

# 3A – QUESTIONNAIRE RELATIF À L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIRES D'UNE PERSONNE ATTEINTE D'UNE INFECTION PAR LE VIH

Partenaire à joindre rapidement     Évaluation clinique et dépistage offerts immédiatement après la notification

## SECTION 1 – IDENTIFICATION ET GESTION

**1.1 NUMÉRO DE DOSSIER :** \_\_\_\_\_ **NUMÉRO DE LA FICHE D'APPEL OU DE LA DEMANDE :** \_\_\_\_\_

Date de la demande (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

### 1.2 GESTION INTERNE DU DOSSIER

Nom du professionnel désigné : \_\_\_\_\_ Noms des autres professionnels : \_\_\_\_\_

Nom du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

Direction ou service :  Direction de santé publique     SIDEP     Autre direction ou service, préciser : \_\_\_\_\_

#### Notes pour le suivi du dossier

	Dates prévues (aaaa-mm-jj)	Dates effectives (aaaa-mm-jj)	Actions	Initiales
<b>Démarches pour joindre le partenaire</b>	____-____-____ ____-____-____	____-____-____ ____-____-____	<input type="checkbox"/> Message téléphonique <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Message téléphonique <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	
<b>Rendez-vous planifiés</b>	____-____-____ ____-____-____			
<b>Premier entretien</b> <input type="checkbox"/> Par téléphone <input type="checkbox"/> Face à face	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Notification <input type="checkbox"/> Orientation vers un service de dépistage <input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	
<b>Entretiens subséquents</b> <input type="checkbox"/> Par téléphone <input type="checkbox"/> Face à face	____-____-____ ____-____-____	____-____-____ ____-____-____	<input type="checkbox"/> Notification <input type="checkbox"/> Orientation vers un service de dépistage <input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	
<b>Suivi de l'intervention</b> <input type="checkbox"/> Par téléphone <input type="checkbox"/> Face à face	____-____-____	____-____-____	Voir la section 5 – Orientation vers les ressources appropriées et suivi	
<input type="checkbox"/> <b>Partenaire non joint</b>		<input type="checkbox"/> Coordonnées insuffisantes ou inadéquates <input type="checkbox"/> Cas perdu pour le suivi, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Autre situation, préciser : _____		
<input type="checkbox"/> <b>Intervention non réalisée</b>		<input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Personne vivant avec le VIH <input type="checkbox"/> Autre raison, préciser : _____		
<b>Commentaires :</b>				

Date (aaaa-mm-jj) de la fermeture du dossier : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_    Signature : \_\_\_\_\_

---

### 1.3 IDENTIFICATION DU PARTENAIRE

#### 1.3.1 Renseignements généraux

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Surnom : \_\_\_\_\_ Pseudonyme : \_\_\_\_\_ Autre identifiant : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ ou Date de naissance (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin  Transsexuelle homme-femme  Transsexuel femme-homme  Inconnu

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Si de sexe féminin, cette partenaire est-elle enceinte?  Oui  Non  État inconnu

Région sociosanitaire de résidence : \_\_\_\_\_ ou CISSS ou CIUSSS de résidence : \_\_\_\_\_

Langue parlée : \_\_\_\_\_ Occupation et lieu de travail : \_\_\_\_\_

Autres caractéristiques (ex. : taille, tatouage, handicap) : \_\_\_\_\_

#### 1.3.2 Coordonnées

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : Résidence : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_ Pseudonyme : \_\_\_\_\_

Site de rencontre ou clavardoir : \_\_\_\_\_

Préférence du partenaire pour être joint : \_\_\_\_\_

---

### 1.4 INFORMATION SUR L'EXPOSITION ET PLANIFICATION DE L'INTERVENTION

#### 1.4.1 Informations pertinentes sur l'exposition

**NE PAS TRANSMETTRE CES INFORMATIONS AU PARTENAIRE**

Type de partenaire :  Conjoint  Habituel  Occasionnel  Aventure  Anonyme  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Partenaire actuel  Ancien partenaire

Type d'exposition :  Relation sexuelle, préciser si relation vaginale ou anale non protégée par un condom :  Oui  Non  Inconnu

Partage de matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) de la première exposition : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  ≤ 3 mois  > 3 mois  Inconnus

Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) de la dernière exposition : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  ≤ 72 heures  ≤ 3 mois  > 3 mois  Inconnus

Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

#### 1.4.2 Planification de l'intervention

**NE PAS TRANSMETTRE CES INFORMATIONS AU PARTENAIRE  
(sauf celles qui concernent l'exposition dans les 72 dernières heures)**

Partenaire connu séropositif (généralement pas d'intervention)

**Partenaire exposé dans les 72 dernières heures : urgence**

Partenaire enceinte

Partenaire dont l'exposition la plus récente a eu lieu au cours des trois derniers mois

Partenaire qui a des comportements à risque

Partenaire d'une personne récemment infectée (primo-infection)

Partenaire d'une personne atteinte ayant une charge virale élevée

Partenaire d'une personne atteinte du VIH et d'une ITS susceptible d'augmenter le risque de transmission du VIH, préciser :

Chlamydia  LGV  Gonorrhée  Syphilis  Herpès

Inconnu  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Partenaire atteint d'une autre ITS susceptible d'augmenter le risque d'acquisition du VIH, préciser :

Chlamydia  LGV  Gonorrhée  Syphilis

Herpès génital  Condylome  Inconnu

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Partenaire avec qui la personne atteinte a eu des relations anales ou vaginales non protégées par un condom

Autre situation à prendre en considération, préciser : \_\_\_\_\_

Notes :

## SECTION 2 – AIDE-MÉMOIRE CONCERNANT L'INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DU PARTENAIRE

- Informer le partenaire de son exposition au VIH ainsi que de la nécessité d'être évalué sur le plan clinique et dépisté.
- Le faire s'exprimer sur ses connaissances et ses perceptions au regard des ITSS, en particulier le VIH (symptômes ou absence de symptômes, modes de transmission, etc.), et lui fournir de l'information complémentaire au besoin (ex. : *Carte de notification VIH*, dépliant *Dépistage du VIH : je passe le test*).
- Si l'exposition a eu lieu il y a moins de 72 heures, lui recommander une évaluation pour une prophylaxie postexposition. Il faut l'orienter et le soutenir pour qu'il ait accès au service dans les délais établis.
- Vérifier la présence d'un syndrome compatible avec la primo-infection.
- Dans la mesure du possible, effectuer l'évaluation clinique et le dépistage, ou demander à un autre professionnel de le faire, immédiatement après l'annonce de l'exposition.
- Si l'évaluation clinique et le dépistage ne peuvent être effectués immédiatement après avoir annoncé au partenaire son exposition au VIH :
  - susciter sa motivation à se faire évaluer et dépister;
  - lui offrir du soutien pour la prise d'un rendez-vous aux fins d'une évaluation et d'un dépistage, et prendre le rendez-vous pour lui au besoin
  - en attendant les résultats de l'évaluation et du dépistage, lui recommander :
    - d'éviter les relations sexuelles ou d'utiliser un condom pour toute relation sexuelle vaginale ou anale. Pour les relations orales, lui recommander d'utiliser un condom ou un carré de latex,
    - d'éviter de partager du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues.
- Vérifier si le partenaire a un réseau de soutien psychosocial (il doit pouvoir nommer une personne à qui parler de sa situation en cas de besoin) et l'informer sur les ressources pouvant lui assurer ce soutien, au besoin.
- Convenir du suivi de l'intervention préventive avec le partenaire, **un suivi systématique étant nécessaire pour s'assurer que cette personne a fait l'objet d'une évaluation clinique et d'un dépistage**. Une revue des actions que le partenaire s'est engagé à entreprendre peut également être pertinente.

**Si le contexte le justifie (ex. : dépistage non réalisé immédiatement après la notification, comportements à risque, ouverture de la part du partenaire), un counseling sur l'adoption et le maintien de comportements sexuels, ou de consommation de drogues, sécuritaires peut être réalisé.**

- Discuter avec le partenaire des mesures à prendre pour limiter la transmission d'ITSS.
- Le sensibiliser aux principaux facteurs de risque auxquels il est exposé et l'encourager à adopter ou à continuer à avoir des comportements sécuritaires.

**Commentaires :**

## SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### 3.1 ÉVALUATION CLINIQUE ET DÉPISTAGE OFFERTS SUR PLACE IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ANNONCE DE L'EXPOSITION

Nom du professionnel de la santé qui a effectué le dépistage : \_\_\_\_\_

La collecte de renseignements cliniques (section 3.2) et le counseling (section 4) seront réalisés dans le cadre de l'intervention liée au dépistage et notés au dossier de la façon habituelle. Le professionnel de la santé se référera alors au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* pour effectuer le dépistage.

### 3.2 ÉVALUATION CLINIQUE ET DÉPISTAGE NON EFFECTUÉS SUR PLACE IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ANNONCE DE L'EXPOSITION

#### 3.2.1 Connaissance de l'exposition et antécédents médicaux du partenaire

Histoire de symptômes compatible avec la primo-infection		Exposition à l'infection par le VIH connue du partenaire
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Oui, préciser : _____ <b>Symptômes</b> <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Myalgies <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <b>Signes</b> <input type="checkbox"/> Adénopathies généralisées <input type="checkbox"/> Éruption cutanée <input type="checkbox"/> Candidose buccale <input type="checkbox"/> Ulcération des muqueuses Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) du début du syndrome : ____-____-____ Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) de la fin du syndrome : ____-____-____		<input type="checkbox"/> Oui, préciser depuis quand : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Donner des précisions en cas d'exposition à plus d'une ITS : _____
<b>Éléments cliniques dans le cas d'une femme en âge de procréer</b>	<b>Femme enceinte</b> <input type="checkbox"/> Oui, préciser : DPA (aaaa-mm-jj) : ____-____-____ <input type="checkbox"/> Date inconnue <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
	<b>Suivi de grossesse</b> <input type="checkbox"/> Oui Si oui, nom du clinicien : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
<b>Commentaires :</b>		

#### 3.2.2 Historique du dépistage du VIH, prophylaxie et vaccination

Dépistage	Vaccination antérieure
<b>Dépistage antérieur du VIH</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date (aaaa-mm-jj) du dernier dépistage : ____-____-____ <b>Résultat du dernier dépistage du VIH</b> <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> À venir	<b>VPH</b> <input type="checkbox"/> Oui, nombre de doses : ____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si non, préciser si la vaccination est : <input type="checkbox"/> Indiquée (voir le PIQ) <input type="checkbox"/> Non indiquée Si planifiée, préciser la date (aaaa-mm-jj) : ____-____-____
<b>Prophylaxie préexposition et postexposition</b> <b>PPrE</b> <input type="checkbox"/> Oui (préciser plus bas) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Prise quotidienne <input type="checkbox"/> Prise intermittente Date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) du début : ____-____-____ Si cessée, date (aaaa-mm-jj) de la fin : ____-____-____ Posologie respectée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<b>VHB</b> <input type="checkbox"/> Oui, nombre de doses : ____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si non, la vaccination est indiquée d'emblée (partenaire atteint d'une ITS). Si planifiée, préciser la date (aaaa-mm-jj) : ____-____-____
<b>PPE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date (aaaa-mm-jj) ou moment (aaaa-mm) du début : ____-____-____ Préciser la durée : _____	<b>VHA</b> <input type="checkbox"/> Oui, nombre de doses : ____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si non, préciser si la vaccination est : <input type="checkbox"/> Indiquée (voir le PIQ) <input type="checkbox"/> Non indiquée Si planifiée, préciser la date (aaaa-mm-jj) : ____-____-____
<b>Commentaires :</b>	

## SECTION 4 – FACTEURS DE RISQUE ET Counseling préventif sur le VIH et les ITSS

(si l'évaluation clinique et le dépistage ne peuvent être effectués immédiatement après l'annonce de l'exposition et que le contexte est favorable)

### Sexe des partenaires

Seulement des hommes  Seulement des femmes\*  Hommes et femmes\*  Sexe inconnu

\* Partenaire féminine enceinte

Oui  Non  État inconnu

**Nombre de partenaires sexuels** (douze derniers mois) : Nombre : \_\_\_\_\_ ou  De 1 à 3  De 4 à 10  > 10

### Consommation de drogues et modes de consommation

**Par injection?**  Oui  Non  Inconnu **Par inhalation?**  Oui  Non  Inconnu

Partage de matériel de consommation de drogues?  Oui  Non  Inconnu

### Fréquence d'utilisation du condom pour les relations sexuelles (douze derniers mois)

	Toujours	À l'occasion	Jamais	Inconnu	Ne s'applique pas
Orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autres facteurs de risque, préciser :**

---

**Commentaires :**

## SECTION 5 – ORIENTATION VERS LES RESSOURCES APPROPRIÉES ET SUIVI

Actions recommandées	Orientation vers une ressource	Suivi des actions recommandées
<p><b>Signes et symptômes compatibles avec la primo-infection</b></p> <p><input type="checkbox"/> Orientation vers un médecin ou une IPS</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun signe ni symptôme</p>	<p>Lieu : _____</p> <p>Nom du professionnel de la santé : _____</p> <p>Profession : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Consultation effectuée</p> <p>Date : ____-____-____</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation non effectuée</p> <p><input type="checkbox"/> Recommandation refusée par le partenaire, préciser la raison : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi systématique non effectué, préciser la raison : _____</p>
<p><b>Dépistage</b></p> <p><input type="checkbox"/> VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Autres ITSS</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune action nécessaire</p>	<p>Lieu : _____</p> <p>Nom du professionnel de la santé : _____</p> <p>Profession : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Dépistage effectué</p> <p>Date : ____-____-____</p> <p>Résultat :</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage non effectué, préciser la raison : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recommandation refusée par le partenaire, préciser la raison : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi systématique non effectué, préciser la raison : _____</p>
<p><b>Prophylaxie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation PPE (&lt; 72 heures)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune action nécessaire</p>	<p>Lieu : _____</p> <p>Nom du professionnel de la santé : _____</p> <p>Profession : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> PPE reçue, date : ____-____-____</p> <p><input type="checkbox"/> PPE non reçue, préciser la raison : _____</p>
<p><b>Vaccination</b> (suivi systématique non nécessaire)</p> <p><input type="checkbox"/> VHB    <input type="checkbox"/> VPH</p> <p><input type="checkbox"/> VHA    <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune action nécessaire</p>	<p>Lieu : _____</p> <p>Nom du professionnel de la santé : _____</p> <p>Profession : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccination reçue, date : ____-____-____; nombre de doses : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination non reçue, préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recommandation refusée par le partenaire, préciser : _____</p>
<p><b>Counseling, soutien psychosocial</b> (suivi systématique non nécessaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Counseling sur les ITSS</p> <p><input type="checkbox"/> Soutien psychosocial</p> <p><input type="checkbox"/> Programme d'échange de seringues</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune action nécessaire</p>	<p>Lieu : _____</p> <p>Nom du professionnel de la santé : _____</p> <p>Profession : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Counseling ou soutien reçu, date : ____-____-____</p> <p><input type="checkbox"/> Counseling ou soutien non reçu, préciser la raison : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recommandation refusée par le partenaire, préciser : _____</p>
<p><b>Remise de documentation</b></p> <p><input type="checkbox"/> Carte de notification VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Liste de ressources (ex. : milieux cliniques, soutien psychosocial)</p> <p><input type="checkbox"/> Dépliant <i>Dépistage du VIH : je passe le test</i></p> <p><input type="checkbox"/> Adresses de sites Web</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Documentation refusée, préciser : _____</p>

**Commentaires :** (Précisions sur les lacunes de l'intervention prévue, telles que des résultats manquants ou des actions non effectuées, sur les nouvelles avenues du suivi et, le cas échéant, sur les mesures prises, par exemple un rendez-vous, pour l'orientation vers les autres services nécessaires.)

## **ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE QUESTIONNAIRE**

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DPA	Date prévue d'accouchement
IPS	Infirmier praticien spécialisé ou infirmière praticienne spécialisée
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PPE	Prophylaxie postexposition
PPrE	Prophylaxie préexposition
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention (des ITSS)
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain