

**Traitement accéléré des partenaires pour
les infections à *Chlamydia trachomatis* et
à *Neisseria gonorrhoeae***

AVIS SCIENTIFIQUE

AUTEURE

Anne Bruneau, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ DES PARTENAIRES

Geneviève Boily, conseillère en soins infirmiers
Marc Steben, médecin-conseil, Président CITSS
Anne Bruneau, médecin-conseil, responsable du groupe de travail
Marie-Claude Drouin, coordonnatrice Comité sur les ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec
Brigitte Fournier, médecin-conseil
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Diane Lambert, médecin-conseil
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Véronique Morin, médecin-conseil
Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux du Nunavik
Stéphane Roy, médecin-conseil
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Sylvie Venne, médecin-conseil, SLITSS
Ministère de la Santé et des Services sociaux

PARTICIPATION AUX TRAVAUX PRÉPARATOIRES

Anne Bruneau, médecin-conseil
Léonie Mvumbi Mambu, stagiaire postdoctoral
Marc Steben, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec
Manon Dugas, conseillère en soins infirmiers
Direction de santé publique de Montréal
Sylvie Venne, médecin-conseil
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nazmul Alam, chercheur
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MISE EN PAGE

Virginie Boué, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

Cet avis a été adopté avec consensus par le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang le 24 janvier 2017.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-80625-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

Liste des membres du Comité sur les ITSS 2016-2018

En ordre alphabétique

Christelle Aïcha Kom Mogto, médecin-conseil, Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais

Michel Alary, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Jean-Guy Baril, médecin de famille Clinique de médecine urbaine du Quartier Latin et CHUM, Président du Comité consultatif sur le VIH et le VHC

Geneviève Boily, infirmière, Institut national de santé publique du Québec

Marc Dionne, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

André Dontigny, directeur, Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé,

Marie-Claude Drouin, agente de planification, programmation et de recherche, Institut national de santé publique du Québec (coordonnatrice)

Judith Fafard, médecin microbiologiste infectiologue, Centre Hospitalier Pierre-Le Gardeur

Brigitte Fournier, médecin-conseil, Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches

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

Marie-Ève Goyer, médecin omnipraticienne, Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida du Centre hospitalier universitaire de Montréal

Lise Guérard, directrice, Direction de la lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, membre non votant

Édith Guilbert, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Patricia Hudson, Directrice scientifique des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, membre d'office non votant

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste infectiologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Claude Laberge, médecin-conseil, Direction de la lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, membre non votant (en remplacement de Lise Guérard)

Gilles Lambert, médecin-conseil, Centre intégré de santé et services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

Danièle Longpré, médecin omnipraticienne, clinique l'Actuel

Ken Monteith, Directeur général, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida

Raymond Parent, chef d'unité scientifique ITSS, Institut national de santé publique du Québec

Marc Steben, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec (président)

Geneviève Roy, médecin gynécologue-obstétricienne, Centre hospitalier universitaire de Montréal

Nathanaëlle Thériault, médecin-conseil, Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale

Maude Veilleux-Lemieux, médecin pédiatre, Centre hospitalier universitaire de Québec

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	IV
Faits saillants	1
Sommaire	2
1 Introduction.....	5
2 Mandat du Groupe de travail.....	6
3 Méthodologie	6
4 Synthèse de la revue de la littérature.....	7
4.1 Nomenclature des interventions utilisées	7
4.2 L'efficacité.....	8
4.2.1 Diminution de la réinfection	8
4.2.2 Nombre de partenaires joints et traités.....	10
4.2.3 Les partenaires dépistés et les infections manquées	11
4.2.4 Conclusion	12
4.3 L'acceptabilité	13
4.3.1 Pour les cas-index et leurs partenaires.....	13
4.3.2 Pour les cliniciens.....	13
4.3.3 Pour les pharmaciens.....	13
4.3.4 Conclusion	13
4.4 Les barrières et inconvénients	13
4.4.1 Les barrières identifiées à l'utilisation du TAP	13
4.4.2 Les inconvénients.....	14
4.4.3 Conclusion	14
4.5 L'implantation et la promotion	15
4.5.1 Financement.....	15
4.5.2 Conclusion	15
4.6 Enjeux éthiques	16
4.6.1 Principes.....	16
4.6.2 Conclusion	16
4.7 Lignes directrices	16
4.7.1 Au Canada.....	16
4.7.2 Aux États-Unis	16
4.7.3 En Europe.....	17
4.7.4 En Australie	17
4.7.5 Conclusion	17
5 Synthèse et argumentaire	17
5.1 Lignes directrices	17
5.2 Avantages et désavantages : généralités	18
5.2.1 Les avantages associés au TAP :	18
5.2.2 Les désavantages associés au TAP :	18
5.3 Contexte d'implantation au Québec	18
5.3.1 Comparaison du TAP par prescription ou médication remise aux partenaires.....	19
5.4 HARSAH.....	19

5.5	Femmes enceintes	20
5.6	Enjeux éthiques.....	20
6	Recommandations quant à l'utilisation du TAP au Québec	20
6.1	Préambule	20
6.2	Recommandations	21
6.2.1	Le TAP au Québec	21
6.2.2	Les infections visées	22
6.3	Piste de recherche et préoccupations.....	22
	Références.....	23

Liste des sigles et acronymes

AIP	Atteinte Inflammatoire Pelvienne
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Ct	<i>Chlamydia trachomatis</i>
CMQ	Collège des médecins du Québec
CITSS	Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par sang
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et de leurs partenaires
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladies transmises sexuellement
Ng	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
P-A	Personnes-années
TAP	Traitement Accéléré des Partenaires
Tv	<i>Trichomonas vaginalis</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Faits saillants

- Au Québec, les approches recommandées pour l'intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement et leurs partenaires (IPPAP) sont :
 - Dans tous les cas, l'approche passive : la personne infectée informe ses partenaires de l'exposition à l'infection avec le soutien d'un professionnel de la santé, incluant la remise de documentation à son partenaire
 - Dans les cas prioritaires, une approche négociée réalisée par un professionnel mandaté par la santé publique où la notification des partenaires est partagée selon une entente établie entre le professionnel mandaté et la personne infectée.
 - Le traitement accéléré du partenaire (TAP) consiste en deux avenues :
 - une prescription écrite au nom du partenaire et remise à la personne infectée ou transmise au pharmacien par voie verbale ou par télécopieur,
 - la remise des comprimés directement à la personne infectée pour le partenaire, sans que celui-ci ait consulté un médecin ou une infirmière.
 - Le TAP peut limiter la réinfection dans une faible mesure chez la personne infectée.
 - Le TAP est un peu plus efficace pour traiter les partenaires d'une personne infectée lorsque comparé à une approche passive^a.
 - Le TAP n'est pas documenté comme étant supérieur comparativement à une approche passive soutenue, telle que recommandée au Québec.
 - Le TAP ne permet pas de joindre plus de partenaires comparativement aux autres approches de notification et ceux-ci sont moins dépistés.
 - L'évaluation clinique du partenaire est la meilleure option, car elle permet une intervention préventive complète.
- Le TAP peut être utilisé dans certaines situations, en complément à l'IPPAP, pour intervenir auprès des partenaires des personnes infectées lorsqu'il paraît improbable que le partenaire se présente pour une évaluation clinique et un dépistage.
 - Le TAP devrait être employé en dernier recours pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et auprès des partenaires enceintes, car les inconvénients surpassent les bénéfices.
 - Le TAP peut être utilisé pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (excluant les infections causées par un géotype L1, L 2 ou L3 ou les infections rectales) car le traitement de premier choix recommandé est oral et à dose unique^b.
 - Le TAP peut être utilisé pour les infections à *Neisseria gonorrhoeae* lorsque toutes les conditions suivantes sont réunies :
 - le traitement de premier choix recommandé est oral et à dose unique^c,
 - le partenaire n'a pas eu d'exposition pharyngée,
 - celui-ci n'a pas d'allergie connue à la pénicilline ou aux céphalosporines,
 - des précautions sont requises concernant la résistance aux antibiotiques.

^a Le cas index avise ses partenaires sexuels de leur exposition à une infection transmissible sexuellement et de la nécessité d'aller se faire traiter, évaluer et dépister par un professionnel de la santé.

^b Ibid.

^c Ibid.

Sommaire

Au Québec, deux approches pour l'intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une infection transmissible sexuellement et leurs partenaires (IPPAP) sont recommandées; soit 1) dans tous les cas l'approche passive où la personne atteinte informe elle-même ses partenaires de l'exposition à l'infection avec le soutien d'un professionnel de la santé, incluant la remise de documentation à son partenaire et 2) dans les cas prioritaires, l'approche négociée réalisée par un professionnel mandaté par la santé publique où la notification des partenaires est partagée selon une entente établie entre le professionnel mandaté et la personne atteinte.

Aussi, le traitement accéléré du partenaire (TAP) consiste soit 1) à une prescription écrite au nom du partenaire et remise à la personne infectée ou transmise au pharmacien par voie verbale ou par télécopieur 2) à la remise des comprimés directement à la personne infectée pour le partenaire, sans que celui-ci ait consulté un médecin ou une infirmière.

Considérant le désir d'harmoniser les pratiques médicales et infirmières dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et la nécessité de mieux baliser l'intervention relative au traitement accéléré des partenaires, l'Institut national de santé publique du Québec a été saisi d'une demande du Collège des médecins du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Celle-ci a pour finalité d'émettre un avis scientifique, incluant des recommandations, sur l'efficacité, les avantages et les inconvénients de la stratégie du TAP pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct) et à *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) sur la meilleure conduite à préconiser ainsi que les conditions requises pour en favoriser une utilisation appropriée.

Effacité et avantages

La réinfection de la personne infectée. Le TAP a été comparé à l'approche passive^d. Lorsqu'utilisé, il serait un peu plus efficace pour diminuer la réinfection de la personne infectée. Cependant, les différences entre ces deux approches sont faibles ou non significatives. Il n'y a pas d'évidence de supériorité du TAP comparativement à une approche passive soutenue^e pour diminuer une réinfection.

Partenaires joints, traités et dépistés. Les résultats de plusieurs études indiquent que le TAP est un peu plus efficace que l'approche passive pour le traitement des partenaires. Lorsque comparée à l'approche passive soutenue, la supériorité du TAP n'est pas démontrée. En ce qui a trait à la notification des partenaires, il n'a pas été démontré que le TAP soit supérieur aux autres approches. Les partenaires sexuels recourent au dépistage dans une moindre mesure lorsque le TAP est utilisé.

L'acceptabilité. Le TAP est généralement une intervention acceptée par la personne infectée, ses partenaires, les cliniciens et les pharmaciens.

Barrières et inconvénients

Dans la littérature, l'encadrement légal du TAP est un enjeu significatif pour les cliniciens. Ceux-ci sont aussi préoccupés par la sécurité de la personne infectée et le traitement des partenaires. Pour la personne infectée, les barrières associées à la capacité de la personne infectée à aviser ses partenaires sont probablement les plus importantes.

^d Le cas index avise ses partenaires sexuels de leur exposition à une infection transmissible sexuellement et de la nécessité d'aller se faire traiter, évaluer et dépister par un professionnel de la santé.

^e Le cas index avise ses partenaires sexuels de leur exposition à une infection transmissible sexuellement et de la nécessité d'aller se faire traiter, évaluer et dépister par un professionnel de la santé. Le cas index remet une brochure d'information à ses partenaires.

Allergies et réactions aux traitements. Dans le cadre du TAP, le traitement du partenaire avec de l'azithromycine ou de la céfixime est sécuritaire^f. La remise de documentation ou d'information au partenaire sur les risques et mesures à prendre en cas d'allergies semble suffisante pour prévenir des allergies ou effets secondaires graves. Le pharmacien devrait vérifier ces éléments pour minimiser le risque de développer un effet indésirable ou une réaction allergique chez le partenaire.

Ne pas donner le meilleur traitement. Le TAP peut traiter inadéquatement une infection à Ng si la souche de l'infection est résistante au traitement inclus dans le TAP ou lorsque le médicament recommandé en premier choix serait la ceftriaxone, alors que le TAP comprendrait la céfixime.

Opportunités manquées d'intervenir auprès du partenaire. L'utilisation du TAP représentera des occasions manquées d'offrir un counseling sur les approches préventives incluant la prévention des grossesses non désirées, la réduction des risques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang et un dépistage au partenaire.

Opportunités manquées de trouver des nouveaux cas et de joindre des partenaires supplémentaires. Le fait de ne pas confirmer les cas secondaires d'infection chez les partenaires empêche d'identifier de nouvelles personnes exposées (les partenaires des partenaires infectés) et de les traiter.

Enjeux éthiques

Il est possible pour le partenaire que les soins reçus ne soient pas complets pour cette intervention préventive, notamment recevoir un counseling préventif. Le TAP ne doit pas pallier une difficulté d'accès aux services dans le réseau de la santé.

Lignes directrices

Les organismes qui ont émis spécifiquement des recommandations pour le TAP le recommandent pour l'infection à Ct et auprès des partenaires hétérosexuels pour lesquels une consultation auprès d'un professionnel de la santé est peu probable. La majorité recommande le TAP pour l'infection à Ng sous

certaines conditions. Les recommandations pour l'utilisation du TAP chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) ne font pas l'unanimité : les Centers for Disease Control and Prevention mentionnent que le TAP n'est pas recommandé tandis que d'autres organismes apportent des nuances pour son utilisation. Un seul organisme précise que le TAP peut être utilisé avec précaution chez une femme enceinte.

Recommandations

Les recommandations suivantes excluent les personnes âgées de moins de 14 ans, à cause des exigences légales en matière de consentement aux soins.

1. Le TAP peut être utilisé dans certaines situations en complément de l'IPPAP pour intervenir auprès des partenaires des personnes infectées.
 - Il est essentiel de rappeler que l'évaluation clinique du partenaire est la meilleure option, car elle permet une intervention préventive complète et un traitement épidémiologique.
 - Le TAP peut être envisagé lorsqu'il paraît improbable que le partenaire se présente pour une évaluation clinique et un dépistage.
2. Le TAP consiste soit en une prescription écrite au nom du partenaire et remise à la personne infectée ou une prescription, verbale ou par télécopieur, au pharmacien, soit la remise des comprimés directement à la personne infectée pour le partenaire sans que celui-ci ait consulté un médecin ou une infirmière. En tenant compte de la littérature, le groupe de travail ne peut pas recommander une modalité par rapport à l'autre. Par contre, en tenant compte de l'organisation des services, le groupe de travail privilégie la remise d'une prescription à la personne infectée à l'intention de son partenaire. Les médicaments utilisés dans le cadre du TAP sont ceux recommandés pour le traitement du partenaire dans les guides sur le traitement pharmacologique de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

^f Ces traitements font partie de ceux recommandés selon le Guide de traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, mise à jour décembre 2015.

3. Le TAP devrait aussi inclure les éléments suivants :
 - Counseling et soutien à la personne infectée pour aviser les partenaires.
 - Information à la personne infectée sur les avantages et inconvénients des différentes approches de notification du partenaire afin de permettre un choix éclairé.
 - Remise de documentations écrites à l'intention du partenaire comprenant minimalement les informations suivantes : 1) l'infection transmissible sexuellement concernée; 2) des renseignements sur le(s) médicament(s); 3) l'importance de consulter un professionnel de la santé en présence de symptômes au lieu de prendre le TAP; 4) une recommandation indiquant qu'une évaluation avec un professionnel de la santé est la meilleure intervention afin de recevoir tous les soins appropriés; 5) des coordonnées de cliniques où le partenaire peut consulter ou obtenir un rendez-vous de suivi.
4. L'utilisation du TAP doit tenir compte de plusieurs facteurs :
 - L'acceptabilité par la personne infectée des approches proposées.
 - La capacité de la personne infectée à aviser elle-même ses partenaires : si la personne infectée n'a pas confiance en elle pour réaliser cette intervention, le TAP ne devrait pas être utilisé, car il ne sera probablement pas remis au partenaire.
 - Les avantages et inconvénients de l'approche pour la personne infectée et ses partenaires.
5. Le TAP devrait être utilisé en dernier recours auprès des populations suivantes, car les études démontrent que les inconvénients surpassent les bénéfices pour ces populations:
 - Les HARSAH, étant donné la fréquence des infections par le VIH et la syphilis, d'où l'importance du dépistage et de la pertinence de l'offre de prophylaxie préexposition.
 - Les partenaires enceintes d'une personne infectée, étant donné les risques de transmission à l'enfant et de complications chez la mère.
6. Le TAP peut être utilisé pour les infections à ***Chlamydia trachomatis*** (excluant les infections causées par un géotype L1, L 2 ou L3 ou les infections rectales) documentées par un test de laboratoire, car :
 - Le traitement recommandé de premier choix est oral et à dose unique.
 - Il n'y a pas de résistance documentée au traitement.
7. Le TAP peut être utilisé pour les infections à ***Neisseria gonorrhoeae*** documentées par un test de laboratoire dans les situations où **toutes les conditions suivantes sont réunies** pour le(s) partenaire(s) :
 - Le traitement recommandé de premier choix est oral et à dose unique.
 - Le partenaire n'a pas eu d'exposition pharyngée.
 - Le partenaire n'a pas d'allergie connue à la pénicilline ou aux céphalosporines selon l'information disponible.
8. Des précautions sont requises pour les infections à ***Neisseria gonorrhoeae*** :
 - Lorsqu'une résistance au traitement est connue au moment du traitement de la personne infectée, le TAP ne devrait pas être offert. Les partenaires de la personne infectée devraient être évalués par un professionnel de la santé.
 - Un prélèvement pour une culture devrait être effectué chez la personne infectée pour documenter une résistance au traitement utilisé. Si une résistance à un antibiotique utilisé pour le TAP est documentée, les partenaires de la personne infectée ayant reçu un TAP devraient être avisés de la situation et être évalués par un professionnel de la santé.

1 Introduction

La notification, le dépistage et le traitement des partenaires exposés à une infection à *Chlamydia trachomatis* (Ct) ou à *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) sont reconnus comme étant des stratégies efficaces pour diminuer le risque de réinfection de la personne atteinte et pour freiner la propagation de ces infections. Non seulement le traitement des partenaires brise le cycle de transmission en éliminant précocement le pathogène chez une personne chez qui la probabilité d'avoir été infectée est élevée, mais le dépistage permet aussi d'identifier précocement de nouveaux cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), tant celle(s) à laquelle la personne a été exposée que celle(s) qu'elle est à risque d'avoir contracté. Toutefois, joindre ces partenaires et les amener à consulter un service de santé constitue un défi. Le traitement accéléré des partenaires^g (TAP) est une option qui s'ajoute aux autres stratégies d'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une ITS et de ses partenaires (IPPAP). Le Guide d'intervention sur les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire énonce la bonne pratique pour l'IPPAP (1).

En 2008, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a donné son aval à la remise de médicaments ou d'une ordonnance individuelle pour traiter un partenaire d'une personne atteinte d'une infection à Ng ou d'une infection à Ct sans que ce partenaire ait été vu par le médecin. Cette décision s'appuyait sur la disponibilité de traitements à dose unique et l'innocuité reconnue des médicaments utilisés. Cependant, cette pratique doit respecter certaines conditions. Notamment, l'ordonnance doit être nominative; le pharmacien doit être interpellé dans le contexte d'un travail en collaboration en interdisciplinarité; le médecin doit consigner au dossier de la personne infectée l'information statuant qu'il a remis l'ordonnance pour le partenaire, incluant l'information le concernant. Le médecin doit également ouvrir un dossier au nom du partenaire afin d'y inscrire toutes les informations

appuyant sa décision clinique ainsi que celles requises par les règlements applicables (2).

En 2014, le Service de lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié un mandat à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) visant à définir la pertinence, l'efficacité, la faisabilité et les pratiques exemplaires du TAP de personnes atteintes d'une infection à Ct ou à Ng. Il s'agissait alors d'une priorité retenue par le groupe de travail sur la mise à jour du Guide québécois de dépistage des ITSS et d'un besoin ayant été exprimé par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, les régions et des ordres professionnels. L'INSPQ avait alors convenu avec le MSSS d'intégrer cette demande au plan de travail du Comité sur les ITSS (CITSS) pour la période 2015-2016.

En 2015, le CMQ a sollicité un avis de l'INSPQ sur le TAP « afin de préciser l'efficacité, les avantages et les inconvénients d'une telle stratégie » et il souhaitait être orienté « sur la meilleure conduite à préconiser ainsi que les conditions requises pour en favoriser une utilisation appropriée »^h. Cette demande s'inscrivait dans le cadre d'une participation à l'élaboration d'un protocole à l'intention des infirmières pour le traitement d'une infection à Ct ou d'une infection à Ng chez une personne asymptomatique. La possibilité de permettre à une infirmière de remettre d'emblée à la personne infectée qui a une infection objectivée une ou des prescriptions pour son ou ses partenaires asymptomatiques a été évoquée.

Depuis 2016, une infirmière peut, en vertu de la mise en application du nouveau règlement sur certaines activités professionnelles, après évaluation du partenaire sexuel, prescrire un médicament pour le traitement d'une infection à Ct ou d'une infection à Ng chez une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel d'une personne présentant l'une ou l'autre de ces infections, selon le protocole développé par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)ⁱ. Ce protocole n'aborde pas le TAP. Il n'existe pas de balises pour encadrer cette

^g Définition TAP : Le traitement accéléré du partenaire (TAP) consiste soit en une prescription écrite au nom du partenaire et remise à la personne infectée ou une prescription verbale ou par télécopieur au pharmacien soit la remise des comprimés directement à la personne infectée pour le partenaire sans que celui-ci ait consulté un médecin ou une infirmière.

^h Référence : lettre du CMQ adressée à Nicole Damestoy, 9 février 2015

ⁱ MSSS, 2015 : Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier. Gazette officiel du Québec, 7 janvier 2015, 147e année, no 1

pratique au Québec. Au cours des dernières années, plusieurs ordonnances collectives ont été développées pouvant grandement différer d'un milieu à l'autre sur le traitement de ces infections, incluant l'utilisation du TAP dans certaines conditions.

Considérant la nécessité de mieux baliser l'intervention relative au TAP et le désir d'harmoniser les pratiques médicales et infirmières dans le domaine des infections transmissibles sexuellement (ITS) en particulier, le CITSS a formé un groupe de travail sur le TAP.

2 Mandat du Groupe de travail

Le Groupe de travail a pour mandat d'émettre un avis scientifique, incluant des recommandations sur l'efficacité, les avantages et les inconvénients de la stratégie du TAP pour le traitement des infections à Ct et Ng, sur la meilleure conduite à préconiser et sur les conditions requises pour en favoriser une utilisation appropriée. Le groupe de travail s'est également préoccupé de préciser la pertinence et la faisabilité de l'intervention.

3 Méthodologie

Une revue systématique de la littérature et une analyse documentaire ont été réalisées. La revue de la littérature a été effectuée à partir des bases de données informatiques BioMedCentral, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PUBMED, Cochrane library, PsycInfo, Psychology & Behavioral sciences collection, Public affairs Index et Google scholar. Les articles et les rapports sur les essais ou les interventions retenues ont été publiés en anglais ou en français entre janvier 2005 et octobre 2015. Une mise à jour en continu de la recherche bibliographique a été effectuée jusqu'en janvier 2017. Les mots clés en anglais utilisés en combinaison incluent : *chlamydia*, *gonorrhoeae*, *partner notification*, *partner treatment*, *efficacy*, *intervention*, *treat*, *treating*, *strategies*, *partner management*, *expedited partner therapy*, *sexually transmitted infection*, *best practice*.

Les références bibliographiques des articles retenus et les abrégés des congrès de l'International Society for Sexually Transmitted Diseases Research, de la *STD prevention conference* des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), ont été consultés pour retrouver des articles supplémentaires. Cette revue de littérature a également inclus des publications en lien avec le TAP tels que sondages, lettres et éditoriaux.

L'analyse documentaire a permis de recenser des protocoles, guides et avis de comités d'experts sur l'application du TAP à partir de 2005. La recherche de lignes directrices auprès des organismes suivants a été effectuée : Organisation mondiale de la santé, CDC et autres agences de santé publique américaines, British Association for Sexual Health and HIV, Association française de santé publique, la Haute autorité de santé en France, l'International Union against Sexually Transmitted Infections et de certains pays comme l'Australie et des provinces canadiennes. Ces lignes directrices ont été consultées en regard de leurs recommandations pour le TAP.

Cinq thèmes ont été retenus pour l'analyse de la littérature :

1. L'efficacité en termes de diminution de la réinfection, du nombre de partenaires joints et traités;
2. L'acceptabilité;
3. Les barrières et les inconvénients;
4. L'implantation et la promotion;
5. Les enjeux éthiques.

La littérature a été analysée par les membres du groupe de travail. Les articles et documents repérés ont été répartis au sein du groupe d'experts. Certains articles clés ont été révisés par plus d'une personne. Des fiches de lecture recueillant les éléments en lien avec les thèmes retenus ont été complétées pour chaque article ou document. Des grilles d'analyse par thème ont été complétées à partir de fiches de lecture. Il n'y a pas eu d'analyse sur le niveau des données probantes et sur la force de la preuve. Des consensus ont été établis sur les conclusions pouvant être tirées des résultats retrouvés dans la littérature. Les différentes recommandations présentées dans le document ont été élaborées à partir de ces grilles d'analyse et ont fait l'objet d'un consensus auprès du groupe de travail.

4 Synthèse de la revue de la littérature

4.1 Nomenclature des interventions utilisées

Afin de faciliter la lecture, le lecteur retrouvera dans le tableau suivant une description générale des interventions utilisées telles que décrites dans les études. Les vocables utilisés ne se retrouvent pas tous dans les guides de pratique québécois actuels. Il s'agit d'un choix pour faciliter la traduction et la compréhension des interventions présentées dans la revue de littérature. Les interventions ont été décrites soit sommairement sous forme d'une définition

générale ou plus détaillée. Lors de la description des interventions appliquées, deux essais cliniques randomisés ont spécifié qu'une offre de contacter les partenaires avait été faite auprès de la personne infectée avant la randomisation, donc avant la mise en place de l'intervention étudiée (3,4).

Le TAP consiste soit 1) à une prescription écrite au nom du partenaire et remise à la personne infectée ou transmise au pharmacien par voie verbale ou par télécopieur, soit 2) à la remise des comprimés directement à la personne infectée pour le partenaire, sans que celui-ci ait consulté un médecin ou une infirmière.

Tableau 1 Interventions auprès du partenaire tirées de la littérature : nomenclature utilisée

Intervention décrite dans la littérature	<i>Self referral/Partner referral</i> ** (5–10)	<i>Booklet enhanced partner referral</i> *** (11)	<i>Expedited Partner Therapy</i> **** (4,5,7,8,11–15)	<i>Patient Delivered Partner Therapy</i> **** (3,8,11–19)
Traduction utilisée dans le texte	Approche passive	Approche passive soutenue ⁺	TAP (traitement accéléré des partenaires)	TAP-Médicament
Définition	La personne infectée avise ses partenaires sexuels de leur exposition à une ITS et de la nécessité d'aller se faire traiter.	La personne infectée avise ses partenaires sexuels de leur exposition à une ITS et de la nécessité d'aller se faire traiter. La personne infectée remet une brochure d'information à ses partenaires.	La personne infectée avise ses partenaires sexuels de leur exposition à une ITS. Le TAP est réalisé en remettant soit une prescription ou soit un médicament au partenaire.	La personne infectée avise ses partenaires de leur exposition à une ITS et il leur remet une trousse contenant le médicament, des instructions et des informations écrites (une forme de TAP)

** Peut être accompagné ou non de documentation écrite : liste de cliniques et/ou information sur l'ITS concernée.

*** Brochure incluant des informations pour le partenaire et les lignes directrices des traitements recommandés pour le médecin.

**** Documentation minimale remise : informations sur le traitement, ses contre-indications et effets secondaires. Des interventions peuvent ajouter une ou plusieurs informations supplémentaires, notamment sur l'ITS concernée, l'importance de consulter pour dépistage ou si symptômes et avec ou sans remise de condoms.

+ Ceci correspond à l'approche passive actuellement recommandée au Québec.

4.2 L'efficacité

4.2.1 DIMINUTION DE LA RÉINFECTION

La réinfection de la personne infectée peut être un indicateur de l'efficacité de l'intervention avec le TAP. Des études ont examiné le taux de réinfection pour Ct seulement (5,6,12–14), Ng seulement (20) ou les deux infections (4,7,11,16,21). L'intervention avec le TAP n'est pas identique d'une étude à l'autre, mais globalement le cœur de l'intervention est similaire. Pour toutes les études confondues, un cas de réinfection a été considéré comme tel lorsqu'une infection survenait entre 21 jours et 12 mois après la première infection. Deux méta-analyses ont été effectuées (8,15).

L'intervention TAP

Sur les sept études évaluant le TAP comparativement à l'approche passive, nous retrouvons un seul essai clinique randomisé. Les autres études sont soit une revue de dossiers, soit une évaluation de l'implantation du TAP ou une analyse de sous-groupes d'une étude antérieure.

Dans l'essai clinique randomisé, les chercheurs ont offert de contacter et de remettre la médication aux partenaires des participants avant la randomisation. Ensuite, les participants ont été randomisés soit pour recevoir une approche passive, soit un TAP. Une infection à Ct et/ou à Ng persistante ou récurrente est survenue pour 13 % des personnes assignées à l'approche passive comparativement à 10 % pour le TAP, une diminution statistiquement significative de 24 %. Les auteurs concluaient que le TAP est plus efficace que l'approche passive pour réduire l'infection à Ng (3 % vs 11 % statistiquement significatif), mais pas pour l'infection à Ct (11 % vs 13 % statistiquement non significatif) (4).

Une étude effectuée à partir d'une revue de dossiers visait à déterminer la proportion de femmes testées et réinfectées à six mois par Ct. Les résultats ne montrent aucune différence statistiquement significative sur le taux de réinfection selon les stratégies utilisées : l'approche passive 16 %; la femme amène son partenaire à la clinique « *bring your own partner* » 11 %; la femme reçoit le TAP 19 %; avec stratégies mixtes 29 %; et sans aucune intervention 100 % (14).

Une deuxième étude ayant l'objectif d'évaluer l'intervention faite auprès du partenaire à partir d'une revue de dossiers des femmes infectées par Ct s'est déroulée dans une clinique de planification familiale. Les stratégies utilisées pour les partenaires sont : approche passive avec TAP, approche passive seulement, TAP seulement ou aucune intervention auprès du partenaire. Cette dernière stratégie était employée lorsque la personne infectée refusait l'approche passive et le TAP ou qu'il n'avait pas de contact avec le partenaire. Aucune différence statistiquement significative sur le taux de réinfection trois mois après n'a été observée entre les stratégies (5).

La troisième revue de dossiers s'est penchée sur l'utilisation du TAP dans un centre de santé pour les Premières Nations pour les cas confirmés d'infection à Ct. La majorité (70 %) des personnes infectées ont été testées à nouveau dans un laps de temps médian de 60 jours. Le taux de réinfection est plus élevé dans le groupe n'ayant pas reçu le TAP (13 % TAP vs 27 % sans TAP; statistiquement significatif) (5).

La dernière étude rétrospective de dossiers s'est déroulée dans deux cliniques ITS. Le taux de retraitement de la Ng a été mesuré. Le TAP a été analysé comme un facteur confondant. Les personnes ayant reçu le TAP avaient 45 % moins de chances d'être traitées une deuxième fois. Les auteurs croient que le TAP pourrait avoir un impact populationnel, mais ils précisent que ces résultats doivent être interprétés avec prudence (20).

Une analyse de sous-groupes de l'essai randomisé (4) a comparé l'utilisation du TAP à l'approche passive. Dix-huit semaines après le traitement du partenaire, les chercheurs ont observé une diminution de 24 % du risque d'être réinfecté par Ng ou par Ct avec le TAP comparativement avec l'approche passive (statistiquement significatif). Les auteurs notent sans chiffrer une diminution de la réinfection à gonorrhée pour tous les sous-groupes ayant reçu le TAP (21).

Une étude évaluant l'implantation du TAP en service de routine dans une clinique ITS a notamment évalué les taux de réinfection après une infection à Ct ou Ng. L'intervention auprès des personnes n'ayant pas reçu le TAP n'est pas décrite. Lorsque le groupe de personnes ayant accepté le TAP est comparé au groupe n'ayant

pas accepté le TAP, le taux de réinfection pour Ct est de 11,8 % pour le groupe TAP vs 15,7 % sans TAP. Pour l'infection à Ng, les taux de réinfection pour le TAP sont de 14,9 % vs 25,6 %. Pour une infection à Ct et/ou Ng, le taux de réinfection pour le groupe avec le TAP est de 13,1 % vs 19,9 %. Ces différences sont statistiquement non significatives (7).

Une méta-analyse effectuée par le groupe de collaboration Cochrane incluait les études rapportées précédemment (4,10,11,13). En combinant les études des ITS causant une urétrite ou une cervicite, les auteurs concluent avec une évidence de qualité moyenne que le TAP est plus efficace que l'approche passive pour prévenir la réinfection de la personne infectée, mais n'est pas supérieur à l'approche passive soutenue. Lorsque les études comportant une perte de sujets (attrition) de plus de 20 % sont exclues, l'effet du TAP est atténué. Dans les études portant uniquement sur l'infection à Ct, l'effet est atténué (8).

L'intervention TAP-Médicament

Trois essais cliniques randomisés (11–13) ont comparé notamment le TAP-Médicament avec l'approche passive ou l'approche passive soutenue.

Une étude a eu lieu dans une clinique ITS. Le taux de réinfection par Ng et/ou Ct chez les hommes était de 23 % pour le TAP-Médicament, 14 % pour l'approche passive soutenue et de 43 % pour l'approche passive. En comparaison avec l'approche passive, on observe une diminution de 78 % de la réinfection pour l'approche passive soutenue et de 62 % pour le TAP-Médicament. Ces résultats atteignent une signification statistique (11).

Deux études ont été menées auprès de femmes. La première s'est déroulée dans des cliniques de planification familiale, d'ITSS, pour adolescents ou de santé primaire. Le risque de réinfection par Ct était de 12 % vs 15 % chez celles ayant reçu le TAP-Médicament comparativement à l'approche passive. Aucune différence statistique n'a été observée entre les deux groupes (12). Les résultats de la deuxième étude se déroulant dans des cliniques de planification familiale ou de santé sexuelle montrent une proportion globale de réinfection de 15 % chez les femmes

participantes à l'étude. Cette proportion varie selon l'intervention réalisée (approche passive 10 %, intervention postale (*postal testing kit*)^j 22 % et TAP-Médicament 13 %). Les auteurs n'observent pas de diminution de la réinfection avec les interventions postales ou TAP-Médicament comparés à l'approche passive ou du TAP-Médicament comparé à l'intervention postale. Ces résultats non statistiquement significatifs peuvent être attribuables au manque de puissance statistique de l'étude (13).

Dans une étude non randomisée, la réinfection à un an a été étudiée chez tous les patients fréquentant une clinique ITS située à San Francisco et ayant reçu un diagnostic de Ct, de Ng ou d'urétrite. On offrait à la personne infectée le TAP-Médicament si elle était capable de joindre ses partenaires. Le registre des cas d'ITS a été utilisé pour évaluer le taux de réinfection. Pour l'infection à Ct, 43,2 % des personnes infectées ont reçu le TAP-Médicament. Le risque de réinfection à un an pour le groupe ayant utilisé le TAP-Médicament était 4 % plus élevé comparativement à l'approche passive (statistiquement non significatif). Pour l'infection à Ng, 43,5 % des personnes infectées ont reçu le TAP-Médicament et on observe une diminution, non statistiquement significative, du risque de réinfection de 11 %. Les auteurs mentionnent qu'il n'y a pas de résultats différents pour la réinfection à trois, six ou neuf mois (16).

Une méta-analyse a inclus des études de qualité inégales, publiées entre 1990 et 2005, et a calculé une diminution du risque de réinfection de 27 % en faveur du TAP-Médicament par rapport à l'approche passive (statistiquement significatif) (15).

Conclusion

- Plusieurs études ont des lacunes méthodologiques qui limitent l'interprétation de leurs résultats. De plus, plusieurs études ont un trop petit échantillon pour arriver à des résultats statistiquement significatifs.
- D'une façon générale, la supériorité du TAP pour diminuer le taux de réinfection de la personne

^j Intervention postale : Trousse remise par le cas-index au partenaire contenant du matériel de collecte d'un échantillon d'urine, un formulaire de laboratoire, un feuillet d'instruction pour l'échantillon, des feuillets d'information sur la chlamydia et la gonorrhée, sur l'étude, une enveloppe pré adressée et pré payée et de l'information pour contacter une infirmière au besoin.

infectée par rapport aux autres approches n'est pas définitivement démontrée.

- Les résultats semblent indiquer une efficacité accrue du TAP par rapport à l'approche passive en ce qui a trait à la réinfection. Cependant les différences entre ces deux approches sont faibles ou non significatives.
- Il n'y a pas d'évidence de supériorité du TAP pour diminuer la réinfection de la personne infectée comparativement à une approche passive soutenue par la remise de documentation.
- Les HARSAH ont été inclus dans quelques études, mais il est impossible de tirer des conclusions sur l'efficacité du TAP dans cette population avec les interventions déployées dans les études recensées.

4.2.2 NOMBRE DE PARTENAIRES JOINTS ET TRAITÉS

Quelques études (3,9,17–19,21–23) méta-analyses et articles de synthèse (8,10,15,24) ont tenté d'évaluer la proportion de partenaires notifiés et traités à la suite d'une intervention de TAP. Certaines ont comparé cette proportion avec d'autres approches d'intervention auprès des partenaires : l'approche passive, une intervention où le partenaire est notifié par un professionnel de la santé et l'approche passive soutenue.

Une méta-analyse (8) a effectué une comparaison entre les approches quant à leur efficacité pour la notification des partenaires. Leur analyse ne peut mettre en évidence de différence significative entre les approches pour notifier les partenaires.

Les partenaires ayant reçu une trousse ou un traitement

L'analyse des résultats de sept études portant sur la remise d'une trousse incluant des médicaments montre qu'entre 70 % et 100 % des personnes infectées ont remis celle-ci à au moins un de leurs partenaires (10). Dans une étude portant sur le TAP offert au plus récent partenaire auprès de femmes de 15 à 25 ans atteintes d'infection à Ct, les auteurs rapportent que 86 % des femmes ayant reçu des médicaments à donner à leur partenaire l'avaient effectivement fait. Pour celles ayant reçu une prescription pour leur partenaire au lieu de médicaments, 50 % avaient récupéré la prescription à la pharmacie et de ce nombre, 84 % avaient remis le médicament au partenaire. L'autre moitié des femmes

ayant reçu une prescription l'ont remise à leur partenaire pour qu'il se procure lui-même les médicaments à la pharmacie (25).

Une revue de la littérature sur le TAP a identifié neuf études portant sur la proportion de partenaires traités avec un TAP. La majorité de ces études (6/9) ont recueilli l'information auprès de la personne infectée (perception et observation) et non auprès des partenaires. Les études rapportées ne sont pas comparables pour les populations à l'étude et les indicateurs utilisés. La proportion de partenaires traités varie de 37 % (partenaires ayant confirmé avoir pris le médicament en retournant un feuillet) et 40 % (proportion de coupons de traitement remis à la personne infectée et échangés à la pharmacie) à 88 % (mesure auto-rapportée de la personne infectée). Une étude incluse dans cette analyse rapporte que 94 % des partenaires ayant reçu un TAP affirmaient avoir pris le traitement (10).

Une revue de la littérature publiée en 2011 rapporte les résultats de sept études qui sont aussi incluses dans la revue Cochrane présentée plus loin. Quatre d'entre elles ont mis en évidence que la proportion de partenaires traités, mesurée à partir des affirmations de la personne infectée, était plus élevée avec le TAP (55,6 % à 89,5 %) qu'avec l'approche passive (6,5 % à 42,7 %) sans préciser si cette différence était statistiquement significative (24).

Une étude exploratoire qualitative effectuée dans des cliniques de santé sexuelle au Royaume-Uni avait pour objectif de comparer l'efficacité de trois approches auprès du partenaire : 1) l'approche passive, 2) le partenaire reçoit une consultation téléphonique avec un professionnel de la santé et le traitement est remis à la personne infectée en clinique pour qu'elle le donne à son partenaire ou le traitement est donné directement au partenaire 3) le partenaire reçoit le traitement à une pharmacie après une consultation avec le pharmacien. La proportion de partenaires joints et présumés traités (selon diverses sources) était de 36 % avec l'approche passive, 59 % avec la ligne téléphonique et 40 % avec l'implication de pharmacies. Les différences sont statistiquement significatives entre les deux interventions développées et l'approche passive (22).

L'analyse de sous-groupes d'un essai randomisé a aussi évalué, à partir des affirmations de la personne infectée, la proportion de cas estimés traités selon le type de partenaire. L'efficacité du TAP pour traiter les partenaires était meilleure avec les partenaires actuels (89 %) qu'avec les anciens partenaires (58 %) ou avec les partenaires d'un soir (36 %). Les auteurs concluent que le TAP n'est pas plus efficace que l'approche passive pour les partenaires d'un soir (21).

Une enquête auprès de femmes de 15 à 25 ans avec une infection à Ct a comparé l'impact du TAP sous forme de médicament ou d'une prescription remise à la personne infectée. Dans les deux cas, 80 % des femmes estimaient que leur plus récent partenaire avait été traité (25).

Une revue Cochrane (8) a effectué une comparaison entre l'approche passive, l'approche passive soutenue et le TAP quant à leur efficacité pour le traitement des partenaires. Les conclusions sont : 1) une différence « modérée » en faveur du TAP comparé à l'approche passive; 2) une « petite différence » en faveur du TAP comparé à l'approche passive soutenue dans une seule étude; 3) une petite différence en faveur du TAP comparé à l'approche négociée dans une seule étude. Les auteurs concluent que, dans l'ensemble, l'efficacité du TAP pour traiter les partenaires n'est pas supérieure à l'approche passive soutenue.

Une étude auprès d'une population d'HARSAH a évalué l'efficacité du traitement des partenaires avec le TAP-Médicament par rapport à *Inspot*, un service de notification des partenaires par voie électronique. Les participants ont été assignés à une des interventions suivantes : approche passive, *Inspot*, TAP-Médicament ou *Inspot* avec TAP-Médicament. La conclusion est que le TAP-Médicament augmente le traitement des partenaires de 54 % chez les partenaires comparativement à l'approche passive, mais les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Le taux de participation à l'étude est faible : 81 % des participants éligibles ont refusé d'y participer (3).

Au Pérou, une étude randomisée effectuée chez les HARSAH atteints d'une infection à Ct ou Ng asymptomatique ou symptomatique a montré que le groupe assigné au TAP par la remise de comprimés directement au partenaire notifiait leurs partenaires dans une plus grande proportion comparativement au

groupe contrôle (53 % vs 36 %; statistiquement significatif). Par contre, le taux de participants rapportant avoir observé leur partenaire prendre le traitement est faible (21 %). Les auteurs concluent notamment que l'impact sur la réinfection de la personne infectée est négligeable dans cette population d'HARSAH (26).

Conclusion

- La supériorité du TAP par rapport aux autres approches pour notifier les partenaires, incluant l'approche passive soutenue, n'a pas été démontrée.
- Les résultats de plusieurs études indiquent que le TAP est un peu plus efficace que l'approche passive pour le traitement des partenaires.

4.2.3 LES PARTENAIRES DÉPISTÉS ET LES INFECTIONS MANQUÉES

L'importance d'évaluer et de dépister les partenaires pour les ITSS est reconnue par la communauté scientifique. Plusieurs auteurs d'études sur le TAP sont préoccupés par le risque de manquer la détection d'infections concomitantes si le partenaire ne se fait pas dépister. Un des avantages de l'intervention auprès des partenaires est d'identifier de nouveaux cas d'ITSS, notamment l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les partenaires dépistés

Dans une étude non randomisée, 92 % des partenaires notifiés par une approche passive soutenue à l'aide de divers outils avaient été dépistés pour Ct, Ng, syphilis et VIH. Parmi les partenaires ayant reçu un TAP avec le soutien d'une ligne téléphonique, 59 % avaient eu un dépistage de Ct et Ng et 4 % un dépistage du VIH. Parmi les partenaires ayant reçu un TAP avec le soutien de pharmaciens, 40 % avaient eu un dépistage de Ct et Ng et 4 % un dépistage du VIH (différence statistiquement significative) (22).

Dans une étude randomisée auprès d'HARSAH, le nombre moyen de partenaires ayant eu un dépistage du VIH était plus faible s'ils avaient reçu un TAP (0,5) comparé à ceux qui n'en avaient pas reçu (0,91), mais cette différence n'était pas statistiquement significative. Le nombre moyen de partenaires ayant eu un dépistage de la syphilis était comparable entre les deux groupes (3).

Les infections potentiellement manquées

Une étude effectuée auprès d'une population à haut risque d'ITSS a évalué la prévalence de la co-infection par Ct et Ng chez les partenaires de personnes infectées par l'une ou l'autre de ces infections. Lorsque l'infection retrouvée chez la personne infectée était Ct, 57 % des contacts étaient infectés par Ct et 6 % par Ng. Lorsque le cas-index était infecté par Ng, avec ou sans infection à Ct, 46 % des partenaires étaient infectés par Ng et 34 % par Ct (27).

Une autre étude (28) a documenté la fréquence d'infections concomitantes ou de complications chez les partenaires de personnes atteintes de Ct, Ng, de *Trichomonas vaginalis* (Tv) ou de syndromes associés à ces infections. Une infection par le VIH a été diagnostiquée chez 6,3 % des HARSAH et 0,4 % des femmes et hommes hétérosexuels ayant été exposés à une ITSS. De plus, 0,3 % de l'ensemble des partenaires (0,4 % des HARSAH) ont eu un diagnostic de syphilis précoce. Parmi les partenaires ayant été exposés à une Ct et chez qui une infection à Ng a été diagnostiquée, nous retrouvons 3,8 % de femmes, 3,0 % d'hommes hétérosexuels et 6,1 % d'HARSAH. Concernant les complications décelées chez les partenaires, 3,8 % des femmes exposées à Ct, Ng, à Tv ou à un partenaire présentant une urétrite avaient une atteinte Inflammatoire pelvienne (AIP). Le taux d'AIP dans cette étude se rapproche de celui d'une enquête populationnelle où 4,4 % des femmes rapportaient avoir eu un diagnostic d'AIP dans leur vie. Ce taux triple si la femme a des antécédents d'ITSS (29). L'étude a aussi documenté la concordance de l'infection à laquelle les personnes avaient été exposées : une infection à Ct a été détectée chez 44,1 % des personnes exposées à Ct (14,3 % chez HARSAH), tandis qu'une infection à Ng a été détectée chez 38,8 % des personnes exposées à Ng (33,8 % chez les HARSAH).

La prévalence des ITSS chez les partenaires d'une personne infectée avec Ct, ou présentant une urétrite non gonococcique ou une AIP a été rapportée dans une clinique de santé sexuelle en Australie : 0,8 % des partenaires hétérosexuels présentaient une épididymite, 3,1 % des partenaires féminines hétérosexuelles ont reçu un diagnostic d'AIP et 1 % de gonorrhée. Parmi les partenaires HARSAH, 8 % avaient une infection à Ng, 0,5 % une syphilis et 5,3 % une infection par le VIH nouvellement diagnostiquée (30).

Les données de surveillance des ITS et du VIH auprès d'une population de HARSAH séronégatifs pour le VIH dans l'État de Washington ont été utilisées pour calculer l'incidence du VIH selon le diagnostic d'ITS. Lors d'un diagnostic d'infection rectale à Ng, le taux d'incidence pour l'infection par le VIH était de 4,1/100 personnes-années (P-A). L'incidence du VIH était de 2,8/100 P-A lors du diagnostic d'une syphilis précoce, de 1,6/100 P-A pour une infection urétrale à Ng, de 1,6/100 P-A pour une infection rectale à Ct de 1,1/100 P-A pour une infection pharyngée à Ng et de 0,6/100 P-A pour une infection urétrale à Ct. Les cas-index diagnostiqués avec une syphilis tardive avaient une incidence de l'infection par le VIH de 1,0 /100 P-A (31). Ces données pourraient donner une estimation des infections manquées dans la population des HARSAH, bien que cette affirmation n'ait pas été prouvée.

4.2.4 CONCLUSION

- L'efficacité du TAP pour amener les partenaires à consulter pour un dépistage a été peu étudiée, mais semble plutôt faible. Les partenaires sexuels bénéficient d'un dépistage dans une moindre mesure lorsque le TAP est utilisé.
- Les HARSAH présentent généralement un taux plus élevé d'ITSS diagnostiquées chez les partenaires comparativement aux partenaires hétérosexuels. Ce constat est particulièrement préoccupant en ce qui a trait à l'infection par le VIH.
- Le taux d'infection chez le ou la partenaire sexuel(le) pour Ct et Ng est variable d'une étude à l'autre. Cependant, ces taux demeurent plus élevés que les taux rapportés dans la population générale.

Une proportion non négligeable de partenaires a une ITS autre que celle diagnostiquée chez la personne infectée. Par exemple, le partenaire a une infection à Ng alors que l'infection chez la personne infectée était une Ct. Cette proportion est plus élevée chez les HARSAH.

4.3 L'acceptabilité

4.3.1 POUR LES CAS-INDEX ET LEURS PARTENAIRES

La majorité des patients acceptent le TAP. Dans une clinique ITS, 50 % des personnes infectées à qui on offre le TAP l'acceptent. Par contre, si celles qui refusent cette intervention parce que leur partenaire est déjà traité sont exclues de l'échantillon, cette proportion grimpe à 69 % (32). Chez une population adulte, le TAP a été choisi pour 71 % des partenaires. Les raisons évoquées sont l'altruisme, éviter la réinfection et le côté pratique, notamment ne pas avoir à se présenter à une clinique et éviter l'absentéisme au travail (9). Dans une clinique de planification familiale auprès de femmes défavorisées d'un point de vue socio-économique, un sondage a montré que 88 % d'entre elles accepteraient de donner un TAP à leur partenaire (33). Le sentiment d'auto efficacité est également mentionné comme facteur associé à l'acceptabilité du TAP par la personne infectée (34). En raison d'un manque de sentiment d'auto efficacité, la personne infectée pourrait refuser le TAP (32).

4.3.2 POUR LES CLINIENS

Dans un sondage effectué en 2007 auprès de médecins travaillant dans la ville de New York et ayant diagnostiqué une ITSS au cours de la dernière année, la moitié avait utilisé le TAP (35). Il est probable que cette proportion soit plus élevée aujourd'hui avec l'évolution de la législation aux États-Unis permettant l'utilisation du TAP.

4.3.3 POUR LES PHARMACIENS

Les pharmacies sont un point central dans la mise en œuvre du TAP lorsqu'une prescription est remise au partenaire. Un sondage auprès de pharmaciens américains a rapporté que la majorité d'entre eux soutiennent l'utilisation du TAP; 88 % veulent une inscription sur la prescription pour les aviser d'un besoin de counseling spécifique. La barrière la plus souvent mentionnée est le temps requis pour l'intervention auprès du patient (49 %) (36).

4.3.4 CONCLUSION

Le TAP est généralement accepté par toutes les parties impliquées dans cette approche : la personne infectée et ses partenaires, clinicien et pharmacien.

4.4 Les barrières et inconvénients

4.4.1 LES BARRIÈRES IDENTIFIÉES À L'UTILISATION DU TAP

Pour les cliniciens

Dans un sondage en ligne, les cliniciens évoquent plusieurs raisons de ne pas utiliser le TAP : la préoccupation pour la sécurité et la violence que pourrait vivre la personne infectée, ne pas être en mesure de traiter tous les partenaires, le traitement d'une personne qui n'est pas son patient, la responsabilité et la crainte d'allergie au traitement (37).

L'encadrement légal est un enjeu important dans certains pays. Le manque d'encadrement légal du TAP représente une barrière à son utilisation (38). Aux États-Unis, dans les milieux où l'encadrement est clairement établi pour l'utilisation du TAP, davantage de partenaires reçoivent un TAP (13 % vs 1 %) (39). Les cliniciens sont plus susceptibles de l'utiliser auprès de leurs patients atteints de Ct ou Ng (38). Aux États-Unis, l'obstacle légal le plus fréquent perçu par les cliniciens est la faute professionnelle (40). L'inquiétude est principalement de donner un traitement à une personne non évaluée, dont on ne connaît pas les antécédents ou les allergies (41).

Pour la personne infectée

Les barrières rapportées pour la notification des partenaires par la personne infectée déjà rapportées pour l'IPPAP en général s'appliquent pour le TAP.

Le TAP requiert une intervention de la personne infectée, qui doit informer le partenaire, lui transmettre une information juste et remettre le traitement. Si la personne infectée n'a pas confiance en elle pour réaliser cette intervention, le TAP ne devrait pas être utilisé, car il ne sera probablement pas remis au partenaire (9).

Dans un scénario hypothétique auprès d'hommes et de femmes consultant dans une clinique ITS, les barrières évoquées pour l'utilisation du TAP sont la stigmatisation associée aux ITS, le contexte de la relation avec le partenaire (occasionnel, unique, enjeux d'infidélité) et l'apparence de la trousse qui est utilisée. Celle-ci doit avoir une apparence professionnelle et ne doit pas avoir de possibilité de falsification ou d'altération. La majorité des participants étaient enclins à donner (92 %) ou recevoir (70 %) la trousse (42).

Une étude dans une population masculine, défavorisée d'un point de vue socio-économique, a examiné les préférences de la personne infectée concernant les soins offerts à leurs partenaires. L'étude révèle que, pour le TAP-Médicament, le professionnel remettant le TAP-Médicament devrait être un médecin ou une infirmière. Aussi, les personnes infectées préféreraient que leurs partenaires, hommes ou femmes, se présentent à une clinique. Les HARSAH préfèrent que leur partenaire se présente à la clinique dans une plus grande proportion que les hommes hétérosexuels (60 % vs 33 %, statistiquement significatif). Une barrière au TAP-Médicament mentionnée par les HARSAH est la peur que le partenaire mette fin à la relation (20 % vs 8 %, statistiquement non significatif) (43).

4.4.2 LES INCONVÉNIENTS

Allergies et réactions aux traitements

La préoccupation face à des réactions allergiques graves ou réactions adverses est présente lorsqu'un médicament est prescrit à une personne qui n'a pas été évaluée. Dans le cadre du TAP, le traitement des infections à Ct ou Ng du partenaire avec de l'azithromycine ou de la céfixime est sécuritaire^k. La remise de documentation ou d'information au partenaire sur les risques et mesures à prendre en cas d'allergies semble suffisante pour prévenir les réactions allergiques ou effets secondaires graves. Le pharmacien devrait être mis à contribution pour vérifier les contre-indications et les allergies.

Il n'y a pas eu de réactions anaphylactiques ou allergiques graves documentées (12,45). L'intolérance digestive transitoire est l'effet indésirable le plus fréquemment rapporté avec les antibiotiques utilisés pour le TAP.

Ne pas donner le meilleur traitement

Le TAP pour traiter une infection à Ng présente un risque de ne pas administrer le bon médicament 1) si la souche de l'infection à Ng est résistante au traitement inclus dans le TAP (9), 2) lorsque le médicament recommandé en premier choix est la ceftriaxone et que le TAP comprend la céfixime (46) et 3) si le partenaire est infecté par une infection différente de celle

diagnostiquée chez la personne infectée (28). Dans ces situations, le traitement pourrait ne pas être efficace. Par conséquent, l'infection persistera chez le partenaire avec le risque de complications associées. La propagation de l'infection ne sera pas enrayée.

Opportunités manquées d'intervenir auprès du partenaire

L'utilisation du TAP représenterait des occasions manquées d'offrir un counseling préventif au partenaire, et ce, même si la recommandation qui accompagne le TAP est de consulter un milieu clinique pour un dépistage (41). De plus, certaines études identifient une perte d'opportunité de vaccination, d'initiation d'une contraception et de dépistage du cancer du col de l'utérus (28).

Opportunités manquées de trouver des nouveaux cas et de joindre des partenaires supplémentaires

Une étude a évalué le taux d'infection chez les partenaires sexuels des personnes dépistées avec une infection par Ct dans une clinique de santé sexuelle de Melbourne : 39 % des partenaires sexuelles féminines, 36 % des partenaires masculins hétérosexuels et 24 % des HARSAH étaient infectées par Ct (47).

Le fait de ne pas confirmer les cas secondaires d'infection chez les partenaires empêche d'identifier de nouvelles personnes exposées (les partenaires des partenaires infectés) et de les traiter (46).

4.4.3 CONCLUSION

- Plusieurs barrières existent pour l'utilisation du TAP.
- Pour les cliniciens, l'encadrement légal est un enjeu significatif. Ceux-ci sont aussi préoccupés par la sécurité de la personne infectée et le traitement des partenaires.
- Pour la personne infectée, il est réaliste de concevoir que les barrières associées à la capacité de la personne infectée à aviser ses partenaires sont probablement les plus importantes.
- Le traitement administré lors du TAP est sécuritaire, mais il pourrait ne pas être la meilleure option lors

^k Ces traitements font partie de ceux recommandés selon le Guide de traitement pharmacologique des ITSS de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, mise à jour décembre 2015 (44).

du traitement du partenaire. Cet enjeu est particulièrement important pour l'infection à Ng.

- Il existe une perte d'opportunité d'offrir un counseling sur les approches préventives incluant la prévention des grossesses non désirées, la réduction des risques d'ITSS et un dépistage au partenaire.
- Il existe une perte d'opportunité de notification de partenaires lorsque le partenaire traité n'est pas dépisté.

4.5 L'implantation et la promotion

Une étude australienne (48) auprès de médecins de famille a identifié les facteurs facilitant l'utilisation du TAP : des lignes directrices claires, un encadrement légal du TAP, un programme de dépistage de la Ct, des incitatifs financiers, du soutien pratique et éducationnel pour les professionnels de la santé et la sensibilisation auprès des populations, particulièrement chez les jeunes.

Lors de l'implantation de la pratique du TAP dans une clinique de Denver, le dossier médical électronique a été modifié pour inclure une entrée sur le TAP. Une augmentation de l'acceptation du TAP chez les personnes infectées de 20 % à 48 % a été observée après l'instauration de la documentation complète du TAP dans le dossier médical électronique (7).

Selon une étude américaine, une intervention directe de santé publique (utilisation d'un formulaire identifiant des facteurs pour lesquels le patient devrait être référé à la santé publique pour la recherche et le traitement des partenaires), couplée à une utilisation accrue du TAP par les professionnels de la santé, en faisant la promotion de celui-ci auprès d'eux, peut augmenter à 65 % la proportion de tous les partenaires traités. Cette proportion, sans les interventions décrites précédemment, est de 39 % et de 58 % lorsque seul le professionnel de la santé augmente son utilisation du TAP à la suite d'une promotion par la santé publique (17).

Une intervention, similaire à celle décrite précédemment, destinée à augmenter le traitement des partenaires, a été évaluée dans l'État américain de Washington. Elle consiste à la promotion du TAP-Médicament par l'envoi de lettres aux cliniciens et à

l'utilisation ciblée des services de santé publique sur référence pour les partenaires dont le clinicien ne peut assurer qu'ils seront traités. Cette intervention augmente la proportion de personnes infectées ayant reçu un TAP-Médicament par leur clinicien (18 % à 34 %) ou ayant reçu un TAP-Médicament d'un clinicien ou de la santé publique (18 % à 44 %) (45).

4.5.1 FINANCEMENT

En ce qui a trait aux enjeux économiques, on retrouve le coût du médicament et son remboursement pour le partenaire (39). Aux États-Unis en particulier, cela représente un enjeu important (46).

Une étude coût-efficacité (49) effectuée aux États-Unis a montré que le TAP était coût-efficace dans une perspective sociétale ou de système de soins en tenant compte des variables suivantes : temps pour chaque activité dédiée pour joindre le partenaire, coût pour traiter les partenaires, les complications et les séquelles et la perte de productivité.

Le contexte québécois est différent en ce qui a trait à l'organisation des services et à l'existence du Programme de gratuité pour le traitement des maladies transmises sexuellement (MTS) (50). Un rôle accru du pharmacien associé au counseling, pourrait toutefois susciter un enjeu de financement. Au Québec, il est possible que les aspects financiers et légaux ne représentent pas un enjeu aussi important qu'aux États-Unis.

4.5.2 CONCLUSION

- Diverses stratégies peuvent être déployées pour augmenter l'utilisation du TAP et favoriser le traitement des partenaires.
- Des interventions de santé publique pour les partenaires plus difficiles à joindre peuvent augmenter l'utilisation du TAP.

4.6 Enjeux éthiques

4.6.1 PRINCIPES

Deux principes éthiques sont au cœur de l'intervention auprès des partenaires et par le fait même du TAP : la bienfaisance et la non-malfaisance. Ainsi, le fait de donner un traitement considéré sécuritaire et efficace au partenaire pour traiter une infection à laquelle il a été exposé respecte ces principes. Pour cette raison, des précautions sont nécessaires pour garantir la sécurité du traitement (51) et de ne pas causer davantage de tort au partenaire, par exemple en lui offrant un traitement plus rapidement, mais en ne lui donnant pas l'occasion de recevoir une intervention professionnelle de qualité, incluant le meilleur traitement pour sa condition.

De plus, le principe de l'autonomie de la personne soutient l'importance d'effectuer l'intervention de notification des partenaires d'une manière volontaire de la part de la personne infectée et que celle-ci ait la possibilité de faire un choix entre plusieurs options. L'utilisation du TAP est une stratégie qui s'ajoute aux interventions actuellement utilisées. Pour le partenaire, il est important que le traitement soit accompagné d'informations écrites afin que celui-ci consente librement et de façon éclairée au TAP.

Enfin, selon le principe de justice, les partenaires des personnes infectées devraient avoir accès aux meilleurs soins selon les standards de qualité incluant traitement, dépistage et counseling préventif. En utilisant le TAP, il est possible que les partenaires n'aient pas accès aux meilleurs soins, car l'intervention repose sur les habiletés de la personne infectée à informer ses partenaires sur l'importance de l'intervention préventive. Le choix du TAP ne devrait jamais être justifié par le manque de services et/ou de ressources dans le réseau de la santé. Une étude coût-efficacité américaine rapporte que le temps investi par les intervenants pour les personnes infectées ne varie pas de façon significative entre une approche passive et le TAP (46).

4.6.2 CONCLUSION

En évaluant les éléments éthiques précédents, l'utilisation du TAP respecte les principes de bienfaisance et de non-malfaisance. Cependant, il est possible que le principe de justice pour le partenaire ne soit pas rencontré, car les soins reçus ne seront pas complets pour cette intervention préventive. Des précautions sont nécessaires pour assurer une intervention de qualité qui respecte ces principes éthiques.

4.7 Lignes directrices

4.7.1 AU CANADA

Les Lignes directrices canadiennes sur les ITS de l'Agence de la santé publique du Canada ne recommandent pas formellement le TAP, mais mentionnent que cette méthode pourrait être bénéfique pour les populations à risque élevé et difficiles à joindre (52). Nous n'avons pas retrouvé de recommandations élaborées par les provinces, à l'exception de l'Ontario. Il est recommandé de considérer le TAP lorsque les méthodes traditionnelles de notification des partenaires ne fonctionnent pas. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a élaboré une politique permettant le TAP (53). Le TAP n'est pas formellement recommandé en Colombie-Britannique¹.

4.7.2 AUX ÉTATS-UNIS

Les CDC en 2006 (54) ont élaboré des recommandations pour l'utilisation du TAP et une mise à jour a été faite en 2012 pour l'infection à Ng.

Pour l'infection à Ct et Ng, le TAP peut être utilisé chez les partenaires comme une option lorsque les autres stratégies pour joindre le partenaire sont impossibles ou sans succès. Pour l'infection à Ng, le traitement recommandé pour Ng est la ceftriaxone. Le TAP peut être envisagé pour les partenaires hétérosexuels de patients diagnostiqués avec Ng peu susceptibles de consulter un service de santé dans un délai approprié. Si le partenaire ne peut pas être joint à temps, l'option du TAP est à considérer, car le fait de ne pas être traité est plus nuisible que le fait de recevoir un traitement de deuxième choix. Le TAP n'est pas recommandé chez

¹ Communication personnelle. Gina Olgivie. 27 janvier 2017.

les HARSAH à cause du haut risque d'infections concomitantes, notamment le VIH (55).

Les organismes de santé publique des États américains reprennent les recommandations des CDC avec les nuances suivantes : le TAP est autorisé pour l'infection à Ct uniquement (56) (57) (58) ou pour les syndromes cliniques associés à l'infection à Ct ou Ng (59). D'autres États permettent l'utilisation du TAP chez les HARSAH sous certaines conditions (56) (60). Pour les femmes enceintes, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (61) permet l'utilisation du TAP, mais il est contre-indiqué dans certains États (60).

4.7.3 EN EUROPE

Selon l'International Union against Sexually Transmitted Infections en 2015, le TAP peut être une avenue efficace pour traiter les partenaires et diminuer les taux d'infection pour l'infection à Ct. Cependant, le TAP est une intervention qui doit faire partie d'un système plus global de notification des partenaires (62).

La British Association for Sexual Health and HIV au Royaume-Uni et la Haute Autorité Sanitaire en France n'ont pas émis de recommandation quant à l'utilisation du TAP.

4.7.4 EN AUSTRALIE

De façon générale, en Australie (2016), le TAP est autorisé pour l'infection à Ct non compliquée et est restreint aux situations où les autres moyens de joindre le partenaire ont échoué ou que la probabilité qu'ils échouent est élevée (63). Les lignes directrices de la région de Victoria (2015) détaillent davantage le type de partenaire pour qui le TAP est le plus approprié. Le TAP ne devrait pas être utilisé pour les patients diagnostiqués avec plus d'une ITS, dont la partenaire est enceinte ou dont les partenaires sont à risque pour l'infection par le VIH comme les HARSAH (64).

4.7.5 CONCLUSION

Les organismes qui ont émis spécifiquement des recommandations pour le TAP le recommandent systématiquement pour l'infection à Ct et pour les contacts hétérosexuels pour lesquels une consultation auprès d'un professionnel de la santé apparaît peu probable. La majorité des organismes recommandent le TAP pour l'infection à Ng sous certaines conditions. La majorité des organismes ne statuent pas avec précision

l'utilisation du TAP pour les HARSAH et les femmes enceintes. Les CDC mentionnent que le TAP n'est pas recommandé pour l'infection à Ng chez les HARSAH. Cependant, d'autres organismes de santé publique apportent quelques nuances pour l'utilisation du TAP chez un HARSAH ou mentionnent qu'il n'y a pas de contre-indication. Un seul organisme précise que le TAP peut être utilisé avec précaution chez une femme enceinte.

5 Synthèse et argumentaire

Les conclusions tirées de la revue de la littérature doivent être interprétées avec prudence. Les études rapportées présentent des faiblesses méthodologiques. Un biais d'attrition est fréquent. De plus, la plupart des études ne sont pas des essais cliniques randomisés permettant d'évaluer l'intervention proprement dite. Certains résultats présentés, notamment sur la réinfection de la personne infectée, proviennent d'objectifs secondaires de l'étude alors que celles-ci n'étaient pas conçues pour évaluer précisément cet effet. Les conclusions de ces études sont difficilement généralisables au Québec, aucune étude recensée n'a été effectuée au Canada. Les sections suivantes résument les constats du groupe de travail après avoir pris connaissance de la littérature publiée.

5.1 Lignes directrices

Les lignes directrices consultées s'appuient sur la même littérature évaluée dans cet avis. Elles sont généralement favorables à l'utilisation du TAP lorsqu'une consultation des partenaires hétérosexuels auprès d'un professionnel de la santé apparaît peu probable. Il y a unanimité quant à l'utilisation du TAP lors d'une infection à Ct, mais pour l'infection à Ng, des conditions s'appliquent pour employer le TAP. Des recommandations spécifiques pour l'utilisation du TAP auprès de HARSAH ou des femmes enceintes ne sont généralement pas précisées. Lorsque les lignes directrices font mention de l'utilisation du TAP auprès des HARSAH, il est contre-indiqué ou à utiliser avec certaines précautions.

5.2 Avantages et désavantages : généralités

5.2.1 LES AVANTAGES ASSOCIÉS AU TAP :

La réinfection de la personne infectée

- Le TAP peut limiter la réinfection chez la personne infectée.
- Les résultats semblent indiquer une efficacité accrue du TAP par rapport à l'approche passive, mais les différences sont faibles ou non significatives. Il n'y a pas d'évidence de supériorité du TAP comparativement à l'approche passive soutenue.

Le nombre de partenaires traités

Dans la majorité des études, l'information a été recueillie auprès de la personne infectée. Le partenaire n'a pas été directement questionné sur la prise du traitement.

- Comparativement à l'approche passive, le TAP est un peu plus efficace pour le traitement des partenaires.
- La supériorité du TAP par rapport à l'approche passive soutenue pour le traitement des partenaires n'a pas été démontrée.

L'acceptabilité

- Le TAP est généralement accepté par toutes les parties impliquées dans cette approche : la personne infectée, les partenaires, les cliniciens et les pharmaciens. Cependant, environ la moitié des personnes infectées préféreraient que le partenaire consulte auprès d'un professionnel, et ce même s'ils sont favorables dans une grande proportion à donner des médicaments ou une prescription à leur partenaire.
- Le TAP est sécuritaire chez la grande majorité des partenaires.

5.2.2 LES DÉSAVANTAGES ASSOCIÉS AU TAP :

Les partenaires joints et dépistés

- Le TAP ne permet pas nécessairement de joindre plus de partenaires qu'avec une approche passive soutenue.
- Les partenaires sexuels bénéficient d'un dépistage dans une moindre mesure lorsque le TAP est utilisé.
 - Le taux d'infection chez les partenaires sexuels d'une personne infectée est généralement plus élevé que dans la population générale. Ce constat est particulièrement préoccupant pour les HARSAH, qui présentent généralement des taux plus élevés d'ITSS que les partenaires hétérosexuels, notamment pour l'infection par le VIH.
- Le partenaire ne reçoit pas les soins optimaux, notamment le dépistage des ITSS, le counseling sur les approches préventives incluant la prévention des grossesses non désirées et la réduction des risques d'ITSS ainsi que la vaccination.

Les partenaires traités

- Le partenaire pourrait ne pas recevoir le meilleur traitement, car :
 - le phénomène de résistances aux antimicrobiens utilisés pour l'infection à Ng est évolutif; et
 - l'infection pharyngée nécessite un traitement différent.

5.3 Contexte d'implantation au Québec

L'organisation des services, les recommandations sur l'intervention auprès des partenaires d'une personne infectée ainsi que l'épidémiologie des infections à Ct et Ng doivent être considérées dans l'implantation du TAP au Québec.

En particulier, l'épidémiologie actuelle de l'infection à Ng au Québec est différente de celle qui prévalait dans les études américaines ou européennes décrites dans la littérature. Le nombre d'infections rapportées est en augmentation au fil des années (65).

- La proportion des infections pharyngées est en augmentation chez les deux sexes. Chez les hommes, l'infection gonococcique pharyngée seule représente près du tiers des cas.

- La résistance à l'azithromycine est en progression : 19 % des souches en 2016. Deux souches résistantes à la céfixime et une souche résistante à la ceftriaxone ont été rapportées en 2017.
- La vigie des échecs au traitement indique que 15 cas rapportés ont été retenus comme étant un échec au traitement. Dans 68 % des cas, il s'agissait d'une infection pharyngée. Ces personnes infectées étaient presque exclusivement des HARSAH.

5.3.1 COMPARAISON DU TAP PAR PRESCRIPTION OU MÉDICATION REMISE AUX PARTENAIRES

Le traitement accéléré du partenaire (TAP) consiste soit en 1) à une prescription écrite au nom du partenaire et remise à la personne infectée ou transmise au pharmacien par voie verbale ou par télécopieur soit 2) à la remise des comprimés directement à la personne infectée pour le partenaire sans que celui-ci ait consulté un médecin ou une infirmière. Cette intervention comporte des avantages et des désavantages généraux et spécifiques selon l'intervention choisie. Dans le contexte québécois, le TAP par prescription remise au partenaire pourrait être plus adéquat.

Le TAP par prescription remise au partenaire

- Les avantages :
 - Le Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS existe déjà au Québec;
 - Cette modalité favorise un contact du partenaire avec un professionnel de la santé; en l'occurrence un pharmacien. Elle permet la vérification des allergies, contre-indications et interactions médicamenteuses au traitement prescrit ou autre besoin.
- Les inconvénients :
 - La barrière du coût est rapportée dans la littérature : le partenaire ou la personne infectée doivent se rendre à la pharmacie et défrayer le coût du médicament. Cependant, au Québec, cette barrière n'est probablement pas un enjeu pour l'accessibilité au traitement si l'on tient compte de l'organisation des services et du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS.

Le TAP par médication remise au partenaire

- Les avantages :
 - Évite au partenaire de se rendre à la pharmacie et de payer le médicament. Cet avantage pourrait concerner les clientèles qui ne peuvent pas bénéficier du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS, c'est-à-dire les personnes qui ne sont pas inscrites à la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- Les inconvénients :
 - Pas de contact avec un professionnel de la santé pour recevoir des conseils sur le traitement et des soins en santé sexuelle;
 - Une barrière rapportée dans la littérature était la méfiance du partenaire face au traitement reçu de la part de la personne infectée;
 - Possibilité de mésusage des médicaments par la personne infectée.

5.4 HARSAH

Après de la population HARSAH, les inconvénients rapportés surpassent les bénéfices d'un TAP, car :

- Il n'est pas prouvé que le TAP diminue la réinfection et occasionne une baisse de l'incidence des infections à Ct et Ng dans cette population.
- Il n'y a pas de preuve concluante que cette approche augmente le nombre de partenaires joints, dépistés et traités auprès des HARSAH.
- Il y a une perte d'opportunité de dépistage du VIH, de la syphilis et des autres ITSS, alors que ces infections ont une prévalence élevée dans cette population.
- Il y a une perte d'opportunité de counseling, notamment sur la prophylaxie pré exposition pour l'infection par le VIH (PPrE) ou la prophylaxie post exposition au VIH (PPE).
- Selon l'état actuel des connaissances, la littérature est insuffisante pour appuyer l'utilisation du TAP chez les HARSAH.

5.5 Femmes enceintes

Nous n'avons pas retrouvé d'études abordant spécifiquement l'utilisation du TAP chez les femmes enceintes. Dans les études publiées sur le TAP, les femmes enceintes, lorsque recrutées, n'ont pas fait l'objet d'analyse spécifique.

Les différents organismes ayant abordé la question des femmes enceintes présentent des recommandations différentes.

- Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation du TAP auprès d'un partenaire sexuel d'une femme enceinte.
- Le TAP devrait être employé en dernier recours chez les partenaires sexuelles enceintes d'une personne infectée. Il est important qu'elles soient dirigées vers un professionnel de la santé. Étant donné les impacts possibles d'une ITS sur le fœtus et l'issue de la grossesse, une femme enceinte devrait faire l'objet d'un dépistage des ITSS et d'un suivi clinique étroit afin de s'assurer de l'efficacité du traitement avant l'accouchement.

5.6 Enjeux éthiques

Globalement, le groupe de travail constate certains avantages à l'utilisation du TAP au Québec, en particulier pour traiter les partenaires qui ne consulteraient pas autrement en clinique. Des enjeux éthiques ont aussi été soulevés, notamment à propos de certains désavantages pour le partenaire, dont l'accès au meilleur traitement et aux meilleurs soins de santé.

Idéalement, l'utilisation du TAP chez le partenaire ne devrait pas être justifiée par la difficulté d'accès et le manque de ressources. Cependant, dans le contexte actuel où l'accessibilité aux soins n'est pas toujours optimale, ceci pourrait être difficilement applicable.

6 Recommandations quant à l'utilisation du TAP au Québec

6.1 Préambule

Au Québec, deux approches pour l'IPPAP sont actuellement recommandées; soit l'approche passive incluant la remise de documentation, et l'approche négociée réalisée par un professionnel mandaté par la santé publique.

Le rôle du clinicien consiste à (66) :

- Sensibiliser la personne atteinte aux avantages qu'elle peut tirer de l'intervention.
- Expliquer à la personne atteinte les mesures prises pour assurer la confidentialité.
- Identifier avec la personne atteinte, au moment de la transmission des résultats, tous les partenaires sexuels à joindre en fonction de la période de contagiosité propre à l'ITS en cause.
- Discuter des façons de procéder à la notification, soit :
 - si la personne atteinte veut aviser elle-même ses partenaires, examiner avec elle les difficultés possibles et les solutions envisageables,
 - si la personne atteinte préfère ne pas aviser elle-même ses partenaires, lui proposer le soutien d'une tierce personne.
- Préparer la personne atteinte à aviser ses partenaires.
- Lui remettre des outils notamment une brochure et des cartes de notifications.
- Le cas échéant, à faire un suivi auprès de la personne atteinte afin de s'assurer que ses partenaires ont effectivement été avisés.
- Offrir d'évaluer et de traiter les partenaires ou indiquer quels sont les services offerts dans la région pour l'évaluation et le traitement des partenaires.
- Si la personne atteinte refuse de collaborer, tenter de cerner les obstacles et d'identifier des pistes de solution.

- Proposer à la personne atteinte l'aide d'un professionnel de la santé publique au besoin et l'aviser qu'un professionnel de la santé publique pourrait communiquer avec elle.

En sus des éléments énumérés ci-haut, pour les situations prioritaires, le professionnel de la santé publique ou mandaté par la santé publique qui effectue l'IPPAP selon l'approche négociée, établit une entente avec la personne infectée pour contacter lui-même certains ou tous les partenaires. De plus, un suivi est systématiquement fait auprès de la personne infectée pour les partenaires qu'elle s'est engagée à notifier elle-même.

Le TAP est une stratégie de traitement des partenaires qui s'ajoute aux approches actuellement recommandées lorsqu'il paraît improbable que le partenaire ait ou se présente dans un court délai pour recevoir une évaluation clinique et un traitement.

6.2 Recommandations

Les recommandations suivantes excluent les personnes âgées de moins de 14 ans pour des considérations légales de consentement aux soins.

6.2.1 LE TAP AU QUÉBEC

1. Le TAP peut être utilisé dans certaines situations en complément à l'IPPAP pour intervenir auprès des partenaires des personnes infectées.
 - Il est essentiel de rappeler que l'évaluation clinique du partenaire est la meilleure option, car elle permet une intervention préventive complète : counseling préventif, évaluation clinique du partenaire, offre de dépistage de l'ITSS à laquelle il a été exposé et des autres ITSS selon ses facteurs de risque, offre de vaccination et finalement un traitement épidémiologique.
 - Le TAP peut être envisagé lorsqu'il paraît improbable que le partenaire se présente pour une évaluation clinique et un dépistage.
2. Le TAP consiste soit 1) à une prescription écrite au nom du partenaire et remise à la personne infectée ou transmise au pharmacien par voie verbale ou par télécopieur soit 2) à la remise des comprimés directement à la personne infectée pour le

partenaire, sans que celui-ci ait consulté un médecin ou une infirmière. En tenant compte de la littérature, le groupe de travail ne peut pas recommander une modalité par rapport à l'autre. Par contre en tenant compte de l'organisation des services mise en place au Québec, le groupe de travail privilégie la remise d'une prescription à la personne infectée à l'intention de son partenaire. Les médicaments utilisés dans le cadre du TAP sont ceux recommandés pour le traitement du partenaire dans les guides sur le traitement pharmacologique de l'INESSS.

3. Le TAP devrait aussi inclure les éléments suivants :
 - Counseling et soutien à la personne infectée pour aviser les partenaires.
 - Information à la personne infectée sur les avantages et inconvénients des différentes approches de notification du partenaire afin de permettre un choix éclairé.
 - Remise de documentation écrite à l'intention du partenaire comprenant minimalement les informations suivantes : 1) l'ITS concernée; 2) des renseignements sur le(s) médicament(s); 3) l'importance de consulter un professionnel de la santé en présence de symptômes au lieu de prendre le TAP; 4) une recommandation indiquant qu'une évaluation avec un professionnel de la santé est la meilleure intervention afin de recevoir tous les soins appropriés; 5) des coordonnées de cliniques où le partenaire peut consulter ou obtenir un rendez-vous de suivi.
4. L'utilisation du TAP doit tenir compte de plusieurs facteurs :
 - L'acceptabilité des approches proposées par la personne infectée.
 - La capacité de la personne infectée à aviser elle-même ses partenaires : le TAP requiert une intervention de la personne infectée, qui doit informer le partenaire, lui transmettre une information juste et lui remettre la prescription ou le traitement. Si la personne infectée n'a pas la confiance nécessaire pour réaliser cette intervention, le TAP ne devrait pas être utilisé, car il ne sera probablement pas remis au partenaire.

- Les avantages et inconvénients de l'approche pour la personne infectée et ses partenaires.
5. Le TAP devrait être utilisé en dernier recours auprès des populations suivantes, car les études démontrent que les inconvénients surpassent les bénéfices pour ces populations:
- Les HARSAH, étant donné la fréquence des infections par le VIH et la syphilis, d'où l'importance du dépistage, et de la pertinence de l'offre de prophylaxie préexposition.
 - Les partenaires enceintes d'une personne infectée, étant donné les risques de transmission à l'enfant et de complications chez la mère.

6.2.2 LES INFECTIONS VISÉES

Chlamydia trachomatis (excluant les infections causées par un génotype L1, L 2 ou L3 ou les infections rectales).

Le TAP peut être utilisé pour les infections à Ct documentées par un test de laboratoire, car :

- Le traitement de premier choix recommandé est oral et à dose unique^m.
- Le traitement est sécuritaire.
- Il n'y a pas de résistance documentée au traitement.

Neisseria gonorrhoeae

Le TAP peut être utilisé pour les infections à Ng documentées par un test de laboratoire dans les situations où **toutes les conditions suivantes sont réunies** pour le(s) partenaire(s) :

- Le traitement de premier choix recommandé est oral et à dose unique.
- Le partenaire n'a pas eu d'exposition pharyngée.
- Le partenaire n'a pas d'allergie connue à la pénicilline ou aux céphalosporines, selon l'information disponible.

Des précautions sont requises :

- Lorsqu'une résistance au traitement est connue au moment du traitement de la personne infectée, le TAP ne devrait pas être offert. Les partenaires de la

personne infectée devraient être évalués par un professionnel de la santé.

- Un prélèvement pour une culture devrait être effectué à la personne infectée pour documenter une résistance au traitement utilisé. Si une résistance à un antibiotique pour le TAP est documentée, les partenaires de la personne infectée ayant reçu un TAP devraient être avisés de la situation et être évalués par un professionnel de la santé.

6.3 Piste de recherche et préoccupations

Une consultation auprès des experts du Comité ITSS a permis de soulever des enjeux qui n'ont pas été abordés dans le cadre de cet avis. Ils concernent principalement l'implantation du TAP dans le contexte québécois.

- Les normes de gestion des dossiers médicaux des partenaires ayant reçu le TAP doivent être clarifiées et simples. Ceci s'adresse autant pour les infirmières ayant le droit de prescrire que pour les médecins.
- L'implantation de l'utilisation du TAP pour les infirmières ayant le droit de prescrire pourrait s'avérer complexe en raison de l'obligation de suivre le Protocole québécois pour le traitement d'une infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoea* chez une personne asymptomatique de l'INESSS(67).
- Les aspects légaux de la pratique médicale associés à l'utilisation du TAP devraient être évalués.
- L'utilisation du TAP par les professionnels de la santé devrait être monitorée.

Enfin, le délai optimal de traitement du partenaire, tant d'un point de vue clinique que de prévention de la transmission, est un facteur qui n'a pas été étudié. Il pourrait être pertinent de proposer des recherches sur la question et évaluer comment le TAP pourrait influencer ce délai.

^m Ces recommandations ont été élaborées selon la version 2015 du Guide de traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS(44).

Références

1. Ministère de la santé et des services sociaux. Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire: guide d'intervention. Québec; 2014. 5 p. Disponible sur : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2367158>
2. Le Collège, Questions et réponses liées au partage des activités médicales. Collège Médecins. Automne 2008;48(4):11.
3. Kerani RP, Fleming M, DeYoung B, Golden MR. A Randomized, Controlled Trial of inSPOT and Patient-Delivered Partner Therapy for Gonorrhea and Chlamydial Infection Among Men Who Have Sex With Men: Sex Transm Dis. oct 2011;38(10):941-6.
4. Golden MR, Whittington WLH, Handsfield HH, Hughes JP, Stamm WE, Hogben M, *et al.* Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. N Engl J Med. 17 févr 2005;352(7):676-85.
5. Kerns JL, Jones HE, Pressman EJ, Fratarelli LA, Garth J, Westhoff CL. Implementation of Expedited Partner Therapy Among Women With Chlamydia Infection at an Urban Family Planning Clinic: Sex Transm Dis. mars 2011;722-6.
6. Taylor MM, Reilley B, Yellowman M, Anderson L, de Ravello L, Tulloch S. Use of expedited partner therapy among chlamydia cases diagnosed at an urban Indian health centre, Arizona. Int J STD AIDS. mai 2013;24(5):371-4.
7. Mickiewicz T, Al-Tayyib A, Thrun M, Rietmeijer C. Implementation and effectiveness of an expedited partner therapy program in an urban clinic. Sex Transm Dis. déc 2012;39(12):923-9.
8. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:137.
9. Temkin E, Klassen AC, Mmari K, Gillespie DG. A qualitative study of patients' use of expedited partner therapy. Sex Transm Dis. juill 2011;38(7):651-6.
10. Schillinger JA, Gorwitz R, Rietmeijer C, Golden MR. The Expedited Partner Therapy Continuum: A Conceptual Framework to Guide Programmatic Efforts to Increase Partner Treatment. Sex Transm Dis. févr 2016;43(2 Suppl 1):S63-75.
11. Kissinger P, Mohammed H, Richardson-Alston G, Leichter JS, Taylor SN, Martin DH, *et al.* Patient-delivered partner treatment for male urethritis: a randomized, controlled trial. Clin Infect Dis. 1 sept 2005;41(5):623-9.
12. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, Whittington WLH, Ransom RL, Sternberg MR, *et al.* Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated Chlamydia trachomatis infection among women: a randomized, controlled trial. Sex Transm Dis. janv 2003;30(1):49-56.
13. Cameron ST. Patient-delivered partner therapy for chlamydia: a realistic public health measure in the UK. BJOG Int J Obstet Gynaecol. févr 2009;116(3):345-6.
14. Yu Y-Y, Frasure-Williams JA, Dunne EF, Bolan G, Markowitz L, Bauer HM. Chlamydia Partner Services for Females in California Family Planning Clinics: Sex Transm Dis. oct 2011;38(10):913-8.
15. Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA, Low N. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. BMJ. 17 févr 2007;334(7589):354-354.
16. Stephens SC, Bernstein KT, Katz MH, Philip SS, Klausner JD. The Effectiveness of Patient-Delivered Partner Therapy and Chlamydial and Gonococcal Reinfection in San Francisco: Sex Transm Dis. mai 2010;525-9.
17. Golden MR, Hughes JP, Brewer DD, Holmes KK, Whittington WLH, Hogben M, *et al.* Evaluation of a population-based program of expedited partner therapy for gonorrhea and chlamydial infection. Sex Transm Dis. août 2007;34(8):598-603.
18. Cameron S, Glasier A, Muir A, Scott G, Johnstone A, Quarrell H, *et al.* Expedited partner therapy for Chlamydia trachomatis at the community pharmacy: Pharmacy treatment for chlamydia. BJOG Int J Obstet Gynaecol. août 2010;117(9):1074-9.
19. Unger JA, Matemo D, Pintye J, Drake A, Kinuthia J, McClelland RS, *et al.* Patient-Delivered Partner Treatment for Chlamydia, Gonorrhea, and Trichomonas Infection Among Pregnant and Postpartum Women in Kenya: Sex Transm Dis. nov 2015;42(11):637-42.

20. Schumacher CM, Ghanem KG. Retreatment Rates for Uncomplicated Gonorrhea Infection: Comparing Ceftriaxone and Azithromycin Versus Ceftriaxone and Doxycycline. *Sex Transm Dis.* juill 2013;40(7):539-45.
21. Shiely F, Hayes K, Thomas KK, Kerani RP, Hughes JP, Whittington WLH, *et al.* Expedited Partner Therapy: A Robust Intervention: *Sex Transm Dis.* juill 2010;602-7.
22. Estcourt C, Sutcliffe L, Cassell J, Mercer CH, Copas A, James L, *et al.* Can we improve partner notification rates through expedited partner therapy in the UK? Findings from an exploratory trial of Accelerated Partner Therapy (APT). *Sex Transm Infect.* févr 2012;88(1):21-6.
23. Golden MR, Anukam U, Williams DH, Handsfield HH. The legal status of patient-delivered partner therapy for sexually transmitted infections in the United States: a national survey of state medical and pharmacy boards. *Sex Transm Dis.* févr 2005;32(2):112-4.
24. Kissinger P, Hogben M. Expedited Partner Treatment for Sexually Transmitted Infections: An Update. *Curr Infect Dis Rep.* avr 2011;13(2):188-95.
25. Oliver A, Rogers M, Schillinger JA. The Impact of Prescriptions on Sex Partner Treatment Using Expedited Partner Therapy for Chlamydia trachomatis Infection, New York City, 2014-2015. *Sex Transm Dis.* nov 2016;43(11):673-8.
26. Clark JL, Segura ER, Oldenburg CE, Rios J, Montano SM, Perez-Brumer A, *et al.* Expedited Partner Therapy (EPT) increases the frequency of partner notification among MSM in Lima, Peru: a pilot randomized controlled trial. *BMC Med.* 2017;15:12.
27. Khan A, Fortenberry JD, Juliar BE, Tu W, Orr DP, Batteiger BE. The Prevalence of Chlamydia, Gonorrhea, and Trichomonas in Sexual Partnerships: Implications for Partner Notification and Treatment: *Sex Transm Dis.* avr 2005;32(4):260-4.
28. Stekler J, Bachmann L, Brotman RM, Erbeding EJ, Lloyd LV, Rietmeijer CA, *et al.* Concurrent sexually transmitted infections (STIs) in sex partners of patients with selected STIs: implications for patient-delivered partner therapy. *Clin Infect Dis.* 15 mars 2005;40(6):787-93.
29. Kreisel K, Torrone E, Bernstein K, Hong J, Gorwitz R. Prevalence of Pelvic Inflammatory Disease in Sexually Experienced Women of Reproductive Age — United States, 2013–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 27 janv 2017;66(3):80-3.
30. McNulty A, Teh MF, Freedman E. Patient Delivered Partner Therapy for Chlamydial Infection—What Would Be Missed?: *Sex Transm Dis.* sept 2008;35(9):834-6.
31. Katz DA, Dombrowski JC, Bell TR, Kerani RP, Golden MR. HIV Incidence Among Men Who Have Sex With Men After Diagnosis With Sexually Transmitted Infections: *Sex Transm Dis.* avr 2016;43(4):249-54.
32. Vaidya S, Johnson K, Rogers M, Nash D, Schillinger JA. Predictors of index patient acceptance of expedited partner therapy for Chlamydia trachomatis infection and reasons for refusal, sexually transmitted disease clinics, New York City, 2011 to 2012. *Sex Transm Dis.* nov 2014;41(11):690-4.
33. Jones HE, Holloway IW, Pressman E, Meier J, Westhoff CL. Women's preferences for testing and management of sexually transmitted infections among low-income New York City family planning clients. *Int J STD AIDS.* juin 2013;24(6):455-60.
34. Radovic A, Burstein GR, Marshal MP, Murray PJ, Miller E, Sucato GS. Adolescents' attitudes toward expedited partner therapy for sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis.* nov 2013;40(11):894-7.
35. Rogers ME, Opdyke KM, Blank S, Schillinger JA. Patient-delivered partner treatment and other partner management strategies for sexually transmitted diseases used by New York City healthcare providers. *Sex Transm Dis.* févr 2007;34(2):88-92.
36. McNutt L-A, Davis CF, Bednarczyk RA, Fischer A, Zeolla M, Coles BF. Alternative approaches to partner notification, diagnosis, and treatment: pharmacists' perspectives on proposed patient delivered partner therapy in New York State, 2007. *Sex Transm Dis.* mars 2009;36(3):178-84.
37. Rosenfeld EA, Marx J, Terry MA, Stall R, Flatt J, Borrero S, *et al.* Perspectives on expedited partner therapy for chlamydia: a survey of health care providers. *Int J STD AIDS.* 6 oct 2015;1-7.

38. Cramer R, Leichter JS, Stenger MR, Loosier PS, Slive L, SSuN Working Group. The legal aspects of expedited partner therapy practice: do state laws and policies really matter? *Sex Transm Dis.* août 2013;40(8):657-62.
39. Stenger MR, Kerani RP, Bauer HM, Burghardt N, Anschuetz GL, Klingler E, *et al.* Patient-Reported Expedited Partner Therapy for Gonorrhea in the United States: Findings of the STD Surveillance Network 2010–2012. *Sex Transm Dis.* sept 2015;42(9):470-4.
40. Cramer R, Martinez N, Roberts C, Habel MA, Leino EV, Leichter JS. Use of Expedited Partner Therapy for Sexually Transmitted Diseases in College and University Health Centers in the United States, 2011–2012: *Sex Transm Dis.* oct 2015;42(10):580-4.
41. FitzMaurice E, Keller E, Trebbin J, Wilson J. Strategies for Partner Management when Treating Sexually Transmitted Infection. *J Midwifery Womens Health.* nov 2011;56(6):608-14.
42. McBride KR, Goldsworthy RC, Fortenberry JD. Patient and partner perspectives on patient-delivered partner screening: acceptability, benefits, and barriers. *AIDS Patient Care STDs.* oct 2010;24(10):631-7.
43. Holloway IW, Jones HE, Bell DL, Westhoff CL. Men's Preferences for Sexually Transmitted Infection Care Services in a Low-Income Community Clinic Setting in New York City. *Am J Mens Health.* 1 mai 2011;5(3):208-15.
44. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. Guide Traitement pharmacologique sur les ITSS, Infections à *Chlamydia trachomatis*, Infections à *Neisseria gonorrhoeae*, mise à jour décembre 2015 . 2015. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae_majdec2015_.pdf
45. Golden MR, Kerani RP, Stenger M, Hughes JP, Aubin M, Malinski C, *et al.* Uptake and Population-Level Impact of Expedited Partner Therapy (EPT) on *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: The Washington State Community-Level Randomized Trial of EPT. *Low N*, éditeur. *PLOS Med.* 15 janv 2015;12(1):1-22.
46. Golden MR, Estcourt CS. Barriers to the implementation of expedited partner therapy. *Sex Transm Infect.* 1 déc 2011;87(Suppl 2):ii37-ii38.
47. Huffam S, Chow EPF, Fairley CK, Hocking J, Peel J, Chen M. Chlamydia infection in individuals reporting contact with sexual partners with chlamydia: a cross-sectional study of sexual health clinic attendees. *Sex Transm Infect.* sept 2015;91(6):434-9.
48. Pavlin NL, Parker RM, Piggitt AK, Hopkins CA, Temple-Smith MJ, Fairley CK, *et al.* Better than nothing? Patient-delivered partner therapy and partner notification for chlamydia: the views of Australian general practitioners. *BMC Infect Dis.* 2010;10(1):1-7.
49. Gift TL, Kissinger P, Mohammed H, Leichter JS, Hogben M, Golden MR. The Cost and Cost-Effectiveness of Expedited Partner Therapy Compared With Standard Partner Referral for the Treatment of Chlamydia or Gonorrhea: *Sex Transm Dis.* nov 2011;38(11):1067-73.
50. Régie de l'assurance maladie du Québec. Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement . Disponible sur: http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/medicaments/MTS_Gui.pdf
51. Golden MR, Hogbe M, Levine MA. Ethics of expedited partner therapy. *Virtual Mentor VM.* 2008;10(11):708-18.
52. Public Health Agency of Canada. Section 2 - Primary Care and Sexually Transmitted Infections - Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections . 2013. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-2-eng.php#a9>
53. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC). Sexually Transmitted Infections Case Management and Contact Tracing Best Practice Recommendations . Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario; 2009. 124 p. Disponible sur: <https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/STIs%20Case%20Management%20Contact%20Tracing.pdf>
54. Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases. . Atlanta (US): US Department of Health and Human Services; 2006, p. 1-53. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/std/treatment/eptfinalreport2006.pdf>

55. Centers for disease control and prevention. Guidance on the Use of Expedited Partner Therapy in the Treatment of Gonorrhea . 2012. Disponible sur: <http://www.cdc.gov/std/ept/GC-EPT-GuidanceNov-2012.pdf>
56. 2016 Guidelines for the Use of Expedited Partner Therapy in Men who Have Sex with Men 2016 . Public Health – Seattle & King County & Washington State Department of Health; 2016. Disponible sur: <http://www.kingcounty.gov/depts/health/communicable-diseases/hiv-std/~media/depts/health/communicable-diseases/documents/hivstd/Expedited-Partner-Services.ashx>
57. Massachusetts Department Of Public Health. Clinical advisory: utilizing expedited partner therapy (EPT) for chlamydia infection in Massachusetts . 2011. Disponible sur: <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/cdc/std/clinical-advisory-chlamydia-ept.pdf>
58. Texas Health and Human Services. Expedited Partner Therapy (EPT) . 2017. Disponible sur: <http://www.dshs.texas.gov/hivstd/ept/default.shtm?terms=EXPEDITED%20STD%20MANAGEMENT%20%20IMPLEMENTATION%20GUIDE>
59. Texas Health and Human Services. Patient Delivered Partner Therapy (PDPT) for Chlamydia, Gonorrhea, and Trichomoniasis : Guidance for medical Providers in California. Disponible sur: <https://archive.cdph.ca.gov/pubsforms/Guidelines/Documents/CA-STD-PDPT-Guidelines.pdf>
60. Minnesota Department of Health. Expedited Partner Therapy (EPT) for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: Guidance for Medical Providers in Minnesota . Minnesota Department of Health (MDH); 2015, p. 1-29. Disponible sur: <http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/dtopics/tds/ept/EPTGuidance.pdf>
61. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. Expedited partner therapy in the management of gonorrhea and chlamydial infection. Committee Opinion No. 632. juin 2015;125(6):1526-8.
62. Tiplica G-S, Radcliffe K, Evans C, Gomberg M, Nandwani R, Rafila A, *et al.* 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. juill 2015;29(7):1251-7.
63. Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM). Patient-delivered Partner Therapy - Contact Tracing Guidelines . 2016. Disponible sur: <http://contacttracing.ashm.org.au/contact-tracing-guidance/patient-delivered-partner-therapy>
64. Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine. Australasian Contact Tracing Guidelines . Department of Health & Human Services-State Government of Victoria, Australia; 2015. Disponible sur: <https://www2.health.vic.gov.au:443/about/publications/policiesandguidelines/pdpt-clinical-guidelines>
65. Blouin K, Venne S, Lambert G. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2015 (et projection 2016) . Institut national de santé publique du Québec; 2016 nov, p. 117. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2201_portrait_infections_transmissibles_sexuellement_sang_2015_0.pdf
66. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! – Intervention préventive relative aux ITSS - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible sur: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>
67. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. Protocole québécois pour le traitement d'une infection gonococcique ou d'une infection à *Chlamydia trachomatis* chez une personne asymptomatique. 2016. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Prescription_infirmi%C3%A8re/INESSS_Protocole_national_ITSS.pdf

www.inspq.qc.ca