienne de santé publique.
- Landry R. (1992). L'analyse de contenu. In B. Gauthier (ed.) *Recherche sociale, De la problématique à la collecte des données* (pp.332-359). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie, É., Alary, M., Remis, S.R., Otis, J., Vincelette, J., Turmel, B., Lavoie, R., Mâsse, B. & LeCler, R. (2008). Determinants of HIV seroconversion among men who have sex with men living in a low HIV incidence population in the era of highly active antiretroviral therapies. *Sexually Transmitted Diseases*. 35(1), 25-29.
- Macke, B.A., & Maher, J.E. (1999). Partner notification in the United States an evidence-based review. *American Journal of Preventative Medicine*, 17(3), 230-242.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2003). *Priorité nationales de santé publique 1997-2002 : Vers l'atteinte des résultats attendus*, Québec : MSSS, 5^e bilan.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2004a). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec*, Québec : MSSS.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2004b). *Aide-mémoire à l'intention des professionnels de la santé. IPPAP. Pour briser la chaîne de transmission, traiter les partenaires*. Québec : MSSS, Direction des communications.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2004c). *IPPAP. Le programme en bref*. Québec : MSSS, Direction des communications.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2005 (et projections 2006)*, Québec : MSSS.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2008). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2007 (et projections 2008)*, Québec : MSSS.

- Otis, J., Cummings, S., Charest, D., Pilote, F., Tremblay, R. & Boissinot, J. (1997). Vulnérabilité des adolescentes et des femmes adultes. Dans N. Chevalier, J. Otis & M.-P. Desaulniers (dir.), *Sida et prévention* (pp. 191-222). Montréal: Les Éditions Logiques Inc.
- Otis, J., Girard, M.-É., Alary, M., Demers, E., Remis, R.S., Lavoie, R., Turmel, B., Vincelette, J., Mâsse, B., LeClerc, R. & the OMEGA Study Group. (2007). Drogues, sexe et risques dans la communauté gaie montréalaise : 1997-2003. *Drogues, Santé et Société*, 5(2), 161-197.
- Oxman, A.D., Scott, E.A.F., Sellars, J.W., Clarke, J.H., Millson, M.E., Rasooly, I., Frank, J.W., Naus, M., & Goldblatt, E. (1994). Partner notification for sexually transmitted diseases: An overview of the evidence. *Canadian Journal of Public Health*, 85(S1), S41-S47.
- Passin, W.F., Kim, A.S., Hutchinson, A.B., Crepaz, N., Herbst, J.H., Lyles, C.M., & the HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Project Team. (2006). A systematic review of HIV partner counseling and referral services: Client and provider attitudes, preferences, practices, and experiences. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(5), 320-328.
- Perron, L., de la Boissière, L., Levac, E., & Milord, F. (2006). *Maladies à déclaration obligatoire Rapport annuel 2005*. RRSSS Montérégie, Direction de la santé publique.
- Peterman, T.A., Toomey, K.E., Dicker, L.W., Zaidi, A.A., Wroten, J.E. & Carolina, J. (1997). Partner notification for syphilis a randomized, controlled trial of three approaches. *Sexually Transmitted Diseases*, 27(9), 511-518.
- Rasooly, I., Millson, M.E., Frank, J.W., Naus, M., Coates, R.A., Oxman, G.D., Scott, E.A.F., Sellors, J.W. & Clark, J. (1994). A survey of public health partner notification for sexually transmitted diseases in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 85(S1), S48-S52.
- Renaud, L., & Zamudio, M.,G., . (1999). *Planifier pour mieux agir* (2e édition), Québec, Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS).
- Rollnick, S. & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rothenberg, R., & Narramore, J. (1996). The relevance of social network concepts to sexually transmitted disease control. *Sexually Transmitted Diseases*, 23(1), 24-29.
- Santé Canada. (2000). *Maladies transmissibles sexuellement (MTS) au Canada : Rapport de surveillance 1998-1999*, vol. 26s6, octobre 2000.
- Santé Canada. (2001a). *Actualité en bref pour maladies infectieuses*, Division de la surveillance des maladies, 21 septembre 2001.
- Santé Canada. (2001b). *Actualité en bref pour maladies infectieuses*, Division de la surveillance des maladies, 2 novembre 2001.
- Santé Canada. (2003). *Actualité en bref pour maladies infectieuses*, Division de la surveillance des maladies, 2 mai 2003.
- Santé Canada. (2006a). *Actualité en bref pour maladies infectieuses*, Division de la surveillance des maladies, 10 mars 2006.
- Santé Canada. (2006b). *Actualité en bref pour maladies infectieuses*, Division de la surveillance des maladies, 9 juin 2006.
- Sauvé, J., & Paquette-Desjardins, D. (2002). *Profession infirmière la collecte de données : explorer et comprendre la situation de santé avec le client/famille, une méthode d'accompagnement novatrice inspirée du modèle McGill*, Montréal : Chenelière/ McGraw Hill.
- St. Lawrence, J.S., Montano, D.E., Kasprzyk, D., Philips, W.R., Armstrong, K., & Leichter, J.S. (2002). STD screening, testing, case reporting and clinical and partner notification practices: A national survey of U.S. physicians. *American Journal of Public Health*, 92(11), 1784-1788.

St. Louis, M. (1996). Strategies for syphilis prevention in the 1990's. *Sexually Transmitted Diseases*, 23(1), 58-67.

Toomey, K.E., Peterman, T.A., Dicker, L.W., Zaidim, A.A., Wroten, J.E., & Carolina, J. (1998). Human immunodeficiency virus partner notification: cost and effectiveness data from an attempted randomized controlled trial. *Sexually Transmitted Disease*, 25(6), 310-316.

van Duynhoven, Y.T., Schop, W.A., van der Meijden, W.I. & van de Laar, M.J. (1998). Patient referral outcome in gonorrhoea and chlamydial infections. *Sexually Transmitted Infections*, 74(5), 323-330.