



## **Rapport de consultation sur le développement de la surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec**



# **Rapport de consultation sur le développement de la surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec**

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Janvier 2015

## **AUTEURS**

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

## **AVEC LA COLLABORATION DU GROUPE DE TRAVAIL (ONT PARTICIPÉ À LA CONSULTATION D'EXPERTS)**

Raphaël Bitera, conseiller scientifique  
Gilles Lambert, médecin conseil  
Lina Noël, sociologue  
Raymond Parent, chef d'unité scientifique  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Nathanaëlle Thériault, médecin conseil  
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Sylvie Venne, médecin conseil  
Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux

## **MISE EN PAGES**

Isabelle Petillot, technicienne administrative  
Virginie Boué, agente administrative  
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions très chaleureusement tous les experts qui ont participé à la consultation. Cette production n'aurait pas été possible sans leur généreuse collaboration. Nous remercions également Germain Lebel, Yves G. Jalbert, et Robert Allard qui nous ont conseillé lors de l'élaboration de la méthode, ainsi que Johanne Nicole, Natasha Philippe, Latifa Elfassihi et Marie Jobin. Merci également à tous les collaborateurs et experts consultés qui ont commenté le contenu du rapport.

*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](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

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

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2015  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-73236-5 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-73237-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2015)

## Autres experts consultés

Alix Adrien, médecin conseil, Direction régionale de santé publique de Montréal

Michel Alary, médecin conseil, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Robert Allard, médecin conseil, Direction régionale de santé publique de Montréal

Julie Bruneau, professeure, Université de Montréal

Robert Carlin, médecin conseil, Direction de santé publique, centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Marie-Noëlle Caron, conseillère scientifique, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Hugues Charest, expert et chercheur d'établissement, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

Richard Cloutier, conseiller scientifique, Direction du développement des individus et de l'environnement social, MSSS

Michel Couillard, directeur adjoint, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

Marc Dionne, directeur scientifique, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ

Monique Douville-Fradet, médecin-spécialiste, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ

Valérie Émond, chef de secteur, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, INSPQ

Micheline Fauvel, conseillère cadre, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

Claude Gauthier, médecin conseil, Direction régionale de santé publique du Bas-St-Laurent

Patricia Goggin, médecin conseil, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ

Geneviève Gravel, conseillère scientifique, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Édith Guilbert, médecin conseil, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ

Maureen Hastie, intervenante en santé publique, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

Monique Imbleau, conseillère scientifique, Vice-présidence aux affaires scientifiques, INSPQ

France Janelle, médecin conseil, Direction régionale de santé publique de la Montérégie

Klaus Jochem, Direction régionale de santé publique de Montréal

Marina Klein, professeure, Université McGill

Pascale Leclerc, conseillère scientifique, Direction régionale de santé publique de Montréal

Brigitte Lefebvre, chercheure d'établissement, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

France Morin, médecin conseil, Direction de santé publique, centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Carole Morissette, Médecin-conseil, Direction régionale de santé publique de Montréal

Donald Murphy, conseiller scientifique, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

Louis Rousseau, conseiller scientifique, Direction régionale de santé publique des Laurentides

Élise Roy, médecin conseil, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ

Bouchra Serhir, experte et chercheuse d'établissement, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

Diane Sylvain, intervenante en santé publique, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

Cécile Tremblay, directrice scientifique, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ

## **Membres du CITSS**

### *Comité exécutif*

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

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

Lise Guérard, chef de service du Service de lutte contre les ITSS (SLITSS), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

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

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

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

### *Membres réguliers*

Michel Alary, médecin-conseil, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Jean-Guy Baril, président du comité consultatif sur la prise en charge clinique des PVVIH, médecin clinicien, Clinique du Quartier Latin

Suzanne Gagnon, médecin-conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux

Claude Gauthier, médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent

Robert Gervais, médecin-conseil, Agence de santé publique du Canada

Danielle Gélinas, infirmière, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Françoise Gendron, médecin-conseil, Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie

Annie-Claude Labbé, présidente du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS, microbiologiste-infectiologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Gilles Lambert, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Danièle Longpré, médecin, Clinique médicale l'Actuel

Ken Monteith, directeur général, COCQ-SIDA

Cécile Tremblay, directrice scientifique, Laboratoire de santé publique du Québec

Nathanaëlle Thériault, médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

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

*Membres d'office*

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

André Dontigny, directeur, ministère de la Santé et des Services sociaux

**Membres du CALI qui ont été consultés**

Isabelle Alarie, microbiologiste-infectiologue, CHUS Hôpital Fleurimont

Annie-Claude Labbé (présidente), microbiologiste-infectiologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Brigitte Lefebvre, microbiologiste, Laboratoire de santé publique du Québec

Annick Trudelle (coordonnatrice) conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec

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



## Table des matières

<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>VII</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>VII</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>IX</b>
<b>Liste des sigles et acronymes</b> .....	<b>XI</b>
<b>Messages clés</b> .....	<b>1</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>5</b>
1.1 Contexte épidémiologique spécifique aux ITSS.....	5
1.1.1 Description des principales sources de données disponibles pour la surveillance des ITSS au Québec.....	6
1.1.2 Déterminants associés au risque de transmission ITSS.....	10
1.1.3 Interventions efficaces, épidémies généralisées ou concentrées et noyaux de transmetteurs.....	11
1.1.4 Surveillance de seconde génération.....	13
1.1.5 Une épidémiologie et des contextes hétérogènes.....	15
<b>2 Objectifs</b> .....	<b>19</b>
<b>3 Méthodes</b> .....	<b>21</b>
3.1 Méthode de consultation.....	21
3.1.1 Groupe de discussion focalisée.....	22
3.1.2 Méthode Delphi.....	22
3.1.3 Identification des experts.....	22
3.1.4 Critères de priorisation.....	22
3.1.5 Définition du consensus (Étape 2, Delphi cycles 1 et 2).....	25
3.1.6 Analyses pour le volet qualitatif.....	26
3.1.7 Procédure détaillée de consultation des experts.....	26
<b>4 Résultats</b> .....	<b>29</b>
4.1 Étape 1 : Complétion de la liste des indicateurs à prioriser.....	29
4.1.1 Pertinence et justification des indicateurs proposés.....	29
4.2 Étape 2 : priorisation.....	29
4.2.1 Utilité.....	30
4.2.2 Validité.....	43
4.2.3 Faisabilité.....	49
4.2.4 Score global de priorité.....	56
<b>5 Limites</b> .....	<b>67</b>
5.1 Méthode Delphi.....	67
5.2 Subjectivité et biais d'expertise.....	67
5.3 Spécificité des scores.....	67
5.4 Autres limites.....	67
<b>6 Discussion</b> .....	<b>69</b>
6.1 Principaux constats et enjeux.....	69
6.1.1 Surveillance de seconde génération.....	69
6.1.2 Surveillance chez les autres populations vulnérables et « proxy ».....	72

6.1.3	Surveillance populationnelle .....	74
6.1.4	Grandes banques administratives .....	84
6.1.5	Jumelage de banques de données.....	87
6.1.6	Indicateurs éliminés .....	87
6.1.7	Indicateurs communs à d'autres PMSM .....	88
<b>7</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>91</b>
	<b>Références.....</b>	<b>93</b>
<b>Annexe 1</b>	<b>Cibles fixées dans la stratégie de lutte aux ITSS en lien avec le PNSP .....</b>	<b>97</b>
<b>Annexe 2</b>	<b>Indicateurs supprimés et ajoutés lors du groupe de discussion focalisé de l'étape 1.....</b>	<b>101</b>
<b>Annexe 3</b>	<b>Liste pour la priorisation–objets et indicateurs de surveillance mentionnés dans le PCS et non opérationnels ou nouveaux indicateurs suggérés par le groupe de travail et validés par le groupe d'experts lors de l'étape 1 .....</b>	<b>105</b>
<b>Annexe 4</b>	<b>Indicateurs inscrits au plan commun de surveillance et disponibles (non inclus dans la priorisation).....</b>	<b>127</b>
<b>Annexe 5</b>	<b>Indicateurs disponibles, mais non mentionnés dans le Plan commun de surveillance.....</b>	<b>131</b>
<b>Annexe 6</b>	<b>Fiches descriptives des indicateurs .....</b>	<b>141</b>
<b>Annexe 7</b>	<b>Expertise professionnelle des experts invités à l'étape 2 et analyse stratifiée des scores d'utilité selon l'expertise .....</b>	<b>277</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1	Définition des niveaux de consensus retenus dans le cadre de la consultation .....	26
Tableau 2	Taux de participation à la consultation Delphi sur le critère d'utilité .....	30
Tableau 3	Scores moyens d'utilité en ordre décroissant .....	31
Tableau 4	Scores moyens de validité en ordre décroissant.....	43
Tableau 5	Scores moyens de faisabilité en ordre décroissant.....	50
Tableau 6	Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant .....	57
Tableau 7	Indicateurs obtenus à partir des grandes banques administratives.....	86
Tableau 8	Description de l'expertise professionnelle des participants à la consultation Delphi sur l'utilité des indicateurs (cycle 1, n = 25 participants).....	280

## Liste des figures

Figure 1	Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants .....	21
Figure 2	Échelles de validité et de faisabilité utilisées dans les questionnaires .....	25
Figure 3	Exemple fictif de présentation des résultats pour un indicateur et un critère donné.....	25
Figure 4	Cascade de soins pour l'infection par le VIH.....	79



## Glossaire

**Enquête périodique** : enquête qu'il est prévu de répéter selon un intervalle qui peut être variable d'une enquête à l'autre.

**Étude ponctuelle** : étude menée pour une durée déterminée, qu'il n'est pas prévu de répéter.

**Indicateur de surveillance** : expression mathématique conduisant à une donnée observable permettant d'apprécier un objet de surveillance. Un exemple d'indicateur est « la proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ».

**Infocentre de santé publique** : basé à l'INSPQ, l'Infocentre supervise notamment la mise en œuvre du plan commun de surveillance (PCS). « L'Infocentre de santé publique est le lieu de réseautage au profit de la communauté des experts en santé publique du Québec, où elle dispose d'une vitrine pour publier les résultats de ses analyses et exposer ses initiatives en matière de production d'indicateurs de santé publique. Ayant accès à des bassins d'information documentés, elle peut bénéficier d'une expertise en traitement de l'information ainsi que d'outils d'exploitation performants et sécuritaires ». L'inscription et l'obtention d'un droit d'accès sont nécessaires pour accéder au site web de l'Infocentre (<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>).

**Objet de surveillance** : thème ou sujet faisant l'objet de la surveillance, c'est-à-dire pour lequel des informations sont colligées de façon routinière afin de surveiller l'état de santé d'une population et ses déterminants.

**Plan commun de surveillance (PCS) de l'état de santé de la population et de ses déterminants** : plan de surveillance québécois regroupant des indicateurs permettant d'assurer le suivi de l'état de santé de la population au niveau régional et national. Seuls les objets et indicateurs essentiels pour faire une surveillance continue de l'état de santé de la population et nécessaires à la fois à la majorité des régions ainsi qu'au niveau national ont été retenus

**Réseau sentinelle** : réseau de laboratoires ou de médecins/cliniques dont la participation à la collecte de données de surveillance est volontaire.

**Sensibilité d'un système de surveillance** : Capacité d'un système de surveillance ou d'un indicateur à identifier tous les cas (ou expositions) du phénomène qu'il a pour mission de surveiller<sup>1</sup>.

**Spécificité d'un système de surveillance** : Capacité d'un système de surveillance ou d'un indicateur à ne pas réagir en l'absence du phénomène qu'il a pour mission de surveiller<sup>1</sup>.

**Surveillance de seconde génération** : Collecte de données, régulière et systématique, ainsi qu'analyse et interprétation de ces données dans le but de décrire l'évolution des épidémies de VIH/sida et autres ITSS, ainsi que les changements dans les facteurs de risque. Ceci comprend donc une surveillance biologique et comportementale chez certains groupes vulnérables aux ITSS<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Astagneau, P. Ancelle, T., Surveillance épidémiologique: principes, méthodes et applications en santé publique. Médecine Sciences Publications ed. 2011: Lavoisier. 360p.

<sup>2</sup> <http://www.who.int/hiv/topics/surveillance/2ndgen/en/>, consulté le 17 février 2014.



## Liste des sigles et acronymes

ASPC	Agence de santé publique du Canada
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CALI	Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS
CAMI	Centres d'accès au matériel d'injection
CITSS	Comité sur les ITSS
CDC	Centers for disease control and prevention
CMIS	Centre maternel et infantile sur le sida, CHU Sainte-Justine
DGSSMU	Direction générale services santé et médecine universitaire, MSSS
DRSP	Direction régionale de santé publique
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control
ESSTI	European Surveillance of Sexually Transmitted Infections
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HPA	Health Protection Agency
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IQR	Intervalle interquartile
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladies à déclaration obligatoire, fichiers provincial et régionaux des maladies à déclaration obligatoire, MSSS
MED-ÉCHO	Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, MSSS

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAM	Numéro d'assurance maladie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PMSM	Plan ministériel de surveillance multithématique
PNSP	Programme national de santé publique
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RRSS	Région sociosanitaire
SIC-SRD	Système d'information sur la clientèle des services en réadaptation-dépendance
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
UDI	Utilisateurs de drogues par injection
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHS	Virus de l'herpès simplex
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

## Messages clés

Les principaux éléments qui émergent de cette consultation d'experts sur le développement de la surveillance des ITSS au Québec sont les suivants :

- La surveillance de seconde génération est importante pour la surveillance et le contrôle de l'épidémie de VIH, de façon complémentaire au programme de surveillance du VIH;
  - les données d'incidence du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection et chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont nécessaires;
  - le manque de données chez les travailleurs et travailleuses du sexe au Québec a été mis en évidence.
- La surveillance des ITSS chez certaines autres populations présentant des fréquences élevées de comportements à risque tels l'injection de drogues avec des seringues utilisées par d'autres, les relations sexuelles anales non protégées et les relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires est également très utile, notamment chez les jeunes, les Autochtones et les personnes incarcérées.
- Le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire ainsi que le programme de surveillance du VIH bénéficieraient considérablement d'une révision, notamment au niveau de leurs cadres légaux. Ceci permettrait l'élaboration de nombreux nouveaux indicateurs nécessaires afin de compléter la surveillance des ITSS au Québec.
- Les experts ont souligné l'importance de suivre le fardeau des ITSS et les cascades de soins pour le VIH et le VHC. Ces indicateurs permettent entre autres d'estimer le fardeau économique associé aux ITSS et sont très utiles à la prise de décision.
- Des améliorations au niveau de la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques ainsi que des échecs au traitement ont été jugées nécessaires dans le contexte alarmant de l'émergence de souches difficiles à traiter, soit une inquiétude qui est partagée mondialement.



## Sommaire

L'objectif de ce document est d'identifier les avenues de développement les plus intéressantes dans le domaine de la surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Dans un effort visant à prioriser certains indicateurs de surveillance, nous avons sollicité l'aide d'experts épidémiologistes et autres experts de la santé publique familiers avec la surveillance des ITSS au Québec.

La méthode de consultation utilisée incluait des groupes de discussion focalisée et une consultation basée sur la méthode Delphi à l'aide de questionnaires électroniques successifs. Les critères utilisés pour la priorisation des indicateurs sont l'utilité, la validité et la faisabilité.

L'un des éléments principaux qui ressort de façon très évidente de la consultation est l'importance de la surveillance de seconde génération pour la surveillance et le contrôle de l'épidémie de VIH dans un contexte d'épidémie concentrée. En complémentarité avec le Programme de surveillance du VIH, la surveillance de seconde génération devrait être considérée comme la base nécessaire à la surveillance du VIH au Québec en considérant notamment les aspects suivants :

- Afin d'orienter la surveillance de seconde génération et d'estimer le poids épidémiologique de chacune des populations clés, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et l'Organisation mondiale de la santé recommandent d'obtenir des estimations géographiques des tailles de ces populations.
- Les experts ont souligné l'importance d'obtenir des données d'incidence du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Le maintien de ces réseaux en continu serait souhaitable.
- Les membres du comité sur les ITSS ont souligné le manque de données chez les travailleurs et travailleuses du sexe au Québec, et que de telles données sont absolument essentielles. Cette population clé constitue possiblement un noyau de transmetteurs (*core group*) pour certaines ITSS (VIH et infection gonococcique en particulier).
- La faisabilité des enquêtes de seconde génération a été jugée très bonne considérant la longue expérience du Québec dans ce domaine. Cependant, il a été reconnu que ce type de surveillance nécessite des ressources importantes.

En plus des populations classiques de la surveillance de seconde génération, c'est-à-dire les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues par injection et les travailleurs et travailleuses du sexe, il est justifié d'étudier certaines autres populations présentant des fréquences très élevées de comportements à risque tels l'injection de drogues avec des seringues utilisées par d'autres, les relations sexuelles anales non protégées et les relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires. La surveillance chez les jeunes en difficulté, les Autochtones et les personnes incarcérées se situent dans cette catégorie.

Le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire ainsi que le programme de surveillance du VIH au Québec bénéficieraient considérablement d'une révision, notamment au niveau de leurs cadres légaux. Ceci permettrait l'élaboration de nombreux nouveaux indicateurs afin de compléter la surveillance des ITSS au Québec ainsi que la vigie provinciale en réponse aux menaces à la santé.

Plusieurs pistes d'amélioration ont été proposées : l'élaboration d'un système informatisé central de saisie pour les enquêtes épidémiologiques, l'assouplissement du processus de vigie rehaussée, l'introduction d'un identifiant unique dénominalisé afin de regrouper les données au niveau provincial ainsi que le partage d'information et de connaissances entre les analystes provinciaux (incluant les professionnels de l'Institut national de santé publique du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux) et régionaux de surveillance et de vigie.

Des améliorations au niveau de la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques ainsi que des échecs au traitement ont été suggérées dans le contexte alarmant d'émergence de souches résistantes aux antibiotiques et difficiles à traiter. À la suite de recommandations récentes de l'Organisation mondiale de la santé, plusieurs pays ont adapté leurs systèmes de surveillance afin de réagir à cette menace.

# 1 Introduction

Le Plan commun de surveillance (PCS<sup>3</sup>) de l'état de santé de la population et de ses déterminants (2004-2007)<sup>[1]</sup>, élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et les régions, a permis d'identifier plus de 500 objets et indicateurs de surveillance<sup>4</sup> nécessaires au suivi de l'état de santé de la population au niveau régional et national. Dans ce plan, seuls les objets et indicateurs de surveillance essentiels pour faire une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants dans la majorité des régions ainsi qu'au niveau national ont été retenus.

L'Infocentre de santé publique<sup>2</sup> a été mandaté pour réaliser la mise en œuvre du PCS. Un bon nombre d'indicateurs sont déjà disponibles via le site web de l'Infocentre (<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>) qui est également responsable d'accorder des droits d'accès aux données du PCS en fonction de la nature des tâches et responsabilités professionnelles de chaque demandeur.

Les informations contenues dans le présent document s'inscrivent dans une optique de développement complémentaire de la surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans le cadre du Plan ministériel de surveillance multithématique (PMSM). Les avenues qui n'ont pas été explorées dans le PCS y sont couvertes, mais aussi celles que le PCS a explorées mais qui n'ont pas encore été développées. Dans cet exercice, nous avons également considéré les cibles fixées dans la stratégie de lutte aux ITSS en lien avec le Programme national de santé publique (PNSP)<sup>[2]</sup> (annexe 1).

Dans cet effort de priorisation des indicateurs de surveillance des ITSS, nous avons sollicité l'aide d'experts épidémiologistes et autres experts de la santé publique familiers avec la surveillance des ITSS au Québec.

Le but de cette consultation était de produire un document présentant les avenues de développement les plus intéressantes dans le secteur de la surveillance des ITSS au Québec.

## 1.1 Contexte épidémiologique spécifique aux ITSS

Une quinzaine d'infections bactériennes, virales et parasitaires peuvent être transmises sexuellement et/ou par le sang (ITSS) : l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique, la syphilis, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les virus des hépatites A, B, C..., le virus du papillome humain (VPH), le virus de l'herpès simplex (VHS), le lymphogranulome vénérien (LGV), le *Mycoplasma genitalium*, le *Trichomonas vaginalis*, le *Shigella sonnei* et le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline acquis dans la communauté.

La surveillance de ces infections pose un défi important. Leur épidémiologie (incidence, prévalence, comportements à risque, déterminants des comportements et complications pour la santé) varie d'un pathogène à l'autre, d'une sous-population à l'autre et d'une région à l'autre. Les enjeux de santé publique (dépistage, prise en charge, prévention, etc.) qui découlent d'une épidémiologie si hétérogène sont aussi très variables.

<sup>3</sup> Voir la liste des sigles et acronymes.

<sup>4</sup> Voir le glossaire pour les définitions.

### 1.1.1 DESCRIPTION DES PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES DISPONIBLES POUR LA SURVEILLANCE DES ITSS AU QUÉBEC

#### Maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Plusieurs ITSS sont à déclaration obligatoire en vertu de la *Loi sur la santé publique* (L.R.Q., ch. S-2.2, art. 79-82). Les ITSS (incluant les hépatites virales) comptaient pour 72 % de toutes les MADO déclarées en 2010<sup>[3]</sup>. Lors de leur diagnostic (test de laboratoire positif), les infections génitales à *Chlamydia trachomatis*, les infections gonococciques, la syphilis, la LGV, le chancre mou, le granulome inguinal et les infections par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C (VHB, VHC) doivent être déclarés par les médecins et par les laboratoires aux instances de santé publique régionales. Ces dernières reçoivent les formulaires de déclaration et valident les cas pour enregistrement au fichier MADO. Les indicateurs actuellement disponibles pour effectuer la vigie provinciale des ITSS (fichier dépersonnalisé) sont essentiellement le diagnostic, le site de l'infection, la date du prélèvement, la date d'épisode, la région, le sexe, l'âge et, dans certains cas, une information sur la résistance. Certaines informations sont aussi enregistrées en lien avec l'hémovigilance. Le suivi de ces indicateurs permet d'estimer l'incidence de ces infections transmissibles sexuellement (ITS) et d'en suivre les tendances, mais sans permettre la détection de la nature des phénomènes émergents.

Au niveau régional et local, des enquêtes épidémiologiques peuvent être réalisées pour compléter et valider les informations transmises afin de réaliser une intervention préventive auprès du cas index et parfois auprès de ses partenaires. Tel que décrit dans le guide d'intervention sur les ITS à déclaration obligatoire, il est nécessaire pour certains cas prioritaires<sup>5</sup> de mener une enquête épidémiologique incluant une intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP) selon l'approche négociée<sup>[4]</sup>.

Les informations complémentaires recueillies au niveau local lors des enquêtes épidémiologiques peuvent servir d'indicateurs pour mieux caractériser les cas (p. ex. : facteurs d'exposition, aspects cliniques). Toutefois, peu de régions ont été en mesure de mettre en place un système informatisé permettant l'analyse de ces données au niveau régional. De plus, le cadre législatif actuel ne permet pas que ces données soient systématiquement transmises au directeur national de santé publique pour établir un portrait à l'échelle de la province, sauf dans un contexte de vigie rehaussée et avec l'accord des directions de santé publique régionales.

#### Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec

Le VIH fait quant à lui l'objet de surveillance continue par le biais du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec depuis 2002. Cette infection n'est pas une maladie à déclaration obligatoire, à l'exception des cas où le diagnostic est posé chez un donneur ou receveur de sang, de produits sanguins, d'organes et de tissus humains.

Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) agit à titre de laboratoire de référence pour la confirmation des tests positifs pour le VIH et pour la mesure de la charge virale des individus en suivi thérapeutique. Tout spécimen confirmé positif par le LSPQ est soumis au processus de surveillance de l'infection par le VIH. L'élimination des doublons repose sur l'obtention du numéro d'assurance maladie (NAM) pour tous les tests confirmés positifs par le LSPQ. Le NAM est crypté pour avoir un identifiant unique permettant de savoir si le cas a déjà été déclaré dans le fichier dépersonnalisé ou s'il doit faire l'objet d'une nouvelle déclaration. Dans ce dernier cas, une intervenante de santé

---

<sup>5</sup> Des cas prioritaires sont définis par le groupe de travail sur les offres de services de base de la Table de coordination nationale en maladies infectieuses.

publique téléphone au professionnel de la santé qui a prescrit le test pour obtenir des renseignements épidémiologiques<sup>6</sup> sur la personne infectée, ceci afin de suivre les facteurs d'exposition. Les récents travaux d'un comité consultatif sur la surveillance du VIH ont amené une réflexion approfondie sur l'état actuel du système de surveillance et sur les données épidémiologiques produites.

Un programme de surveillance du sida a également été actif jusqu'en 2003. Une baisse importante de la morbidité et de la mortalité a été observée au cours des dernières années, en raison du succès des initiatives thérapeutiques et de l'amélioration de l'espérance et de la qualité de vie des personnes sous traitements antirétroviraux.

### **Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)**

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dispose aussi d'informations pertinentes à la surveillance des ITSS, en particulier par le biais du Programme provincial de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS. Le portrait produit à l'aide de la banque de données de ce programme permet d'obtenir certaines informations intéressantes et utiles, mais elle est actuellement sous-exploitée, les dernières analyses ayant été publiées en 2007. Les données disponibles permettent de suivre, entre autres, le nombre d'ordonnances rédigées dans le cadre du programme, les caractéristiques des bénéficiaires (âge, sexe, région de résidence, cas-index ou cas-contact) et la nature des médicaments prescrits, mais aucune information n'est disponible à propos du diagnostic.

La RAMQ recueille également des données sur les traitements (pour le VIH et le VHC) ainsi que sur les services médicaux rémunérés à l'acte. La réflexion qui s'amorcera dans le cadre du développement de la surveillance des ITSS devra prendre en considération cet éventail de modalités d'interventions (surveillance, déclaration, traitement, notification) entourant les ITSS.

### **Surveillance de seconde génération au Québec**

Le Québec s'est engagé dans des activités de surveillance appelées « de seconde génération »<sup>7</sup>, afin de joindre ses efforts à la lutte contre le VIH menée de concert avec les initiatives internationales soutenues par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Les principaux indicateurs associés aux projets québécois de seconde génération sont décrits brièvement à l'annexe 5. Depuis 1995, le projet SurvUDI poursuit, dans huit régions du Québec, une opération de collecte de données épidémiologiques auprès des utilisateurs de drogues par injection (UDI). Le projet s'est étendu à plusieurs autres provinces canadiennes avec l'appui de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), pour devenir ce qui est aujourd'hui le Réseau I-Track. Quelques autres projets touchant la surveillance du VIH ont vu le jour au cours des dernières années pour couvrir des populations différentes, soit les hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HARSAH) et les personnes provenant de pays où la situation est endémique à des niveaux élevés. Ces projets de collaboration avec l'ASPC, soit M-Track pour les HARSAH et E-Track pour les communautés ethnoculturelles, ont par ailleurs intégré d'autres ITSS dans leurs collectes de données pour améliorer le portrait épidémiologique, entre autres pour le VHC. La mise en place d'autres projets est à prévoir dans le cadre des projets Track de l'ASPC, entre autres avec les populations autochtones et les personnes incarcérées, ces populations vulnérables étant potentiellement fortement touchées

<sup>6</sup> Pour plus de détails sur les indicateurs disponibles au Programme de Surveillance de l'infection par le VIH au Québec, consulter l'annexe 1 du rapport annuel disponible sur le site web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1152>.

<sup>7</sup> La surveillance de seconde génération se définit par la collecte, régulière et systématique, et l'analyse de données biologiques et comportementales dans le but de décrire, parmi certains groupes vulnérables aux ITSS, l'évolution des épidémies de VIH/sida et autres ITSS ainsi que les changements dans les facteurs de risque (<http://www.who.int/hiv/topics/surveillance/2ndgen/en/>, consulté le 17-02-2014). Consulter la section 1.1.4 pour une présentation plus élaborée de la surveillance de seconde génération.

par les ITSS. Il est intéressant de poser un regard critique sur ces projets de surveillance de seconde génération afin d'identifier les indicateurs les plus pertinents pour le suivi épidémiologique et possiblement cibler certains points à améliorer.

Certaines autres populations demeurent encore peu observées de manière systématique exception faite des jeunes en situation d'itinérance pour lesquels une étude de cohorte a débuté à la fin des années 1990 à Montréal. Des résultats obtenus à partir de cette étude sont d'ailleurs disponibles. Les populations peu étudiées de façon systématique au Québec sont les suivantes :

- Les populations autochtones. Ces populations sont très hétérogènes du point de vue de la dispersion géographique, des disparités socioéconomiques et de leur état de santé. Les populations autochtones (Premières nations, Inuits et Métis), qu'elles vivent hors réserve ou sur des territoires identifiés, ont en commun des taux d'incidence des ITSS particulièrement élevés. Elles adoptent des comportements qui augmentent leur vulnérabilité aux infections. Les données québécoises laissent pourtant peu de place à l'interprétation de la situation spécifique à cette communauté malgré leur situation problématique à divers aspects.
- Les individus en milieux de détention. Les personnes incarcérées ont fait l'objet de quelques projets de recherche, mais aucune structure organisée de surveillance des ITSS n'a été mise en place au Québec. Des activités de dépistage des ITSS ont lieu dans les centres de détention, tant fédéraux que provinciaux, mais les résultats de dépistage ne sont pas utilisés pour dresser le portrait épidémiologique des populations carcérales. Les pénitenciers de juridiction fédérale ont, pour leur part, un projet de surveillance coordonné par les Services correctionnels canadiens.
- Les travailleurs et travailleuses du sexe. Ce groupe n'a fait l'objet d'aucun projet de recherche depuis plusieurs années. Aucune structure organisée de surveillance n'a été mise en place pour évaluer l'épidémiologie des ITSS auprès de ce groupe qui pourrait être particulièrement à risque. Cette population n'a d'ailleurs pas encore été identifiée comme « population à risque » par l'ASPC. Pourtant, des projets intéressants au niveau international (et même à Vancouver) se déroulent pour juger de la vulnérabilité et des risques populationnels que représente ce segment de clientèle qui pourrait être fortement touché par les ITSS.

### **Grandes enquêtes populationnelles**

Des enquêtes nationales servant à alimenter la surveillance des problématiques de l'état de santé de la population sont réalisées au Québec et au Canada sur une base périodique récurrente. Les principales enquêtes utiles dans le domaine des ITSS sont :

- L'enquête Santé-Québec;
- L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC);
- L'enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP);
- L'enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS);
- L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS).

Au Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a pris le relais de l'Enquête Santé-Québec depuis 2001. La dernière année de l'enquête québécoise remonte à 1998. Depuis cette date, Santé Canada s'occupe de la collecte des données générales pour l'ensemble des provinces et pour les questions spécifiques demandées par le Québec. Ce transfert de responsabilité du provincial au fédéral a fait en sorte que certaines variables anciennement recueillies ont été perdues. Toutefois, à partir de 2007, dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan commun de surveillance*, le Ministère a proposé de revenir avec des enquêtes statutaires à portée provinciale et

régionale visant à documenter certains indicateurs spécifiques touchant des sous-populations particulières. Les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population menée en 2008 sont d'ailleurs déjà disponibles sur le portail de l'Infocentre (<https://www.infocentre.inspq.qc.ca/>). L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé<sup>[5]</sup> pourrait également offrir des opportunités intéressantes considérant qu'elle comprend quelques questions sur les comportements sexuels et d'injection, et que des prélèvements de sang et d'urine sont disponibles pour un sous-échantillon des participants. La réflexion touchant ces collectes de données populationnelles devra être faite en lien avec les préoccupations entourant la surveillance des ITSS.

### **Autres sources de données**

De nouvelles sources de données potentielles devront également être explorées pour assurer une surveillance améliorée de la situation épidémiologique des ITSS. Par exemple, d'autres bases de données de nature administrative, telles le fichier des hospitalisations (Med-Écho) et le fichier des activités des laboratoires de biologie médicale (CDlab/GestLab, Direction générale services santé et médecine universitaire (DGSSMU), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)), pourraient également être explorées afin de compléter le portrait en surveillance épidémiologique des ITSS. La nouvelle structure du système d'information sur les services et les clientèles des CLSC (I-CLSC), mise à jour en avril 2007 par l'ajout de certaines variables pour les activités de dépistage et de prévention des ITSS, notamment par les SIDEP, pourrait offrir des données additionnelles dans le suivi de l'exercice de prévention. Le nouveau système d'information sur la clientèle des services en réadaptation-dépendance (SIC-SRD) est une autre source de données possible.

Somme toute, le Québec s'est doté d'une structure de surveillance des ITSS relativement complète pour suivre l'état de santé de la population et ainsi intervenir en fonction de situations d'émergence de certaines infections. Pourtant, plusieurs cibles prévues dans le cadre du *Programme national de santé publique*<sup>[2]</sup> (tableau en annexe 1) n'ont pas encore été atteintes, et ce, pour la majorité des infections suivies par les systèmes de surveillance. Certaines informations de nature démographique, environnementale ou comportementale, pour ne nommer que celles-ci, font probablement défaut dans le système de surveillance actuel pour alimenter et supporter efficacement les initiatives d'intervention auprès des clientèles vulnérables aux ITSS.

### **Activités de surveillance au Canada et dans le monde**

Les problématiques liées aux ITSS et les modalités de surveillance de ces infections au sein de la population générale et de groupes plus restreints, mais fortement touchés font également l'objet de préoccupations dans tous les pays développés ou en voie de développement. L'examen des activités de surveillance au niveau international ne considérera, aux fins de comparaison, que les systèmes mis en place dans les pays industrialisés. Ainsi, dans des pays tels que les États-Unis, l'Australie et les pays de l'Union européenne, plusieurs projets de surveillance observent les variations épidémiologiques des infections (VIH, VHC et autres ITSS).

Sans faire une liste exhaustive des projets ou des objets de surveillance au plan national ou international, il convient d'identifier certains organismes où des analyses de comparabilité peuvent être faites avec les activités de surveillance québécoises. Ces organismes sont l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et le National Notifiable Diseases Surveillance System (NNDSS) aux États-Unis, l'Institut de veille sanitaire (InVS) en France, la Health Protection Agency au Royaume-Uni, l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en Europe et l'Infectious Diseases Epidemiology and Surveillance (IDEAS) en Australie. Ces organismes et programmes sont des lieux incontournables à des fins de comparaison et d'établissement de standard de surveillance des ITSS.

### 1.1.2 DÉTERMINANTS ASSOCIÉS AU RISQUE DE TRANSMISSION ITSS

Le risque de transmission des ITSS est modulé par plusieurs facteurs d'ordre individuel tels que les facteurs biologiques, les habitudes de vie et les comportements, ainsi que par des facteurs d'ordre social, économique, culturel, politique et religieux<sup>[6]</sup>.

**Facteurs biologiques** : plusieurs facteurs biologiques tels que l'âge, la présence d'autres ITSS (co-infection) et le fait d'être circoncis ou non influencent le risque de contracter une ITSS<sup>[7]</sup>.

**Facteurs liés aux comportements des individus** : le risque de contracter une ITSS varie en fonction du type de relation sexuelle (par exemple, pour le VIH : orale < vaginale < anale) mais aussi en fonction d'autres facteurs comportementaux tels que le nombre de partenaires sexuels, la concurrence (concomitance) de partenaires (c'est-à-dire avoir plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période donnée) et l'utilisation du condom ou d'autres stratégies de prévention. Le partage de jouets sexuels présente également un risque. Le partage de matériel de consommation de drogues (injection et inhalation) est associé à un risque de contracter le VIH, le VHB et le VHC. Le tatouage peut aussi être associé au risque de contracter l'une de ces infections lorsqu'une aiguille ou de l'encre contaminées ont été utilisées.

**Facteurs socioculturels** : les ITSS sont souvent abordées avec inconfort et peur de la discrimination. Puisqu'elles évoquent la sexualité et des pratiques parfois taboues, la prévention des ITSS consiste à agir sur les facteurs de risque avec une gamme de moyens qui doivent être adaptés aux différents contextes propres aux populations ciblées. En effet, les comportements humains liés aux pratiques sexuelles, à la consommation de drogues, à la grossesse et aux soins néonataux sont complexes, tout comme l'environnement culturel, les croyances, les valeurs et les pratiques religieuses des populations.

**Facteurs contextuels liés à l'environnement politique, législatif, démographique, physique et socioéconomique** : de grands courants sociétaux peuvent aussi affecter l'épidémiologie des ITSS, par exemple<sup>[7, 8]</sup> :

- Par rapport à une population plus âgée, la transmission des ITSS sera plus rapide chez une population composée majoritairement de jeunes sexuellement actifs. Des taux élevés d'infection par le VIH chez certains groupes d'âge sexuellement actifs peuvent modifier la composition de la population de façon importante, comme en Afrique où des millions de jeunes deviennent orphelins à cause du sida. On peut alors observer une population où les jeunes de moins de 15 ans et les personnes de 50 ans et plus sont majoritaires.
- Une urbanisation rapide peut causer des changements migratoires et sociaux ayant le potentiel d'augmenter la transmission des ITSS. On a souvent observé dans ce contexte, notamment en Afrique subsaharienne et dans les pays de l'ancienne Union soviétique, une migration importante et rapide vers les grandes villes, une population composée principalement d'hommes, un chômage élevé parmi les femmes et diverses perturbations sociales pouvant mener à une augmentation importante du travail du sexe.
- La migration de certains noyaux de transmetteurs, par exemple les camionneurs et les travailleurs/travailleuses du sexe, peut causer de la transmission en provenance des grands centres urbains vers les principales routes utilisées pour le transport marchand.
- Une application abusive de certaines lois peut avoir des impacts profonds sur les efforts de prévention. Par exemple, un grand nombre de poursuites criminelles médiatisées de cas de transmission du VIH pourrait avoir comme conséquence une réduction du dépistage.

- La stigmatisation joue aussi un rôle important et marginalise les clientèles. Les personnes UDI fuient les forces policières et les travailleurs/travailleuses du sexe n'osent pas dénoncer les agressions dont ils ou elles sont victimes. Dans certains pays, l'homosexualité est illégale, ce qui pousse de nombreuses personnes dans la clandestinité.
- Plusieurs facteurs associés au système de santé peuvent également influencer l'épidémiologie des ITSS. Ces facteurs comprennent notamment l'accès aux soins, au dépistage, à la vaccination, à l'éducation à la santé, aux condoms et matériels d'injection et d'inhalation stériles, au traitement et à la prophylaxie (dans le cas du VIH). L'existence d'un réseau de travail de proximité auprès des populations vulnérables est également un facteur important qui permet d'améliorer l'efficacité des interventions auprès des populations marginalisées.

### 1.1.3 INTERVENTIONS EFFICACES, ÉPIDÉMIES GÉNÉRALISÉES OU CONCENTRÉES ET NOYAUX DE TRANSMETTEURS

Dans le cas des ITSS, il est possible d'intervenir sur les paramètres suivants afin de modifier les trajectoires épidémiques :

- **Le nombre de contacts** : par la diminution du nombre de partenaires sexuels et de la fréquence des contacts;
- **La probabilité de transmission par contact** : par l'utilisation du condom ou de matériel d'injection stérile, diminution de la charge virale du VIH par un traitement antirétroviral;
- **La durée d'infectiosité** : par l'augmentation de la fréquence du dépistage et du traitement. L'une des raisons qui expliquent que les pays en voie de développement ont des prévalences d'ITS curables beaucoup plus élevées que les pays développés est que les taux de traitements y sont nettement moindres, par manque d'accessibilité des soins de santé et de programmes efficaces de prévention des ITSS, ce qui résulte en des durées d'infectiosité plus longues<sup>[9]</sup>. Le traitement des ITS bactériennes peut également diminuer la probabilité de transmission du VIH.
- La proportion de la population qui est susceptible : par l'immunisation dans le cas du VPH et du VHB.

#### Épidémie concentrée vs épidémie généralisée

Les modèles classiques en épidémiologie des maladies infectieuses postulent un **taux de contact (« mixing ») aléatoire** parmi les individus de la population étudiée. Cette condition n'est pratiquement jamais respectée dans le cas des ITSS. En effet, certains **noyaux de transmetteurs** ou « core groups » présentent davantage de comportements à risque (nombre élevé de partenaires sexuels, relations sexuelles non protégées, partage de matériel d'injection, etc.), et le taux de contact n'y est pas aléatoire. Le taux de contact intra-groupe y est particulièrement élevé, alors que les contacts sont beaucoup moins fréquents entre les individus de ces noyaux de transmetteurs et la population générale<sup>[7]</sup>.

Les phases épidémiques varient en fonction des interactions entre les différents agents infectieux et les caractéristiques des populations, par exemple :

- Pour les épidémies causées par des pathogènes à faible durée d'infectiosité (infection gonococcique) ou à faible probabilité de transmission par contact (infection par le VIH), les trajectoires épidémiques ont tendance à dépendre des noyaux de transmetteurs pour se propager activement.

- Au contraire, pour les pathogènes caractérisés par une longue durée d'infectiosité et/ou une forte probabilité de transmission par contact (infection génitale à *C. trachomatis*, VPH, VHS), les trajectoires épidémiques seront beaucoup moins dépendantes de la transmission par les noyaux de transmetteurs, et les infections auront plus facilement tendance à être largement répandues dans la population générale<sup>[7]</sup>.

**Une classification des types d'épidémies existe spécifiquement pour le VIH.** L'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) proposent une classification en trois niveaux<sup>[10, 11]</sup> :

- **L'épidémie peu active** est caractérisée par des infections par le VIH qui ne se sont pas propagées à des niveaux importants, y compris chez les populations clés les plus à risque de contracter le VIH comme les HARSAH, les personnes UDI, les travailleurs/travailleuses du sexe et leurs clients. La prévalence du VIH n'a atteint des niveaux significatifs dans aucune de ces sous-populations.
  - La propagation du VIH est lente et inefficace, et on observe peu de transmissions. Le VIH peut ne jamais avoir été introduit dans ces populations clés ou avoir été introduit très récemment.
- **L'épidémie concentrée** est caractérisée par des infections par le VIH qui se sont rapidement répandues dans une ou plusieurs des populations clés les plus à risque (HARSAH, personnes UDI, travailleurs/travailleuses du sexe et leurs clients).
  - L'infection par le VIH est rarement transmise aux personnes qui ne font pas partie de ces populations clés (ou leurs partenaires sexuels réguliers).
  - l'épidémie n'est pas bien établie dans la population générale.
  - À moins de changements comportementaux ou d'une diminution de certains autres facteurs de risque (comme la présence d'autres ITS, par exemple), la transmission du VIH continuera dans ces populations clés, en particulier chez les personnes qui utilisent des drogues injectables et les personnes qui ont des relations anales.
  - La taille des populations clés les plus à risques de contracter le VIH et la fréquence des comportements à risque dans ces populations seront fortement déterminants du nombre de nouvelles infections. La majorité des nouvelles infections dans la population générale peuvent être liées au contact avec un travailleur/travailleuse du sexe, un HARSAH ou une personne UDI.
- **L'épidémie généralisée** est caractérisée par une transmission du VIH dans la population générale qui se fait indépendamment des populations clés les plus à risque.
  - L'épidémie est établie dans la population générale.
  - Une proportion importante de la transmission se produit en dehors du contexte de travail du sexe, de l'utilisation de drogues par injection ou des relations sexuelles multiples entre hommes.
  - La fréquence de partenaires sexuels multiples dans la population générale est suffisamment élevée pour soutenir la croissance de l'épidémie.
  - En absence de mesures de prévention efficaces, les sous-populations à risque continueront à contribuer de façon importante à la transmission du VIH. En présence de mesures de prévention efficaces, la prévalence de l'infection par le VIH diminuera dans les sous-populations à risque avant qu'elle ne diminue dans la population générale.

Selon cette définition, l'épidémie de VIH au Québec correspond actuellement à une épidémie concentrée.

Concernant les autres ITSS, la syphilis infectieuse et l'infection gonococcique se retrouvent en général concentrées chez les personnes qui ont de multiples partenaires et dans les réseaux sexuels denses. L'infection par le VHC est concentrée chez les personnes UDI, alors que l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, le VHS et le VPH sont distribués plus largement dans la population. **En présence d'épidémies d'ITSS concentrées, il est efficace d'augmenter l'intensité des interventions et des activités de prévention auprès des noyaux de transmetteurs.** L'OMS a émis des recommandations sur les meilleures stratégies pour cibler les interventions auprès des populations les plus touchées par le VIH<sup>[12]</sup>.

### Passerelle sexuelle

Le phénomène de **passerelle sexuelle** ou « **sexual bridging** » se produit lorsqu'une personne d'un groupe à risque élevé a des relations sexuelles avec des personnes provenant de groupes peu à risque. Ce phénomène a été étudié principalement dans le domaine du VIH. Le risque de passage d'une épidémie concentrée chez un noyau de transmetteurs à une épidémie généralisée dépend de la prévalence de l'infection dans le noyau de transmetteurs et du taux de contacts sexuels avec la population générale. **Par exemple, pour que le phénomène de « sexual bridging » entraîne une épidémie généralisée dans la population, la prévalence du VIH doit être très élevée dans les groupes à risque et le taux de contacts sexuels entre ces groupes et la population générale doit être élevé**<sup>[13, 14]</sup>.

#### 1.1.4 SURVEILLANCE DE SECONDE GÉNÉRATION

Dans un contexte d'épidémie de VIH de type concentré comme c'est le cas actuellement au Québec, l'ONUSIDA et l'OMS recommandent de mener des activités de surveillance de seconde génération<sup>8</sup> des populations clés les plus à risque et de débiter des activités de surveillance dans la population générale, en particulier en zone urbaine<sup>[10, 11]</sup>. **En présence d'épidémies concentrées, il est recommandé de mettre beaucoup plus l'accent sur la surveillance de seconde génération.**

Les objectifs de cette surveillance sont les suivants :

- Comprendre où les nouvelles infections sont le plus susceptibles de se produire;
- Comprendre comment et pourquoi l'épidémie évolue au fil du temps;
- Quantifier le nombre de personnes infectées par le VIH dans les différentes régions géographiques.

Les taux de transmission du VIH les plus élevés se retrouvent dans certaines populations clés où les comportements suivants sont fréquents :

- Injection de drogues avec des seringues utilisées par d'autres personnes;
- Relations sexuelles anales non protégées;
- Relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires.

---

<sup>8</sup> La surveillance de seconde génération se définit par la collecte, régulière et systématique, et l'analyse de données biologiques et comportementales dans le but de décrire, parmi certains groupes vulnérables aux ITSS, l'évolution des épidémies de VIH/sida et autres ITSS ainsi que les changements dans les facteurs de risque (<http://www.who.int/hiv/topics/surveillance/2ndgen/en/>, consulté le 17-02-2014).

L'ONUSIDA et l'OMS ont identifié certaines populations clés connues pour avoir une fréquence élevée de comportements à risque<sup>[11]</sup>. Dans ces populations, il existe une probabilité élevée que le VIH soit transmis rapidement ou que ces groupes soient parmi les premiers à être touchés. **Ces populations clés sont les suivantes :**

- Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI);
- Les travailleurs et travailleuses du sexe (incluant les transgenres<sup>9</sup>);
- Les clients des travailleurs et travailleuses du sexe;
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), en particulier ceux qui ont un nombre élevé de partenaires sexuels et qui trouvent leurs partenaires sexuels dans les lieux de socialisation tels les parcs et les bars gais, par exemple.

**Il est important de souligner que le terme surveillance de seconde génération s'applique uniquement aux populations clés suivantes : personnes UDI, HARSAH ainsi que travailleurs/travailleuses du sexe et leurs clients.** Les activités de surveillance de seconde génération doivent inclure des prélèvements biologiques pour évaluer la fréquence du VIH (et de certaines autres ITSS, selon la pertinence), l'évaluation de la fréquence des comportements à risque, de l'accès aux soins, aux traitements et aux services préventifs ainsi qu'une évaluation périodique de la localisation géographique et une estimation plus précise de la taille de ces populations<sup>[11]</sup>. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent une cartographie géographique annuelle et l'estimation des tailles aux endroits les plus pertinents<sup>[15]</sup>.

Les hommes et femmes hétérosexuels ayant de multiples partenaires sexuels sur une courte période de temps sont aussi considérés à risque de contracter le VIH. Les relations anales entre partenaires hétérosexuels peuvent également contribuer à la transmission du VIH, tel qu'observé notamment en Amérique latine<sup>[16]</sup>. Ces groupes d'hétérosexuels sont difficiles à identifier. Le fait d'identifier les sous-populations ayant ces comportements à risque dans la population générale est une étape clé afin de suivre adéquatement l'épidémie de VIH<sup>[11]</sup>.

Certaines populations avec des caractéristiques particulières (sociodémographiques ou occupationnelles, par exemple) sont souvent utilisées comme « proxy » d'autres populations à risque difficiles à rejoindre ou ne représentant pas un groupe social distinct (les hétérosexuels à risque ou les clients des travailleurs/travailleuses du sexe, par exemple). **L'utilisation d'un groupe « proxy » est utile uniquement dans le contexte où une proportion élevée des membres de ce groupe d'adonnent aux comportements d'intérêt.** Voici quelques exemples :

- Les jeunes (« proxy » de l'incidence dans la population générale);
- Les hommes fréquentant les bars (« proxy » des hétérosexuels avec multiples partenaires);
- Les personnes incarcérées (« proxy » des personnes UDI);
- Les travailleurs itinérants, conducteurs de camion et militaires (« proxy » des clients des travailleurs et travailleuses du sexe dans certains pays);
- Les patientes des cliniques prénatales (« proxy » des femmes de la population générale).

---

<sup>9</sup> Les personnes transgenres peuvent fréquenter des réseaux sexuels particuliers où l'on retrouve des prévalences du VIH élevées. Une fréquence importante de comportements à risque (relations sexuelles anales ou travail du sexe, par exemple) est également susceptible d'être observée. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent des enquêtes spécifiques chez les personnes transgenres pour estimer la taille de cette population et la prévalence du VIH (UNAIDS/WHO Working group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2013) Evaluating a national surveillance system, Geneva, World Health Organization, 55 p.).

Certaines autres populations ont également été considérées au Québec :

- Les personnes originaires de régions où les ITSS sont endémiques à des prévalences élevées;
- Les jeunes de la rue;
- Les jeunes des centres jeunesse;
- Les Autochtones.

Pour plusieurs raisons (itinérance, toxicomanie, appartenance à des réseaux illicites et criminels, etc.), les populations clés les plus à risque (personnes UDI, HARSAH et travailleurs/travailleuses du sexe et leurs clients) sont très peu, sinon pas du tout rejointes par les enquêtes populationnelles qui évaluent les indicateurs comportementaux. De plus, ces personnes peuvent être réticentes à fréquenter les services de santé dans les lieux dits « traditionnels », dont les services de dépistage et de traitement des ITSS. Pour pallier ce problème, des services de santé et de dépistage sont souvent offerts en collaboration avec divers organismes communautaires. Malgré ces efforts, une certaine proportion des cas parmi les populations clés les plus à risque n'est pas détectée et reste non-déclarée aux systèmes de surveillance populationnels (Programme de surveillance de l'infection par le VIH et registre des Maladies à déclaration obligatoire). De surcroît, les enquêtes épidémiologiques menées dans le cadre de ces systèmes de surveillance populationnels permettent difficilement de bien identifier des facteurs d'exposition tels que l'usage de drogues par injection et le travail du sexe. Ces comportements présentent un biais de désirabilité sociale tellement important qu'il est difficile d'identifier ces facteurs d'exposition par le biais de la surveillance populationnelle. Les réseaux de surveillance de seconde génération sont donc une nécessité pour suivre l'évolution des ITSS et des comportements à risque au sein des populations clés les plus à risque<sup>[10]</sup>.

### 1.1.5 UNE ÉPIDÉMIOLOGIE ET DES CONTEXTES HÉTÉROGÈNES

Cette section présente quelques particularités des épidémies d'ITSS au Québec et certains enjeux associés<sup>10</sup>.

- L'hépatite C se concentre fortement chez les personnes UDI. Les conséquences de cette infection sur la santé peuvent être majeures. Certaines infections évoluent vers la chronicité, la cirrhose, le carcinome hépatocellulaire et le décès. L'accès aux nouveaux traitements est un enjeu très important.

Le nombre de cas déclarés de VIH est concentré principalement chez les HARSAH, suivis des personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH et des UDI. Comme l'infection par le VIH est une infection maintenant chronique, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) augmente continuellement. Cette population représente un enjeu particulier pour la surveillance pour les raisons suivantes :

- la stigmatisation sociale associée à cette infection est très importante;
- à présent que l'infection peut être contrôlée à long terme par la prise d'antirétroviraux, la population vieillissante des PVVIH est susceptible d'être affectée par des problèmes de santé particuliers ou de présenter un profil distinct pour certaines maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers);

---

<sup>10</sup> Voir le document suivant pour une revue plus exhaustive : Blouin K, Allard PR, Parent R, Bitera R, Noël L, Goggin P, et al. Rapport intégré: épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2012 1522)

- les PVVIH représentent un bassin de transmission possible du VIH et des autres ITSS. Des éclosions de syphilis et de lymphogranulomatose vénérienne se produisent occasionnellement chez les HARSAH, en particulier chez ceux vivant avec le VIH;
- une thérapie antirétrovirale efficace permet de diminuer de façon très importante la charge virale et le risque de transmission du VIH<sup>[17]</sup>;
- la transmission sexuelle du VHC chez les HARSAH vivant avec le VIH est une menace documentée au niveau international. La présence d'une infection par le VIH facilite l'infection par le VHC selon plusieurs mécanismes<sup>[18]</sup>.
- la co-infection par le VIH augmente la gravité des hépatites virales, en particulier de l'hépatite C. Dans ces conditions, on observe de plus faibles taux d'élimination spontanée du VHC et une progression plus rapide vers l'atteinte hépatique<sup>[18]</sup>. La présence d'une infection par le VHC chez un individu infecté par le VIH peut entraîner une moins bonne réponse immunologique aux traitements antirétroviraux contre le VIH et un plus grand risque de toxicité hépatique associé à ce traitement. Par contre, la présence d'une infection par le VHC ne semble pas moduler la progression vers le sida<sup>[19]</sup>;
- L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est présente dans toutes les régions et affecte particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans. Les régions 17 et 18, à forte concentration de populations autochtones, ont des taux d'incidence de cas déclarés très élevés. Les complications possibles de cette infection, très souvent asymptomatique, sont l'atteinte inflammatoire pelvienne, les douleurs pelviennes chroniques, la grossesse ectopique et l'infertilité tubaire. Les stratégies de santé publique visant à dépister et traiter le plus d'infections possible pour diminuer la durée de l'infection, la transmission et éviter les complications sont particulièrement adaptées à la lutte contre l'infection génitale à *C. trachomatis*;
- L'infection par le virus du papillome humain (VPH) est la plus répandue des ITSS et peut causer plusieurs types de cancers, en particulier celui du col de l'utérus. Des vaccins contre cette infection existent et un programme de vaccination est en place au Québec;
- La région de Montréal reçoit la majorité des immigrants provenant de pays fortement endémiques pour certains pathogènes (VIH, syphilis, LGV et hépatites).
- Des souches de *N. gonorrhoeae* avec une sensibilité réduite aux traitements actuellement recommandés (céfixime, ceftriaxone) ont été observées dans de nombreuses régions du monde, dont le Québec<sup>[20]</sup>. L'expérience passée ainsi que la découverte récente de souches multirésistantes, en France et au Japon, laisse présager l'apparition d'infections difficilement traitables, car résistantes à presque tous les antibiotiques<sup>[21, 22]</sup>. Cette éventualité est une préoccupation importante de santé publique compte tenu du nombre élevé de cas déclarés au Québec (plus de 2 000 infections gonococciques en 2012, selon les données du registre des maladies à déclaration obligatoire, MSSS), et en raison des complications possibles lorsque l'infection n'est pas traitée (atteinte inflammatoire pelvienne, douleurs pelviennes chroniques, grossesse ectopique, infertilité tubaire, etc.)<sup>[23]</sup>.
- La LGV, la syphilis infectieuse et les infections par *N. gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques sont d'excellentes cibles pour une surveillance/vigie plus active et interventionnelle (menaces à la santé). Des éclosions de quelques cas de LGV sont observées de façon sporadique, et concentrées chez les HARSAH. Il est encore possible de contrôler la LGV par des interventions de santé publique rapides (par exemple, l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP)). La syphilis infectieuse est pour l'instant concentrée fortement chez les HARSAH, mais la syphilis congénitale demeure une menace. Dans le cas des infections gonococciques résistantes aux antibiotiques, le

traitement efficace et rapide permettra d'éviter la dissémination des souches résistantes et la survenue d'échecs au traitement.

Les populations vulnérables sont nombreuses et souvent aux prises avec des problèmes concomitants tels que la maladie mentale, la dépendance aux drogues, la criminalité, l'itinérance, etc. Les enjeux de prévention, d'intervention et de prise en charge qui en résultent sont très différents selon les groupes ciblés. Bien définir les besoins d'interventions selon les populations clés ainsi que les moyens employés pour les mener à bien est une tâche complexe dont la responsabilité est partagée entre plusieurs intervenants du réseau de la santé, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministère de la Sécurité publique.

La consultation a été menée en gardant à l'esprit ces nombreuses particularités du domaine de la surveillance épidémiologique des ITSS au Québec.



## 2 Objectifs

Les travaux ont été faits en complément au PCS : ils cherchaient à la fois à couvrir les aspects qui n'y sont pas abordés et à développer davantage certains des objets qui s'y trouvent déjà.

- Le **premier objectif** était d'identifier des objets et indicateurs de surveillance complémentaires à ce qui se trouve déjà dans le PCS dans le domaine des ITSS. Afin d'identifier des objets et indicateurs à développer, nous nous sommes référés aux objectifs de surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants mentionnés dans la Loi de santé publique (L.R.Q., ch. S-4.1, art. 33), soit :
  - dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
  - observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
  - détecter les problèmes en émergence;
  - identifier les problèmes prioritaires;
  - élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
  - suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.

Afin d'adapter ces objectifs à la surveillance des ITSS, les thèmes suivants ont été retenus :

- la fréquence des infections, des expositions protectrices, des facteurs de risque et des comportements;
- l'ampleur de la morbidité (complications) et de la mortalité associée aux ITSS;
- les variations temporelles et spatiales ainsi que la détection et caractérisation d'épidémies et autres problèmes en émergence ou menaces à la santé de la population;
- le soutien à l'élaboration et à l'évaluation des interventions et des programmes de prévention et de contrôle des ITSS (par exemple, la couverture de services préventifs, du dépistage et de l'accès aux traitements).

Les cibles fixées dans la *Stratégie de lutte contre les ITSS en lien avec le PNSP* ont aussi été prises en compte (annexe 1).

- Le **second objectif** était de prioriser les objets et indicateurs de surveillance proposés à l'étape précédente.

En plus de prioriser les objets et indicateurs de surveillance déjà retenus dans le PCS et pour lesquels du développement est nécessaire, la priorisation incluait aussi les nouveaux objets et indicateurs proposés lors de la première étape.

Les indicateurs des projets de surveillance de seconde génération chez les populations vulnérables étaient également inclus dans le processus de priorisation.

- Le **troisième objectif** était d'identifier, dans une optique plus large, des pistes d'actions, des sources de données supplémentaires et des méthodes qui permettraient d'améliorer la surveillance des ITSS au Québec.

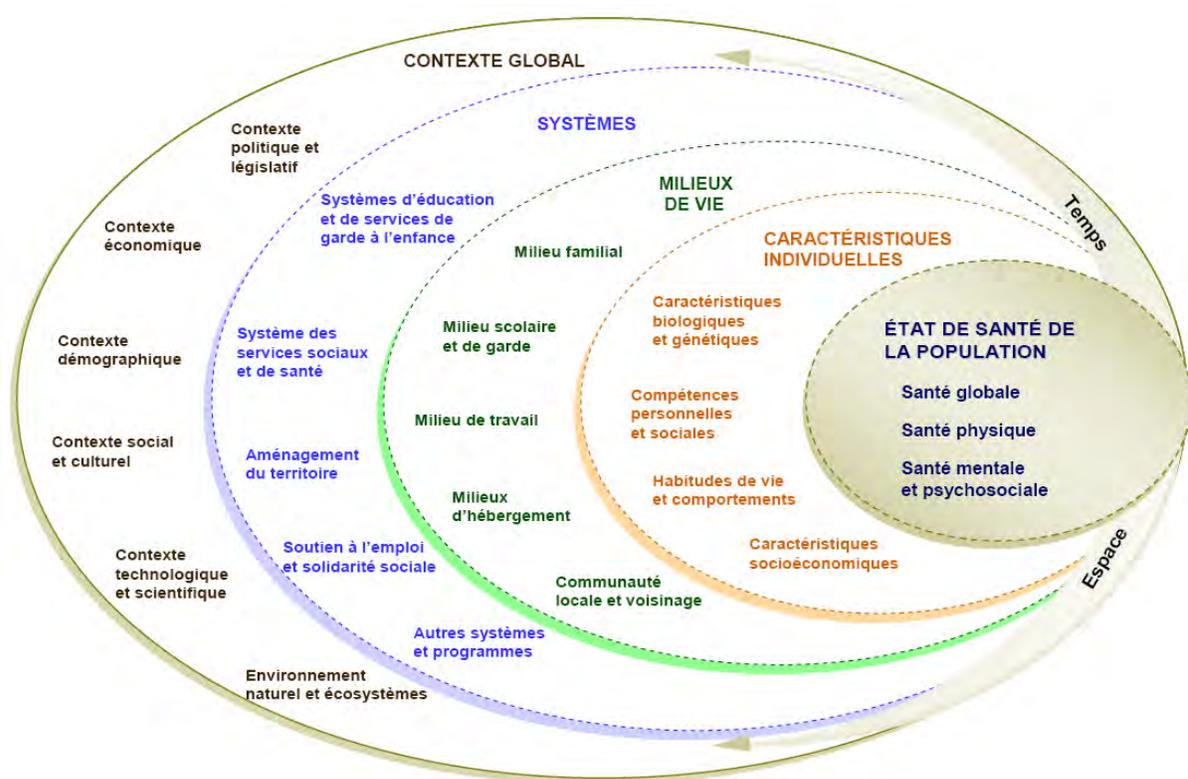


### 3 Méthodes

L'atteinte de ces objectifs s'est faite en deux grandes étapes :

- **Étape 1** : une liste préliminaire d'indicateurs de surveillance des ITSS a été préparée par le groupe de travail. Cette étape de réflexion sur la pertinence et la justification des indicateurs proposés fut réalisée à l'aide du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (figure 1). La liste préliminaire d'indicateurs résultant de cette réflexion a ensuite été complétée lors d'un groupe de discussion focalisée avec des experts épidémiologistes et des utilisateurs de données;
- **Étape 2** : les indicateurs de surveillance proposés à l'étape précédente ont été priorisés par une démarche de consultation itérative d'experts adaptée de la méthode Delphi et complétée par plusieurs groupes de discussion focalisée thématiques et quelques consultations individuelles.

Figure 1 Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants<sup>11</sup>



#### 3.1 Méthode de consultation

La consultation a été menée à l'aide de différentes méthodes complémentaires, soit des groupes de discussion focalisée, la méthode Delphi et des consultations individuelles. Des questionnaires web (Survey Monkey) ont été utilisés lorsqu'appropriés. Toutes les discussions en face à face ont été enregistrées.

<sup>11</sup> <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/ad3286171667c9a18525681500530bd0/6aabe244597d28ed85257765006d3e49?OpenDocument>.

### **3.1.1 GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE**

Le groupe de discussion focalisée est une méthode qualitative de collecte de données dont l'objectif est de recueillir des informations sur un nombre restreint de thèmes prédéfinis. Il s'agit d'un groupe de discussion semi-structuré et modéré par un animateur neutre. C'est une méthode bien adaptée au premier objectif qui était de compléter la liste préliminaire d'indicateurs de surveillance des ITSS. Cette méthode a aussi été utilisée dans le cadre de discussions thématiques visant à coter la validité et la faisabilité des indicateurs avec des experts spécialisés dans certains domaines particuliers.

### **3.1.2 MÉTHODE DELPHI**

Il s'agit d'une méthode de consultation visant à obtenir un consensus à propos d'un sujet donné et assurant l'anonymat des experts et l'indépendance des jugements<sup>[24-26]</sup>. Même si la communication ne se fait pas directement entre les experts, ils ont l'opportunité de réagir aux informations provenant des autres participants. Des questionnaires sont administrés de façon successive lors de plusieurs cycles. Entre chaque cycle, les scores et les commentaires sont analysés et présentés aux experts qui peuvent alors commenter ou compléter. Si leurs réponses divergent fortement par rapport au reste du groupe, ils peuvent décider de modifier leurs réponses précédentes et/ou d'apporter certains éléments supplémentaires. L'obtention d'un consensus est souhaitable, mais non nécessaire<sup>[25]</sup>. Notre définition de consensus est présentée à la section 3.1.5. Nous avons choisi d'appliquer cette méthode en particulier afin d'obtenir un meilleur consensus pour les scores d'« utilité ».

### **3.1.3 IDENTIFICATION DES EXPERTS**

Les consultations d'experts ont été effectuées par invitation et non par convocation. Certains experts peuvent avoir participé à plus d'une étape. Les membres du groupe de travail ont été invités à participer à tout le processus. La personne qui a effectué les analyses n'a pas participé à la cotation.

Les listes de personnes invitées à participer à chacun des groupes de discussion et à la consultation Delphi par Internet ont été établies par les membres du groupe de travail. Avec l'accord préalable de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses du Québec, certains professionnels des directions régionales de santé publique ont été invités à la consultation.

Pour l'étape de priorisation, la liste des noms a été soumise aux experts invités qui ont pu suggérer d'autres personnes qu'ils croyaient pertinent d'inviter<sup>[26, 27]</sup>. Le but était d'obtenir un échantillon représentatif et le plus complet possible des épidémiologistes et autres professionnels de santé publique susceptibles d'agir à titre d'experts en surveillance des ITSS au Québec.

### **3.1.4 CRITÈRES DE PRIORISATION**

Les méthodes de priorisation décrites dans la littérature sont généralement conçues pour comparer des maladies entre elles (la méthode Hanlon, par exemple). Déterminer des priorités en surveillance des ITSS est un exercice complexe où il faut considérer les infections, mais aussi les différentes populations vulnérables aux ITSS et les environnements qui entourent la transmission, le dépistage et la prise en charge. Un bon système de surveillance devrait s'intéresser à une multitude d'aspects dont la fréquence des ITSS, les complications associées, les expositions et comportements, la couverture de services préventifs, l'accès au traitement, la résistance aux antibiotiques et aux antiviraux, etc. Une telle complexité des objets et indicateurs de surveillance nécessite une flexibilité dans la méthode de priorisation.

En raison de sa souplesse, une **méthode d'attribution d'un score de priorité à l'aide de critères pondérés** a été la méthode de priorisation retenue pour la consultation<sup>[28]</sup>. Les poids de cette pondération ont été déterminés lors de discussions entre les membres du groupe de travail. Consulter la section 4.2.4 pour plus de détails.

Le choix des critères de priorisation a été effectué avec la préoccupation de restreindre le nombre de critères au minimum tout en demeurant le plus spécifique possible au contexte de surveillance des ITSS. Après discussion entre les membres du groupe de travail, les critères suivants ont été retenus :

**Utilité.** La surveillance continue de cet indicateur devrait être utile. Un indicateur peut être considéré utile s'il permet de combler une lacune de la surveillance des ITSS ou d'améliorer les systèmes existants en lien avec l'atteinte des objectifs de surveillance suivants (inspirés de L.R.Q., ch. S-4.1, art. 33)<sup>[29]</sup> :

- a. Connaître la fréquence de l'infection, de la maladie, des expositions protectrices, des facteurs de risque ainsi que l'évolution de la fréquence de ces paramètres (ceci inclut les variations temporelles et spatiales ainsi que la détection d'épidémies et de problèmes en émergence);
- b. Fournir des estimés de l'ampleur de la morbidité ou de la mortalité associées aux ITSS;
- c. Soutenir l'élaboration et l'évaluation des interventions et des programmes de prévention et de contrôle des ITSS (par exemple, la couverture de services préventifs, du dépistage et de l'accès aux traitements, l'amélioration des pratiques, etc.).

**Validité.** Cet indicateur de surveillance devrait être valide, c'est-à-dire pouvant rendre compte avec justesse de ce que l'indicateur mesure, en considérant tous les sous-critères suivants :

- a. Produire des données de qualité et complètes. Selon les standards des CDC pour le VIH, les données doivent être complètes à au moins 85 % et le nombre de doublons ainsi que de cas mal appariés doit être égal ou inférieur à 5 %<sup>[30]</sup>;
- b. Obtenir une bonne sensibilité<sup>12</sup> et une bonne spécificité<sup>13</sup>;
- c. Obtenir une bonne représentativité en fonction de la distribution du phénomène dans la population, le temps et l'espace.

**Faisabilité.** La surveillance de cet indicateur devrait être faisable en considérant les critères d'un bon système de surveillance ainsi que les éléments du **contexte actuel** suivants<sup>[28, 29]</sup>:

- a. La possibilité de s'inscrire dans des systèmes de surveillance déjà existants;
- b. La disponibilité des données (par exemple, simple exploitation d'une banque disponible, ajout d'une variable à une banque existante ou nouvelle source de données à développer)
- c. Le développement méthodologique à réaliser ou les validations nécessaires (par exemple, analyse de dossiers médicaux)
- d. La simplicité et la facilité d'opération de la (des) structure(s) de surveillance possible(s);
- e. La flexibilité de la (des) structure(s) de surveillance possible(s), c'est-à-dire la capacité à s'adapter facilement, en peu de temps et avec peu de personnel ou de fonds supplémentaires, aux besoins changeants d'informations et aux conditions d'opération;

---

<sup>12</sup> Sensibilité d'un système de surveillance : capacité d'un système de surveillance ou d'un indicateur à identifier tous les cas (ou expositions) du phénomène qu'il a pour mission de surveiller.

<sup>13</sup> Spécificité d'un système de surveillance : capacité d'un système de surveillance ou d'un indicateur à ne pas réagir en l'absence du phénomène qu'il a pour mission de surveiller.

- f. La stabilité de la (des) structure(s) de surveillance possible(s), c'est-à-dire sa fiabilité à long terme;
- g. L'acceptabilité, c'est-à-dire la volonté des personnes et des organisations à participer;
- h. La disponibilité des technologies et des connaissances nécessaires (par exemple, la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques sur un prélèvement d'analyse pour TAAN poserait problème à ce niveau);
- i. La possibilité de diffuser l'information rapidement, en temps opportun, et d'être lié étroitement aux initiatives de prévention et de lutte (« timeliness », selon les standards des CDC pour le VIH, au moins 66 % des cas diagnostiqués doivent être rapportés après 6 mois)<sup>[30]</sup>

Les critères ont été cotés à l'aide des échelles suivantes :

#### **Utilité**

- 0: (- - -) Très peu utile
  - 1: (- -) Très peu utile
  - 2: (-) Très peu utile
  - 3: (- - -) Peu utile
  - 4: (-) Peu utile
  - 5: Assez utile
  - 6: Utile/important (+)
  - 7: Utile/important (+ +)
  - 8: Utile/important (+ + +)
  - 9: Très utile/essentiel (+ +)
  - 10: Très utile/essentiel (+ + +)
- Ne sait pas  
Manque de données  
Hors du champ d'expertise

**Figure 2** Échelles de validité et de faisabilité utilisées dans les questionnaires

Validité													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Ne sait pas
Très peu valide	<input type="checkbox"/>	Très valide	<input type="checkbox"/>										

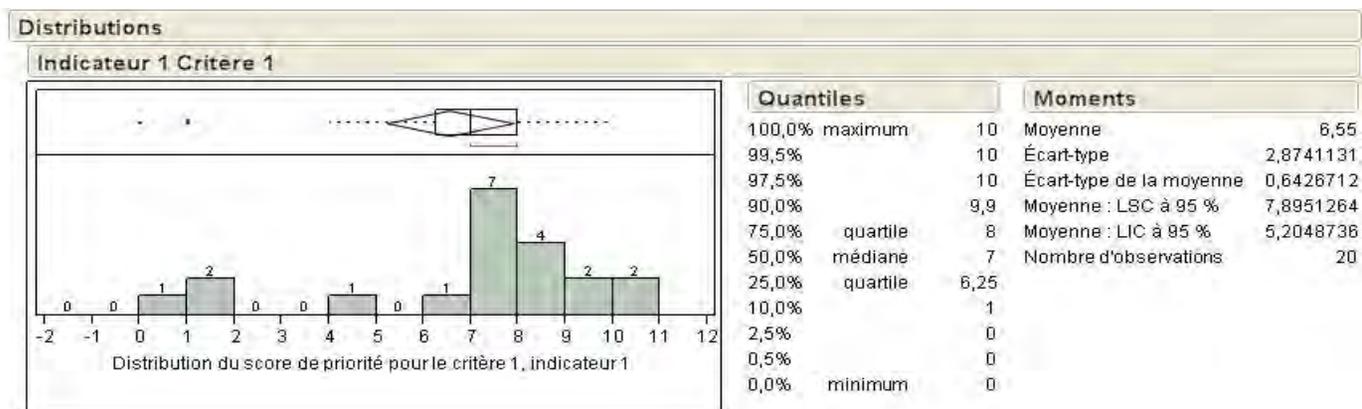
  

Faisabilité														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Ne sait pas	Non faisable
Faisable avec efforts très importants	<input type="checkbox"/>	Faisable avec peu d'efforts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

**3.1.5 DÉFINITION DU CONSENSUS (ÉTAPE 2, DELPHI CYCLES 1 ET 2)**

Pour définir le consensus, la méthode de Banks et collaborateurs<sup>[31]</sup>, basée sur les valeurs de l'intervalle interquartile (IQR), a été utilisée. La distribution de fréquence permet d'illustrer le degré d'accord ou de désaccord entre les experts pour un indicateur et un critère donné (figure 3). L'IQR, soit la différence entre le troisième et le premier quartile (quantile 75 % - quantile 25 %), fournit une mesure de la dispersion des données qui n'est pas affectée par les valeurs extrêmes. Suivant cette méthode, les quatre niveaux de consensus sont définis au tableau 1. Dans l'exemple illustré à la figure 3, l'IQR de 1,75 (8 – 6,25) correspond donc à niveau de consensus « très bon ».

**Figure 3** Exemple fictif de présentation des résultats pour un indicateur et un critère donné



**Tableau 1 Définition des niveaux de consensus retenus dans le cadre de la consultation**

Niveau de consensus	Intervalle interquartile (IQR)
Très bon	$< 2$
Bon	$2 \leq \text{IQR} < 3$
Partiel	$3 \leq \text{IQR} < 4$
Aucun	$\geq 4$

### 3.1.6 ANALYSES POUR LE VOLET QUALITATIF

Comme mentionné précédemment, le questionnaire utilisé pour la méthode Delphi comporte, pour chaque question, une section « commentaires » qui a été complétée par les experts consultés, et ce, tout au long du processus. Ces commentaires ont fait l'objet d'une analyse de contenu à l'aide d'une grille EXCEL. Après chacun des tours de consultation, les commentaires ont été analysés et synthétisés. Cette analyse a permis à la fois d'alimenter les experts dans leur réflexion, d'apporter des corrections aux questions si nécessaire et de générer de nouvelles questions lorsque pertinent. Un résumé des principaux commentaires est présenté dans les fiches descriptives de l'annexe 6.

### 3.1.7 PROCÉDURE DÉTAILLÉE DE CONSULTATION DES EXPERTS

#### Étape 1 : compléter la liste d'indicateurs à soumettre à la priorisation (questionnaire web suivi d'un groupe de discussion focalisée en face à face)

Une liste préliminaire d'objets et d'indicateurs de surveillance complémentaire à ce qui se trouvait déjà dans le PCS a été établie par le groupe de travail. Les éléments suivants ont été considérés lors de l'établissement de cette liste :

- Les indicateurs déjà mentionnés dans le plan commun de surveillance, afin d'identifier les faiblesses potentielles et les zones à combler.
- La figure 1 (début section 3) illustre le cadre conceptuel à la base de la réflexion.
- Une revue des données épidémiologiques disponibles au Québec dans le domaine des ITSS<sup>[32]</sup>.
- Des rapports de surveillance, articles scientifiques et lignes directrices de plusieurs pays et organismes internationaux. La comparabilité internationale des indicateurs est un enjeu qui a été considéré lors de cette étape et une préoccupation qui devra demeurer lors du développement méthodologique des indicateurs, mais qui va au-delà de nos objectifs actuels.
- Certains experts ont été pré consultés.

Cette liste préliminaire, qui incluait aussi des indicateurs du PCS non encore opérationnels, a été soumise au groupe d'experts de l'étape 1. Les experts ont complété un questionnaire web où ils ont été invités à suggérer tout autre objet ou indicateur de surveillance qu'ils jugeaient intéressant de soumettre au processus de priorisation et à signaler les indicateurs qu'ils jugeaient non pertinents. Une attention particulière a été portée pour s'assurer de couvrir tous les objectifs de la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (section 3.1.4, critère « utilité »). Les résultats du questionnaire web ont été remis aux experts quelques semaines avant la rencontre en face à face. Cette dernière a permis de produire une liste d'indicateurs complète qui a ensuite été soumise au processus de priorisation (étape 2).

### Documents à la disposition des experts lors de l'étape 1 :

- Un portrait de l'épidémiologie des ITSS au Québec pouvait également être fourni sur demande aux experts pour consultation et soutien à leur réflexion<sup>[32]</sup> (annexe 1).
- Une liste préliminaire d'indicateurs non opérationnels du PCS et de nouveaux indicateurs suggérés par le groupe de travail. Les suggestions du groupe d'experts de l'étape 1 ont permis de **compléter cette liste** qui est devenue **la liste des indicateurs à prioriser** lors de l'étape 2, soit l'annexe 3. Les indicateurs de surveillance de seconde génération sont présentés par grandes catégories pour l'exercice de priorisation.
- Indicateurs qui sont déjà disponibles et mentionnés dans le PCS (annexe 4).
- Indicateurs disponibles, mais non mentionnés dans le PCS (annexe 5). La plupart se retrouvent dans la liste d'indicateurs à prioriser. Cette liste comprend les principaux indicateurs des trois projets de surveillance de seconde génération (SurvUDI/I-Track, ARGUS/M-Track, E-Track chez les Québécois d'origine haïtienne) et de l'Enquête québécoise sur la santé de la population disponibles sur le site web de l'Infocentre.

### Étape 2 : processus de priorisation (questionnaires web par la méthode Delphi et questionnaires papier complétés lors de rencontres de groupes thématiques en face à face)

**Étape 2 / cycle 1** : Les experts ont été invités par courriel à participer à la consultation et à suggérer d'autres experts. Lors de ce cycle, les experts ont répondu à un questionnaire web où chacun des indicateurs a été coté pour le **critère « utilité »** (durée d'environ 7 heures avec possibilité de répondre en plusieurs sessions). Le questionnaire web comprenait des champs de commentaires permettant de récolter des informations complémentaires sur l'utilité et la validité de chaque indicateur ainsi que sur les barrières à la faisabilité et les pistes de solution. Des questions sur l'expertise professionnelle ont également été demandées. *Les experts ont été invités à répondre à toutes les questions, mais ils avaient le choix de ne pas répondre à celles qu'ils considéraient hors de leur champ d'expertise.* Sur les 32 experts invités, 25 ont complété leur questionnaire en entier, un l'a complété partiellement et six n'ont pas participé à la consultation.

### Documents à la disposition des experts de l'étape 2 / cycle 1 :

- Les annexes 1 et 2
- Un portrait de l'épidémiologie des ITSS au Québec pouvait également être fourni au besoin aux experts pour consultation et soutien à leur réflexion<sup>[32]</sup>.
- Annexe 3 : Indicateurs soumis au processus de priorisation.
- Annexe 4 : Indicateurs qui sont déjà disponibles et mentionnés dans le PCS.
- Annexe 5 : Indicateurs disponibles, mais non mentionnés dans le plan commun de surveillance. Cette liste comprend les principaux indicateurs des trois projets de surveillance de seconde génération (SurvUDI/I-Track, ARGUS/M-Track, E-Track chez les Québécois d'origine haïtienne) et de l'Enquête québécoise sur la santé de la population disponibles sur le site web de l'Infocentre.

**Étape 2 / cycle 2** : les experts du cycle 1 ont été invités à nouveau par courriel à participer au cycle 2 qui visait à **améliorer le niveau de consensus pour le critère « utilité » pour certains indicateurs**. Les indicateurs qui n'avaient pas obtenu un niveau de consensus « très bon » (voir section 3.1.5) ont été resoumis aux experts lors de ce deuxième cycle, lorsque des commentaires significatifs étaient disponibles. Le score d'utilité final retenu pour ces 28 indicateurs est celui du cycle 2. Les personnes dont l'expertise n'était pas en lien avec ce sous-ensemble de 28 indicateurs à coter n'ont pas été invités au cycle 2 (essentiellement les experts du LSPQ, qui ont cependant été consultés de façon

ciblée pour la validité et la faisabilité de certains indicateurs). L'invitation au cycle 2 a été envoyée uniquement aux experts ayant accepté de participer au cycle 1. Le résumé des commentaires et la distribution de fréquence des scores d'utilité obtenus lors du cycle 1 ont été partagés aux experts pour soutenir leur réflexion lors de ce nouveau questionnaire web.

**Discussion des scores d'utilité lors de rencontres avec le comité sur les ITSS (CITSS) et le comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) :** le groupe de travail a rencontré les membres de ces deux comités d'experts en ITSS ayant des mandats spécifiques de l'INSPQ et leur ont soumis, dans un but de double validation, les scores d'utilité obtenus lors de la consultation Delphi. Leurs commentaires sont résumés aux sections 4 et 6.

**Étape 2 / cycle 3, groupes de discussion thématiques :** La méthode Delphi n'a pas été appliquée pour coter les scores de validité et de faisabilité. Le recours à des experts familiers avec les sources de données et les méthodes proposées s'est avéré plus propice pour coter la validité et la faisabilité des indicateurs à prioriser. Cette étape a donc été effectuée avec des experts connus pour avoir une expérience avec le thème étudié. Cinq groupes de discussion thématiques ont été identifiés et cinq rencontres distinctes ont été réalisées selon les sujets suivants :

- Les banques de santé publique (registre MADO, programme de surveillance du VIH, etc.);
- Les grandes banques administratives (RAMQ, Med-écho, naissances vivantes, registre des cancers, fichier des décès, bureau du coroner, etc.);
- Les grandes enquêtes de santé (ESCC, EQSP, EQSJS, etc.);
- La surveillance de seconde génération;
- Les indicateurs « de laboratoire ».

Des fiches descriptives ont été préparées pour chacun des indicateurs. Ces fiches résumaient les commentaires et suggestions à propos de la validité et de la faisabilité (barrières à la faisabilité et pistes de solution) que les experts avaient faits lors de la consultation Delphi (étape 2, cycles 1 et 2). Les experts ayant accepté de participer aux groupes de discussion thématiques étaient invités à prendre connaissance de ces fiches descriptives des indicateurs avant les rencontres. Lors des groupes de discussion, les indicateurs étaient abordés successivement. Le but de cette discussion était de fournir une base commune pour la cotation de la validité et de la faisabilité de ces indicateurs. Quelques minutes étaient allouées aux experts entre chaque indicateur pour coter et inscrire leurs commentaires. Les fiches descriptives des indicateurs ont ensuite été complétées à la lumière des discussions et sont présentées à l'annexe 6.

**Étape 2 : consultations individuelles.** Pour certains cas particuliers, le processus décrit à l'étape 2/cycle 3 a été appliqué lors de consultations individuelles (avec certaines personnes ressources d'une banque de données nouvellement établie et peu connue par les experts familiers de la surveillance des ITSS, par exemple).

## 4 Résultats

### 4.1 Étape 1 : Complétion de la liste des indicateurs à prioriser

---

#### 4.1.1 PERTINENCE ET JUSTIFICATION DES INDICATEURS PROPOSÉS

La première étape consistait à établir et compléter une liste d'indicateurs à soumettre au processus de priorisation. L'annexe 2 présente la liste des indicateurs qui ont été ajoutés ou retirés lors de ce processus. Certains indicateurs ont également été reformulés lors de cette rencontre.

L'annexe 3 présente la liste finale des indicateurs qui a été soumise aux experts consultés lors de l'étape 2, soit la priorisation. Cette liste inclut les modifications suggérées par les experts et membres des comités au cours de l'étape 2 (voir les notes de bas de page de l'annexe 3 pour plus de détails).

Certaines des infections n'ont pas été retenues comme objets de surveillance pour l'instant, notamment *Mycoplasma genitalium* et *Trichomonas vaginalis*<sup>14</sup>. Les tests de détection sont peu ou pas disponibles actuellement au Québec, et aucun pays n'en a rendu la déclaration obligatoire. Les condylomes et l'herpès génital (sauf pour la transmission au nouveau-né) n'ont pas été retenus comme indicateurs possibles.

Des enquêtes populationnelles avec échantillonnage aléatoire, prélèvements biologiques et évaluation des comportements seraient une méthode de choix pour estimer les prévalences réelles des ITS fréquentes et évaluer les indications de dépistage, mais ce type d'études n'est pas envisageable pour plusieurs ITSS moins fréquentes (infection gonococcique, syphilis infectieuse, VIH et VHC) compte tenu de l'échantillon très important nécessaire et de notre contexte de ressources limitées. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent d'ailleurs de mener des enquêtes populationnelles pour mesurer la prévalence du VIH uniquement dans un contexte d'épidémie généralisée<sup>[11]</sup>. Mener de telles études chez des populations « proxy » (personnes incarcérées, jeunes en difficulté, adultes fréquentant les bars, travailleurs migrants, etc.) serait probablement une stratégie plus avantageuse au niveau coût-efficacité. Pour ces raisons, nous n'avons pas suggéré d'emblée des indicateurs de prévalence pour la population générale. Cet enjeu est discuté plus en détail à la section 6.1.3.

### 4.2 Étape 2 : priorisation

---

Les résultats sont d'abord présentés séparément pour chacun des critères aux trois sections suivantes. Un score de priorité global obtenu par pondération des trois critères est présenté à la section 4.2.4. **Les principaux constats et enjeux sont regroupés et discutés à la section 6.**

**L'annexe 6 présente des fiches descriptives détaillées pour chacun des indicateurs proposés.** Ces fiches descriptives présentent les commentaires des experts sur la validité, la faisabilité, les pistes de solutions, le plan d'analyse ainsi que sur les possibilités de jumelage de sources de données.

---

<sup>14</sup> La prévalence et le taux d'incidence de ces infections sont inconnus au Québec en raison de l'absence d'études.

#### 4.2.1 UTILITÉ

Le tableau 2 présente les taux de participation à la consultation Delphi sur l'utilité des indicateurs.

**Tableau 2 Taux de participation à la consultation Delphi sur le critère d'utilité**

Cycle 1		Cycle 2	
Invitations envoyées	32	Invitations envoyées	22
Réponses complètes	24	Réponses complètes	20
Réponses incomplètes	1	Réponses incomplètes	0
Taux de participation	75,0 %	Taux de participation	90,9 %

La description de l'expertise professionnelle des experts ayant participé à la consultation Delphi est présentée à l'annexe 7. Sur les 25 participants au premier cycle, 9 (36 %) déclaraient des activités en santé publique au niveau régional, 16 (64 %) au niveau provincial et 6 (34 %) en recherche académique. Les fonctions de santé publique (surveillance, protection, prévention/promotion) et autres fonctions de soutien (évaluation de programme, intervention/clinique, épidémiologie, laboratoire, recherche) étaient relativement bien représentées.

Le tableau 3 présente les scores d'utilité ordonnés du plus élevé au plus faible. Le groupe de travail a rencontré les membres du CITSS et du CALI et leur ont soumis, dans un but de double validation, les scores d'utilité obtenus lors de la consultation Delphi. Leurs propositions de rehaussement ou de diminution sont présentées sous forme de flèches et d'encadrés surlignés en gris dans les tableaux 3, 6 et 7.

L'exercice de priorisation est susceptible d'avoir été influencé par un « biais d'expertise », en particulier dans le cas du score d'utilité (décrit à la section 5.2). Afin d'évaluer ce biais, les experts ont répondu à une série de questions sur leur expertise professionnelle. Certains domaines d'expertise étaient effectivement surreprésentés alors que d'autres étaient sous-représentés (annexe 7). Concernant les pathogènes, l'expertise VIH était clairement surreprésentée tandis que les expertises sur l'herpès simplex, le VPH et la LGV étaient sous-représentées (annexe 7). Les expertises pour les populations HARSAH et UDI étaient légèrement surreprésentées alors que les expertises sur les travailleurs et travailleuses du sexe, les Autochtones et les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH étaient plus rares.

**Les scores d'utilité ont été stratifiés selon l'expertise afin d'évaluer la présence de biais liés à la surreprésentation** de certaines expertises ou intérêts professionnels particuliers (résultats non présentés, fournis sur demande). Brièvement, pour la surveillance de seconde génération (UDI et HARSAH), aucune différence évidente n'a été observée. La moyenne du score d'utilité pour les indicateurs concernés était légèrement plus faible pour les participants déclarant une expertise UDI ou HARSAH comparativement aux autres participants. Les participants ayant déclaré une expertise en épidémiologie ont coté l'utilité à un niveau plus élevé que les autres participants pour les indicateurs 7, 5, 110 et 115. Les participants ayant déclaré une expertise VIH ont coté l'utilité à un niveau plus faible que les autres participants pour les indicateurs 12, 25, 68, 76, 77, 81 et 82.

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
1	10b1	10 <sup>b</sup>	-	Taux d'incidence du VIH chez les UDI
2	13b1	10	-	Taux d'incidence du VIH chez les HARSAH
3	10b2	10	-	Taux d'incidence du VHC chez les UDI
4	88b	10 <sup>c</sup>	-	Taux de positivité des tests de détection des ITSS par infection, âge, sexe, région et code postal – résultats des laboratoires centralisés au LSPQ
5	10a1	9,14 <sup>d</sup>	Bon	Prévalence du VIH chez les UDI
6	10a2	9.14	Bon	Prévalence du VHC chez les UDI
7	1	9,09	Très bon	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes
8	13a1	9,05 <sup>e</sup>	Bon	Prévalence du VIH chez les HARSAH
9	13b2	9 <sup>b</sup>	-	Taux d'incidence du VHC chez les HARSAH
10	2	8,83	Bon	Taux d'incidence de cas de VIH nouvellement détectés dans la population générale dont l'infection est récente
11	3	8,81	Très bon	Taux d'incidence du VIH chez les nouveau-nés
12	14	8,80	Très bon	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les HARSAH <sup>f</sup>
	Des membres du CALI <sup>g</sup> considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 14 devrait être diminué en raison des difficultés d'interprétation			
13	42	8,75	Bon	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les UDI
14	46	8,75	Très bon	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, « à risque ») et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les HARSAH
15	49	8,69	Très bon	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
16	52	8,58	Très bon	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
17	5	8,52	Très bon	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> chez les jeunes de 15 à 24 ans

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
18	88a	8,50	Très bon	Nombre de tests de détection des ITSS par infection, région et hôpital (DGSSMU)
19	108	8,50	Très bon	Fréquence des souches de VIH résistantes aux antirétroviraux
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 108 devrait être diminué			
20	66	8,47	Très bon	Nombre de salpingites et de grossesses ectopiques (hospitalisations et cas ambulatoires)
21	86	8,45	Très bon	Nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral
22	60	8,41	Très bon	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les Autochtones
23	78	8,35	Bon	Taux de mortalité par sida
24	78b	- <sup>h</sup>	-	Principales causes de mortalité chez les PVVIH (comprend le sida, et calcul de taux)
25	6	8,33	Bon	Prévalence de l'infection gonococcique chez les jeunes de 15 à 24 ans
26	31	8,30	Très bon	Proportion de la population ayant fait usage de drogues par injection dans la dernière année (enquête populationnelle)
27	90	8,28	Très bon	Proportion d'UDI séropositifs pour le VIH et/ou VHC en traitement pour leur(s) infection(s)
28	50	8,26	Très bon	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les jeunes en difficulté
29	51	8,26	Bon	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
30	47	8,22	Très bon	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les HARSAH
31	43	8,21	Bon	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les UDI
32	45b	8,21 <sup>i</sup>	N/A	Principales drogues consommées dans les 6 derniers mois chez les HARSAH
33	119	8,17	Très bon	Nombre de PVVIH au Québec

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
34	59	8,13	Très bon	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les Autochtones
35	16	8,11	Très bon	Prévalence du VIH et du VHC chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
36	20	8,11	Bon	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les jeunes en difficulté
37	79	8,10	Bon	Taux de mortalité par VHC chronique (possibilité de combiner par cirrhose ou carcinome hépatocellulaires avec diagnostic de VHC)
38	118	8,10	Très bon	Nombre d'UDI au Québec
39	93	8,06	Bon	Proportion d'UDI vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
40	32	8,05	Bon	Nombre de partenaires sexuels chez les personnes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe des partenaires (enquête populationnelle)
41	13a2	8 <sup>e</sup>	-	Prévalence du VHC chez les HARSAH
42	44	8,00	Bon	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les UDI
43	74	8,00	Bon	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHC
44	94	8,00	Très bon	Proportion d'HARSAH ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
45	105	8,00	Très bon	Proportion des Autochtones ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
46	89	7,95	Très bon	Matériel d'injection remis par les ASSS aux CAMI Nombre de CAMI par région sociosanitaire (RRSS) Statistiques sur les visites, le matériel remis et les services utilisés par les personnes UDI (monitorage facultatif)

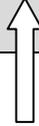
**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
47	92	7,94	Bon	Parmi les UDI séropositifs pour le VIH et le VHC, proportion qui connaissent leur infection
48	63	7,91	Bon	Taux d'hospitalisations pour cirrhose (diagnostic secondaire d'hépatite C et B)
49	114	7,91	Très bon	Proportion des cas de <i>N. gonorrhoeae</i> détectés par TAAN vs par culture
50	82	7,90	Bon	Traitement des ITS - Nombre de bénéficiaires selon le type, le sexe, l'âge et la région
51	91	7,90	Bon	Proportion d'UDI ayant fait un test de détection du VIH et du VHC dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés)
52	9	7,88	Bon	Nombre de cas de VIH chez les immigrants
53	128	7,88	Bon	Nombre de personnes en traitement de substitution (méthadone et suboxone)
54	62	7,86	Bon	Taux d'hospitalisation pour hépatite C
55	57	7,83	Bon	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (en détention et hors détention) (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les personnes incarcérées
56	65	7,81	Bon	Taux d'hospitalisations pour carcinome hépatocellulaire (diagnostic secondaire d'hépatite C et B)
57	96	7,81	Très bon	Proportion de HARSAH vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
58	73	7,80	Bon	Nombre de cas de maladies cardiovasculaires chez les PVVIH
 Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 73 devrait être diminué				
59	45	7,79	Bon	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les HARSAH
60	125	7,78	Aucun	Nombre de décès attribuables à une surdose de drogue

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
61	83	7,72	Bon	Nombre de personnes souffrant d'hépatite C sous traitement antiviral
62	76	7,69	Bon	Proportion de cas de VIH co-infectés par la syphilis - Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH
63	107	7,69	Très bon	Proportion d'Autochtones vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 95 devrait être rehaussé			
64	95	7,67	Partiel	Parmi les HARSAH séropositifs pour le VIH, proportion qui connaissent leur infection - Argus
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 23 devrait être rehaussé			
65	23	7,65	Bon	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les travailleurs et travailleuses du sexe
	Cet indicateur du PCS (80) serait inclus dans les indicateurs 78 (Taux de mortalité par SIDA) et 78b (Principales causes de mortalité chez les PVVIH) et donc rehaussé au même score que les indicateurs 78 et 78b			
66	80	7,65	Bon	Taux de mortalité selon la cause chez les nouveau-nés vivant avec le VIH Taux de mortalité selon la cause chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH
67	54	7,63	Partiel	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les travailleurs et travailleuses du sexe
68	126	7,59	Bon	Distribution des personnes en traitement de réadaptation pour la dépendance par types de drogues chez les UDI et non-UDI Nombre et proportion de personnes en traitement de substitution pour les opioïdes chez les UDI et non-UDI
69	55	7,58	Bon	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les travailleurs et travailleuses du sexe
70	112	7,58	Très bon	Fréquences des génotypes de VHC circulants
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 112 devrait être diminué			

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
71	122	7,58	Très bon	Prévalence du VPH chez les femmes de 18 ans et plus
72	127	7,56	Bon	Nombre de médecins ayant prescrit un traitement de substitution (méthadone et suboxone) à des personnes couvertes par le régime général d'assurances médicaments
73	72	7,53	Bon	Nombre de cas de cancers selon le type chez les PVVIH
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 72 devrait être diminué			
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 115 devrait être rehaussé.			
74	115	7,53	Partiel	Proportion des cas déclarés de VIH avec une charge virale élevée (> 100,000 copies/ml), supprimée (≤ 200 copies/ml) ou indétectable (≤ 50 copies/ml) au moment de la déclaration du cas Lymphocytes T CD4+ au moment du diagnostic Charge virale et CD4 : suivi temporel
75	98	7,50	Bon	Proportion de jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse) vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
76	104	7,50	Très bon	Proportion de personnes incarcérées vaccinées contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
77	67	7,47	Très bon	Nombre de femmes avec un diagnostic d'infertilité tubaire consultant pour procréation assistée (selon la cause de l'infertilité)
78	70	7,47	Bon	Nombre de cas co-infectés par <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> - Proportion de cas de gonorrhée co-infectés par la chlamydia - Proportion de cas de chlamydia co-infectés par la gonorrhée
79	75	7,47	Bon	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHB
80	97	7,47	Bon	Proportion de jeunes en difficulté ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 26 devrait être rehaussé			
81	26	7,42	Partiel	Prévalence du VIH et du VHC chez les Autochtones

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
82	33	7,42	Bon	Nombre de nouveaux partenaires sexuels dans la dernière année (enquête populationnelle)
83	41	7,42	Bon	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes du secondaire
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 40 devrait être rehaussé au-dessus du score de l'indicateur 41			
84	40	7,39	Partiel	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes de 15 à 24 ans
85	111	7,36	Très bon	Fréquence des génotypes de VIH circulants
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 111 devrait être diminué.			
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 85 devrait être rehaussé			
86	85	7,33	Partiel	Distribution de fréquence de traitements administrés aux cas déclarés d'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> avec résistance ou sensibilité réduite
87	117	7,33	Bon	Nombre de HARSAH au Québec
88	18a	7,32	Partiel	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes de la rue
	Le CITSS considère que le score d'utilité des indicateurs 28, 29 et 30 devrait être rehaussé			
89	28, 29 et 30 <sup>k</sup>	7,32	Bon	Proportion de la population ayant contracté plus d'une ITS ( <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection gonococcique) au cours d'une période donnée (1 an) - Proportion des cas de chlamydia ayant fait un second épisode au cours de l'année - Proportion des cas de gonorrhée ayant fait un second épisode au cours de l'année
90	87	7,32	Aucun	Nombre d'interventions (IPPAP), nombre et proportion de partenaires rejoints et de partenaires traités
91	4	7,31	Très bon	Taux d'incidence de l'herpès néonatal par 100 000 naissances vivantes
92	84	7,29	Bon	Proportion des cas ayant reçu un traitement approprié chez les cas déclarés de syphilis infectieuse

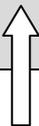
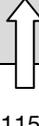
**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
 Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 99 devrait être rehaussé				
93	99	7,29	Très bon	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
94	24	7,26	Partiel	Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées
95	48	7,25	Bon	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
96	53	7,24	Partiel	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes en difficulté
97	116	7,22	Partiel	Nombre de jeunes de la rue au Québec
98	102	7,18	Bon	Proportion des personnes incarcérées ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
 Le CITSS et des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 109 devrait être rehaussé				
99	109	7,18	Bon	Nombre d'échecs de traitements de l'infection gonococcique
 Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 27 devrait être rehaussé				
100	27	7,16	Partiel	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les Autochtones
101	71	7,06	Partiel	Nombre de cas co-infectés par le VHC et le VHB - Proportion de cas de VHC co-infectés par le VHB - Proportion de cas de VHB co-infectés par le VHC
 Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 100 devrait être rehaussé				
102	100	7,06	Bon	Parmi les travailleurs et travailleuses du sexe séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
103	101	7,06	Très bon	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
104	124	7,06	Bon	Nombre d'hospitalisations pour une surdose de drogues n'ayant pas entraîné le décès
105	8	7,00	Partiel	Nombre de cas auto-déclarés de VIH et de VHC chez les personnes en traitement de réadaptation pour la dépendance, chez les UDI et non UDI
106	19	7,00	Bon	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes en difficulté
↓	Le CITSS et des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 19 devrait être ramené sous celui des jeunes de 15-24 ans en général (indicateur 7) qui, pour sa part, devrait être ramené au niveau de l'indicateur 19			
↑	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 21 devrait être rehaussé			
107	21	7,00	Partiel	Prévalence du VIH et du VHC chez les travailleurs et travailleuses du sexe
↑	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 36 devrait être rehaussé			
108	36	7,00	Bon	Fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (enquête populationnelle) <sup>1</sup>
↑	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 106 devrait être rehaussé			
109	106	7,00	Bon	Parmi les Autochtones séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
↑	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 103 devrait être rehaussé			
110	103	6,94	Bon	Parmi les personnes incarcérées séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
↑	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 113 devrait être rehaussé			
111	113	6,90	Très bon	Fréquence des souches de LGV circulantes (surveillance passive) - Parmi les cas déclarés d'infections rectales à <i>C. trachomatis</i> , proportion reliée à des types LGV

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 81 devrait être rehaussé			
113	81	6,87	Partiel	Traitement des ITS - Distribution de fréquence de type d'antibiotiques prescrits - Nombre de requêtes pour la pénicilline G benzathine (Bicillin®) pour le traitement de la syphilis
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 110 devrait être rehaussé			
114	110	6,87	Aucun	Distribution des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes ou à sensibilité réduite envers les antibiotiques recommandés pour le traitement selon les facteurs d'exposition
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 121 devrait être rehaussé			
115	121	6,85	Bon	Attitudes et croyances de la population à l'égard des populations vulnérables (PVVIH, HARSAH, UDI, etc.) et de l'approche de réduction des méfaits
116	64	6,84	Partiel	Nombre de greffes de foie avec un diagnostic de VHC ou de VHB, analyse séparée par infection
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 15 devrait être rehaussé			
117	15	6,74	Partiel	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les HARSAH
118	58	6,71	Partiel	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les personnes incarcérées
	Le CITSS et des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 39 devrait être rehaussé			
119	39	6,61	Partiel	Distribution de fréquence des facteurs d'expositions les plus pertinents mentionnés par les cas déclarés d'ITSS MADO (faisant l'objet d'une enquête épidémiologique selon l'offre de service de base et/ou vigies rehaussée)
120	69	6,61	Aucun	Taux d'hospitalisations pour arthrite gonococcique, gonococcémie, etc.
121	68	6,58	Aucun	Taux d'hospitalisation pour syphilis

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
122	22	6,50	Partiel	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les travailleurs et travailleuses du sexe
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 22 devrait être diminué en raison des difficultés d'interprétation			
123	77	6,47	Aucun	Proportion de cas de VIH avec sérologie anti-VHS-2 positive
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 77 devrait être diminué			
124	25	6,39	Partiel	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les personnes incarcérées
125	37	6,29	Bon	Proportion des MADO avec exposition/acquisition à l'étranger
126	17	6,28	Partiel	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 120 devrait être rehaussé			
127	120	6,26	Aucun	Nombre de travailleurs et travailleuses du sexe au Québec
128	123	6,24	Partiel	<del>Fréquence de la tuberculose (et co-infection VIH) chez les UDI<sup>m</sup></del>
129	123b	-	-	<del>Proportion des cas déclarés de tuberculose qui déclarent l'usage de drogue par injection</del>
Le groupe de discussion thématique a recommandé d'éliminer les indicateurs 123 et 123b, jugés très peu utiles (voir les commentaires des fiches descriptives)				
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 34 devrait être rehaussé			
130	34	6,20	Aucun	Fréquence de pratique du travail du sexe dans la dernière année (enquête populationnelle)
131	12	6,11	Bon	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les UDI

**Tableau 3 Scores moyens d'utilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Niveau consensus	Indicateur <sup>a</sup>
132	38	5,56	Très bon	Nombre de cas MADO par pays ou continent d'exposition/acquisition
133	18b	5,53	Aucun	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes des centres jeunesse
134	61	5,42	Partiel	Taux d'hospitalisation pour Infections opportunistes indicatrices du SIDA
135	35	5,05	Bon	Fréquence de recours au travail du sexe dans la dernière année (en tant que client) (enquête populationnelle)
136	11	4,39	Partiel	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les UDI
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 7 devrait être rehaussé au-dessus du score de l'indicateur 19. Certains experts ont souligné que les difficultés d'interprétation étaient moindres chez les jeunes. L'utilité est aussi meilleure en raison de l'impact potentiel sur les indications de dépistage pour ce groupe.			
137	7	4,31	Partiel	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes de 15 à 24 ans

<sup>a</sup> Consulter l'annexe 4 (liste 1) pour les sources de données.

<sup>b</sup> À l'origine, l'indicateur 10 concernait la prévalence du VIH et du VHC chez les UDI et l'indicateur 13 la prévalence du VIH et du VHC chez les HARSAH. Ils ont été séparés par infection après la consultation Delphi. Les indicateurs d'incidence (10b1, 10b2, 13b1 et 13b2) ont été ajoutés lors du groupe de discussion sur la surveillance de seconde génération. L'utilité a été cotée ultérieurement par le groupe de travail.

<sup>c</sup> L'indicateur 88 (Nombre de tests de détection ITSS; taux de positivité des tests soumis par infection) a été séparé en 88a (Nombre de tests de détection des ITSS par infection, région et hôpital – banque DGSSMU) et 88b (Taux de positivité des tests par infection, âge, sexe, région et code postal – résultats des laboratoires centralisés au LSPQ). L'indicateur 88a a été coté lors de la consultation Delphi et 88b par le groupe de travail.

<sup>d</sup> Les indicateurs 10a1 et 10a2 ont été cotés globalement pour l'utilité et séparés ultérieurement pour les scores de validité et de faisabilité. Le score global d'utilité a été conservé.

<sup>e</sup> Les indicateurs 13a1 et 13a2 ont été séparés lors du groupe de discussion sur la surveillance de seconde génération. Pour 13a2, l'utilité a été cotée par le groupe de travail. Pour 13a1, le score global obtenu lors de la consultation Delphi pour le VIH et le VHC a été utilisé.

<sup>f</sup> La formulation de cet indicateur a été précisée à la suite de recommandations par certains experts du CALI, après la consultation. Cette modification n'a pas de conséquences sur le résultat de la priorisation. La formulation initiale était « Prévalence de marqueurs sérologiques pour la syphilis ».

<sup>g</sup> Les membres du CALI n'ont pas tous été consultés : les quelques volontaires ayant participé sont nommés en début de document.

<sup>h</sup> Le score d'utilité n'a pas été évalué pour cet indicateur étant donné qu'il a été ajouté lors de la consultation du CITSS. Nous lui attribuons le même score que 78.

<sup>i</sup> Cet indicateur a été ajouté après la consultation Delphi. Le même score que l'indicateur 43 lui a été attribué pour fins de calcul du score global.

<sup>j</sup> Remplacé par « Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH »

<sup>k</sup> Le score et le niveau de consensus les plus élevés ont été conservés pour ces trois indicateurs très similaires.

<sup>l</sup> Envisager d'ajouter un indicateur la proportion de la population qui déclare des relations anales non protégées.

<sup>m</sup> Indicateurs 123 et 123b éliminés en cours de processus (voir la section 6.1.6).

#### 4.2.2 VALIDITÉ

Les scores de validité ont été cotés de façon ciblée lors de groupes de discussion thématiques et de consultations individuelles par des experts familiers avec les sources de données impliquées. Le tableau 4 présente les scores de validité ordonnés du plus élevé au plus faible.

**Tableau 4 Scores moyens de validité en ordre décroissant<sup>15</sup>**

Position	Numéro d'indicateur	Validité	Indicateur
1	88b	9,4	Taux de positivité des tests de détection des ITSS par infection, âge, sexe, région et code postal - système central LSPQ
2	108	9,27	Fréquence des souches de VIH résistantes aux antirétroviraux
3	1	9	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes
4	3	9	Taux d'incidence du VIH chez les nouveau-nés
5	23	9	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les travailleurs et travailleuses du sexe
6	24	9	Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées
7	54	9	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les travailleurs et travailleuses du sexe
8	55	9	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire et selon le sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les travailleurs et travailleuses du sexe
9	58	9	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire chez les personnes incarcérées
10	70	9	Nombre de cas co-infectés par <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> - Proportion de cas de gonorrhée co-infectés par la chlamydia - Proportion de cas de chlamydia co-infectés par la gonorrhée
11	114	8,67	Proportion des cas de <i>N. gonorrhoeae</i> détectés par TAAN vs par culture
12	42	8,57	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les UDI

<sup>15</sup> Les indicateurs dont les sources de données sont de grandes banques administratives n'ont pas été cotés pour la validité et la faisabilité. Voir la section 4.2.5 (tableau) pour de plus amples informations.

- Pour la surveillance de seconde génération, la complétude des données n'a pas été considérée lors de la cotation du critère de validité. La complétude s'applique davantage à la surveillance populationnelle.
- Pour les indicateurs de partage de matériel de consommation de drogue, seul le partage de seringues a été considéré pour la cote de validité. Les experts estiment que la validité est moins bonne pour les autres matériels de consommation que pour les seringues.
- Indicateurs 91, 94, 97, 99, 102, 105 : la façon de poser la question sur les tests de dépistages a été discutée : séparément par test ou pour tous les tests? L'énoncé qui a été coté est « avoir eu un test de dépistage des ITSS au cours des 6 derniers mois ». Cependant, en pratique, il serait nécessaire de poser la question séparément pour chacune des infections, ou au minimum pour les tests effectués sur le sang et ceux effectués sur prélèvements génitaux.

**Tableau 4 Scores moyens de validité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Validité	Indicateur
13	57	8,5	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke)(en détention et hors détention) chez les personnes incarcérées
14	111	8,43	Fréquence des génotypes de VIH circulants
15	112	8,4	Fréquences des génotypes de VHC circulants
16	20	8,29	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les jeunes en difficulté
17	91	8,29	Proportion d'UDI ayant fait un test de détection du VIH et du VHC dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés)
18	92	8,29	Parmi les UDI séropositifs pour le VIH et le VHC, proportion qui connaissent leur infection
19	95	8,29	Parmi les HARSAH séropositifs pour le VIH, proportion qui connaissent leur infection
20	15	8,17	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les HARSAH
21	18a	8,14	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes de la rue
22	46	8,14	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, «à risque») et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois
23	47	8,14	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les HARSAH
24	49	8,13	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
25	10a1	8	Prévalence du VIH chez les UDI
26	10b1	8	Taux d'incidence du VIH chez les UDI
27	13a1	8	Prévalence du VIH chez les HARSAH
28	13b1	8	Taux d'incidence du VIH chez les HARSAH
29	16	8	Prévalence du VIH et du VHC chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
30	18b	8	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes des centres jeunesse
31	21	8	Prévalence du VIH et du VHC chez les travailleurs et travailleuses du sexe
32	25	8	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les personnes incarcérées
33	43	8	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les UDI

**Tableau 4 Scores moyens de validité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Validité	Indicateur
34	44	8	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les UDI
35	45	8	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les HARSAH
36	45b	8	Principales drogues consommées dans les 6 derniers mois chez les HARSAH
37	51	8	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
38	56	8	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les travailleurs et travailleuses du sexe
39	64	8	Nombre de greffes de foie avec un diagnostic de VHC ou de VHB, analyse séparée par infection
40	81	8	Traitement gratuit des ITS - Distribution de fréquence de type d'antibiotiques prescrits - Nombre de requêtes pour la péniciline G benzathine (Bicillin®) pour le traitement de la syphilis
41	82	8	Traitement gratuit des ITS - Nombre de bénéficiaires selon le type, le sexe, l'âge et la région
42	99	8	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
43	100	8	Parmi les travailleurs et travailleuses du sexe séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
44	101	8	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
45	102	8	Proportion des personnes incarcérées ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
46	103	8	Parmi les personnes incarcérées séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
47	104	8	Proportion de personnes incarcérées vaccinées contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
48	122	8	Prévalence du VPH chez les femmes de 18 ans et plus
49	127	8	Nombre de médecins ayant prescrit un traitement de substitution (méthadone et suboxone) à des personnes couvertes par le régime général d'assurances médicaments
50	128	8	Nombre de personnes en traitement de substitution (méthadone et suboxone)
51	115	7,9	Proportion des cas déclarés de VIH avec une charge virale élevée (> 100,000 copies/mL), supprimée (≤ 200 copies/mL) ou indétectable (≤ 50 copies/mL) au moment de la déclaration du cas Lymphocytes T CD4+ au moment du diagnostic Charge virale et CD4 : suivi temporel

**Tableau 4 Scores moyens de validité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Validité	Indicateur
52	28, 29, 30	7,86	Proportion de la population ayant contracté plus d'une ITS ( <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection gonococcique) au cours d'une période donnée (1 an) - Proportion des cas de chlamydia ayant fait un second épisode au cours de l'année - Proportion des cas de gonorrhée ayant fait un second épisode au cours de l'année
53	52	7,86	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
54	50	7,83	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les jeunes en difficulté
55	53	7,71	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes en difficulté
56	86	7,71	Nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral
57	97	7,71	Proportion de jeunes en difficulté ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
58	5	7,5	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> chez les jeunes de 15 à 24 ans
59	40	7,5	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes de 15 à 24 ans
60	121	7,5	Attitudes et croyances de la population à l'égard des populations vulnérables (PVVIH, HARSAH, UDI, etc.) et de l'approche de réduction des méfaits
61	84	7,43	Proportion des cas ayant reçu un traitement approprié chez les cas déclarés de syphilis infectieuse
62	90	7,43	Proportion d'UDI séropositifs pour le VIH et/ou VHC en traitement pour leur(s) infection(s)
63	107	7,4	Proportion d'Autochtones vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
64	12	7,33	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les UDI
65	19	7,29	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes en difficulté
66	27	7,25	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les Autochtones
67	17	7,14	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
68	94	7,14	Proportion d'HARSAH ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)

**Tableau 4 Scores moyens de validité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Validité	Indicateur
69	2	7	Taux d'incidence de cas de VIH nouvellement détectés dans la population générale dont l'infection est récente
70	6	7	Prévalence de l'infection gonococcique chez les jeunes de 15 à 24 ans
71	22	7	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les travailleurs et travailleuses du sexe
72	32	7	Nombre de partenaires sexuels chez les personnes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe des partenaires (enquête populationnelle)
73	33	7	Nombre de nouveaux partenaires sexuels dans la dernière année (enquête populationnelle)
74	36	7	Fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (enquête populationnelle) <sup>a</sup>
75	48	7	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
76	88a	7	Nombre de tests de détection des ITSS par infection, région et hôpital - banque DGSSMU
77	117	7	Nombre de HARSAH au Québec
78	118	7	Nombre d'UDI au Québec
79	85	6,78	Distribution de fréquence de traitements administrés aux cas déclarés d'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> avec résistance ou sensibilité réduite
80	13a2	6,67	Prévalence du VHC chez les HARSAH
81	13b2	6,67	Taux d'incidence du VHC chez les HARSAH
82	10a2	6,6	Prévalence du VHC chez les UDI
83	10b2	6,6	Taux d'incidence du VHC chez les UDI
84	89	6,6	Matériel d'injection remis par les ASSS aux CAMI - Nombre de CAMI par région sociosanitaire (RRSS) - Statistiques sur les visites, le matériel remis et les services utilisés par les personnes UDI (monitorage facultatif)
85	39	6,57	Distribution de fréquence des facteurs d'expositions les plus pertinents mentionnés par les cas déclarés d'ITSS MADO (faisant l'objet d'une enquête épidémiologique selon l'offre de service de base et/ou vigies rehaussée)
86	7	6,5	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes de 15 à 24 ans
87	41	6,5	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes du secondaire
88	76	6,5	<del>Proportion de cas de VIH co-infectés par la syphilis<sup>e</sup></del> - Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH

**Tableau 4 Scores moyens de validité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Validité	Indicateur
89	119	6,33	Nombre de PVVIH au Québec
90	9	6,29	Nombre de cas de VIH chez les immigrants
91	75	6	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHB
92	110	6	Distribution des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes ou à sensibilité réduite envers les antibiotiques recommandés pour le traitement selon les facteurs d'exposition
93	120	6	Nombre de travailleurs et travailleuses du sexe au Québec
94	11	5,83	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les UDI
95	87	5,75	Nombre d'interventions (IPPAP), nombre et proportion de partenaires rejoints et de partenaires traités
96	113	5,75	Fréquence des souches de LGV circulantes (surveillance passive) - Parmi les cas déclarés d'infections rectales à <i>C. trachomatis</i> , proportion reliée à des types LGV
97	14	5,33	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les HARSAH
98	98	5,29	Proportion de jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse) vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
99	31	5	Proportion de la population ayant fait usage de drogues par injection dans la dernière année (enquête populationnelle)
100	37	4,86	Proportion des MADO avec exposition/acquisition à l'étranger
101	38	4,86	Nombre de cas MADO par pays ou continent d'exposition/acquisition
102	59	4,6	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les Autochtones
103	74	4,43	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHC
104	105	4,17	Proportion des Autochtones ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
105	71	4,14	Proportion de cas co-infectés par le VHC et le VHB
106	34	4	Fréquence de pratique du travail du sexe dans la dernière année (enquête populationnelle)
107	35	4	Fréquence de recours au travail du sexe dans la dernière année (en tant que client) (enquête populationnelle)
108	106	4	Parmi les Autochtones séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
109	96	3,86	Proportion de HARSAH vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)

**Tableau 4 Scores moyens de validité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Validité	Indicateur
110	60	3,8	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les Autochtones
111	93	3,67	Proportion d'UDI vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
112	109	3,25	Nombre d'échecs de traitements de l'infection gonococcique
113	77	3,2	Proportion de cas de VIH avec sérologie anti-VHS-2 positive
114	26	3	Prévalence du VIH et du VHC chez les Autochtones
115	116	3	Nombre de jeunes de la rue au Québec

<sup>a</sup> Envisager d'ajouter un indicateur la proportion de la population qui déclare des relations anales non protégées.

#### 4.2.3 FAISABILITÉ

Les scores de faisabilité ont été cotés de façon ciblée lors de groupes de discussion thématiques et de consultations individuelles par des experts familiers avec les sources de données impliquées. Le tableau 5 présente les scores de faisabilité ordonnés du plus élevé au plus faible.

Pour la surveillance de seconde génération, la disponibilité du financement n'a pas été considérée lors de la cotation de la faisabilité. Il est bien évident qu'il s'agit d'un enjeu majeur.

**Tableau 5 Scores moyens de faisabilité en ordre décroissant<sup>16</sup>**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen faisabilité	Indicateur
1	114	9,5	Proportion des cas de <i>N. gonorrhoeae</i> détectés par TAAN vs par culture
2	89	9,2	Matériel d'injection remis par les ASSS aux CAMI - Nombre de CAMI par région sociosanitaire (RRSS) - Statistiques sur les visites, le matériel remis et les services utilisés par les personnes UDI (monitorage facultatif)
3	1	9	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes
4	3	9	Taux d'incidence du VIH chez les nouveau-nés
5	31	9	Proportion de la population ayant fait usage de drogues par injection dans la dernière année (enquête populationnelle)
6	32	9	Nombre de partenaires sexuels chez les personnes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe des partenaires (enquête populationnelle)
7	33	9	Nombre de nouveaux partenaires sexuels dans la dernière année (enquête populationnelle)
8	34	9	Fréquence de pratique du travail du sexe dans la dernière année (enquête populationnelle)
9	35	9	Fréquence de recours au travail du sexe dans la dernière année (en tant que client) (enquête populationnelle)
10	36	9	Fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (enquête populationnelle) <sup>a</sup>
11	41	9	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes du secondaire
12	64	9	Nombre de greffes du foie avec un diagnostic de VHC ou de VHB, analyse séparée par infection
13	81	9	Traitement gratuit des ITS - Distribution de fréquence de type d'antibiotiques prescrits - Nombre de requêtes pour la péniciline G benzathine (Bicillin®) pour le traitement de la syphilis
14	82	9	Traitement gratuit des ITS - Nombre de bénéficiaires selon le type, le sexe, l'âge et la région
15	117	9	Nombre de HARSAH au Québec
16	127	9	Nombre de médecins ayant prescrit un traitement de substitution (méthadone et suboxone) à des personnes couvertes par le régime général d'assurances médicaments
17	70	8,86	Nombre de cas co-infectés par <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> - Proportion de cas de gonorrhée co-infectés par la chlamydia - Proportion de cas de chlamydia co-infectés par la gonorrhée
18	45	8,67	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les HARSAH

<sup>16</sup> Les indicateurs dont les sources de données sont de grandes banques administratives n'ont pas été cotés pour la validité et la faisabilité. Voir la section 6.1.4 (tableau) pour de plus amples informations.

**Tableau 5 Scores moyens de faisabilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen faisabilité	Indicateur
19	57	8,5	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (en détention et hors détention)(emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les personnes incarcérées
20	95	8,43	Parmi les HARSAH séropositifs pour le VIH, proportion qui connaissent leur infection
21	13a1	8,33	Prévalence du VIH chez les HARSAH
22	18b	8,29	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes des centres jeunesse
23	42	8,29	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les UDI
24	92	8,29	Parmi les UDI séropositifs pour le VIH et le VHC, proportion qui connaissent leur infection
25	43	8,14	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les UDI
26	45b	8,14	Principales drogues consommées dans les 6 derniers mois chez les HARSAH
27	46	8,14	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, «à risque») et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les HARSAH
28	91	8,14	Proportion d'UDI ayant fait un test de détection du VIH et du VHC dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés)
29	18a	8	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes de la rue
30	20	8	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les jeunes en difficulté
31	24	8	Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées
32	44	8	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les UDI
33	48	8	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
34	51	8	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
35	58	8	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les personnes incarcérées

**Tableau 5 Scores moyens de faisabilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen faisabilité	Indicateur
36	103	8	Parmi les personnes incarcérées séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
37	121	8	Attitudes et croyances de la population à l'égard des populations vulnérables (PVVIH, HARSAH, UDI, etc.) et de l'approche de réduction des méfaits
38	128	8	Nombre de personnes en traitement de substitution (méthadone et suboxone)
39	10a1	7,86	Prévalence du VIH chez les UDI
40	90	7,86	Proportion d'UDI séropositifs pour le VIH et/ou VHC en traitement pour leur(s) infection(s)
41	94	7,86	Proportion d'HARSAH ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
42	14	7,83	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les HARSAH
43	47	7,71	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les HARSAH
44	88a	7,71	Nombre de tests de détection des ITSS par infection, région et hôpital - banque DGSSMU
45	50	7,67	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les jeunes en difficulté
46	53	7,67	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes en difficulté
47	115	7,6	Proportion des cas déclarés de VIH avec une charge virale élevée (> 100,000 copies/mL), supprimée ( $\leq$ 200 copies/mL) ou indétectable ( $\leq$ 50 copies/mL) au moment de la déclaration du cas - Lymphocytes T CD4+ au moment du diagnostic - Charge virale et CD4 : suivi temporel
48	28, 29, 30	7,57	Proportion de la population ayant contracté plus d'une ITS ( <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection gonococcique) au cours d'une période donnée (1 an) - Proportion des cas de chlamydia ayant fait un second épisode au cours de l'année - Proportion des cas de gonorrhée ayant fait un second épisode au cours de l'année
49	52	7,57	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
50	10a2	7,5	Prévalence du VHC chez les UDI

**Tableau 5 Scores moyens de faisabilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen faisabilité	Indicateur
51	93	7,5	Proportion d'UDI vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
52	107	7,5	Proportion d'Autochtones vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
53	97	7,33	Proportion de jeunes en difficulté ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
54	98	7,2	Proportion de jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse) vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
55	19	7,17	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes en difficulté
56	10b1	7	Taux d'incidence du VIH chez les UDI
57	10b2	7	Taux d'incidence du VHC chez les UDI
58	13b1	7	Taux d'incidence du VIH chez les HARSAH
59	13b2	7	Taux d'incidence du VHC chez les HARSAH
60	16	7	Prévalence du VIH et du VHC chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
61	40	7	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes de 15 à 24 ans
62	101	7	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
63	111	7	Fréquence des génotypes de VIH circulants
64	113	7	Fréquence des souches de LGV circulantes (surveillance passive) - Parmi les cas déclarés d'infections rectales à <i>C. trachomatis</i> , proportion reliée à des types LGV
65	2	6,86	Taux d'incidence de cas de VIH nouvellement détectés dans la population générale dont l'infection est récente
66	108	6,8	Fréquence des souches de VIH résistantes aux antirétroviraux
67	49	6,63	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
68	13a2	6,5	Prévalence du VHC chez les HARSAH
69	84	6,43	Proportion des cas ayant reçu un traitement approprié chez les cas déclarés de syphilis infectieuse

**Tableau 5 Scores moyens de faisabilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen faisabilité	Indicateur
70	112	6,33	Fréquences des génotypes de VHC circulants
71	96	5,86	Proportion de HARSAH vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
72	9	5,71	Nombre de cas de VIH chez les immigrants
73	15	5	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les HARSAH
74	27	5	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les Autochtones
75	54	5	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les travailleurs et travailleuses du sexe
76	55	5	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les travailleurs et travailleuses du sexe
77	56	5	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les travailleurs et travailleuses du sexe
78	99	5	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois
79	102	5	Proportion des personnes incarcérées ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
80	105	5	Proportion des Autochtones ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
81	118	5	Nombre d'UDI au Québec
82	122	5	Prévalence du VPH chez les femmes de 18 ans et plus
83	39	4,86	Distribution de fréquence des facteurs d'expositions les plus pertinents mentionnés par les cas déclarés d'ITSS MADO (faisant l'objet d'une enquête épidémiologique selon l'offre de service de base et/ou vigies rehaussée)
84	110	4,78	Distribution des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes ou à sensibilité réduite envers les antibiotiques recommandés pour le traitement selon les facteurs d'exposition
85	76	4,67	Proportion de cas de VIH co-infectés par la syphilis <sup>b</sup> - Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH

**Tableau 5 Scores moyens de faisabilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen faisabilité	Indicateur
86	17	4,63	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
87	88b	4,4	Taux de positivité des tests de détection des ITSS par infection, âge, sexe, région et code postal - système central LSPQ
88	85	4,33	Distribution de fréquence de traitements administrés aux cas déclarés d'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> avec résistance ou sensibilité réduite
89	86	4,29	Nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral
90	59	4,25	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les Autochtones
91	60	4,25	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les Autochtones
92	12	3,43	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les UDI
93	71	3,43	Proportion de cas co-infectés par le VHC et le VHB
94	11	3,29	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les UDI
95	87	3,25	Nombre d'interventions (IPPAP), nombre et proportion de partenaires rejoints et de partenaires traités
96	74	3,14	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHC
97	5	3	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> chez les jeunes de 15 à 24 ans
98	6	3	Prévalence de l'infection gonococcique chez les jeunes de 15 à 24 ans
99	25	3	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les personnes incarcérées
100	104	3	Proportion de personnes incarcérées vaccinées contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
101	116	3	Nombre de jeunes de la rue au Québec
102	75	2,5	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHB
103	37	2,14	Proportion des MADO avec exposition/acquisition à l'étranger
104	38	2,14	Nombre de cas MADO par pays ou continent d'exposition/acquisition
105	21	2	Prévalence du VIH et du VHC chez les travailleurs et travailleuses du sexe
106	22	2	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les travailleurs et travailleuses du sexe

**Tableau 5 Scores moyens de faisabilité en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen faisabilité	Indicateur
107	23	2	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les travailleurs et travailleuses du sexe
108	77	1,6	Proportion de cas de VIH avec sérologie anti-VHS-2 positive
109	109	1,5	Nombre d'échecs de traitements de l'infection gonococcique
110	119	1,5	Nombre de PVVIH au Québec
111	7	1	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes de 15 à 24 ans
112	100	1	Parmi les travailleurs et travailleuses du sexe séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
113	120	1	Nombre de travailleurs et travailleuses du sexe au Québec
114	26	0,67	Prévalence du VIH et du VHC chez les Autochtones
115	106	0	Parmi les Autochtones séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)

<sup>a</sup> Envisager d'ajouter un indicateur la proportion de la population qui déclare des relations anales non protégées.

<sup>b</sup> Remplacé par « Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH ».

#### 4.2.4 SCORE GLOBAL DE PRIORITÉ

Les scores globaux de priorité n'ont pas été calculés pour les indicateurs obtenus à partir des grandes banques administratives. Ces indicateurs sont discutés à la section 6.1.4).

La pondération des critères de priorisation a été discutée par le groupe de travail. La pondération qui a été adoptée est de 3\*utilité+2\*validité+1\*faisabilité. Une importance accrue a donc été accordée à l'utilité et à la validité comparativement à la faisabilité. On a également accordé une valeur plus élevée à l'utilité comparativement à la validité. Le tableau 6 présente les scores de priorité globaux pondérés ordonnés du plus élevé au plus faible et la section 6 discute des principaux constats et enjeux.

**Tableau 6 Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant**

Position	Numéro d'indicateur	Score global pondéré	Indicateur
1	1	54,27	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes
2	3	53,43	Taux d'incidence du VIH chez les nouveau-nés
3	88b	53,20	Taux de positivité des tests de détection des ITSS par infection, âge, sexe, région et code postal - système central LSPQ
4	10b1	53,00	Taux d'incidence du VIH chez les UDI
5	13b1	53,00	Taux d'incidence du VIH chez les HARSAH
6	42	51,68	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les UDI
7	13a1	51,48	Prévalence du VIH chez les HARSAH
8	10a1	51,28	Prévalence du VIH chez les UDI
9	108	50,84	Fréquence des souches de VIH résistantes aux antirétroviraux
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 108 devrait être diminué		
10	46	50,67	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, «à risque») et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les HARSAH
11	114	50,57	Proportion des cas de <i>N. gonorrhoeae</i> détectés par TAAN vs par culture
12	10b2	50,20	Taux d'incidence du VHC chez les UDI
13	70	49,27	Nombre de cas co-infectés par <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> - Proportion de cas de gonorrhée co-infectés par la chlamydia - Proportion de cas de chlamydia co-infectés par la gonorrhée
14	52	49,03	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
15	57	48,99	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (en détention et hors détention) (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les personnes incarcérées

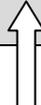
**Tableau 6 Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score global pondéré	Indicateur
16	49	48,96	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
17	20	48,91	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les jeunes en difficulté
18	51	48,78	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
19	43	48,77	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les UDI
20	45b	48,77	Principales drogues consommées dans les 6 derniers mois chez les HARSAH
21	82	48,70	Traitement gratuit des ITS - Nombre de bénéficiaires selon le type, le sexe, l'âge et la région
22	92	48,69	Parmi les UDI séropositifs pour le VIH et le VHC, proportion qui connaissent leur infection
23	47	48,65	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les HARSAH
24	91	48,42	Proportion d'UDI ayant fait un test de détection du VIH et du VHC dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés)
25	10a2	48,12	Prévalence du VHC chez les UDI
26	50	48,11	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les jeunes en difficulté
27	45	48,04	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les HARSAH
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 95 devrait être rehaussé		
28	95	48,02	Parmi les HARSAH séropositifs pour le VIH, proportion qui connaissent leur infection

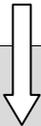
**Tableau 6 Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score global pondéré	Indicateur
29	44	48,00	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les UDI
30	24	47,78	Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées
31	127	47,68	Nombre de médecins ayant prescrit un traitement de substitution (méthadone et suboxone) à des personnes couvertes par le régime général d'assurances médicaments
32	128	47,64	Nombre de personnes en traitement de substitution (méthadone et suboxone)
33	90	47,56	Proportion d'UDI séropositifs pour le VIH et/ou VHC en traitement pour leur(s) infection(s)
34	2	47,35	Taux d'incidence de cas de VIH nouvellement détectés dans la population générale dont l'infection est récente
35	13b2	47,34	Taux d'incidence du VHC chez les HARSAH
36	16	47,33	Prévalence du VIH et du VHC chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
37	88a	47,21	Nombre de tests de détection des ITSS par infection, région et hôpital - banque DGSSMU
38	32	47,15	Nombre de partenaires sexuels chez les personnes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe des partenaires (enquête populationnelle)
39	89	46,25	Matériel d'injection remis par les ASSS aux CAMI - Nombre de CAMI par région sociosanitaire (RRSS) - Statistiques sur les visites, le matériel remis et les services utilisés par les personnes UDI (monitorage facultatif)
40	18a	46,24	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes de la rue
41	94	46,14	Proportion d'HARSAH ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
42	58	46,13	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les personnes incarcérées
Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 115 devrait être rehaussé			
43	115	45,99	Proportion des cas déclarés de VIH avec une charge virale élevée (> 100,000 copies/mL), supprimée (≤ 200 copies/mL) ou indétectable (≤ 50 copies/mL) au moment de la déclaration du cas - Lymphocytes T CD4+ au moment du diagnostic - Charge virale et CD4 : suivi temporel

**Tableau 6 Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score global pondéré	Indicateur
44	111	45,94	Fréquence des génotypes de VIH circulants
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 111 devrait être diminué.		
45	54	45,89	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les travailleurs et travailleuses du sexe
46	112	45,87	Fréquences des génotypes de VHC circulants
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 112 devrait être diminué		
47	55	45,74	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les travailleurs et travailleuses du sexe
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 81 devrait être rehaussé		
48	81	45,61	Traitement gratuit des ITS - Distribution de fréquence de type d'antibiotiques prescrits - Nombre de requêtes pour la péniciline G benzathine (Bicillin®) pour le traitement de la syphilis
49	64	45,52	Nombre de greffes du foie avec un diagnostic de VHC ou de VHB, analyse séparée par infection
50	107	45,37	Proportion d'Autochtones vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
51	33	45,26	Nombre de nouveaux partenaires sexuels dans la dernière année (enquête populationnelle)
	Le CITSS considère que le score d'utilité des indicateurs 28, 29 et 30 devrait être rehaussé		
52	28, 29, 30	45,25	Proportion de la population ayant contracté plus d'une ITS ( <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection gonococcique) au cours d'une période donnée (1 an) - Proportion des cas de chlamydia ayant fait un second épisode au cours de l'année - Proportion des cas de gonorrhée ayant fait un second épisode au cours de l'année
53	97	45,16	Proportion de jeunes en difficulté ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
54	86	45,06	Nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral
55	117	44,99	Nombre de HARSAH au Québec

**Tableau 6 Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score global pondéré	Indicateur
56 	14	44,89	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les HARSAH
Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 14 devrait être diminué en raison des difficultés d'interprétation			
Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 103 devrait être rehaussé			
57 	103	44,82	Parmi les personnes incarcérées séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
58	53	44,81	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes en difficulté
59	41	44,26	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes du secondaire
60	101	44,18	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 40 devrait être rehaussé au-dessus du score de l'indicateur 41			
61 	40	44,17	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes de 15 à 24 ans
Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 36 devrait être rehaussé			
62 	36	44,00	Fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (enquête populationnelle) <sup>a</sup>
63	31	43,90	Proportion de la population ayant fait usage de drogues par injection dans la dernière année (enquête populationnelle)
64	13a2	43,84	Prévalence du VHC chez les HARSAH
65	48	43,75	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
66	122	43,74	Prévalence du VPH chez les femmes de 18 ans et plus

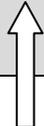
**Tableau 6 Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score global pondéré	Indicateur
67	5	43,56	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> chez les jeunes de 15 à 24 ans
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 121 devrait être rehaussé		
68	121	43,55	Attitudes et croyances de la population à l'égard des populations vulnérables (PVVIH, HARSAH, UDI, etc.) et de l'approche de réduction des méfaits
69	118	43,30	Nombre d'UDI au Québec
70	84	43,16	Proportion des cas ayant reçu un traitement approprié chez les cas déclarés de syphilis infectieuse
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 23 devrait être rehaussé		
71	23	42,95	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les travailleurs et travailleuses du sexe
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 99 devrait être rehaussé		
72	99	42,87	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
73	19	42,75	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes en difficulté
	Le CITSS et des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 19 devrait être ramené sous celui des jeunes de 15-24 ans en général (indicateur 7) qui, pour sa part, devrait être ramené au niveau de l'indicateur 19		
74	102	42,54	Proportion des personnes incarcérées ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
75	6	41,99	Prévalence de l'infection gonococcique chez les jeunes de 15 à 24 ans
76	9	41,93	Nombre de cas de VIH chez les immigrants
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 56 devrait être rehaussé		
77	56	41,67	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les travailleurs et travailleuses du sexe

**Tableau 6 Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score global pondéré	Indicateur
↑	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 15 devrait être rehaussé		
78	15	41,56	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les HARSAH
79	104	41,50	Proportion de personnes incarcérées vaccinées contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
↑	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 27 devrait être rehaussé		
80	27	40,98	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les Autochtones
81	18b	40,88	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes des centres jeunesse
82	76	40,74	<del>Proportion de cas de VIH co-infectés par la syphilis<sup>e</sup></del> - Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH
83	98	40,28	Proportion de jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse) vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
↑	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 85 devrait être rehaussé		
84	85	39,88	Distribution de fréquence de traitements administrés aux cas déclarés d'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> avec résistance ou sensibilité réduite
↑	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 113 devrait être rehaussé		
85	113	39,20	Fréquence des souches de LGV circulantes (surveillance passive) - Parmi les cas déclarés d'infections rectales à <i>C. trachomatis</i> , proportion reliée à des types LGV
86	93	39,02	Proportion d'UDI vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
↑	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 21 devrait être rehaussé		
87	21	39,00	Prévalence du VIH et du VHC chez les travailleurs et travailleuses du sexe
88	119	38,67	Nombre de PVVIH au Québec
↑	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 100 devrait être rehaussé		
89	100	38,18	Parmi les travailleurs et travailleuses du sexe séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
90	25	38,17	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les personnes incarcérées
91	59	37,84	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les Autochtones

**Tableau 6 Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score global pondéré	Indicateur
	Le CITSS et des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 39 devrait être rehaussé		
92	39	37,83	Distribution de fréquence des facteurs d'expositions les plus pertinents mentionnés par les cas déclarés d'ITSS MADO (faisant l'objet d'une enquête épidémiologique selon l'offre de service de base et/ou vigies rehaussée)
93	17	37,75	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 110 devrait être rehaussé		
94	110	37,39	Distribution des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes ou à sensibilité réduite envers les antibiotiques recommandés pour le traitement selon les facteurs d'exposition
95	105	37,34	Proportion des Autochtones ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour le VIH et le VHC)
96	60	37,08	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les Autochtones
97	96	37,01	Proportion de HARSAH vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
98	75	36,91	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHB
99	87	36,71	Nombre d'interventions (IPPAP), nombre et proportion de partenaires rejoints et de partenaires traités
100	12	36,42	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les UDI
101	74	36,00	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHC
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 34 devrait être rehaussé		
102	34	35,60	Fréquence de pratique du travail du sexe dans la dernière année (enquête populationnelle)
103	22	35,50	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les travailleurs et travailleuses du sexe
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 22 devrait être diminué en raison des difficultés d'interprétation		
104	71	32,89	Proportion de cas co-infectés par le VHC et le VHB
105	35	32,15	Fréquence de recours au travail du sexe dans la dernière année (en tant que client) (enquête populationnelle)

**Tableau 6 Scores de priorité globaux pondérés en ordre décroissant (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score global pondéré	Indicateur
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 120 devrait être rehaussé		
106	120	31,78	Nombre de travailleurs et travailleuses du sexe au Québec
107	37	30,73	Proportion des MADO avec exposition/acquisition à l'étranger
108	116	30,66	Nombre de jeunes de la rue au Québec
	Le CITSS et des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 109 devrait être rehaussé		
109	109	29,54	Nombre d'échecs de traitements de l'infection gonococcique
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 106 devrait être rehaussé		
110	106	29,00	Parmi les Autochtones séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 26 devrait être rehaussé		
111	26	28,93	Prévalence du VIH et du VHC chez les Autochtones
112	38	28,54	Nombre de cas MADO par pays ou continent d'exposition/acquisition
113	11	28,12	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les UDI
114	77	27,41	Proportion de cas de VIH avec sérologie anti-VHS-2 positive
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 77 devrait être diminué		
	Des membres du CALI considèrent que le score d'utilité de l'indicateur 7 devrait être rehaussé au-dessus du score de l'indicateur 19. Certains experts ont souligné que les difficultés d'interprétation étaient moindres chez les jeunes. L'utilité est aussi meilleure en raison de l'impact potentiel sur les indications de dépistage pour ce groupe.		
115	7	26,93	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes de 15 à 24 ans

<sup>a</sup> Envisager d'ajouter un indicateur sur la proportion de la population qui déclare des relations anales non protégées.



## 5 Limites

### 5.1 Méthode Delphi

---

Les avantages et inconvénients de la méthode Delphi sont très bien connus. Brièvement, cette technique laisse du temps à la réflexion, ce qui est particulièrement intéressant dans notre contexte. L'anonymat évite que les participants soient influencés par les autres, ce qui limite la tendance à se conformer à l'opinion du groupe. L'expert est libre de répondre au questionnaire au moment de son choix et aucun déplacement n'est requis, ce qui diminue les coûts. Du côté des inconvénients, mentionnons que l'objectif du Delphi, soit l'obtention du consensus, tend à laisser de côté les positions extrêmes. L'analyse des commentaires des experts est particulièrement importante dans ce contexte. La durée du processus est relativement longue (quelques mois), ce qui peut diminuer la motivation et l'intérêt des répondants. Finalement, cet exercice requiert un investissement très important de la part de toutes les personnes impliquées<sup>[1, 4, 9]</sup>.

### 5.2 Subjectivité et biais d'expertise

---

Malgré l'usage de critères bien définis, la détermination d'un niveau de priorité est tributaire de la subjectivité et de l'expertise de chaque participant, en particulier pour le score d'utilité. Il est donc nécessaire de garder à l'esprit que les résultats de la consultation dépendent des experts qui y ont participé. En raison de sa nature subjective, l'exercice de priorisation est susceptible d'avoir été influencé par ce que nous pouvons nommer le « biais d'expertise » (surreprésentation dans un domaine particulier). Afin d'évaluer ce biais, les experts ont répondu à une série de questions sur leur expertise professionnelle. Les scores d'utilité ont été stratifiés en fonction de différents domaines d'expertise afin d'estimer la présence ou non de ce type de biais (voir l'annexe 7 et la section 4.2.1 pour les commentaires). L'absence de certaines expertises est également susceptible d'avoir influencé la priorisation en sous-estimant le niveau de priorité des indicateurs pour lesquels cette expertise était absente (par exemple l'herpès et les indicateurs chez les travailleurs et travailleuses du sexe).

### 5.3 Spécificité des scores

---

Certains experts ont pu sous-estimer l'utilité de certains indicateurs qu'ils croyaient peu faisable ou non valide. Bien séparer l'utilité de la validité et de la faisabilité est un exercice parfois difficile. Ce biais résulterait probablement en la sous-estimation de l'utilité pour les indicateurs connus pour être non valides ou non faisables. Le contraire est également possible. Afin de limiter ce type de biais, des instructions ont été fournies aux experts où il était précisé de porter une attention particulière à bien différencier les trois critères lors de la cotation.

### 5.4 Autres limites

---

Dans le cas des indicateurs issus des grandes banques de données administratives (section 6.1.4), les niveaux de priorité sont quelque peu incertains. Un score de priorité global n'a pas été calculé pour ces indicateurs en raison de la quantité indéterminée de développement anticipé pour les opérationnaliser. Toutefois, les scores d'utilité sont disponibles pour orienter les décisions.

Ce document décrit une liste d'indicateurs dont certains seront priorisés. Bien que notre préoccupation fût d'être le plus exhaustifs possible, certains indicateurs peuvent tout de même ne pas avoir été identifiés pour diverses raisons. Certaines dimensions d'analyses peuvent ne pas être

mentionnées dans ce document et être très pertinentes. Ce rapport se veut donc un point de départ à un processus évolutif et adaptatif.

## 6 Discussion

### 6.1 Principaux constats et enjeux

---

La priorisation des efforts dans le domaine de la surveillance des ITSS est une nécessité considérant les ressources très limitées disponibles au Québec. Les priorités établies au moment de cette consultation sont susceptibles d'évoluer dans le temps compte tenu des objectifs mêmes de la surveillance épidémiologique et de la nécessité de l'adapter au contexte et aux nouvelles connaissances, eux-mêmes en pleine évolution. Il est primordial d'effectuer régulièrement une évaluation des systèmes de surveillance, y compris des activités de surveillance de seconde génération, afin de s'assurer qu'ils soient adaptés au contexte épidémiologique. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent de mener aux cinq ans une évaluation globale et exhaustive des systèmes de surveillance du VIH et des autres ITSS. Ce processus d'évaluation périodique des activités de surveillance devrait inclure un inventaire des données disponibles, l'identification des lacunes à combler, l'identification des populations à risque (ou de « proxy ») et l'évaluation régulière de leur distribution géographique et de leur nombre<sup>[12]</sup>.

Il est rassurant et peu surprenant de constater que les indicateurs « classiques » et bien connus sont parmi ceux qui ont été cotés les plus prioritaires. Dans le même ordre d'idée, les indicateurs qui présentent le plus de défis quant à la faisabilité sont ceux qui sont généralement classés parmi les moins prioritaires. Les indicateurs de la surveillance de seconde génération, en particulier chez les personnes UDI et les HARSAH, ont obtenu des scores de priorité parmi les plus élevés, ce qui est en accord avec les recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA.

Le lecteur intéressé trouvera des **informations complémentaires** à l'annexe 6 qui présente des fiches descriptives détaillées pour chacun des indicateurs, incluant les commentaires des experts sur la validité, la faisabilité, les pistes de solutions, le plan d'analyse et les possibilités de jumelage de sources de données.

#### 6.1.1 SURVEILLANCE DE SECONDE GÉNÉRATION

Rappelons que la surveillance de seconde génération, telle que décrite par l'ONUSIDA et l'OMS, concerne essentiellement le VIH, bien que d'autres ITSS puissent être mesurées au besoin, et les populations clés (UDI, HARSAH et travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que leurs clients). Les activités de surveillance de seconde génération doivent inclure des prélèvements biologiques (VIH, autres ITSS selon la pertinence), la connaissance du statut d'infection, l'évaluation de la fréquence des comportements à risque, l'accès aux soins, aux traitements et aux services préventifs ainsi qu'une estimation de la taille et de la localisation géographique de ces populations<sup>[11]</sup>. Il semble donc important de recommander de prioriser la surveillance de seconde génération dans ces populations clés avant d'investir des ressources dans des enquêtes auprès des autres populations vulnérables<sup>[11]</sup>. Les réseaux de surveillance de seconde génération sont actuellement tributaires de la disponibilité du financement de l'ASPC, ce qui risque de poser un problème majeur au niveau de leur pérennité. Le financement disponible pour le réseau SurvUDI a diminué de plus de 50 % au cours des dernières années et le réseau Argus (HARSAH) n'a pas été financé depuis le cycle 2008-2009. Son rehaussement est nécessaire considérant la très grande importance de la problématique des ITSS chez les HARSAH au Québec et dans le monde depuis plusieurs années.

Le CITSS souligne d'ailleurs le manque de données chez les travailleurs et travailleuses du sexe au Québec. Plusieurs des experts consultés ont souligné que de telles données sont absolument essentielles, malgré les scores d'utilité assez modérés obtenus pour ces indicateurs (21-23, 54-56,

99-101, 120). Ces scores modérés ont possiblement été sous-estimés en raison d'un biais de sous-représentation de ce type d'expertise au Québec. Le CITSS suggère donc de rehausser les scores d'utilité obtenus par l'ensemble des indicateurs proposés chez les travailleurs et travailleuses du sexe. Il semble effectivement nécessaire de mieux caractériser le travail du sexe au Québec (estimation du nombre et distribution géographique, comportements à risque, prévalence des ITSS). Cette population clé constitue possiblement un « core group » pour certaines ITSS (VIH et infection gonococcique en particulier).

## INDICATEURS CONCERNÉS

	
<b>21</b>	Prévalence du VIH et du VHC chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>22</b>	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>23</b>	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>54</b>	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>55</b>	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>56</b>	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>99</b>	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
<b>100</b>	Parmi les travailleurs et travailleuses du sexe séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
<b>101</b>	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
<b>120</b>	Nombre de travailleurs et travailleuses du sexe au Québec

Pour orienter la surveillance de seconde génération (HARSAH, UDI et travailleurs/travailleuses du sexe ainsi que leurs clients), l'ONUSIDA et l'OMS recommandent de se baser sur des estimations géographiques des tailles de ces populations clés<sup>[11]</sup>. Étant donné que ces populations sont susceptibles de se déplacer et que leurs tailles devraient évoluer dans le temps, il est nécessaire d'évaluer périodiquement la taille et la localisation géographique de ces populations pour mieux cibler les enquêtes de surveillance de seconde génération. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent une cartographie géographique annuelle et l'estimation des tailles aux endroits les plus pertinents<sup>[12]</sup>. L'estimation du nombre de personnes faisant partie des populations clés au Québec permettrait d'évaluer le poids épidémiologique que représente chacune de ces populations. L'OMS et l'ONUSIDA rappellent également que la surveillance de seconde génération devrait être un outil souple pouvant être adapté au contexte épidémiologique changeant, mais qu'il est tout aussi

important de maintenir une certaine base (méthode, localisations géographique et périodicité stables) afin de pouvoir suivre les tendances temporelles<sup>[12]</sup>.

Les experts consultés recommandent unanimement une collecte de données annuelle ou en continu pour la surveillance de seconde génération chez les personnes UDI et les HARSAH. Chez les travailleurs et travailleuses du sexe, des études exploratoires sont nécessaires avant de penser à faire des suggestions sur la périodicité des enquêtes.

Les experts ont d'ailleurs souligné l'importance d'obtenir des données d'incidence du VIH et du VHC chez les UDI et les HARSAH. Le maintien de ces réseaux en continu serait souhaitable, non seulement pour assurer la validité et la précision des données d'incidence, mais également parce que les coûts pour maintenir un système de surveillance en continu sont probablement moindres que des enquêtes répétées considérant les efforts importants nécessaires pour relancer périodiquement ce type d'enquête et renouer les liens avec le terrain. Le fait d'espacer les enquêtes diminue fortement la capacité d'obtenir de bonnes données d'incidence. La méthode appropriée pour estimer les taux d'incidence du VIH et du VHC chez les UDI et les HARSAH a été discutée. Un test d'infection récente peut être utilisé de façon valide dans le cadre d'un système de surveillance populationnel, mais pas dans le cadre de la surveillance de seconde génération. La mesure d'un taux d'incidence valide chez des populations clés dépend donc entièrement de la capacité à détecter les participations à répétition pour un même individu. La confidentialité étant un enjeu éthique majeur, l'utilisation de codes encryptés tels que ceux utilisés dans le réseau SurvUDI est une solution à envisager pour l'ensemble de la surveillance de seconde génération.

Il a été jugé important d'envisager des prélèvements de sang (*dried blood spot*) plutôt que d'exsudat gingival dans SurvUDI, notamment pour obtenir de meilleures données d'incidence du VHC. Un prélèvement de sang permettrait de mesurer la présence de l'ARN viral et de confirmer la présence d'une infection active par le VHC.

L'importance des indicateurs sur les drogues consommées a été mise en évidence lors des groupes de discussion. Ces informations sont très utiles pour adapter les interventions et les messages de prévention. Les experts considèrent toutefois que la mesure des infections génitales à *C. trachomatis* ne serait une priorité pour aucune des populations clés ou autres populations vulnérables, à l'exception peut-être des jeunes et des jeunes en difficulté. L'utilité de surveiller les infections gonococciques dans le cadre de la surveillance de seconde génération a été jugée plutôt faible pour la majorité des populations vulnérables à l'exception des travailleurs et travailleuses du sexe, où il y a pertinence à évaluer leur statut de noyau de transmetteur pour cette infection. L'évaluation de la couverture vaccinale ne serait une priorité pour aucune des populations clés ou autres populations vulnérables. Beaucoup de réserves ont été mentionnées à propos de la validité des indicateurs de statut vaccinal auto-déclaré dans les réseaux de surveillance de seconde génération.

L'utilité de surveiller la prévalence de sérologie tréponémique positive (syphilis) dans les diverses populations (indicateurs 7, 11, 14, 19 et 22) a été remise en question par plusieurs experts dont ceux du CITSS et le CALI, puisque cette mesure permet difficilement de différencier les syphilis infectieuses et les syphilis anciennes. Cet indicateur est très peu utile s'il est mal interprété, et une bonne interprétation nécessite des données cliniques complémentaires et une analyse approfondie de l'histoire clinique de chaque cas, cette analyse étant possiblement trop complexe pour un contexte de surveillance. Dans sa forme actuelle, cet indicateur pourrait cependant demeurer utile chez les jeunes (indicateur 7), considérant la forte probabilité d'une première infection dans ce groupe. Cependant, la syphilis est une ITS de « core group », et la prévalence attendue chez les jeunes est très faible, sinon nulle. Il est donc probablement plus pertinent de faire un suivi

épidémiologique rigoureux des éclosions des cas déclarés chez les jeunes, comme lors de la récente éclosion en 2012-2013, plutôt que de tenter de mesurer la prévalence dans le cadre d'enquêtes périodiques<sup>[33]</sup>. La récente vigie rehaussée pour la syphilis chez les jeunes via MADO aurait d'ailleurs bénéficié de façon importante d'une meilleure capacité à faire des liens entre les régions, un nouvel argument en faveur de la revue du système.

#### INDICATEURS CONCERNÉS



7	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes de 15 à 24 ans
11	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les UDI
14	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les HARSAH
19	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes en difficulté
22	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les travailleurs et travailleuses du sexe

La faisabilité des enquêtes de seconde génération a été jugée très bonne considérant la longue expérience du Québec dans ce domaine. Il est aussi nécessaire de reconnaître que ce type de surveillance nécessite des ressources importantes, et la faisabilité est entièrement tributaire du financement disponible et de la précieuse collaboration des chercheurs, des statisticiens, des responsables régionaux, des organismes où se fait le recrutement ainsi que des intervieweurs. Obtenir une bonne représentativité dans ces enquêtes est aussi un défi constant considérant les méthodes de recrutement possibles basées sur des lieux (*venue-based*) ou sur les répondants (*respondent-driven sampling*). Par exemple, les HARSAH recrutés dans Argus sont-ils représentatifs de tous les HARSAH du Québec? Étant donné que les participants à Argus sont recrutés dans les lieux de socialisation gais, ils sont représentatifs des HARSAH qui fréquentent ces lieux. Ces méthodes présentent évidemment des biais, mais ce type de recrutement demeure la meilleure option disponible. Comparativement au recrutement basé sur les répondants, le recrutement basé sur les lieux permet possiblement une meilleure stabilité pour l'évaluation des tendances. Les deux méthodes de recrutement ont le potentiel de se compléter.

#### 6.1.2 SURVEILLANCE CHEZ LES AUTRES POPULATIONS VULNÉRABLES ET « PROXY »

Certaines autres considérations pourraient justifier l'étude de populations « proxy », ou autres populations vulnérables, en plus des populations classiques de la surveillance de seconde génération. Par exemple, il pourrait être tout à fait justifié d'étudier une population ayant une fréquence très élevée de comportements à risque tels l'injection de drogues avec des seringues déjà utilisées par d'autres personnes qui s'injectent, les relations sexuelles anales non protégées et les relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires. L'étude d'une population « proxy » est particulièrement intéressante si cette population est facile à joindre pour une enquête. La surveillance chez les jeunes en difficulté, les Autochtones et les personnes incarcérées se situe dans cette catégorie. Certaines autres populations pourraient possiblement être pertinentes pour ce type d'enquêtes, notamment les personnes fréquentant régulièrement les bars et discothèques (« proxy » de la population hétérosexuelle à risque) et les travailleurs itinérants (« proxy » de clients des travailleuses du sexe)<sup>[10, 11, 15]</sup>.

Concernant la surveillance biologique et comportementale chez les autres populations vulnérables ou populations « proxy » (consulter la section 1.1.4 au besoin), la périodicité des collectes recommandée par les experts ayant participé à la consultation est généralement plus espacée. La périodicité

recommandée pour la collecte de données chez les communautés originaires de pays fortement endémiques pour le VIH se situe entre 3 et 10 ans, sans consensus. Les experts recommandent de façon assez unanime une collecte aux 3 à 5 ans chez les jeunes de la population générale, les jeunes en difficulté, les personnes incarcérées et les Autochtones.

Les indicateurs proposés chez les Autochtones des régions 17 et 18 (26, 27, 59, 60, 105, 106, 107) ont été jugés très peu faisables en raison du manque de ressources, et considérant la principale source de données proposée qui nécessite la tenue d'enquêtes périodiques de surveillance biologique et comportementale.

#### INDICATEURS CONCERNÉS

	
<b>26</b>	Prévalence du VIH et du VHC chez les Autochtones
<b>27</b>	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les Autochtones
<b>59</b>	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériels incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les Autochtones
<b>60</b>	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les Autochtones
<b>105</b>	Proportion des Autochtones ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
<b>106</b>	Parmi les Autochtones séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
<b>107</b>	Proportion d'Autochtones vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)

Compte tenu des nombreuses particularités régionales, la faisabilité a été discutée en considérant deux enquêtes séparées chez les Autochtones, soit une pour les régions 17 et 18 et une pour les autres régions du Québec. Des difficultés majeures ont été identifiées, en particulier pour les régions 17 et 18. Ces difficultés incluent le manque de ressources de première ligne, les distances importantes à parcourir, les barrières culturelles, l'importance accrue du biais de désirabilité sociale dans cette population ainsi que la difficulté d'obtenir des prélèvements biologiques. Certains indicateurs comportementaux sont déjà récoltés par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador pour les Premières nations non conventionnées, mais l'ajout de prélèvements biologiques est jugé peu faisable. Parmi les pistes de solutions évoquées, notons la possibilité de joindre l'enquête SurvUDI/I-Track pour les problématiques liées à l'injection de drogues (VIH et VHC). Cependant, la faisabilité de joindre un nombre important d'Autochtones des régions 17 et 18 est incertaine considérant les lieux de recrutement de convenance utilisés actuellement dans SurvUDI (Centres d'accès au matériel d'injection, principalement). Hors des régions 17 et 18, pour les autres ITS, il serait intéressant de cibler davantage les 15-30 ans par l'intermédiaire des centres de santé dans toutes les communautés autochtones pour le volet comportements sexuels, ITS et utilisation des services.

### 6.1.3 SURVEILLANCE POPULATIONNELLE

Le Québec possède déjà un registre des MADO (infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique, syphilis, lymphogranulomatose vénérienne, granulome inguinal, chancre mou, hépatites C et B) et un programme de surveillance du VIH, ce qui assure déjà la disponibilité de certains indicateurs (liste 2). Étant donné que ces indicateurs sont déjà disponibles et inclus dans le plan commun de surveillance, la réflexion s'est donc orientée vers les améliorations complémentaires pour augmenter l'utilité et la validité des données issues de ces systèmes et sur l'identification de possibles lacunes à combler.

Les données de surveillance des MADO sous-estiment l'ampleur des problèmes en raison du biais de consultation, particulièrement important pour les infections souvent asymptomatiques comme les infections génitales à *C. trachomatis*, et sont fortement influencées par les variations temporelles de l'intensité du dépistage. Afin d'être en mesure de mieux interpréter ces données, le nombre de tests de détection des ITSS effectués et leurs taux de positivité devraient être disponibles systématiquement pour la province (avec croisement pour les mêmes variables démographiques que celles disponibles dans le registre MADO) (indicateurs 88a et 88b). En ce moment, le volume de test est, en théorie, facilement disponible (indicateur 88a), mais les informations à propos de la positivité ou des caractéristiques des cas ne se retrouvent pas dans la source de donnée de l'indicateur 88a. C'est la raison pour laquelle l'indicateur 88b est proposé car, bien que demandant considérablement plus d'énergie et de ressources, l'utilité et la validité de l'indicateur 88b seraient supérieures.

#### INDICATEURS CONCERNÉS



<b>88a</b>	Nombre de tests de détection des ITSS par infection, région et hôpital (DGSSMU)
<b>88b</b>	Taux de positivité des tests de détection des ITSS par infection, âge, sexe, région et code postal - résultats des laboratoires centralisés au LSPQ

Une autre voie possible pour compléter les données des registres de surveillance serait d'estimer les prévalences populationnelles des ITSS par des enquêtes périodiques avec échantillons biologiques et évaluation des comportements, mais ce type d'études coûte extrêmement cher compte tenu de l'échantillon très important nécessaire pour une bonne représentativité et pour une bonne précision de la mesure de prévalence pour les ITSS moins fréquentes (infection gonococcique, syphilis infectieuse, VIH et VHC). Des indicateurs de prévalence pour la population générale n'ont donc pas été suggérés dans le cadre de cette consultation. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent d'ailleurs de mener des enquêtes populationnelles pour mesurer la prévalence du VIH uniquement dans un contexte d'épidémie généralisée<sup>[26]</sup>. Conserver une approche par enquêtes périodiques chez les populations clés les plus à risque et possiblement certaines autres populations « proxy » est certainement une avenue beaucoup plus coût-efficace qu'envisager l'équivalent, pour le Québec, d'une enquête populationnelle telle l'enquête « National Health and Nutrition Examination Survey » (NHANES) menée aux États-Unis par les CDC<sup>17</sup>. Il serait cependant intéressant d'obtenir des données de ce type, dans une situation de ressources abondantes, selon une périodicité plus longue ou des devis alternatifs (cas-témoins, etc.) afin de mieux renseigner sur l'épidémiologie des ITSS dans la population générale et guider les indications de dépistage. Dans le contexte actuel d'épidémies de type concentré pour la majorité des pathogènes (VIH, syphilis, LGV, infection gonococcique, VHC), l'attribution de ressources à ce type d'enquête populationnelle ne devrait certainement pas être faite au détriment de la surveillance de seconde génération. De surcroît, il

<sup>17</sup> [http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/about\\_nhanes.htm](http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/about_nhanes.htm).

serait très pertinent de faire le lien avec l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) et d'envisager la possibilité d'utiliser les échantillons biologiques qui y sont déjà récoltés. Il sera important d'explorer si, pour certaines problématiques spécifiques, l'ECMS serait susceptible de répondre à nos besoins et d'offrir une puissance statistique et une représentativité intéressantes pour le Québec.

L'un des objectifs principaux de la surveillance des ITSS est de soutenir l'élaboration et l'évaluation des interventions et des programmes de prévention et de contrôle des ITSS, notamment la couverture de services préventifs, le dépistage et l'accès aux traitements, l'intervention préventive auprès des personnes atteintes et auprès des partenaires et l'amélioration des pratiques). L'analyse et l'utilisation optimale des données de surveillance et de vigie des ITSS sont donc des devoirs très importants de la santé publique. Or, de très nombreuses barrières à l'utilisation optimale des données existent présentement au Québec, les principales étant liées à l'absence d'un système informatisé commun pour la saisie des données d'enquêtes épidémiologiques, mais également à leur accès par les analystes des données. Le manque de ressources humaines et financières pour l'analyse et l'utilisation des données est une autre barrière très importante.

Dans le cas des enquêtes épidémiologiques et du registre des MADO, la loi de santé publique fait une distinction claire entre la surveillance de l'état de santé de la population et la vigie/protection en cas de menace à la santé de la population (Chapitre XI, section I, Enquêtes épidémiologiques des directeurs de santé publique). La vigie par enquêtes épidémiologiques, seule source d'information sur les facteurs de risque des cas déclarés d'ITSS, est un pouvoir des directeurs de santé publique. Actuellement, le regroupement des données d'enquêtes épidémiologiques au niveau provincial peut être réalisé uniquement dans le cadre d'une vigie rehaussée qui doit être autorisée par le directeur national et les directeurs de santé publique des régions. Or, le regroupement au niveau de la province est actuellement d'une lourdeur administrative considérable. Il n'existe actuellement aucun système de saisie provinciale pour les données d'enquêtes épidémiologiques, et chaque région est responsable de la saisie et de l'analyse de ses propres données. La disponibilité de ressources humaines est souvent très limitée au niveau régional pour l'analyse des données d'enquêtes et leur utilisation optimale, qui bénéficierait également d'un meilleur partage des connaissances et des méthodes pour l'analyse (INSPQ, MSSS, BSV). Une autre limite importante est l'absence dans le registre provincial d'un identifiant unique par individu qui permettrait d'identifier les doublons (dont l'identification serait utile aussi bien intra-région qu'inter-régions).

En conséquence de ces nombreuses limites, certains indicateurs proposés sont présentement difficiles ou impossibles à calculer (indicateurs 28, 29, 30, 37, 38, 39, 70, 71, 74, 75, 76, 109).

## INDICATEURS CONCERNÉS



<b>28, 29 et 30</b>	Proportion de la population ayant contracté plus d'une ITS ( <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection gonococcique) au cours d'une période donnée (1 an) - Proportion des cas de chlamydia ayant fait un second épisode au cours de l'année - Proportion des cas de gonorrhée ayant fait un second épisode au cours de l'année
<b>37</b>	Proportion des MADO avec exposition/acquisition à l'étranger
<b>38</b>	Nombre de cas MADO par pays ou continent d'exposition/acquisition
<b>39</b>	Distribution de fréquence des facteurs d'expositions les plus pertinents mentionnés par les cas déclarés d'ITSS MADO (faisant l'objet d'une enquête épidémiologique selon l'offre de service de base et/ou vigies rehaussée)
<b>70</b>	Nombre de cas co-infectés par <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>
<b>71</b>	Nombre de cas co-infectés par le VHC et le VHB
<b>74</b>	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHC
<b>75</b>	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHB
<b>76</b>	<del>Proportion de cas de VIH co-infectés par la syphilis</del> - Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH
<b>109</b>	Nombre d'échecs de traitements de l'infection gonococcique

La surveillance et la vigie des MADO sont deux activités complémentaires qui se distinguent uniquement par la notion de menace à la santé, dans le cas de la vigie. La surveillance et la vigie sont toutes deux susceptibles d'utiliser des méthodes et des sources de données communes, notamment diverses méthodes d'épidémiologie d'intervention (aussi nommée épidémiologie de terrain ou épidémiologie appliquée)<sup>34</sup>. Par exemple, une banque de données provinciale regroupant les données d'enquêtes épidémiologiques sur les facteurs de risque pourrait tout aussi bien être utilisée dans un cadre de surveillance, pour évaluer les tendances dans l'évolution des facteurs de risque, que dans un cadre de vigie/intervention en cas de menace. Or, il semble que l'utilisation optimale des données s'accommode mal de l'actuelle séparation administrative et légale entre la surveillance et la vigie, et entre le niveau régional et provincial. Chaque région effectue sa propre vigie, et actuellement, les moyens disponibles pour effectuer une vigie provinciale sont insuffisants. Il serait donc avantageux d'identifier des moyens permettant de mener ces activités de façon intégrée et collaborative. Parmi les pistes de solutions intéressantes, l'élaboration d'un système informatisé central de saisie pour les enquêtes épidémiologiques, l'assouplissement du processus de vigie rehaussée, l'introduction d'un identifiant unique dénominalisé afin de regrouper les données au niveau provincial ainsi que le partage d'information et de connaissances entre les analystes provinciaux (incluant les professionnels de l'Institut national de santé publique et du Ministère de la Santé et des Services sociaux) et régionaux de surveillance et de vigie ont été identifiées. L'exploitation de la nouvelle communauté de pratique en épidémiologie de terrain (ÉPITER, cpepiter@inspq.qc.ca) pourrait également être une avenue intéressante pour une exploitation optimale de l'information. Attribuer des ressources suffisantes pour l'utilisation des données est bien sûr un pré-requis.

Certaines situations particulières dans le domaine des ITSS MADO sont des menaces à la santé, et sont donc des objectifs de vigie provinciale. La LGV, la syphilis infectieuse, l'antibiorésistance de *N. gonorrhoeae* ainsi que les échecs au traitement sont de bonnes cibles pour une surveillance/vigie plus active et interventionnelle, en bonne partie parce que ces problèmes demeurent pour l'instant assez rares pour que l'on puisse parler d'éclosions (LGV, syphilis congénitale et sensibilité réduite de *N. gonorrhoeae* envers les céphalosporines de troisième génération), ou parce que l'infection est fortement concentrée chez les HARSAH et que des données d'enquêtes épidémiologiques pourraient aider à mieux intervenir auprès de cette population (syphilis infectieuse, voir l'article cité pour un bon exemple d'utilisation des données de vigie pour la syphilis chez les HARSAH)<sup>[35]</sup>. Le potentiel d'efficacité de ce champ de l'épidémiologie appliquée, un domaine très dynamique et en plein essor, est très important. Les nouvelles méthodes et approches développées permettront ultimement des interventions ciblées en temps opportun. Par exemple, des éclosions de quelques cas de LGV sont observées de façon sporadique, et concentrées chez les HARSAH. Il est encore possible de contrôler la LGV par des interventions de santé publique rapides et efficaces (IPPAP), ce qui est déjà plus difficile dans certains pays où le nombre de cas est beaucoup plus important qu'au Québec. Certains doutes ont été soulevés à propos de la nature généralement symptomatique de la LGV. Cette infection serait possiblement asymptomatique dans une proportion non négligeable de cas, et le système de surveillance passive actuel ne permettrait donc pas d'identifier la totalité des infections. Un nouvel indicateur est proposé dans ce contexte, soit l'indicateur 113 (Parmi les cas déclarés d'infections rectales à *C. trachomatis*, proportion reliée à des types LGV) qui permettrait de capturer une certaine proportion des LGV asymptomatiques, le cas échéant. Pour la syphilis infectieuse, les objectifs de vigie se concentrent actuellement pour tenter d'éviter les éclosions chez les hétérosexuels, notamment en raison des conséquences dramatiques de la syphilis congénitale. Dans le cas des infections gonococciques résistantes ou à sensibilité réduite aux antibiotiques, il est nécessaire d'identifier et de traiter efficacement et le plus rapidement possible avant que les souches résistantes, susceptibles de causer des échecs au traitement, ne se disséminent.

Le score d'utilité de l'indicateur 39 (Distribution de fréquence des facteurs d'expositions les plus pertinents mentionnés par les cas déclarés d'ITSS MADO faisant l'objet d'une enquête épidémiologique selon l'offre de service de base et/ou vigies rehaussée) a été rehaussé par le CITSS et le CALI. Les membres des comités émettent l'hypothèse que les experts ont confondu l'utilité et la faisabilité et sous-évalué le score d'utilité de cet indicateur en prenant pour acquis le manque de ressources au niveau régional pour effectuer les enquêtes épidémiologiques et les très nombreuses barrières énumérées dans le paragraphe précédent. Dans le contexte actuel, cet indicateur aurait un score de faisabilité très bas et de nombreuses limites au niveau de la validité, décrites dans le paragraphe précédent, mais les experts sont unanimement d'accord que l'indicateur 39 serait très utile, en particulier dans un contexte d'épidémiologie d'intervention.

Le programme de surveillance du VIH au Québec, présentement en révision, comporte de nombreuses limites liées à l'importance extrême de la confidentialité des données et au contexte légal dans lequel le programme s'inscrit. La collecte d'information est complètement anonyme, ce qui limite énormément les possibilités d'analyses. Le contexte décentralisé des soins au Québec, par opposition à la Colombie-Britannique par exemple, est un autre défi. L'un des enjeux principaux pour calculer plusieurs des indicateurs proposés dans le plan de surveillance est l'utilisation, pour l'instant impossible, d'un identifiant unique par individu qui permettrait de jumeler l'information du programme de surveillance du VIH à d'autres sources de données (indicateurs 61, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 78b, 80, 86, 115). Ceci limite considérablement notre capacité à surveiller l'état de santé des PVVIH, comme le recommandent l'ONUSIDA et l'OMS.

## INDICATEURS CONCERNÉS

	
<b>61</b>	Taux d'hospitalisation pour Infections opportunistes indicatrices du SIDA
<b>72</b>	Nombre de cas de cancers selon le type chez les PVVIH
<b>73</b>	Nombre de cas de maladies cardiovasculaires chez les PVVIH
<b>74</b>	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHC
<b>75</b>	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHB
<b>76</b>	Proportion de cas de VIH co-infectés par la syphilis - Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH
<b>77</b>	Proportion de cas de VIH avec sérologie anti-VHS-2 positive
<b>78</b>	Taux de mortalité par SIDA
<b>78b</b>	Principales causes de mortalité chez les PVVIH (comprend le sida, et calcul de taux)
<b>80</b>	Taux de mortalité selon la cause chez les nouveau-nés vivant avec le VIH - Taux de mortalité selon la cause chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH
<b>86</b>	Nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral
<b>115</b>	Proportion des cas déclarés de VIH avec une charge virale élevée (> 100,000 copies/mL), supprimée ( $\leq$ 200 copies/mL) ou indétectable ( $\leq$ 50 copies/mL) au moment de la déclaration du cas - Charge virale et CD4 : suivi temporel - Lymphocytes T CD4+ au moment du diagnostic

Les experts consultés, dont ceux du LSPQ et du CITSS, ont souligné avec vigueur l'importance de surveiller la cascade de soins chez les PVVIH, soit l'estimation du nombre de personnes infectées et diagnostiquées, le lien et la rétention en suivi médical, la prise de traitement antirétroviral, les indicateurs de charge virale, les complications (sida, etc.) ainsi que les principales causes de décès (figure4). Il faut cependant noter que la première partie de la cascade de soins, soit l'estimation du nombre de personnes infectées qui ne sont pas au courant de leur infection, ne peut être obtenue à partir du programme de surveillance du VIH, mais peut être estimée à partir des données de la surveillance de seconde génération (indicateurs 92, 95, 100, et l'équivalent obtenu par des enquêtes populationnelles lorsque disponibles).

## INDICATEURS CONCERNÉS

	
<b>92</b>	Parmi les UDI séropositifs pour le VIH et le VHC, proportion qui connaissent leur infection
<b>95</b>	Parmi les HARSAH séropositifs pour le VIH, proportion qui connaissent leur infection - Argus
<b>100</b>	Parmi les travailleurs et travailleuses du sexe séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)

Figure 4 Cascade de soins pour l'infection par le VIH

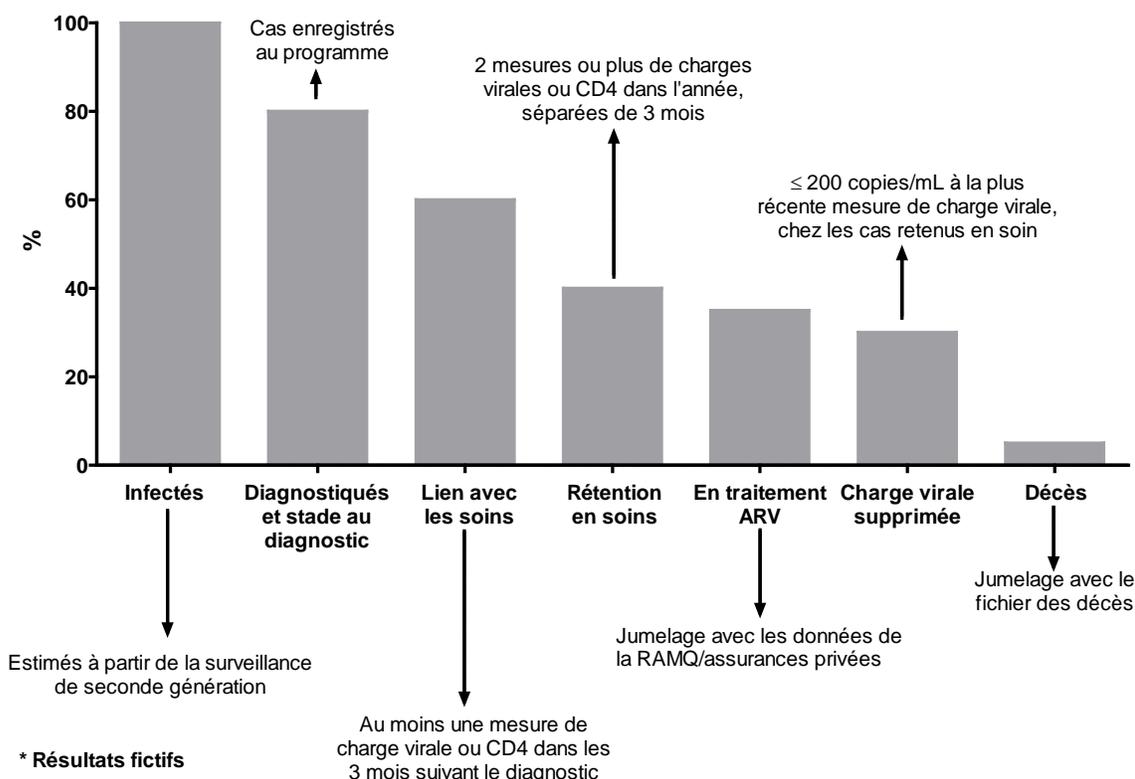


Figure adaptée de l'article suivant : (Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: HIV prevention through care and treatment--United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011 Dec2;60(47):1618-23. PubMed PMID: 22129997).

Les membres du CITSS et le CALI ont également suggéré d'ajouter le suivi des niveaux de lymphocytes T CD4+ au moment du diagnostic comme indicateur de diagnostic précoce ou tardif du VIH (ajouté à l'indicateur 115, qui devrait plutôt être considéré comme un ensemble d'indicateurs calculés à partir des mesures des charges virales et des niveaux de lymphocytes T CD4+). Le lien avec les soins (« link-to-care ») peut être estimé par la proportion de cas nouvellement déclarés ayant eu une mesure de charge virale à l'intérieur de 3 mois (soit un « proxy » pour une première rencontre avec un médecin spécialiste du VIH)<sup>[36, 37]</sup>. Le suivi temporel de la proportion de PVVIH avec une charge virale à des niveaux indétectables ou supprimés (concept de charge virale communautaire) serait important considérant les avancées récentes et l'importance du traitement antirétroviral dans la prévention de la transmission du VIH<sup>[38]</sup>. L'ajout d'un test d'infection récente au programme de surveillance du VIH est un autre développement essentiel (indicateur 2), et encore plus si combiné avec les mesures de charge virale et de CD4 pour en améliorer la valeur prédictive. Il serait également très intéressant de suivre l'état de santé des immigrants récents infectés par le VIH en s'intéressant à leur entrée et à leur rétention en soins, en jumelant les informations de Citoyenneté et immigration Canada au programme de surveillance du VIH, aux résultats de laboratoire pour la charge virale (« link-to-care ») et au Programme fédéral de santé intérimaire (protection de soins de santé, limitée et temporaire, pour les réfugiés et autres groupes déterminés non admissibles aux régimes de soins de santé provinciaux).

Les objectifs principaux de la surveillance de l'état de santé des PVVIH (dont la cascade de soins) sont d'anticiper les besoins en traitements, d'évaluer le succès des interventions préventives auprès des cas (en particulier pédiatriques) et d'estimer la survie des PVVIH. Aux États-Unis, les CDC vont encore plus loin avec l'évaluation de leur stratégie nationale pour le VIH/sida dont les objectifs sont

de réduire le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, augmenter l'accès aux soins, améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH et réduire les inégalités de santé liées à l'infection par le VIH<sup>[36, 37]</sup>. Considérant nos objectifs, qui sont très similaires à ceux des Américains, il est tentant de reprendre leurs indicateurs de cascade de soins développés pour l'évaluation de leur stratégie et qui, de surcroît, reçoivent un large consensus international (figure 4).

Il est également très pertinent de suivre la cascade de soins dans le cas de l'infection par le VHC (indicateurs 62, 63, 64, 65, 79, 83, 92). L'épidémie de VHC est mal contrôlée chez les personnes UDI. La prise en charge actuelle est très insuffisante. Il y a un risque important de complications (cirrhose, carcinome hépatocellulaire, nécessité de greffes dans certains cas) alors que de nouveaux traitements sont disponibles et sont de plus en plus prometteurs. Le calcul de ces indicateurs présente toutefois de nombreuses limites liées à la validité et aux difficultés d'interprétation. Du développement sera donc nécessaire. La surveillance de seconde génération chez les personnes UDI est une autre source d'informations intéressantes complémentaires qui permet d'estimer la proportion d'UDI infectés par le VHC, au courant de leur infection, en suivi médical et en traitement. Ce type de surveillance peut permettre aussi d'inclure de façon ponctuelle, selon les ressources disponibles, des questions complémentaires pour ce genre de problématiques telles que les raisons pour ne pas faire de test de détection, ne pas consulter un médecin ou ne pas adhérer à un traitement. La collecte de ces informations a pour objectif d'améliorer l'efficacité des interventions.

#### INDICATEURS CONCERNÉS



- |           |  |
|-----------|--|
| <b>62</b> | Taux d'hospitalisation pour hépatite C   |
| <b>63</b> | Taux d'hospitalisations pour cirrhose (diagnostic secondaire d'hépatite C et B)  |
| <b>64</b> | Nombre de greffes de foie avec un diagnostic de VHC ou de VHB, analyse séparée par infection                                     |
| <b>65</b> | Taux d'hospitalisations pour carcinome hépatocellulaire (diagnostic secondaire d'hépatite C et B)                                |
| <b>79</b> | Taux de mortalité par VHC chronique (possibilité de combiner par cirrhose ou carcinome hépatocellulaires avec diagnostic de VHC) |
| <b>83</b> | Nombre de personnes souffrant d'hépatite C sous traitement antiviral   |
| <b>92</b> | Parmi les UDI séropositifs pour le VIH et le VHC, proportion qui connaissent leur infection                                      |

La surveillance de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes (indicateur 1) est un indicateur très important, les femmes enceintes étant un « proxy » des femmes de la population générale. C'est donc un bon indicateur de la prévalence du VIH chez les femmes de la population générale. En combinaison avec la prévalence dans les populations clés de la surveillance de seconde génération, il permet de faire la distinction entre une épidémie de VIH concentrée (prévalence inférieure à 1 % chez les femmes enceintes) ou une épidémie généralisée (prévalence systématiquement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes). La couverture de cet indicateur en zone urbaine est particulièrement importante<sup>[10, 12]</sup>. Il faut cependant noter que l'ONUSIDA et l'OMS examinent en ce moment la possibilité d'utiliser les informations des programmes de prévention de la transmission verticale du VIH plutôt que la surveillance sentinelle en clinique prénatale pour obtenir cette information dans les zones où ces programmes de prévention ont une très bonne couverture.

Parmi les secteurs de la surveillance où il manque clairement des données pour le Québec, mentionnons la mesure des impacts des ITSS sur la société. Les données sont souvent fragmentaires ou même inexistantes en ce qui concerne les conséquences économiques des ITSS ainsi que le fardeau de morbidité et de mortalité que représentent les complications associées aux ITSS au Québec (atteinte inflammatoire pelvienne, grossesse ectopique, stérilité, cancers, cirrhose hépatique, etc.). Certains de ces indicateurs sont importants dans le cadre de l'évaluation de la cascade de soins, mais aussi afin de fournir des données économiques aux décideurs. La majorité de ces indicateurs seraient obtenus à partir des grandes banques administratives à propos desquelles une discussion plus approfondie est présentée plus loin (section 6.1.4).

Le CALI souligne l'importance d'investir des ressources sur la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques ainsi que des échecs au traitement dans le contexte alarmant de l'apparition de souches difficiles à traiter. Cette inquiétude est partagée au niveau mondial, notamment par les États-Unis qui qualifient la problématique de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques d'urgence, soit le niveau d'alerte le plus élevé dans leur système<sup>[39]</sup>. Il serait souhaitable d'intégrer les indicateurs 85, 110 et 114 (et possiblement 109) dans le cadre d'une structure commune afin de faciliter la collecte et la centralisation de l'information ainsi que son analyse. Le CALI souligne également l'impact négatif de l'augmentation de l'utilisation des nouvelles technologies de détection sur les données de surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques. Plus précisément, l'utilisation grandissante des tests de détection de *N. gonorrhoeae* par amplification des acides nucléiques (TAAN) a pour conséquence de diminuer le nombre de souches disponibles pour évaluer la fréquence de la résistance aux antibiotiques, au point où leur nombre pourrait rapidement devenir insuffisant. L'indicateur 114 est donc très important dans ce contexte. Dans cette situation, l'établissement d'un réseau de cliniques sentinelles est probablement la seule solution possible afin de maintenir un nombre suffisant de cultures pour l'évaluation de la résistance et des facteurs d'exposition des cas avec résistance ou sensibilité réduite. La surveillance sentinelle dans divers milieux cliniques est utilisée par certains pays pour investiguer les comportements. Tout comme la surveillance de seconde génération, la surveillance sentinelle de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques nécessitera des ressources importantes.

#### INDICATEURS CONCERNÉS

	
<b>85</b>	Distribution de fréquence de traitements administrés aux cas déclarés d'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> avec résistance ou sensibilité réduite
<b>109</b>	Nombre d'échecs de traitements de l'infection gonococcique
<b>110</b>	Distribution des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes ou à sensibilité réduite envers les antibiotiques recommandés pour le traitement selon les facteurs d'exposition
<b>114</b>	Proportion des cas de <i>N. gonorrhoeae</i> détectés par TAAN vs par culture

Les échecs de traitement de l'infection gonococcique (indicateur 109) pourraient être surveillés de façon complémentaire par un système sentinelle et par le système MADO. Les États-Unis, le Royaume-Uni et le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) ont proposé des plans d'action pouvant servir de modèle intéressants pour le développement de notre système québécois<sup>[40-42]</sup>.

L'indicateur 111 (fréquence des génotypes de VIH circulants) a été proposé dans le contexte où de nouvelles applications potentiellement intéressantes pour la santé publique sont susceptibles de s'appuyer sur l'information génotypique et phylogénétique. Pour plusieurs autres pathogènes, la caractérisation de souche s'est révélée très utiles pour identifier et investiguer des éclosions en se basant sur la similitude génétique des souches. Tel que soulevé par Brooks et Sandstrom<sup>[43]</sup>, une banque de données anonyme regroupant les informations génétiques sur les souches de VIH pourrait permettre d'identifier des agrégats et mener à des investigations d'éclosions et des interventions de santé publique qui pourraient permettre de prévenir la transmission. Certaines méthodes d'analyse nouvelles pourraient même permettre de préciser une date d'infection. Cependant, ces avancées ne seraient probablement pas disponibles à court terme, notamment en raison du contexte légal entourant la surveillance du VIH au Québec.

Pour l'indicateur 108 (Fréquence des souches de VIH résistantes aux antirétroviraux), une donnée agrégée serait probablement peu utile. Contrairement à la situation pour *N. gonorrhoeae*, l'utilité épidémiologique serait plus faible car le traitement est individualisé pour chaque patient. Un élément d'utilité serait d'obtenir le portrait de résistance des cas n'ayant jamais reçu de traitement antirétroviral auparavant, ce qui serait un indicateur des résistances en circulation et non pas des résistances développées par les patients en traitement. Considérant que la résistance provient d'un ensemble de mutations complexes, cette analyse serait possiblement trop lourde pour un contexte de surveillance continue. Il y aurait peut-être intérêt à jumeler l'indicateur 108 à l'indicateur 111 décrit au paragraphe précédent dans le cas où l'une des voies empruntées éventuellement pour le développement de la surveillance serait d'établir une banque anonyme de souches pour l'identification d'agrégats. L'identification d'agrégats avec des résistances à certains antirétroviraux pourrait présenter un intérêt pour la vigie dans le cas où des souches multirésistantes dangereuses apparaîtraient, de façon similaire à ce qui a été observé avec les infections gonococciques.

Plusieurs autres enjeux ont été identifiés, notamment l'augmentation de la mobilité des populations qui accroît le risque de dissémination des infections et des souches résistantes d'un pays à l'autre. Les indicateurs 37 et 38 seraient intéressants dans ce contexte, mais il est actuellement peu faisable de les obtenir via le système de surveillance MADO compte tenu des nombreuses limites discutées précédemment.

#### INDICATEURS CONCERNÉS

	
<b>37</b>	Proportion des MADO avec exposition/acquisition à l'étranger
<b>38</b>	Nombre de cas MADO par pays ou continent d'exposition/acquisition

L'intérêt de plusieurs auteurs pour les réinfections et certaines co-infections (28-30, 70, 71, 74-77) souligne leur potentiel intéressant comme indicateurs de surveillance<sup>[44]</sup>. Il semble important de se questionner sur la pertinence de développer de tels indicateurs qui pourraient être utiles afin de suivre la taille et les caractéristiques des noyaux de transmetteurs, orienter les indications de dépistage et possiblement intervenir avec plus d'intensité auprès de ces cas. Au plan international, les réinfections sont considérées comme l'un des indicateurs les plus importants pour l'infection génitale à *C. trachomatis*. Cet indicateur s'opérationnalise par la recommandation de re-tester après quelques mois tous les cas d'infection génitale à *C. trachomatis* diagnostiqués.

## INDICATEURS CONCERNÉS



<b>28, 29 et 30</b>	Proportion de la population ayant contracté plus d'une ITS ( <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection gonococcique) au cours d'une période donnée (1 an) - Proportion des cas de chlamydia ayant fait un second épisode au cours de l'année - Proportion des cas de gonorrhée ayant fait un second épisode au cours de l'année
<b>70</b>	Nombre de cas co-infectés par <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>
<b>71</b>	Nombre de cas co-infectés par le VHC et le VHB
<b>74</b>	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHC
<b>75</b>	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHB
<b>76</b>	Proportion de cas de VIH co-infectés par la syphilis
<b>77</b>	Proportion de cas de VIH avec sérologie anti-VHS-2 positive

L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires sexuels est une intervention efficace, mais aucune information n'est disponible pour savoir comment elle est appliquée au niveau régional et local. L'indicateur 87 (Nombre d'interventions, nombre et proportion de partenaires rejoints et de partenaires traités) est proposé dans ce contexte. Sa faisabilité est cependant incertaine considérant l'absence de banque de données complète. La banque I-CLSC pourrait être explorée à cet égard, mais sa validité est incertaine et les données obtenues seraient incomplètes car n'incluant pas les interventions effectuées ailleurs qu'en CLSC (cliniciens des groupes de médecine familiale et unités hospitalières, par exemple).

Parmi les indicateurs proposés dans le cadre des enquêtes populationnelles (indicateurs 31 à 36), certains nous apparaissent potentiellement moins valides (indicateurs 31, 34 et 35), notamment en raison du biais de désirabilité sociale très important associé à l'injection de drogue et au travail du sexe ainsi que de la difficulté de rejoindre des personnes souvent désaffiliées comme les personnes UDI et les travailleurs et travailleuses du sexe dans le cadre de ces enquêtes. Il nous semble également moins faisable de les intégrer à ce type d'enquêtes considérant que des questions sur ces sujets risquent d'offusquer beaucoup de personnes. Une piste de solution proposée a été de ne poser la question qu'à un sous-ensemble de la population ou de poser ces questions à la toute fin de l'entrevue. Cependant, les indicateurs 32, 33 et 36 seraient possiblement plus valides et moins susceptibles au biais de désirabilité sociale. Ces questions sont très importantes pour suivre la fréquence des comportements sexuels dans la population générale. Il semble important de préciser que, pour bien interpréter l'information sur l'usage du condom, des données devrait être disponibles sur le type de partenaire (régulier, occasionnel, d'un soir, etc.), tel que proposé à l'indicateur 36. De plus, il apparaît pertinent de considérer l'ajout à l'indicateur 36 d'une précision qui permettrait d'estimer la proportion de la population ayant eu des relations anales non protégées au cours de la dernière année, considérant le risque élevé associé à cette pratique sexuelle.

## INDICATEURS CONCERNÉS



- 31** Proportion de la population ayant fait usage de drogues par injection dans la dernière année (enquête populationnelle)
- 32** Nombre de partenaires sexuels chez les personnes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe des partenaires (enquête populationnelle)
- 33** Nombre de nouveaux partenaires sexuels dans la dernière année (enquête populationnelle)
- 34** Fréquence de pratique du travail du sexe dans la dernière année (enquête populationnelle)
- 35** Fréquence de recours au travail du sexe dans la dernière année (en tant que client) (enquête populationnelle)
- 36** Fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (enquête populationnelle)

Les conséquences de la transmission de l'herpès génital au nouveau-né sont très graves et justifient une certaine forme de surveillance épidémiologique. Considérant que des mesures préventives de la transmission verticale existent, l'utilisation de données de surveillance permettrait notamment de les cibler davantage<sup>[45]</sup>. L'herpès néonatal a déjà été une maladie à déclaration obligatoire au Québec. Elle était alors fortement sous-déclarée. L'indicateur proposé ici (indicateur 4 : Taux d'incidence de l'herpès néonatal par 100 000 naissances vivantes) serait calculé à partir du registre des hospitalisations et nécessiterait des validations complémentaires. La cote d'utilité de cet indicateur est également susceptible d'avoir été influencée par un biais de sous-représentation de l'expertise, donc possiblement sous-estimée.

Sans que cela ne soit abordé spécifiquement dans le cadre de cet exercice, quelques pistes supplémentaires ont été suggérées par les experts, notamment celle d'obtenir des informations à propos des pratiques sexuelles émergentes, en particulier chez les jeunes hétérosexuels (sexe de groupe et « sex parties », par exemple). Cependant, cet enjeu relèverait plutôt de la recherche considérant qu'il s'agit d'étudier des phénomènes sociaux, peu caractérisés, qu'il serait difficile de capter convenablement par l'intermédiaire de données de surveillance. Bien que l'un des principaux objectifs de la surveillance soit d'identifier les phénomènes émergents, dans ce cas précis, des travaux de recherche seraient certainement mieux adaptés.

### 6.1.4 GRANDES BANQUES ADMINISTRATIVES

La majorité des indicateurs proposés qui seraient obtenus à partir des grandes banques administratives concerne l'estimation du fardeau de complications des ITSS. Les scores d'utilité obtenus sont généralement assez élevés. Nous avons également demandé la question suivante aux experts de la consultation Delphi :

Vous apparaît-il important de mieux connaître le fardeau des ITSS fréquentes en termes de morbidité (complications) et de coûts? Les choix de réponses étaient les suivants :

- 0: (- - -) Très peu important
  - 1: (- -) Très peu important
  - 2: (-) Très peu important
  - 3: (- - -) Peu important
  - 4: (-) Peu important
  - 5: Assez important
  - 6: Important (+)
  - 7: Important (+ +)
  - 8: Important (+ + +)
  - 9: Très important/essentiel (+ +)
  - 10: Très important/essentiel (+ + +)
- Ne sait pas

Le score moyen obtenu en réponse à cette question est de 8,67, avec un bon niveau de consensus. Les experts ont donc reconnu l'importance de mieux connaître le fardeau des ITSS fréquentes en termes de complications et de coûts.

Les indicateurs des grandes banques administratives n'ont pas été cotés pour la validité et la faisabilité. Ce choix a été fait en raison du développement important nécessaire pour la plupart de ces indicateurs, et donc de l'incertitude quant à leur score de validité et de faisabilité. Cette incertitude est en partie due au fait que plusieurs propositions de jumelage (discutées à la section 6.1.5) ont été faites en lien avec les banques de données administratives. Les indicateurs non cotés pour la validité et la faisabilité sont présentés au tableau 7, en ordre décroissant de score d'utilité.

La majorité des banques administratives sont déjà disponibles, ce qui suggère une très bonne faisabilité pour la plupart de ces indicateurs. De plus, une expertise considérable dans le traitement de ces banques de données se retrouve à l'INSPQ, notamment dans le domaine des maladies chroniques, au bureau d'information et d'études en santé des populations.

Cependant, des études de validation devront être entreprises pour la majorité des indicateurs. Les définitions de cas (les codes de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes/CIM-10), les algorithmes et la valeur prédictive positive devront être validés pour la plupart de ces indicateurs, ce qui impliquera notamment des revues de dossiers. La complétude des banques de données devra également être évaluée. Par exemple, il est bien connu que les salpingites et grossesses ectopiques sont traitées de plus en plus de façon ambulatoire. Ceci a pour conséquence une complétude de plus en plus faible de la banque MEDÉCHO et la nécessité de se tourner vers une source de données alternative (RAMQ, services médicaux rémunérés à l'acte à explorer). Dans le cas de la banque du programme de procréation assistée, de la banque SIC-SRC (Centres de réadaptation en dépendance) et de I-CLSC, en élaboration ou établies très récemment, elles ont été très peu utilisées jusqu'à maintenant et nécessiteront une exploration et des validations probablement plus importantes. Dans le cas de la banque des services pharmaceutiques de la RAMQ, l'un des défis est d'estimer sa complétude pour les traitements qui nous intéressent. Quelle proportion des personnes traitées est remboursée par des assurances privées et quelle proportion par la RAMQ? De plus, ceci est susceptible de changer dans le temps, notamment avec la situation d'emploi des personnes assurées ou avec l'âge (la RAMQ assure environ 96 % des personnes de 65 ans et plus), ce qui pose un défi pour l'interprétation des analyses de tendances temporelles.

**Tableau 7 Indicateurs obtenus à partir des grandes banques administratives**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Indicateur
1	66	8,47	Nombre de salpingites et de grossesses ectopiques (hospitalisations et cas ambulatoires) – MEDÉCHO et RAMQ
2	78	8,35	Taux de mortalité par SIDA - Fichier des décès
3	78b	8,35	Principales causes de mortalité chez les PVVIH - Fichier des décès
4	79	8,10	Taux de mortalité par VHC chronique (possibilité de combiner par cirrhose ou carcinome hépatocellulaires avec diagnostic de VHC) - Fichier des décès
5	63	7,91	Taux d'hospitalisations pour cirrhose du foie (diagnostic secondaire d'hépatite C et B, analyse séparée par infection) - MEDÉCHO
6	62	7,86	Taux d'hospitalisation pour hépatite C - MEDÉCHO
7	65	7,81	Taux d'hospitalisations pour carcinome hépatocellulaire (diagnostic secondaire d'hépatite C et B, analyse séparée par infection) - MEDÉCHO
8	73	7,80	Nombre de cas de maladies cardiovasculaires chez les PVVIH - MEDÉCHO
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 73 devrait être diminué		
9	125	7,78	Nombre de décès attribuables à une surdose de drogue - Fichier des décès et bureau du coroner
10	83	7,72	Nombre de personnes souffrant d'hépatite C sous traitement antiviral - RAMQ
	Cet indicateur du PCS (80) serait inclus dans les indicateurs 78 (Taux de mortalité par SIDA) et 78b (Principales causes de mortalité chez les PVVIH) et donc rehaussé au même score que les indicateurs 78 et 78b		
11	80	7,65	Taux de mortalité par VIH/SIDA chez les nouveau-nés - Fichier des décès
12	126	7,59	Distribution des personnes en traitement de réadaptation pour la dépendance par types de drogues chez les UDI et non-UDI – SIC-SRD
13	72	7,53	Nombre de cas de cancers selon le type chez les PVVIH – Registre québécois du cancer
	Le CITSS considère que le score d'utilité de l'indicateur 72 devrait être diminué		
14	67	7,47	Nombre de femmes avec un diagnostic d'infertilité tubaire consultant pour procréation assistée - Programme de procréation assistée
15	4	7,31	Taux d'incidence de l'herpès néonatal par 100 000 naissances vivantes - MEDÉCHO
16	124	7,06	Nombre d'hospitalisations pour une surdose de drogues n'ayant pas entraîné le décès – MEDÉCHO, Urgences, RAMQ/rémunération à l'acte
17	8	7,00	Nombre de cas auto-déclarés de VIH et de VHC chez les personnes en traitement de réadaptation pour la dépendance, chez les UDI et non UDI – SIC-SRD

**Tableau 7 Indicateurs obtenus à partir des grandes banques administratives (suite)**

Position	Numéro d'indicateur	Score moyen utilité	Indicateur
18	69	6,61	Taux d'hospitalisations pour autres complications des ITS bactériennes (arthrite gonococcique, gonococcémie, etc.) - MEDÉCHO
19	68	6,58	Taux d'hospitalisation pour syphilis - MEDÉCHO
20	61	5,42	Taux d'hospitalisation pour Infections opportunistes indicatrices du SIDA - MEDÉCHO

### 6.1.5 JUMELAGE DE BANQUES DE DONNÉES

Il sera probablement nécessaire de jumeler certaines banques de données pour obtenir plusieurs des indicateurs proposés ou en améliorer la validité. **Les jumelages envisagés sont décrits en détails dans chacune des fiches descriptives de l'annexe 6.** Le jumelage est proposé généralement lorsque certaines informations sont manquantes dans une banque mais se trouveraient dans une autre. Par exemple, certaines banques administratives ne comprennent pas d'information valide sur le diagnostic (services pharmaceutiques/RAMQ, par exemple) et un simple volume ne permet souvent qu'une interprétation très limitée. Le jumelage à des données complémentaires par l'intermédiaire d'identifiants uniques (aux cas déclarés ou aux cas hospitaliers, par exemple) permettrait d'améliorer considérablement la qualité de l'information ainsi que son utilité pour l'intervention de santé publique. Le jumelage de banques de données pose cependant des défis particuliers, tant au niveau du développement et des validations nécessaires que de l'encadrement éthique. Une vigilance accrue doit être accordée à la sécurité et à la confidentialité des données. Le bureau d'information et d'études en santé des populations de l'INSPQ possède l'expertise et la sécurité requises, ainsi qu'une bonne expérience de l'analyse de banques de données jumelées.

### 6.1.6 INDICATEURS ÉLIMINÉS

Des réserves importantes ont été amenées à propos de la validité des indicateurs de statut vaccinal auto-déclaré dans les réseaux de surveillance de seconde génération. Il sera impossible de faire le lien avec le registre de vaccination, notamment parce que les réseaux de surveillance de seconde génération ont seulement de l'information non nominale à propos des participants et que la consultation du registre au moment des entrevues apparaît également non faisable. Il est suggéré de ne pas retenir ces indicateurs dans le PMSM (93, 96, 98, 101, 104 et 107).

## INDICATEURS CONCERNÉS

	
<b>93</b>	Proportion d'UDI vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
<b>96</b>	Proportion de HARSAH vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
<b>98</b>	Proportion de jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse) vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
<b>101</b>	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
<b>104</b>	Proportion de personnes incarcérées vaccinées contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
<b>107</b>	Proportion d'Autochtones vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)

Les experts consultés lors des groupes de discussion thématique ont également suggéré d'éliminer les indicateurs 123 et 123b, jugés très peu utiles et peu pertinents à la surveillance des ITSS. La tuberculose est déjà une MADO sous surveillance attentive, et les questionnaires d'enquêtes comprennent des questions à propos de l'usage de drogues en général, soit une information plus pertinente que l'usage par injection dans le cas de la tuberculose. Nous avons donc retiré ces deux indicateurs de notre liste d'indicateurs proposés.

## INDICATEURS CONCERNÉS

	
<b>123</b>	Fréquence de la tuberculose (et co-infection VIH) chez les UDI
<b>123b</b>	Proportion des cas déclarés de tuberculose qui déclarent l'usage de drogue par injection

### 6.1.7 INDICATEURS COMMUNS À D'AUTRES PMSM

Les indicateurs 89 ainsi que 124 à 128 sont essentiels pour implanter et évaluer les services d'injection supervisés pour les personnes utilisatrices de drogues par injection ainsi que les autres services en réduction des méfaits. Ces services visent notamment la prévention de la transmission du VIH et du VHC par le partage de matériel de consommation de drogue. Ces indicateurs sont nécessaires pour décrire les caractéristiques locales qui déterminent les besoins (le nombre et l'étendue des autres services publics et communautaires de soutien aux personnes qui font usage de drogues (les centres de réadaptation en dépendance, les traitements de substitution aux opiacés, les services à bas seuil d'accès); le nombre de décès, de transports ambulanciers et d'hospitalisations liés à l'utilisation de drogues dans la région (surdoses, endocardites, abcès); les taux d'infections transmissibles par le sang (VIH et VHC) et des estimations des taux locaux de dépendance aux drogues)<sup>[46]</sup>.

## INDICATEURS CONCERNÉS



- 89** Matériel d'injection remis par les ASSS aux CAMI
  - Nombre de CAMI par région sociosanitaire (RRSS)
  - Statistiques sur les visites, le matériel remis et les services utilisés par les personnes UDI (monitorage facultatif)
- 124** Nombre d'hospitalisations pour une surdose de drogues n'ayant pas entraîné le décès
- 125** Nombre de décès attribuables à une surdose de drogue
- 126** Distribution des personnes en traitement de réadaptation pour la dépendance par types de drogues chez les UDI et non-UDI
- 127** Nombre de médecins ayant prescrit un traitement de substitution (méthadone et suboxone) à des personnes couvertes par le régime général d'assurances médicaments
- 128** Nombre de personnes en traitement de substitution (méthadone et suboxone)

L'indicateur 67 (nombre de femmes avec un diagnostic d'infertilité tubaire consultant pour procréation assistée, selon la cause de l'infertilité) est déjà retenu par le volet Santé maternelle et infantile du PMSM – procréation médicalement assistée. Lors de la rédaction du présent document, le système d'information était toujours en voie d'élaboration. Il s'agit évidemment d'un indicateur important pour le suivi des complications des ITSS et il sera important d'explorer l'utilisation de cette source de données.

L'indicateur 122 (Prévalence du VPH chez les femmes de 18 ans et plus) est nécessaire dans le cadre du volet immunisation du PMSM, pour la surveillance et l'évaluation du programme de vaccination contre le VPH.

Il sera important de s'assurer de faire les liens pertinents avec les responsables de ces autres volets du PMSM lors du processus d'opérationnalisation.



## 7 Conclusion

L'importance primordiale de la surveillance de seconde génération pour la surveillance de l'épidémie de VIH dans un contexte d'épidémie concentrée au sein de noyaux de transmetteurs est l'un des éléments principaux qui ressort de façon très évidente de cette consultation d'experts. En complémentarité avec le Programme de surveillance du VIH, la surveillance de seconde génération devrait être considérée comme la base nécessaire à la surveillance du VIH au Québec.

Le système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) pour les ITSS ainsi que le programme de surveillance du VIH au Québec pourraient bénéficier considérablement d'une révision, notamment au niveau de leurs cadres réglementaires. Ceci permettrait l'élaboration de nombreux nouveaux indicateurs afin de compléter la surveillance des ITSS au Québec ainsi que la vigie provinciale en réponse aux menaces à la santé. Certaines pistes de solutions et d'améliorations ont d'ailleurs été identifiées. Elles comprennent l'élaboration d'un système informatisé central de saisie pour les enquêtes épidémiologiques, l'assouplissement du processus de vigie rehaussée, l'introduction d'un identifiant unique dénominalisé afin de regrouper les données au niveau provincial ainsi que le partage d'information et de connaissances entre les analystes provinciaux (incluant les professionnels de l'Institut national de santé publique et du ministère de la Santé et des Services sociaux) et régionaux de surveillance et de vigie.

Un autre élément qui est clairement ressorti de la consultation est l'importance de suivre le fardeau des ITSS et les cascades de soins pour le VIH et le VHC. Ces indicateurs permettent entre autres d'estimer le fardeau économique associé aux ITSS et d'aider à la prise de décision. L'importance de ces indicateurs fait largement consensus et des ressources considérables seront nécessaires pour leur développement.



## Références

1. Directions de santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux and en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2005) *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, 599 p.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux and Direction générale de la santé publique (2008) *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 103 p.
3. Blouin, K. and Parent, R. (2011) *Analyse des cas déclarés d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, d'infection gonococcique et de syphilis au Québec par année civile - 1994-2009 (et données préliminaires 2010)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 349 p.
4. Groupe de travail Guide d'intervention ITS-MADO (2014) *Guide d'intervention - Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 339 p.
5. Statistique Canada. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)*. [Accessed 29-jan-2015]; Available from: [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5071](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5071).
6. Boerma, J.T. and Weir, S.S. (2005) Integrating demographic and epidemiological approaches to research on HIV/AIDS: the proximate-determinants framework. *J Infect Dis*, 191 Suppl 1, S61-7.
7. Aral, S.O., Padian, N.S. and Holmes, K.K. (2005) Advances in multilevel approaches to understanding the epidemiology and prevention of sexually transmitted infections and HIV: an overview. *The Journal of infectious diseases*, 191 Suppl 1, S1-6.
8. Holmes, K.K., Sparling, P.F., Stamm, W.E., et collab., eds. *Sexually transmitted diseases*. 4<sup>th</sup> ed. 2008, McGraw Hill Medical.
9. Thomas, J.C. and Stratton, S., *Sexual transmission*, in *Epidemiologic methods for the study of infectious diseases*, Thomas, J.C. and Weber, D.J., Editors. 2001, Oxford University Press: New York. p. 267-290.
10. Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (2011) *Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 52 p.
11. Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST (2013) *Lignes directrices pour la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH : une mise à jour connaître son épidémie*, ONUSIDA, Organisation mondiale de la Santé, 76 p.
12. Organisation mondiale de la Santé (2010) *Interventions prioritaires : prévention, traitement et soins du VIH/sida dans le secteur de la santé - version 2.0*, Organisation mondiale de la Santé, 164 p.
13. Niccolai, L.M., Shcherbakova, I.S., Toussova, O.V., et collab. (2009) The potential for bridging of HIV transmission in the Russian Federation: sex risk behaviors and HIV prevalence among drug users (DUs) and their non-DU sex partners. *Journal of urban health*, 86 Suppl 1, 131-43.

14. Doherty, I.A. (2011) Sexual networks and sexually transmitted infections: innovations and findings. *Current opinion in infectious diseases*, 24(1), 70-77.
15. UNAIDS/WHO Working group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2013) *Evaluating a national surveillance system*, Geneva, World Health Organization, 55 p.
16. Wilson, D. and Halperin, D.T. (2008) "Know your epidemic, know your response": a useful approach, if we get it right. *Lancet*, 372(9637), 423-6.
17. Sous-comité Charge virale et risque de transmission du VIH and Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) (2014) *Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 61 p.
18. Urbanus, A.T., van Houdt, R., van de Laar, T.J., et collab. (2009) Viral hepatitis among men who have sex with men, epidemiology and public health consequences. *Euro surveillance : bulletin europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 14(47).
19. Matthews, G.V. and Dore, G.J. (2008) HIV and hepatitis C coinfection. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 23(7 Pt 1), 1000-1008.
20. Lefebvre, B. (2012) *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec - Rapport 2011*, Institut national de santé publique du Québec, 37 p.
21. Unemo, M., Golparian, D., Nicholas, R., et collab. (2012) High-level cefixime- and ceftriaxone-resistant Neisseria gonorrhoeae in France: novel penA mosaic allele in a successful international clone causes treatment failure. *Antimicrob Agents Chemother*, 56(3), 1273-80.
22. Ohnishi, M., Golparian, D., Shimuta, K., et collab. (2011) Is Neisseria gonorrhoeae initiating a future era of untreatable gonorrhoea?: detailed characterization of the first strain with high-level resistance to ceftriaxone. *Antimicrobial agents and chemotherapy*, 55(7), 3538-45.
23. Stoltey, J.E. and Barry, P.M. (2012) The use of cephalosporins for gonorrhoea: an update on the rising problem of resistance. *Expert Opin Pharmacother*, 13(10), 1411-20.
24. Syed, A.M., Hjarne, L. and Aro, A.R. (2009) The Delphi technique in developing international health policies: experience from the SARS Control Project. *The Internet Journal of Health*, 8(2), 13.
25. Turoff, M. and Linstone, H.A., *The Delphi Method: Techniques and Applications*, New Jersey Institute of Technology, Editor 2002: New Jersey. p. 618.
26. Maleki, K. (2009) *Méthodes quantitatives de consultation d'experts : Delphi, Delphi public, Abaque de Régnier et impacts croisés*. Paris, Publibook p.
27. Lynch, P., Jackson, M. and Saint, S. (2001) Research Priorities Project, year 2000: establishing a direction for infection control and hospital epidemiology. *Am J Infect Control*, 29(2), 73-8.
28. Pinault, R. and Daveluy, C. (1995) *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal, Éditions Nouvelles. 480 p.
29. German, R.R., Lee, L.M., Horan, J.M., et collab. (2001) Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group. *MMWR Recomm Rep*, 50(RR-13), 1-35; quiz CE1-7.

30. (1999) Guidelines for national human immunodeficiency virus case surveillance, including monitoring for human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep*, 48(RR-13), 1-27, 29-31.
31. Banks, D.E., Shi, R., McLarty, J., et collab. (2009) American College of Chest Physicians consensus statement on the respiratory health effects of asbestos. Results of a Delphi study. *Chest*, 135(6), 1619-27.
32. Blouin, K., Allard, P.R., Parent, R., et collab. (2012) *Rapport intégré : épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 183 p.
33. Venne, S., Lambert, G., Fadel, R., et collab. (2013) *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2012 (et projections 2013)*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 89 p.
34. Porta, M.S. (2008) *A dictionary of epidemiology*. Toronto, Oxford University Press. 289 p.
35. Bernstein, K.T., Stephens, S.C., Strona, F.V., et collab. (2013) Epidemiologic characteristics of an ongoing syphilis epidemic among men who have sex with men, San Francisco. *Sex Transm Dis*, 40(1), 11-7.
36. Centers for Disease, C. and Prevention (2013) Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data - United States and 6 dependent areas - 2011. *HIV Surveillance Supplemental Report*, 18(5), 4-47.
37. Centers for Disease, C. and Prevention (2011) Vital signs: HIV prevention through care and treatment--United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 60(47), 1618-23.
38. Cohen, M.S., Chen, Y.Q., McCauley, M., et collab. (2011) Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *The New England journal of medicine*, 365(6), 493-505.
39. Centers for Disease Control and Prevention (2013) *Antibiotic resistance threats in the United States, 2013*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 113 p.
40. Health Protection Agency (2013) *Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP) Action Plan for England and Wales: Informing the Public Health Response*, Health Protection Agency, 17 p.
41. European centre for Disease Prevention and Control (2012) *Response plan to control and manage the threat of multidrug-resistant gonorrhoeae in Europe*, European centre for Disease Prevention and Control, 18 p.
42. Centers for Disease Control and Prevention (2012) *Cephalosporin-resistant Neisseria gonorrhoeae public health response plan*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 25 p.
43. Brooks, J.I. and Sandstrom, P.A. (2013) The power and pitfalls of HIV phylogenetics in public health. *Can J Public Health*, 104(4), e348-50.
44. Wikstrom, E., Bloigu, A., Ohman, H., et collab. (2012) An increasing proportion of reported Chlamydia trachomatis infections are repeated diagnoses. *Sex Transm Dis*, 39(12), 968-72.

45. Corey, L. and Wald, A. (2009) Maternal and neonatal herpes simplex virus infections. *N Engl J Med*, 361(14), 1376-85.
46. Cloutier, R. (2013) *Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 10 p.

## **Annexe 1**

### **Cibles fixées dans la stratégie de lutte aux ITSS en lien avec le PNSP**



## Cibles fixées dans la stratégie de lutte aux ITSS en lien avec le PNSP<sup>[2]</sup>

### Infection à *Chlamydia trachomatis*

- Réduire le taux d'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 pour 100 000 personnes et, plus précisément :
  - à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans;
  - à moins de 7 pour 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).

### Infection gonococcique

- Réduire le taux d'incidence des infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément :
  - à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an;
  - à moins de 35 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans;
  - à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.

### Syphilis

- Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de deux ans.
- Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.

### VIH

- Maintenir à moins de deux le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.
- Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH à moins de 550 par année et, plus précisément :
  - le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année;
  - le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année.
- Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes-années chez les HARSAH et à moins de 2,7 par 100 personnes-années chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

### VHC

- Réduire l'incidence du VHC à moins de 23 par 100 personnes-années chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

### Autre

- Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatoses vénériennes chez les HARSAH.



## **Annexe 2**

**Indicateurs supprimés et ajoutés lors du groupe  
de discussion focalisé de l'étape 1**



## Indicateurs supprimés et ajoutés lors du groupe de discussion focalisé de l'étape 1

### Indicateurs retirés de la liste pour la priorisation (annexe 3)

- Prévalence du VIH chez les nouveau-nés – PCS, C 373
- Taux d'incidence des condylomes dans la population générale
- Prévalence de la syphilis chez les communautés ethnoculturelles originaire de pays fortement endémiques pour le VIH
- Prévalence de la syphilis chez les personnes incarcérées
- Prévalence de la syphilis chez les Autochtones
- Proportion d'utilisateurs de drogues par injection qui partagent leur matériel d'injection (EQSP), PCS, É 467
- Pratique du travail du sexe à vie (EQSP)
- Recours au travail du sexe à vie (EQSP)
- Utilisation d'internet pour faire des rencontres sexuelles (EQSP)
- Exposition des cas déclarés ITSS-MADO. Redéfinis et combinés en un seul indicateur, PCS, C 341, 390, 458

### Indicateurs ajoutés à la liste pour la priorisation (annexe 3)

- Prévalence de la syphilis infectieuse chez les jeunes de 15 à 24 ans de la population générale
- Proportion de la population ayant contracté plus d'une infection génitale à *Chlamydia trachomatis* au cours d'une période donnée
- Proportion de la population ayant contracté plus d'une infection gonococcique au cours d'une période donnée
- Proportion de la population ayant contracté plus d'une ITSS MADO au cours d'une période donnée
- Fréquence de la tuberculose chez les UDI
- Mode de recrutement de partenaires sexuels : sites de rencontres, médias sociaux (Facebook), application de téléphones intelligents (Blindr), etc. chez certains groupes vulnérables
- Nombre de décès attribuables à une surdose létale
- Nombre d'hospitalisations pour une surdose de drogues n'ayant pas entraîné le décès
- Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des UDI (CAMI) : nombre de visites, quantité de matériel distribué (seringues, ampoules d'eau, stéricup, pipes, etc.), nombre de CAMI, etc.
- Charge virale du VIH
- Attitudes et croyances de la population à l'égard des populations vulnérables (PVVIH, HARSAH, UDI, etc.) et de l'approche de réduction des méfaits



## **Annexe 3**

**Liste pour la priorisation-objets et indicateurs de surveillance mentionnés dans le PCS et non opérationnels ou nouveaux indicateurs suggérés par le groupe de travail et validés par le groupe d'experts lors de l'étape 1**



## Liste pour la priorisation – Objets et indicateurs de surveillance mentionnés dans le PCS et non opérationnels ou suggérés par le groupe de travail et validés par le groupe d’experts lors de l’étape 1

Statut opérationnel mentionné dans le document du PCS, version 2005 : Disponible (D), à consolider (C), à élaborer (É).

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
<b>Fréquence des infections : population générale</b>				
1. VIH chez les femmes enceintes	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes  Envisager aussi la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes	1-Surveillance du VIH 2-CMIS CHU Ste-Justine 3-Nombre total de tests VIH faits chez les femmes enceintes et nombre de positifs 4-Estimer le dénominateur par le nombre de grossesses (naissances vivantes, mortinaissances, avortements thérapeutiques et spontanés) 5-Réseau sentinelle de collecte d'échantillons anonymisés	C, 374	1-Disponible 2-Disponible 3-À élaborer 4-Disponible 5-À élaborer
2. VIH	Taux d'incidence de cas de VIH nouvellement détectés dans la population générale dont l'infection est récente	1-Surveillance du VIH (ajout d'un test d'infection récente)	Nouvelle proposition	1-Disponible
3. VIH chez les nouveau-nés	Taux d'incidence du VIH chez les nouveau-nés (remplace l'indicateur mentionné actuellement dans le PCS : 373)	1-Surveillance du VIH 2-CMIS CH Ste-Justine 3-Naissances vivantes	Nouvelle proposition, remplace 373	1-Disponible 2-Disponible
4. Herpès néonatal	Taux d'incidence de l'herpès néonatal par 100 000 naissances vivantes	1-MEDÉCHO 2-Naissances vivantes, MSSS	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible
<b>Fréquence des infections : populations vulnérables</b>				
5. Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> chez les jeunes de 15 à 24 ans	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-Une première enquête est en cours

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
6. Infection gonococcique	Prévalence de l'infection gonococcique chez les jeunes de 15 à 24 ans	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1- Une première enquête est en cours
7. Syphilis	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes de 15 à 24 ans <sup>a</sup>	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer, non mesuré actuellement
8. VIH et VHC	Nombre de cas auto déclarés de VIH et de VHC chez les personnes en traitement de réadaptation pour la dépendance, chez les UDI et non UDI	1- Base de données SIC-SRD	Nouvelle proposition	1-En cours d'élaboration, disponibilité prévue en avril 2012
9. VIH	Nombre de cas de VIH chez les immigrants	1-Citoyenneté et immigration Canada	Nouvelle proposition	1-Disponible
10. a1 – Prévalence VIH <sup>b</sup>	Prévalence du VIH chez les UDI	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
10. a2 – Prévalence VHC	Prévalence du VHC chez les UDI	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
10. b1 – Incidence VIH <sup>c</sup>	Taux d'incidence du VIH chez les UDI	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
10. b2 - Incidence VHC	Taux d'incidence du VHC chez les UDI	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
11. Syphilis	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les UDI	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-À élaborer, cette infection n'est pas mesurée
12. Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les UDI	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-À élaborer, ces infection ne sont pas mesurées

<sup>a</sup> La formulation de cet indicateur a été précisée à la suite de recommandations par certains experts du CALI, après la consultation. Cette modification n'a pas de conséquences sur le résultat de la priorisation. La formulation initiale était « Prévalence de marqueurs sérologiques pour la syphilis ».

<sup>b</sup> Indicateur 10 séparé par infection lors du groupe de discussion thématique sur la surveillance de seconde génération. Utilité cotée en groupe de travail.

<sup>c</sup> Indicateurs d'incidence (10b1 et 10b2) ajoutés pour les UDI et les HARSAH lors du groupe de discussion thématique sur la surveillance de seconde génération. Utilité cotée en groupe de travail.

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
12. a1 - Prévalence VIH	Prévalence du VIH chez les HARSAH	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
13. a2 - Prévalence VHC	Prévalence du VHC chez les HARSAH	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
13. b1 - Incidence VIH	Taux d'incidence du VIH chez les HARSAH	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-À consolider
13. b2 - Incidence VHC	Taux d'incidence du VHC chez les HARSAH	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-À consolider
14. Syphilis	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les HARSAH	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
15. Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les HARSAH	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-À élaborer, ces infections ne sont pas mesurées
16. VIH et VHC	Prévalence du VIH et du VHC chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH	1-Québécois d'origine Haïtienne/E-Track 2-Québécois d'origine Africaine et Caribéenne autre que Haïtienne, de langue anglaise	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer
17. Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH	1-Québécois d'origine Haïtienne/E-Track 2- Québécois d'origine Africaine et Caribéenne autre que Haïtienne, de langue anglaise	Nouvelle proposition	1-À élaborer, ces infections ne sont pas mesurées 2-À élaborer
18. a - VIH et VHC <sup>d</sup>	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes de la rue	1-Jeunes de la rue (E-SYS)	Nouvelle proposition	1-Disponible
18. b) - VIH et VHC	Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes des centres jeunesse	2-Jeunes des centres jeunesse	Nouvelle proposition	1-Disponible
19. Syphilis	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)	1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible

<sup>d</sup> Séparé pour jeunes de la rue et jeunes des centres jeunesse lors du Delphi cycle 1 et coté à nouveau lors du cycle 2.

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
20. Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)	1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible
21. VIH et VHC	Prévalence du VIH et du VHC chez les travailleurs et travailleuses du sexe	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
22. Syphilis	Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les travailleurs et travailleuses du sexe	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
23. Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les travailleurs et travailleuses du sexe	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
24. VIH et VHC	Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
25. Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les personnes incarcérées	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
26. VIH et VHC	Prévalence du VIH et du VHC chez les Autochtones	1-Enquêtes périodiques incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions	Nouvelle proposition	1-À élaborer
27. Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique	Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les Autochtones	1-Enquêtes périodiques incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions	Nouvelle proposition	1-À élaborer
28. Infections répétées	Proportion de la population ayant contracté plus d'une infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> au cours d'une période donnée (1 an) Proportion des cas de chlamydia ayant fait un second épisode au cours de l'année	1-MADO	Nouvelle proposition	1-Disponible

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
29. Infections répétées	Proportion de la population ayant contracté plus d'une infection gonococcique au cours d'une période donnée (1 an) Proportion des cas de gonorrhée ayant fait un second épisode au cours de l'année	1-MADO	Nouvelle proposition	1-Disponible
30. Infections répétées	Proportion de la population ayant contracté plus d'une ITS (infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou infection gonococcique) <sup>e</sup> au cours d'une période donnée (1 an)	1-MADO	Nouvelle proposition	1-Disponible
<b>Comportements et facteurs de risque : population générale</b>				
31. Consommation de drogues par injection dans la dernière année	Proportion de la population ayant fait usage de drogues par injection dans la dernière année	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À ajouter à l'EQSP ou à élaborer?
32. Nombre de partenaires sexuels selon le sexe des partenaires	Nombre de partenaires sexuels chez les personnes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe des partenaires	1-EQSP	Nouvelle proposition mais déjà à l'infocentre	1-Disponible à l'infocentre
33. Comportements sexuels	Nombre de nouveaux <sup>f</sup> partenaires sexuels dans la dernière année	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À ajouter à l'EQSP ou à élaborer?
34. Comportements sexuels	Fréquence de pratique du travail du sexe dans la dernière année	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À ajouter à l'EQSP ou à élaborer?
35. Comportements sexuels	Fréquence de recours au travail du sexe dans la dernière année (en tant que client)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À ajouter à l'EQSP ou à élaborer?

<sup>e</sup> Les infections par le VHC et la syphilis n'ont pas été retenues, pour l'instant, en raison de problèmes de validité anticipés. À réévaluer au besoin.

<sup>f</sup> Distinguer de l'indicateur déjà disponible à l'Infocentre, car on précise le nombre de **nouveaux** partenaires vs. le nombre total de partenaires dans l'année (**Liste 2** : Comportements et facteurs de risque : population générale).

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
36. Comportements sexuels	Fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À ajouter à l'EQSP ou à élaborer?
<b>Comportements et facteurs de risque : populations vulnérables</b>				
37. Exposition à l'étranger	<p>Proportion des MADO avec exposition/acquisition à l'étranger</p> <p>Le fichier central MADO contient une variable acquisition à l'étranger, c'est-à-dire lorsque la seule exposition est dans un autre pays.</p> <p>Lors des enquêtes épidémiologiques, des questions sont posées à propos des voyages, soit de l'exposition à l'étranger.</p>	<p>1-MADO, MSSS</p> <p>2- Intégrer de nouveaux indicateurs aux renseignements sur les MADO accessibles de façon dépersonnalisés et compilés/analysés au niveau provincial</p>	C, 361	<p>1-Disponible, mais données incomplètes</p> <p>2-À élaborer</p>
38. Exposition à l'étranger	<p>Nombre de cas MADO par pays ou continent d'exposition/acquisition</p> <p>Le fichier central MADO contient une variable acquisition à l'étranger, c'est-à-dire lorsque la seule exposition est dans un autre pays.</p> <p>Lors des enquêtes épidémiologiques, des questions sont posées à propos des voyages, soit de l'exposition à l'étranger.</p>	<p>1-MADO, MSSS</p> <p>2- Intégrer de nouveaux indicateurs aux renseignements sur les MADO accessibles de façon dépersonnalisés et compilés/analysés au niveau provincial</p>	C, 364	<p>1-Disponible mais données incomplètes</p> <p>2-À élaborer</p>
39. Exposition des cas déclarés des ITSS MADO	Distribution de fréquence des facteurs d'expositions les plus pertinents mentionnés par les cas déclarés d'ITSS MADO (faisant l'objet d'une enquête épidémiologique selon l'offre de service de base et/ou vigies rehaussée)	1- Intégrer de nouveaux indicateurs aux renseignements sur les MADO accessibles de façon dépersonnalisés et compilés/analysés au niveau provincial	C, 390, 341, 458	1-À élaborer

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
40. Comportements sexuels chez les jeunes de 15 à 24 ans	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc.	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer 2-En cours
41. Comportements sexuels chez les jeunes du secondaire	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc.	1-EQSJS	Nouvelle proposition	1-Les autres indicateurs seront disponibles en 2012
42. Comportements de consommation de drogue chez les UDI	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke)	1-SurvUDI/I-Track	C, 457	1-Disponible
43. Comportements de consommation de drogue chez les UDI	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois	1-SurvUDI/I-Track	C, 457	1-Disponible
44. Comportements sexuels chez les UDI	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1-SurvUDI/I-Track	C, 457	1-Disponible
45. Comportements de consommation de drogue chez les HARSAH	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke)	1-Argus/M-Track	C, 457	1-Disponible
45b. Comportements de consommation de drogue chez les HARSAH <sup>9</sup>	Principales drogues consommées dans les 6 derniers mois chez les HARSAH	1-Argus/M-Track	C, 457	1-Disponible

<sup>9</sup> Ajouté lors du groupe de discussion thématique sur la surveillance de seconde génération.

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
46. Comportements sexuels chez les HARSAH	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, « à risque ») et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1-Argus/M-Track	C, 457	1-Disponible
47. Comportements sexuels chez les HARSAH	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blindr), etc.	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
48. Comportements de consommation de drogue chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke)	1-Québécois d'origine Haïtienne/E-Track 2- Québécois d'origine Africaine et Caribéenne autre que Haïtienne, de langue anglaise	C, 457	1-Disponible 2-À élaborer
49. Comportements sexuels chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1-Québécois d'origine Haïtienne/E-Track 2- Québécois d'origine Africaine et Caribéenne autre que Haïtienne, de langue anglaise	C, 457	1-Disponible 2-À élaborer
50. Comportements de consommation de drogue chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke)	1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse	C, 457	1-Disponible 2-Disponible
51. Comportements de consommation de drogue chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)	Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois	1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse	C, 457	1-Disponible 2-Disponible

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
52. Comportements sexuels chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse	C, 457	1-Disponible 2-Disponible
53. Comportements sexuels chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blindr), etc.	1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible
54. Comportements de consommation de drogue chez les travailleurs et travailleuses du sexe	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke)	1-Enquête périodique	Nouvelle proposition	1-À élaborer
55. Comportements sexuels chez les travailleurs et travailleuses du sexe	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1-Enquête périodique	Nouvelle proposition	1-À élaborer
56. Comportements sexuels chez les travailleurs et travailleuses du sexe	Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blindr), etc.	1-Enquête périodique	Nouvelle proposition	1-À élaborer
57. Comportements de consommation de drogue chez les personnes incarcérées	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (en détention et hors détention) (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke)	1-Enquête périodique	Nouvelle proposition	1-À élaborer

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
58. Comportements sexuels chez les personnes incarcérées	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1-Enquête périodique	Nouvelle proposition	1-À élaborer
59. Comportements de consommation de drogue chez les Autochtones	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke)	1-Enquête périodique incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions	Nouvelle proposition	1-À élaborer
60. Comportements sexuels chez les Autochtones	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1- Enquête périodique incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions	Nouvelle proposition	1-À élaborer
<b>Morbidité et complications : population générale</b>				
61. SIDA	Taux d'hospitalisations pour infections opportunistes indicatrices du SIDA	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients	D, C, 370	1-Disponible 2-Disponible
62. Hépatite C	Taux d'hospitalisations pour hépatite C	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients	D, C, 388	1-Disponible 2-Disponible
63. Cirrhoses	Taux d'hospitalisations pour cirrhose (avec diagnostic secondaire d'hépatite C et B, analyse séparée par infection)	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients	D, C, 391	1-Disponible 2-Disponible
64. Greffe hépatique	Nombre de greffes de foie (avec un diagnostic de VHC ou de VHB, analyse séparée par infection)	1-Québec transplant <del>2-MEDÉCHO, MSSS<sup>h</sup></del>	C, 392	1-Disponible 2-Disponible
65. Carcinome hépatocellulaire	Taux d'hospitalisations pour carcinome hépatocellulaire (diagnostic secondaire d'hépatite C et B, analyse séparée par infection)	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible

<sup>h</sup> Source de donnée éliminée d'emblée car la source 1 est jugée suffisante.

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
66. Salpingite et grossesse ectopique	Nombre de salpingites et de grossesses ectopiques (hospitalisations et <b>cas ambulatoires</b> ) (ajout à l'indicateur grossesses ectopique déjà disponible, voir <b>liste 2, annexe 4</b> )	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients 3-RAMQ (à évaluer, services médicaux rémunérés à l'acte) 4-Réseau clinique sentinelle	Nouvelle proposition (salpingites) et D, 398 (grossesses ectopiques)	1-Disponible 2-Disponible 3-Disponible? 4-À élaborer
66b.Maladie inflammatoire pelvienne <sup>i</sup>	Taux d'hospitalisations pour maladie inflammatoire pelvienne	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients	C, 398	
67. Infertilité tubaire	Nombre de femmes avec un diagnostic d'infertilité tubaire consultant pour procréation assistée (selon la cause de l'infertilité)	1-Programme de procréation assistée, MSSS 2-Enquêtes périodiques avec les cliniques de fertilité?	Nouvelle proposition	1-À élaborer 2-À élaborer
68. Syphilis infectieuse	Taux d'hospitalisations pour syphilis	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients	D, C, 381	1-Disponible 2-Disponible
69. Autres complications des ITS bactériennes	Taux d'hospitalisations pour arthrite gonococcique, gonococcémie, etc.	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible
70. Co-infections	Nombre de cas co-infectés par <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>  Proportion de cas de gonorrhée co-infectés par la chlamydia Proportion de cas de chlamydia co-infectés par la gonorrhée	<del>1-Réseau sentinelle?</del> 2-MADO	Nouvelle proposition	<del>1-À élaborer</del> 2-Disponible au niveau régional et possibilité de compilation provinciale à développer
71. Co-infections	Nombre de cas co-infectés par le VHC et le VHB  Proportion de cas de VHC co-infectés par le VHB Proportion de cas de VHB co-infectés par le VHC	<del>1-Réseau sentinelle?</del> 2-MADO	Nouvelle proposition	<del>1-À élaborer</del> 2-Disponible au niveau régional et possibilité de compilation provinciale à développer

<sup>i</sup> Non coté et remplacé par l'indicateur 66 lors de l'étape 1 (annexe 3).

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
<b>Morbidité et complications : populations vulnérables</b>				
72. Maladies chroniques (PVVIH)	Nombre de cas de cancers selon le type chez les PVVIH	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Registre québécois des cancers	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible
73. Maladies chroniques (PVVIH)	Nombre de cas de maladies cardiovasculaires chez les PVVIH	1-MEDÉCHO, MSSS	Nouvelle proposition	1-Disponible
74. Co-infections (PVVIH)	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHC	1-MADO 2-Programme surveillance VIH	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible
75. Co-infections (PVVIH)	Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHB	1-MADO 2-Programme surveillance VIH	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer
76. Co-infections (PVVIH)	<del>Proportion de cas de VIH co-infectés par la syphilis<sup>i</sup></del> Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH	1-MADO 2-Programme surveillance VIH	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer
77. Co-infections (PVVIH)	Proportion de cas de VIH avec sérologie anti-VHS-2 positive	1-Programme surveillance VIH 2-Source données herpès?	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer
<b>Mortalité : population générale</b>				
78. Mortalité par SIDA	Taux de mortalité par sida	1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario	D, É, 369	1-Disponible 2-À élaborer
78b. Causes de mortalité des personnes vivant avec le VIH <sup>k</sup>	Principales causes de mortalité chez les PVVIH	1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer
79. Mortalité par VHC (chronique)	Taux de mortalité par hépatite C (possibilité de combiner par cirrhose ou carcinome hépatocellulaires avec diagnostic de VHC?)	1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario	D, É, 389	1-Disponible 2-À élaborer

<sup>i</sup> Remplacé par « Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH ».

<sup>k</sup> Indicateur ajouté à la suite de la consultation du CITSS. On lui a attribué le même score d'utilité que celui de l'indicateur 78.

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
80. Infection au VIH chez les nouveau-nés - cas déclarés	Taux de mortalité selon la cause chez les nouveau-nés vivant avec le VIH Taux de mortalité selon la cause chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH	1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario	D, É, 375	1-Disponible 2-À élaborer
<b>Couverture de services préventifs et accès aux traitements : population générale</b>				
81. Traitement des ITS	Distribution de fréquence de type d'antibiotiques prescrits - Nombre de requêtes pour la péniciline G benzathine (Bicillin®) pour le traitement de la syphilis	1-Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS, MSSS (ne discrimine pas l'infection spécifique traitée sauf dans le cas de la péniciline G benzathine (Bicillin®) pour la syphilis) 2- Programme de surveillance de la distribution d'antibiotiques pour la syphilis, MSSS, dans le cadre du Programme d'accès spéciaux aux médicaments (PAS) de Santé Canada	D, 382, 470	1-Disponible 2-Disponible  À valider : 1 ou 2 selon les années
82. Traitement des ITS	Nombre de bénéficiaires selon le type d'antibiotique, le sexe, l'âge et la région	1-Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS, MSSS (ne discrimine pas l'infection spécifique traitée sauf dans le cas de la péniciline G benzathine (Bicillin®) pour la syphilis) 2- Programme de surveillance de la distribution d'antibiotiques pour la syphilis, MSSS, dans le cadre du Programme d'accès spéciaux aux médicaments (PAS) de Santé Canada	D, 382, 471	1-Disponible 2-Disponible  À valider : 1 ou 2 selon les années
83. Traitement de l'hépatite C	Nombre de personnes souffrant d'hépatite C sous traitement antiviral	1-RAMQ 2-Assureurs privés	É, 393	1-Disponible 2-À élaborer

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
84. Traitement de la syphilis	Proportion des cas ayant reçu un traitement approprié chez les cas déclarés de syphilis infectieuse	1-Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS, MSSS (la péniciline G benzathine (Bicillin®) est spécifique)  2- Intégrer de nouveaux indicateurs aux renseignements sur les Maladies à déclaration obligatoire accessibles de façon dépersonnalisés et compilés/analysés au niveau provincial	C, É, 383	1-Disponible  2-À élaborer
85. Traitement des infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> avec résistance ou sensibilité réduite	Distribution de fréquence de traitements administrés aux cas déclarés d'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> avec résistance ou sensibilité réduite	1-Réseau sentinelle 2- Intégrer de nouveaux indicateurs aux renseignements sur les Maladies à déclaration obligatoire accessibles de façon dépersonnalisés et compilés/analysés au niveau provincial	C, 431	1- À élaborer 2-À élaborer
86. Traitement du VIH	Nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral	1-RAMQ 2-Assureurs privés	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer
87. IPPAP	Nombre d'interventions, nombre et proportion de partenaires rejoints et de partenaires traités	1-I-CLSC (à évaluer) 2-Autre source à identifier pour données hors CLSC	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer
88.a Dépistage des ITSS	Nombre de tests de détection des ITSS par infection, région et hôpital	1-Fichiers informatisés des laboratoires, DGSSMU 2-MADO (taux de positivité calculé à partir des cas déclarés MADO car non-disponible dans le fichier de la DGSSMU)	C, É, 468, 469	1-Disponible 2-Disponible
88b Dépistage des ITSS	Taux de positivité des tests de détection des ITSS par infection, âge, sexe, région et code postal	1-Explorer la possibilité d'un programme des laboratoires au LSPQ	É, 468, 469	1-À élaborer

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
<b>Couverture de services préventifs et accès aux traitements : populations vulnérables</b>				
89. Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des UDI (CAMI)	Matériel d'injection remis par les ASSS aux CAMI -Nombre de CAMI par région sociosanitaire (RRSS) Statistiques sur les visites, le matériel remis et les services utilisés par les personnes UDI (monitorage facultatif)	1- Agences de la santé et des services sociaux, banques régionales et provinciales (ententes de gestion) 2- Banque du répertoire des ressources (RRSS)	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible
90. UDI en traitement du VIH et du VHC	Proportion d'UDI séropositifs pour le VIH et/ou VHC en traitement pour leur(s) infection(s)	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
91. Dépistage chez les UDI	Proportion d'UDI ayant fait un test de détection du VIH et du VHC dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés)	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
92. Connaissance du statut sérologique pour le VIH et le VHC chez les UDI	Parmi les UDI séropositifs pour le VIH et le VHC, proportion qui connaissent leur infection	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
93. Couverture vaccinale chez les UDI	Proportion d'UDI vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)	1-SurvUDI/I-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
94. Dépistage chez les HARSAH	Proportion d'HARSAH ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
95. Connaissance du statut sérologique pour le VIH chez les HARSAH	Parmi les HARSAH séropositifs pour le VIH, proportion qui connaissent leur infection	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible
96. Couverture vaccinale chez les HARSAH	Proportion de HARSAH vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)	1-Argus/M-Track	Nouvelle proposition	1-Disponible

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
97. Dépistage chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)	Proportion de jeunes en difficulté ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)	1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Centres jeunesse	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible
98. Couverture vaccinale chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)	Proportion de jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse) vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)	1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Centres jeunesse	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible
99. Dépistage chez les travailleurs et travailleuses du sexe	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
100. Connaissance du statut sérologique pour le VIH et le VHC chez les travailleurs et travailleuses du sexe	Parmi les travailleurs et travailleuses du sexe séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
101. Couverture vaccinale chez les travailleurs et travailleuses du sexe	Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
102. Dépistage chez les personnes incarcérées	Proportion des personnes incarcérées ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
103. Connaissance du statut sérologique pour le VIH et le VHC chez les personnes incarcérées	Parmi les personnes incarcérées séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
104. Couverture vaccinale chez les personnes incarcérées	Proportion de personnes incarcérées vaccinées contre les hépatites A et B (auto-rapporté)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
105. Dépistage chez les Autochtones	Proportion des Autochtones ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
106. Connaissance du statut sérologique pour le VIH et le VHC chez les Autochtones	Parmi les Autochtones séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
107. Couverture vaccinale chez les Autochtones	Proportion d'Autochtones vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer
<b>Résistance aux traitements et caractérisation de souches : population générale</b>				
108. Résistance du VIH aux antirétroviraux	Fréquence des souches de VIH résistantes aux antirétroviraux	1-LSPQ	Nouvelle proposition	1-Disponible
109. Échecs de traitements	Nombre d'échecs de traitements de l'infection gonococcique	1-Réseau sentinelle 2-Considérer une base de données provinciale à développer en lien avec les MADO à partir des données recueillies lors des enquêtes épidémiologiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer 2-À élaborer

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
110.Souches résistantes	Distribution des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes ou à sensibilité réduite envers les antibiotiques recommandés pour le traitement selon les facteurs d'exposition	1-Réseau sentinelle 2-Base de données provinciale à développer <sup>1</sup> en lien avec les MADO à partir des données recueillies lors des enquêtes épidémiologiques	Nouvelle proposition	1-À élaborer 2-À élaborer
111.Souches de VIH circulantes	Fréquence des génotypes de VIH circulants	1-LSPQ	Nouvelle proposition	1-À consolider
112.Souches de VHC circulantes	Fréquences des génotypes de VHC circulants	1-LSPQ	Nouvelle proposition	1-Disponible
113.Souches de LGV circulantes	Fréquence des souches de LGV circulantes (surveillance passive)  - Parmi les cas déclarés d'infections rectales à <i>C. trachomatis</i> , proportion reliée à des types LGV	1-LSPQ (surveillance passive)  2-LSPQ (typage des souches rectales)	Nouvelle proposition	1-Disponible  2-À consolider
114.Utilisation du TAAN pour la détection de <i>N. gonorrhoeae</i>	Proportion des cas de <i>N. gonorrhoeae</i> détectés par TAAN vs par culture	1-LSPQ (programme de surveillance résistance <i>N. gonorrhoeae</i> )	Nouvelle proposition	1-Disponible
115.Charge virale du VIH et lymphocytes T CD4+	Proportion des cas déclarés de VIH avec une charge virale élevée (> 100,000 copies/mL), supprimée (≤ 200 copies/mL) ou indétectable (≤ 50 copies/mL) au moment de la déclaration du cas  Lymphocytes T CD4+ au moment du diagnostic  Charge virale et CD4 : suivi temporel de ces indicateurs	1-Ajout au programme de surveillance du VIH. Les mesures de charges virales et des CD4 devraient toutes être rapportées 2-LSPQ	Nouvelle proposition	1-À consolider 2-À consolider

<sup>1</sup> Le statut de résistance est disponible, mais pas l'information sur les facteurs d'exposition.

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
<b>Autres indicateurs : populations vulnérables</b>				
116. Estimation du dénominateur - jeunes de la rue	Nombre de jeunes de la rue au Québec	1-Enquête capture-recapture	Nouvelle proposition	1-À élaborer
117. Estimation du dénominateur - HARSAH	Nombre de HARSAH au Québec	1-Enquête périodique (EQSP) 2-Enquête capture-recapture	Nouvelle proposition	1-Disponible à l'infocentre 2-À élaborer
118. Estimation du dénominateur - UDI	Nombre d'UDI au Québec	1-Enquête capture-recapture	Nouvelle proposition	1-À élaborer
119. Estimation du dénominateur - PVVIH	Nombre de PVVIH au Québec	1-Enquête capture-recapture	Nouvelle proposition	1-À élaborer
120. Estimation du dénominateur - travailleurs et travailleuses du sexe	Nombre de travailleurs et travailleuses du sexe au Québec	1-Enquête capture-recapture	Nouvelle proposition	1-À élaborer
121. Attitudes et croyances	Attitudes et croyances de la population à l'égard des populations vulnérables (PVVIH, HARSAH, UDI, etc.) et de l'approche de réduction des méfaits	1-Enquête périodique	Nouvelle proposition	1-À consolider
<b>Indicateurs touchant d'autres PMSM</b>				
122. VPH	Prévalence du VPH chez les femmes de 18 ans et plus  - Intérêt à obtenir cet indicateur aussi chez les hommes et pour les infections orales	1-Enquêtes périodiques	Nouvelle proposition	1-En cours
<del>123. Tuberculose (et co-infection VIH)<sup>m</sup></del>	<del>Fréquence de la tuberculose (et co-infection VIH) chez les UDI</del>	<del>1-SurUDI/Track</del>	<del>Nouvelle proposition</del>	<del>1-À élaborer, cette infection n'est pas mesurée</del>

<sup>m</sup> Indicateur 123 et 123b éliminés en cours de processus car jugés non utiles à la surveillance des ITSS.

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
123b. Tuberculose chez les UDI	Proportion des cas déclarés de tuberculose qui déclarent l'usage de drogue par injection	1-Enquêtes MADO, MSSS	Nouvelle proposition	1-À élaborer
124. Surdoses non létales	Nombre d'hospitalisations pour une surdose de drogues n'ayant pas entraîné le décès	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congé des patients 3- Explorer SI-URG et RAMQ/rémunération à l'acte	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-Disponible 3-Disponible
125. Surdoses létales	Nombre de décès attribuables à une surdose de drogue	1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario 3-Bureau du coroner	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer 3-Disponible
126. Traitement de réadaptation pour les UDI et non UDI	Distribution des personnes en traitement de réadaptation pour la dépendance par types de drogues chez les UDI et non-UDI  Nombre et proportion de personnes en traitement de substitution pour les opioïdes chez les UDI et non-UDI	1- Base de données SIC-SRD	Nouvelle proposition	1-En cours d'élaboration, disponibilité prévue en avril 2012
127. Traitement de substitution pour les opioïdes	Nombre de médecins ayant prescrit un traitement de substitution (méthadone et suboxone) à des personnes couvertes par le régime général d'assurances médicaments	1-RAMQ 2- Assureurs privés	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer
128. Traitement de substitution pour les opioïdes	Nombre de personnes en traitement de substitution (méthadone et suboxone)	1-RAMQ 2- Assureurs privés	Nouvelle proposition	1-Disponible 2-À élaborer

## **Annexe 4**

**Indicateurs inscrits au plan commun de surveillance et  
disponibles (non inclus dans la priorisation)**



### Indicateurs inscrits au plan commun de surveillance et disponibles (non inclus dans la priorisation)

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
<b>Fréquence des infections : population générale</b>				
129.Chancres mou, granulome inguinal, lymphogranulomatose vénérienne, infection à <i>chlamydia trachomatis</i> , infection gonococcique, syphilis	Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, selon le sexe, le groupe d'âge et la région	1-Fichiers provincial et régionaux des MADO, MSSS	D 385, 386, 376, 396, 378, 394, 397, 385, 380, 384	1-Disponible, bientôt à l'infocentre
130.Infection au VIH - cas déclarés	Nombre de spécimens positifs pour le VIH	1-Surveillance du VIH	D 368	1-Disponible
131.Sida - cas déclarés jusqu'en 2003	Indicateurs de prévalence/ incidence du sida	1-Fichiers provincial et régionaux des MADO, MSSS	D 367	1-Disponible jusqu'au 19 novembre 2003
132.Antécédents d'ITSS	Proportion de la population qui déclare avoir déjà été diagnostiquée pour une maladie transmise sexuellement	1-ESCC 2-EQSP 2008	D 38	1-Disponible 2-Disponible à l'infocentre
<b>Comportements et facteurs de risque : population générale</b>				
133.Consommation de drogue par injection à vie	Proportion de la population ayant déjà fait usage de drogues par injection (EQSP)	1-EQSP	D, 466	1-Disponible à l'infocentre
134.Pratique sexuelle homosexuelle chez les hommes	Proportion des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois ayant eu des relations sexuelles avec des hommes	1-EQSP	C, 455	1-Disponible à l'infocentre
135.Utilisation du condom	Répartition de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon la fréquence d'utilisation du condom	1-EQSP	É, 456	1-Disponible à l'infocentre
136.Utilisation du condom - toujours	Proportion de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois ayant toujours utilisé le condom	1-EQSP	É, 456	1-Disponible à l'infocentre

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Statut PCS/ No de ligne	Disponibilité
137.Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec pénétration	Proportion de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois ayant utilisé un condom lors de la dernière relation sexuelle avec pénétration	1-EQSP	É, 456	1-Disponible à l'infocentre
<b>Comportements et facteurs de risque : populations vulnérables</b>				
138.Exposition des cas déclarés de VIH	Distribution de fréquence des types d'expositions mentionnées par les cas déclarés de VIH et de SIDA	1-Surveillance du VIH, MSSS 2-MADO, MSSS avant 2003 et si donné/reçu du sang	C, 371, 372	1-Disponible
<b>Morbidité et complications : population générale</b>				
139.Grossesse ectopique	Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal  <b>Trouver une nouvelle source pour les cas ambulatoires</b>	1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients 3-Naissances vivantes, MSSS 5-Mortinaissances, MSSS 6-Grossesses ectopiques MED-ÉCHO/RAMQ 7-Interruptions volontaires de grossesses, MSSS 8-Fausse couches / RAMQ	D, C, É 398, 377, 379	1-Disponible à l'infocentre
<b>Résistance aux traitements et caractérisation de souches : population générale</b>				
140.Infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> résistantes aux antibiotiques	Nombre et proportion de souches résistantes aux antibiotiques par profil de résistance chez les isolats de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	LSPQ	D 430 429 395	1-Disponible
141.Dénominateurs	Nombre de personnes originaires de pays fortement endémiques pour le VIH	Recensements Enquêtes Statistiques Canada		1-Disponible 2-Disponible

## **Annexe 5**

**Indicateurs disponibles, mais non mentionnés  
dans le Plan commun de surveillance**



## Indicateurs disponibles, mais non mentionnés dans le plan commun de surveillance

Le tableau suivant présente les indicateurs disponibles présentement, mais non mentionnés explicitement dans le Plan commun de surveillance. Bien que la surveillance épidémiologique de seconde génération des populations vulnérables soit mentionnée très brièvement dans le plan commun de surveillance à la ligne 457 (Fréquence des comportements à risque), les indicateurs spécifiques n’y sont pas formellement identifiés. C’est pourquoi nous avons résumé dans cette section les principales données disponibles pour ces projets. Ces indicateurs se retrouvent donc à la liste 1, inclus dans l’exercice de priorisation, bien qu’ils puissent parfois être présentés de façon différente, par exemple sous forme de catégories d’indicateurs (comportements sexuels chez les HARSAH, avec quelques exemples). Le tableau présente également certains indicateurs de l’EQSP déjà disponibles sur le site web de l’Infocentre mais non mentionnés explicitement dans le PCS.

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Disponibilité
<b>Fréquence des infections : populations vulnérables</b>			
142.VIH chez les UDI	Prévalence du VIH chez les UDI	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
143.VIH chez les UDI	Taux d’incidence du VIH chez les UDI	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
144.VHC chez les UDI	Prévalence du VHC chez les UDI	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
145.VHC chez les UDI	Taux d’incidence du VHC chez les UDI	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
146.VIH chez les HARSAH	Prévalence du VIH chez les HARSAH	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
147.VIH chez les HARSAH	Taux d’incidence du VIH chez les HARSAH, estimé à partir d’un test d’infection récente	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
148.VHC chez les HARSAH	Prévalence du VHC chez les HARSAH	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
149.Syphilis chez les HARSAH	Prévalence de la syphilis chez les HARSAH	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
150.VIH chez les jeunes de la rue	Prévalence du VIH chez les jeunes de la rue	1-E-SYS ( <i>enhanced street youth surveillance</i> )	1- Disponible

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Disponibilité
151.VHC chez les jeunes de la rue	Prévalence du VHC chez les jeunes de la rue	1-E-SYS ( <i>enhanced street youth surveillance</i> )	1-Disponible
152.VIH chez les Québécois d'origine haïtienne	Prévalence du VIH chez les Québécois d'origine haïtienne	Enquête périodique	1-Disponible
153.VHC chez les Québécois d'origine haïtienne	Prévalence du VHC chez les Québécois d'origine haïtienne	Enquête périodique	1-Disponible
154.Syphilis chez les Québécois d'origine haïtienne	Prévalence de la syphilis chez les Québécois d'origine haïtienne	Enquête périodique	1-Disponible
<b>Comportements et facteurs de risque : population générale</b>			
155.Contraception chez les femmes	Proportion des femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement au cours des 12 derniers mois qui ont utilisé un moyen contraceptif selon la méthode utilisée	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre
156.Contraception chez les hommes	Proportion des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois qui ont utilisé un moyen contraceptif	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre
157.Nombre de partenaires sexuels	Répartition de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre
158.Sexe des partenaires sexuels	Répartition de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe des partenaires	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre
159.Nombre de partenaires sexuels selon le sexe des partenaires	Répartition des femmes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois dont les partenaires sont uniquement des hommes selon le nombre de partenaires	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre
160.Nombre de partenaires sexuels selon le sexe des partenaires	Répartition des femmes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois dont les partenaires sont uniquement des femmes selon le nombre de partenaires	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre
161.Nombre de partenaires sexuels selon le sexe des partenaires	Répartition des femmes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois dont les partenaires sont des femmes et des hommes selon le nombre de partenaires	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre
162.Nombre de partenaires sexuels selon le sexe des partenaires	Répartition des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois dont les partenaires sont uniquement des femmes selon le nombre de partenaires	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Disponibilité
163.Nombre de partenaires sexuels selon le sexe des partenaires	Répartition des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois dont les partenaires sont uniquement des hommes selon le nombre de partenaires	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre
164.Nombre de partenaires sexuels selon le sexe des partenaires	Répartition des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois dont les partenaires sont des femmes et des hommes selon le nombre de partenaires	1-EQSP	1-Disponible à l'infocentre
<b>Comportements et facteurs de risque : populations vulnérables</b>			
165.Comportements de consommation de drogue chez les jeunes du secondaire (14 ans et plus)	Proportion de jeunes du secondaire ayant fait usage de drogues par injection dans leur vie	1- EQSJS	1-Sera disponible en 2012, svp ne pas diffuser
166.Comportements sexuels chez les jeunes du secondaire (14 ans et plus)	Proportion des jeunes du secondaire ayant eu au moins une relation sexuelle au cours de leur vie selon le type (orale, vaginale et anale)	1- EQSJS	1-Sera disponible en 2012, svp ne pas diffuser
167.Comportements sexuels chez les jeunes du secondaire (14 ans et plus)	Proportion des jeunes du secondaire ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans (15, 16 et 17 ans)	1- EQSJS	1-Sera disponible en 2012, svp ne pas diffuser
168.Comportements sexuels chez les jeunes du secondaire (14 ans et plus)	Répartition des élèves du secondaire ayant déjà eu des relations sexuelles selon le nombre de partenaires à vie pour les différents types de relation (orale, vaginale et anale)	1- EQSJS	1-Sera disponible en 2012, svp ne pas diffuser
169.Comportements sexuels chez les jeunes du secondaire (14 ans et plus)	Proportion des élèves du secondaire ayant utilisé le condom lors de la dernière relation sexuelle selon le type de relation (vaginale et anale)	1- EQSJS	1-Sera disponible en 2012, svp ne pas diffuser
170.Comportements de consommation de drogue chez les UDI	Principales drogues injectées dans les 6 derniers mois et dans le dernier mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
171.Comportements de consommation de drogue chez les UDI	Principales drogues consommées autrement que par injection dans les 6 derniers mois et dans le dernier mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
172.Comportements de consommation de drogue chez les UDI	Drogué injectée le plus souvent dans les 6 derniers mois et dans le dernier mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
173.Comportements de consommation de drogue chez les UDI	Fréquence d'utilisation de matériel d'inhalation déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les 6 derniers mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Disponibilité
174. Comportements de consommation de drogue chez les UDI	Fréquence d'utilisation de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les 6 derniers mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
175. Comportements de consommation de drogue chez les UDI	Fréquence de prêt de matériel d'injection déjà utilisé dans les 6 derniers mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
176. Comportements sexuels chez les UDI	Nombre de partenaires sexuels selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
177. Comportements sexuels chez les UDI	Fréquence d'utilisation du condom (jamais, parfois, toujours) selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
178. Comportements sexuels chez les UDI	Relations sexuelles dans le dernier mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
179. Comportements sexuels chez les UDI	Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
180. Comportements de consommation de drogue chez les HARSAH	Consommation d'alcool au moins 4 fois par semaine au cours de les 12 derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
181. Comportements de consommation de drogue chez les HARSAH	Consommation de cocaïne ou de kétamine au moins une fois dans les 6 derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
182. Comportements de consommation de drogue chez les HARSAH	Injection de drogues au moins une fois dans les 6 derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
183. Comportements de consommation de drogue chez les HARSAH-UDI	Utilisation d'une seringue ou d'une aiguille déjà utilisée par une autre personne au moins une fois au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
184. Consommation d'alcool ou de drogues lors des relations sexuelles chez les HARSAH	Consommation d'alcool ou de drogues diverses lors des relations sexuelles la moitié des fois ou plus dans les 6 derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
185. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations sexuelles orales ou anales avec un homme au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
186. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations sexuelles avec une femme au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Disponibilité
187. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations sexuelles avec six partenaires sexuels masculins ou plus au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
188. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations sexuelles avec six partenaires sexuels masculins « d'un soir » ou plus au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
189. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations sexuelles en « groupe » (relations sexuelles entre trois hommes ou plus en même temps) au moins une fois au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
190. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations anales avec six partenaires sexuels masculins ou plus au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
191. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations anales non protégées (sans condom) avec un partenaire masculin au moins une fois au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
192. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations anales non protégées (sans condom) avec un partenaire masculin « d'un soir » au moins une fois au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
193. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations anales non protégées (sans condom) « intentionnellement » avec un partenaire « d'un soir » au moins une fois au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
194. Comportements sexuels chez les HARSAH	Relations anales sans condom au moins une fois avec un partenaire sexuel considéré comme « à risque » : partenaire « d'un soir »; partenaire « occasionnel » ou partenaire « régulier » infecté par le VIH ou dont le statut VIH est inconnu au cours des six derniers mois	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
195. Contexte de rencontre des partenaires sexuels chez les HARSAH	Argent donné ou reçu en échange de relations sexuelles	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
196. Contexte de rencontre des partenaires sexuels chez les HARSAH	Rencontre d'un nouveau partenaire sexuel au moins une fois au cours des 6 derniers mois : dans des bars gays, dans un sauna, sur internet, dans des endroits publics, dans des « sex clubs » ou des bars avec « backroom », dans des cafés, dans des « circuit party »	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Disponibilité
197. Comportements de consommation de drogue chez les jeunes de la rue	Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel d'inhalation)	1- E-SYS ( <i>enhanced street youth surveillance</i> )	1-Disponible
198. Comportements sexuels chez les jeunes de la rue	Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois	1- E-SYS ( <i>enhanced street youth surveillance</i> )	1-Disponible
199. Comportements de consommation de drogue chez les Québécois d'origine haïtienne	Injection de drogues	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
200. Comportements de consommation de drogue chez les Québécois d'origine haïtienne-UDI	Usage de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
201. Comportements sexuels chez les Québécois d'origine haïtienne	Nombre de partenaires sexuels occasionnels	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
202. Comportements sexuels chez les Québécois d'origine haïtienne	Usage du condom avec les partenaires sexuels occasionnels	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
203. Comportements sexuels chez les Québécois d'origine haïtienne	Relations sexuelles anales	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
204. Comportements sexuels chez les Québécois d'origine haïtienne	Usage du condom lors des relations sexuelles anales	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
205. Voyages à Haïti ou aux États-Unis	Relations sexuelles lors d'un voyage en Haïti ou aux États-Unis au cours des dix dernières années	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
206. Voyages à Haïti ou aux États-Unis	Usage du condom lors des relations sexuelles lors d'un voyage en Haïti ou aux États-Unis au cours des dix dernières années	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
<b>Couverture de services préventifs et accès aux traitements : populations vulnérables</b>			
207. Dépistage chez les UDI	Dépistage du VIH et du VHC, à vie et dans les 6 derniers mois	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Disponibilité
208. Dépistage chez les UDI	Nombre de tests de dépistage du VIH et du VHC au cours des deux dernières années chez les personnes UDI qui ne se pensent pas infectées par le VIH ou le VHC	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
209. Dépistage chez les UDI	Date du dernier de test de dépistage du VIH et du VHC chez les personnes UDI qui ne se pensent pas infectées par le VIH ou le VHC	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
210. Dépistage chez les UDI	Raisons pour n'avoir jamais eu de test de dépistage	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
211. Connaissance du statut sérologique pour le VIH et le VHC chez les UDI	Résultats positifs connus (VIH et VHC) et dates des diagnostics	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
212. Accès aux consultations médicales chez les UDI	Consultation d'un médecin par ceux qui se savent infectés par le VIH et/ou le VHC	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
213. Accès au traitement pour les UDI	Prise de médicaments par ceux qui se savent infectés par le VIH et/ou le VHC	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
214. Recours aux services préventifs chez les UDI	Fréquentation des CAMI	1-SurvUDI recrutement continu	1-Disponible
215. Dépistage chez les HARSAH	Dépistage du VIH, du VHC et de la syphilis dans la dernière année	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
216. Connaissance du statut sérologique VIH chez les HARSAH	Ignorance de son statut sérologique chez les HARSAH infectés par le VIH	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
217. Antécédents d'ITSS chez les HARSAH	Diagnostic d'infection à <i>C. trachomatis</i> , d'infection gonococcique, d'herpès ou de verrues génitales ou anales dans la dernière année	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
218. Recours aux services préventifs chez les HARSAH	Vaccination VHB, prophylaxie post-exposition au VIH, médias d'information sur la santé sexuelle, condoms gratuits	1-ARGUS/M-track Enquête périodique	1-Disponible
219. Dépistage chez les Québécois d'origine haïtienne	Dépistage du VIH	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
220. Circoncision chez les Québécois d'origine haïtienne	Proportion qui sont circoncis et raison de la circoncision	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible

Objet	Indicateur/mesure	Source de données	Disponibilité
221. Exposition aux activités de prévention du VIH et autres ITSS chez les Québécois d'origine haïtienne	Participation à une activité sur le VIH au Québec	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible
222. Exposition aux activités de prévention du VIH et autres ITSS chez les Québécois d'origine haïtienne	Connaissance de l'organisme GAP-VIES Participation à une activité organisée par cet organisme	1-Enquête périodique/E-track	1-Disponible

## **Annexe 6**

### **Fiches descriptives des indicateurs**



## Fiches descriptives des indicateurs

<b>Objet de surveillance</b> : VIH chez les femmes enceintes
<b>Indicateur 1</b> : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager aussi la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Surveillance du VIH 2-CMIS CHU Ste-Justine 3-Nombre total de tests VIH faits chez les femmes enceintes et nombre de positifs 4-Estimer le dénominateur par le nombre de grossesses (naissances vivantes, mortinaissances, avortements thérapeutiques et spontanés) 5- Réseau sentinelle d'échantillons anonymisés
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement
<b>Commentaires des experts</b> <p><b>Validité</b> : - Il est possible que les sources surestiment la prévalence si le test est demandé différenciellement selon les groupes à risque (i.e. moins de tests dans les milieux à prévalence de VIH basse). - Vérifier avec Ste-Justine la validité du numérateur (s'ils suivent la majorité des femmes enceintes VIH +) : Ste-Justine suit effectivement une bonne partie des femmes enceintes séropositives pour le VIH, mais il est difficile d'estimer la proportion exacte. L'idéal serait de valider la complétude du numérateur. - Le dénominateur ne comprendrait pas les avortements spontanés (si estimé par les naissances vivantes+mortinaissances).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Difficulté d'obtenir le dénominateur, c'est-à-dire le nombre de tests faits spécifiquement chez des femmes enceintes, et sans doubles. - Les tests VIH faits chez les femmes enceintes ne sont probablement pas toujours identifiés comme tel : les informations cliniques ne sont généralement pas présentes sur les requêtes de labo ni enregistrées dans une banque de données. - Difficulté de répertorier toutes les femmes enceintes infectées par le VIH, surtout celles qui ne mèneraient pas la grossesse à terme et celles qui ne sont pas suivies à Ste-Justine.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Réseau sentinelle pour surveiller le taux de positivité VIH chez les femmes enceintes par centre : établir un lien privilégié avec les centres d'obstétrique. Dans ce type de système, un échantillon de sang est prélevé pour TOUTES les femmes lors de leur première visite prénatale. L'échantillon est ensuite anonymisé et testé systématiquement pour le VIH. - Explorer si le dénominateur pourrait être estimé par les données de la RAMQ : nombre de femmes testées pour le VIH lors de leur première visite prénatale (les CLSC ne sont pas capturés dans le fichier de la RAMQ). - Améliorer l'identification des femmes enceintes VIH +. - Faire des liens avec les facteurs démographiques/ethnicité, par région et par hôpital, etc., pour mieux intervenir. - Il faudrait des enquêtes pour s'assurer que le statut femme enceinte est écrit sur toutes les réquisitions de test VIH faits chez ces dernières et une comptabilisation spécifique et centralisée (au niveau du LSPQ ?). - Relancer le programme d'offre systématique de dépistage chez les femmes enceintes et maintenir la motivation (rappels périodiques, formulaires adaptés, publicités, etc.). - Adopter une approche d'abstention (« opt-out ») pour ce type de dépistage et des tests de nature</p>

nominale mais assurant une haute confidentialité (encryptage des coordonnées nominatives).

- Utiliser les données sur le nombre d'accouchements par année (fichier des naissances incluant les mort-nés) comme estimation du dénominateur si on veut surtout l'utiliser comme un indicateur lié à la transmission périnatale (attention aux grossesses multiples).
- Le numérateur (femmes enceintes infectées par le VIH) sera plus facile à obtenir si toutes les femmes enceintes infectées du Québec sont suivies d'une façon ou d'une autre (ex. mentorat) par Ste-Justine.
- Assouplir les règles qui encadrent le travail des intervenants de santé publique du LSPQ qui font les enquêtes : la modification éventuelle du programme de surveillance du VIH devrait permettre de mieux valider les données avec celles de Ste-Justine.

**Plan général d'analyse :**

**Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :**

- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH

**L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :**

- **temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :** annuelle
- **spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :** régions
- **socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :**
- **socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :** ethnie
- **biologique (ex. : âge, sexe) :** âge
- **autres :** catégorie d'exposition

<b>Objet de surveillance :</b> VIH
<b>Indicateur 2 :</b> Taux d'incidence de cas de VIH nouvellement détectés dans la population générale estimé à partir d'un test d'infection récente
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-Surveillance du VIH
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Oui, possiblement à l'aide du test d'infection récente
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - Dans la mesure où des cas peuvent être asymptomatiques et que le dépistage demeure ciblé et volontaire, il y aura toujours une sous-identification des cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le programme actuel est très peu performant, même pour le décompte du simple nombre de nouveaux diagnostics étant donné l'absence d'enregistrement d'une proportion significative de cas (tests anonymes et sans NAM rendent l'identification des doublons impossible, en particulier en région urbaine où il y a beaucoup d'immigrants récents). Il ne permet d'estimer ni la prévalence ni l'incidence, pas plus que les tendances. Tel quel, il est très peu utile et demande un remaniement majeur.</li> <li>- Spécificité des tests d'infection récente à améliorer.</li> <li>- Les résultats des tests d'infection récente permettront d'apprécier la tendance de l'incidence et non l'incidence elle-même.</li> <li>- Le calcul de taux d'incidence à partir d'un test d'infection récente doit être adapté en fonction de la durée moyenne du RITA (approximativement 180 jours) : dénominateur x 2 (environ).</li> </ul> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - Le remaniement du programme de surveillance du VIH nécessite des changements réglementaires, voire légaux pour permettre d'avoir un identifiant unique par cas, d'identifier les doublons et de jumeler les données à d'autres banques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assez faisable d'implanter le test d'infection récente si les coûts sont minimes.</li> </ul> <p><b>Pistes de solutions :</b> - Les facteurs de risque des cas d'infection récente sont très importants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place les recommandations de modification du programme actuel présentées au MSSS et au LSPQ par le comité consultatif sur la surveillance du VIH, incluant les tests d'infections récentes.</li> <li>- Validation et implantation, si justifiée, d'un algorithme de tests d'infection récente. Ceci devrait permettre d'estimer l'incidence sans passer par une étude de cohorte en bonne et due forme. La validité de ce test n'est toutefois pas de 100 %.</li> </ul>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> catégorie d'exposition</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : VIH chez les nouveau-nés
<b>Indicateur 3</b> : Taux d'incidence du VIH chez les nouveau-nés (remplace l'indicateur mentionné actuellement dans le PCS : 373)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Surveillance du VIH 2-CMIS CH Ste-Justine 3-Nombre de naissances vivantes
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement programme de surveillance du VIH et données de Ste-Justine, à valider
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement avec CMIS CH Ste-Justine
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Est ce que l'on peut se fier uniquement sur Ste-Justine pour nous dresser un portrait complet des enfants qui naîtraient VIH+ ? Qu'en est-il du CHUQ et du CUSM? - On peut capturer la grande majorité des nouveau-nés, si pas tous, mais on va manquer un dénominateur intéressant (nombre de femmes enceintes VIH+) et certains nouveau-nés. - Les failles du système : des femmes enceintes infectées par le VIH non testées, l'anonymat actuel de la déclaration. - La complétude est probablement bonne considérant les recommandations de tester les femmes enceintes de routine et le fait que la majorité des nouveau-nés VIH+ développent des symptômes en moins de deux ans. Une faible proportion demeurent en santé plusieurs années.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Déjà disponible. À ajouter au PCS.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - S'assurer que TOUS les cas de nouveau-nés infectés par le VIH soient rapportés à Ste-Justine. - Ajuster le programme de surveillance du VIH à cet aspect particulier en permettant aux responsables du système d'avoir accès aux données de la mère comme à celle de l'enfant. - Pour maximiser la validité, il faudrait que le dépistage soit obligatoire, au moins chez la mère. - La validité serait assurée si l'enfant était testé directement, mais tester l'enfant si la mère est séropositive serait une option plus facile à mettre en place. On ne peut pas assumer que le fait que cela soit recommandé soit suffisant pour garantir que la mère a été testée. Il y a parfois de grands écarts entre les recommandations et la pratique.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : catégorie d'exposition</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Herpès néonatal
<b>Indicateur 4</b> : Taux d'incidence de l'herpès néonatal par 100 000 naissances vivantes
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients 3-Naissances vivantes, MSSS
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Les infections néonatales ne sont pas toujours typiques et facilement identifiables. Difficulté des médecins à reconnaître ce syndrome.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -Les systèmes antérieurs n'ont pas été très efficaces. Cette infection a déjà été une MADDO et il y avait beaucoup de sous-déclaration. Il y avait aussi un système sentinelle canadien avec le même problème. - Nécessité de faire une étude de validation rétrospective des données de Med-Écho avec revue de dossiers.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - S'assurer de sa déclaration dans les diagnostics hospitaliers (Med-Écho). - L'identification par jumelage de bases de données (MEDECHO et Registre des naissances) est une option qui devrait permettre le calcul de l'incidence, dans la mesure où la maladie est suffisamment grave pour que tous les cas aient été hospitalisés (la maladie serait effectivement assez grave pour nécessiter l'hospitalisation de tous les cas. Le traitement doit également être donné sous surveillance médicale étroite en raison de sa toxicité). - Il serait important d'avoir l'information sur le type d'herpès (type 1 ou 2) pour mieux comprendre le risque. - Augmenter les connaissances et aptitudes diagnostiques des médecins à reconnaître l'herpès néonatal. - Autre option : déclaration obligatoire par les médecins à la santé publique lorsque le diagnostic est fait.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> sexe</li> <li>- <b>autres :</b></li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>
<b>Indicateur 5</b> : Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> chez les jeunes de 15 à 24 ans
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquête périodique
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, un premier projet a débuté en 2012 (Lambert G <i>et al.</i> )
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Dépend de la qualité de l'échantillonnage, de la méthode de prélèvement et de la technique d'analyse. Difficile d'établir un échantillon probabiliste, notamment des jeunes travailleurs.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - La nécessité d'obtenir des approbations de multiples comités d'éthique (des dizaines de comités différents, généralement pour chaque établissement de recrutement) est l'une des barrières les plus importantes et demande un travail très considérable. Il est difficile d'obtenir des prélèvements biologiques pour les jeunes du secondaire, car le consentement des parents est nécessaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La logistique est actuellement lourde, particulièrement lorsque les sites de recrutement sont à bonne distance de Montréal (transport du matériel et des portables, plusieurs intervieweurs à temps partiel, conditions météorologiques, etc.).</li> <li>- Très coûteux et énergivore en matière de ressources professionnelles, que ce soit pour le développement et l'opérationnalisation qu'au niveau de la collecte de spécimens et de l'analyse des données, donc difficiles à faire de manière périodique rapprochée.</li> <li>- Le recrutement en établissements scolaires se déroule bien. Cependant, le recrutement de jeunes travailleurs est problématique. Certains milieux répondent bien (santé), alors que d'autres milieux/établissements opposent un refus généralisé (commerce, fabrication, etc.).</li> <li>- Les TAAN sur urine sont utilisés largement et sont sensibles, mais cette méthode réduit la capacité de suivre les tendances aux sites d'infection.</li> <li>- Collaboration de la population de jeunes : il est important qu'ils comprennent la pertinence des enquêtes afin qu'ils y participent, sinon l'inférence populationnelle sera moins bonne.</li> <li>- Échantillon important nécessaire pour obtenir une bonne précision.</li> <li>- Aspects éthiques à considérer : transmission du résultat et accès aux services.</li> </ul> <p><b>Pistes de solutions</b> : - L'existence de comités d'éthiques multicentriques serait un facteur extrêmement facilitant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se limiter au questionnaire comportemental chez les jeunes du secondaire plutôt que de faire des prélèvements biologiques pourrait se faire avec le consentement du jeune sans avoir à demander le consentement des parents.</li> <li>- Une première enquête est en cours de préparation, et permettra de voir l'ampleur du défi et de définir par la suite une périodicité acceptable (peut-être aux 5 à 7 ans). Il pourrait être possible de faire les estimés de prévalence en combinant les données des enquêtes de jeunes dans la population générale et celles dans des groupes spécifiques, comme les jeunes de la rue.</li> <li>- Analyses de laboratoires non invasives, auto-dépistage. Un des facteurs facilitant est que le prélèvement vaginal chez les femmes peut-être fait par auto-prélèvement à domicile, ce qui permet de considérer l'acheminement des prélèvements par la poste (approche déjà testée au Québec pour le VPH). Par contre, un spécimen urinaire est requis pour les garçons, ce qui complique la collecte. Il existe également des plateformes permettant de faire plusieurs analyses sur le même prélèvement (chlamydia, gonorrhée, VPH) ce qui maximise les bénéfices considérant l'effort requis pour obtenir des prélèvements.</li> </ul>

- S'insérer dans des enquêtes populationnelles (comme l'ECMS).
- Jumeler l'enquête avec une autre activité de santé, assurer un accès au suivi.
- Diffusion régulière des résultats d'enquêtes aux jeunes de 15-24 ans

**Plan général d'analyse :**

**Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :**

- Rapport périodique

**L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :**

- **temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :** à déterminer
- **spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :** régions, autres?
- **socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :** à préciser
- **socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :**
- **biologique (ex. : âge, sexe) :** âge, sexe
- **autres :** comportements et autres variables disponibles

<b>Objet de surveillance</b> : Infection gonococcique
<b>Indicateur 6</b> : Prévalence de l'infection gonococcique chez les jeunes de 15 à 24 ans
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquête périodique
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, un premier projet a débuté en 2012 (Lambert G <i>et al.</i> )
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <sup>18</sup> <b>Validité</b> : - La validité des données MADO pour la gonorrhée est probablement supérieure que pour la chlamydia étant donné que la proportion de cas asymptomatiques est moindre et que la majorité des cas sont identifiés à la suite de diagnostics cliniques. <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Besoin d'un échantillon important car la prévalence est probablement assez faible. L'étude en cours sera capable de déterminer la prévalence de la chlamydia, mais elle pourrait ne pas être en mesure de préciser celle de la gonorrhée étant donné le faible nombre de cas. - Le registre MADO devrait rester notre source de données de base pour la gonorrhée. Il n'est probablement pas réaliste d'envisager des enquêtes périodiques pour avoir un bon portrait de la situation. <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Rapport périodique</li></ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li><li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, autres?</li><li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : à préciser</li><li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li><li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li><li>- <b>autres</b> : comportements et autres variables disponibles</li></ul>

<sup>18</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 5.

<b>Objet de surveillance</b> : Syphilis
<b>Indicateur 7</b> : Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes de 15 à 24 ans
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, un premier projet a débuté en 2012 (Lambert G <i>et al.</i> ); la syphilis y est-elle mesurée?
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>19</sup></p> <p><b>Validité</b> : -</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Trop peu de cas actuellement, besoin d'un échantillon encore plus gros que pour gonorrhée, car prévalence très faible. - Le registre MADDO devrait rester notre source de données de base pour la syphilis. Il n'est probablement pas réaliste d'envisager des enquêtes périodiques pour avoir un bon portrait de la situation. - Requiert un échantillon sanguin. - Difficulté d'interpréter le résultat : besoin d'informations cliniques (antécédents, histoire de symptômes).</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Limiter la surveillance de cet indicateur aux jeunes HARSAH (via Argus). - Même si le test sérologique ne distingue pas une infection récente d'une ancienne, le jeune âge augmente la probabilité d'une infection récente. Le titre peut aussi nous donner une idée. - Étude ponctuelle d'abord pour évaluer la pertinence. - Suivre la situation par étude cas-témoin. - Accompagné d'un questionnaire non seulement sur les comportements, mais aussi sur les antécédents cliniques. - Prélèvements sur papiers buvards avec une goutte de sang auto-prélevée.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, autres?</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : à préciser</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : comportements et autres variables disponibles</li> </ul>

<sup>19</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 5.

<b>Objet de surveillance</b> : VIH et VHC
<b>Indicateur 8</b> : Nombre de cas auto déclarés de VIH et de VHC chez les personnes en traitement de réadaptation pour la dépendance, chez les UDI et non UDI
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Base de données SIC-SRD
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non, voir avec la pilote d'orientation de la banque : madame Marie Jobin, MSSS
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - La question est posée à tous les usagers qui ont une évaluation spécialisée. Validité modérée, car une proportion significative des personnes infectées ne connaît pas son statut. - La représentativité et la validité des infos de cette base seraient à valider : on peut s'attendre à un biais de sélection important lié à l'accès au traitement ainsi qu'à la fréquentation des centres par les toxicomanes. - Tous les CRD participent à ce système d'information. - La complétude des données peut-être estimée à partir du pourcentage d'utilisateurs pour lesquels la fenêtre « Dépendance » a été complétée, c'est-à-dire qui ont eu une évaluation spécialisée pour évaluer leurs besoins spécifiques en traitements. La complétude est moins bonne pour les personnes itinérantes.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Il n'y a pas de banque globale disponible, chaque CRD possède sa propre banque. Il est possible de créer une requête personnalisée pour interroger les différentes banques et générer des sorties de résultats.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Instaurer une offre de dépistage systématique et assurer le suivi médical. - Un observatoire sur les drogues et les toxicomanies permettrait de tenir compte de cette réalité et permettrait d'avoir des ressources dédiées. - Est-ce que la base de données permet de capturer les données issues des centres de traitement des toxicomanies des Premières Nations (6 centres)? - Une possibilité serait peut-être qu'on envisage d'utiliser les centres comme des sentinelles. Des études plus approfondies pourraient être réalisées si le système sentinelle suggère des tendances à la hausse ou à la baisse.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle, idéalement, préparer la requête en février pour qu'elle soit disponible pour les rapports annuels qui se font en juin.</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, CRD</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : traitement de substitution, types de drogues, mode de consommation, autres variables disponibles?</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : VIH chez les immigrants
<b>Indicateur 9</b> : Nombre de cas de VIH chez les immigrants
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Citoyenneté et immigration Canada
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, Programme de surveillance du VIH et Citoyenneté et immigration Canada
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec Citoyenneté et immigration Canada
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Certaines catégories d'immigrants ne sont pas testés, car le test n'est pas obligatoire pour tous.  - Des fluctuations dans les critères et le nombre d'immigrants ou réfugiés sélectionnés chaque année permettrait difficilement d'examiner les tendances.  - Disponible seulement pour les pays endémiques pour la tuberculose.  - Information valide disponible par Immigration Canada. Elle porte sur les immigrants non clandestins et leur statut VIH au moment de leur immigration au Canada.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Citoyenneté et immigration Canada transmet aux responsables provinciaux, excepté au Québec, les noms des nouveaux arrivants trouvés positifs au test VIH obligatoire pour immigrer au Canada et qui décident de s'installer dans leurs provinces à leur arrivée dans le pays. La déclaration non nominale au Québec fait en sorte que Citoyenneté et immigration Canada fournit au Québec de l'information non nominale.  - Difficile d'utiliser les données de Citoyenneté et immigration Canada pour compléter la banque du programme de surveillance du VIH si le système anonyme de ce dernier demeure inchangé (nécessité d'avoir un NAM).  - Le remaniement du programme de surveillance du VIH nécessite des changements réglementaires, voire légaux pour permettre d'avoir un identifiant unique par cas, d'identifier les doublons et de jumeler les données au registre MADO.  - Enjeux légaux.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Nécessité de changer les mécanismes du programme de surveillance pour solutionner les problèmes d'intégration aux données globales.  - Il faut une entente claire de transmission de données de la part du fédéral et le soutien du MSSS.  - Offre la possibilité (et la responsabilité) de surveiller si les immigrants VIH+ sont bien référés en suivi médical.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle, mensuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions, CLSC, rural vs urbain</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> Drogue(s) ou type(s) de drogue(s) impliquée(s), Mode de consommation (injection, inhalation, oral), intentionnalité (intentionnel ou accidentel)</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : VIH et VHC
<b>Indicateurs 10a1, 10a2, 10b1 et 10b2</b> : Prévalence et incidence du VIH et du VHC chez les UDI
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Difficulté que l'échantillon soit représentatif de l'ensemble des UDI (recrutement principalement dans les programmes d'accès au matériel stérile d'injection, échantillon de convenance). Les participants sont possiblement plus susceptibles d'être infectés que ceux qui ne sont pas rejoints, et donc difficulté de généralisation. Ainsi, les épidémies émergentes, notamment chez les utilisateurs d'opiacés pharmaceutiques, pourraient ne pas être détectées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La représentativité est meilleure pour Québec et Montréal que pour les régions semi-urbaines.</li> <li>- Risque de faux doublons en raison de l'encryptage simple utilisé pour les identifiants.</li> <li>- Le vrai dénominateur est inconnu.</li> </ul> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Nécessite un financement continu. Il pourrait y avoir des enjeux de financement dans les prochaines années puisque ce système est financé par l'ASPC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collecte exigeante. Un problème est la participation des régions très variable dans le temps (inconsistante) et souvent tributaire de l'instabilité du personnel chargé de la région ou du site collaborateur et de la collecte de données. En ce moment, l'un des principaux sites de collecte de données vit des difficultés importantes.</li> <li>- Difficile de rejoindre cette clientèle en dehors des grands centres urbains ou au niveau des populations autochtones.</li> <li>- Longueur du questionnaire (pour se conformer aux autres sites canadiens) et lourdeur administrative liée à la collaboration avec l'ASPC (secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes).</li> <li>- La faisabilité serait probablement aussi bonne si un prélèvement sanguin « dried blood spot » était utilisé.</li> </ul> <p><b>Pistes de solutions</b> : -Ce système est bien établi et des comparaisons sont possibles avec plusieurs villes du Canada (Système I-Track canadien).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi ne pas avoir l'incidence du VIH et du VHC comme indicateurs ? Ils sont déjà mesurés. (indicateurs ajouté à la liste 1)</li> <li>- S'assurer que ce programme de surveillance reste performant, qu'il soit représentatif des UDI et que l'on puisse avoir une estimation valide du nombre total d'UDI selon les régions.</li> <li>- Étendre à d'autres populations UDI (UDI consultant CH, UDI en centres de réadaptation, demandeurs de traitement dépendance, méthadone).</li> <li>- Il serait préférable de faire des enquêtes périodiques sur un échantillon large de lieux de dépistage et non seulement dans les programmes d'échange de seringues avec population très ciblée et éduquée (aux méfaits) : cliniques populaires, cliniques hors des grands centres et du centre ville, etc.</li> <li>- Études ponctuelles de validation des données recueillies.</li> <li>- Le prélèvement de sang plutôt que de salive permettrait de clarifier la situation pour le VHC (mesure de l'ARN pour détecter une infection courante).</li> <li>- Adapter nos approches pour alléger la collecte de données de seconde génération : approches périodiques ou en alternance, selon les préoccupations et les situations problématiques.</li> </ul>

**Plan général d'analyse :**

**Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :**

- Rapport périodique

**L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :**

- **temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :** annuelle
- **spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :** régions
- **socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :** revenu, emploi, scolarité...
- **socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :** ethnie
- **biologique (ex. : âge, sexe) :** âge, sexe
- **autres :** Selon les besoins

<b>Objet de surveillance :</b> Syphilis
<b>Indicateur 11 :</b> Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les UDI
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Oui, nécessiterait l'ajout d'un prélèvement de sang (buvard ou sang veineux)
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Oui, avec l'ASPC
<b>Commentaires des experts<sup>20</sup></b>  <p><b>Validité :</b> - La mesure de la syphilis nécessite des prises de sang ou du sang sur papier-buvard. Avec le sang sur buvard, on ne peut faire les tests pour une syphilis active, uniquement pour la présence d'au moins un épisode de syphilis à vie, donc difficultés d'interprétation, car il manquerait les données cliniques complémentaires nécessaires.</p> <p>- La consommation de drogue par injection est identifiée comme une des raisons qui peuvent amener des résultats faussement positifs aux tests non tréponémiques de détection de la syphilis, en particulier le RPR.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - Quelle serait l'acceptabilité d'un prélèvement de sang par les participants? Nuirait possiblement à la participation.</p> <p>- Les recruteurs actuels de SurvUDI ne sont pas en mesure de faire des prélèvements de sang veineux. Une infirmière devrait faire les prélèvements veineux, le cas échéant.</p> <p><b>Pistes de solutions :</b> - Modules complémentaires à greffer à SurvUDI pour des périodes données, en gardant VIH et VHC de base (pour toutes les périodes de collecte).</p> <p>- Pour faire un test quantitatif et qualitatif de la syphilis, il faut une prise de sang, pas seulement un dry blood spot sur papier buvard. Faire une ponction veineuse plus lourde mais demeure faisable.</p>
<b>Plan général d'analyse :</b>  <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b> revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> Selon les besoins</li> </ul>

<sup>20</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 10.

<b>Objet de surveillance</b> : Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique
<b>Indicateur 12</b> : Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les UDI
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, nécessite l'ajout de prélèvements génitaux ou d'urine
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<b>Commentaires des experts</b> <sup>21</sup>  <b>Validité</b> : - On s'attend à une prévalence très faible.  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Nécessite des prélèvements génitaux ou d'urine qui ne sont pas faits dans SurvUDI/I-Track. Le prélèvement urinaire complique la collecte de données déjà en place. - Il serait nécessaire de modifier les lieux de recrutement car une toilette doit être disponible sur les lieux pour faire un prélèvement d'urine. Présentement, l'accès aux toilettes peut être un problème.  <b>Pistes de solutions</b> : - Pour une ronde de collecte de données, introduire les prélèvements requis et juger par la suite de la pertinence de poursuivre et de la fréquence de la périodicité en gardant VIH et VHC de base (pour toutes les périodes de collecte). - Il y a une grande hétérogénéité dans la population des toxicomanes. Étant donné que ces infections sont directement liées à l'activité sexuelle, il est dommage de se limiter aux UDIs. SurvUDI/I-Track ne permet pas de joindre une partie importante des toxicomanes et alcooliques les plus à risque d'ITS (jeunes, non injecteurs).
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité... - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : Selon les besoins

<sup>21</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 10.

<b>Objet de surveillance :</b> VIH et VHC
<b>Indicateurs 13a1, 13a2, 13b1 et 13b2 :</b> Prévalence et incidence du VIH et du VHC chez les HARSAH
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-Argus/M-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - Difficile d'avoir un échantillon représentatif de tous les HARSAs. Il est possible de manquer les HARSAs marginalisés et ceux qui ne fréquentent pas les lieux de socialisation (le recrutement est actuellement basé sur les lieux de socialisation). Il serait donc probable de surestimer ou sous-estimer la fréquence des infections et des facteurs de risque. - Représentativité en baisse, les lieux de rencontre physiques étant de plus en plus remplacés par les lieux virtuels.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - Population difficile à rejoindre en dehors de Montréal. - Nécessite un financement continu. Enjeux de financement possibles dans les prochaines années puisque ce système est financé par l'ASPC. - Longueur du questionnaire (pour se conformer aux autres sites canadiens) et lourdeur administrative liée à la collaboration avec l'ASPC (secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes). - L'obtention d'échantillons biologiques a une faisabilité similaire à ce qui se fait pour les UDI.</p> <p><b>Pistes de solutions :</b> - Favoriser la continuité dans la conception des enquêtes et dans la composition des équipes. - Étendre Argus/M-Track au-delà de Montréal (représentativité des régions) et diversifier les sources de recrutement. - Cibler les populations hors centre ville et les milieux ruraux. - Planification à plus long terme (&gt;10 ans). - Adapter nos approches pour alléger la collecte de données de seconde génération. Approches périodiques ou en alternance, selon les préoccupations et les situations problématiques. - Obtenir une prévalence du VHC à partir des données des cliniques.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge</li> <li>- <b>autres :</b> Autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Syphilis
<b>Indicateur 14</b> : Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les HARSAH
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Argus/M-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement, des informations cliniques pour une meilleure interprétation, prélèvement veineux?
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaires</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>22</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Nécessiterait des tests de confirmation de syphilis active. Avec le sang sur papier-buvard (prélèvement disponible dans Argus), on ne peut faire les tests pour une syphilis active, uniquement pour la présence d'au moins un épisode de syphilis à vie. Actuellement, l'interprétation est donc difficile car il manque les données complémentaires nécessaires (informations cliniques et prélèvement veineux pour analyses de confirmation).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Problème d'acceptabilité d'un prélèvement de sang veineux pour clarifier l'interprétation.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Rehausser plutôt le système MADO en période épidémique par des enquêtes spécifiques pour tous les cas. - Les enquêtes MADO sont une autre source de données intéressante mais qui dépend de la disponibilité des enquêtes et du taux de complétion vs orientation sexuelle.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge</li> <li>- <b>autres</b> : Autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>22</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 13.

<b>Objet de surveillance</b> : Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique
<b>Indicateur 15</b> : Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les HARSAH
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Argus/M-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, prélèvements génitaux ou urinaires, pharyngés et rectaux
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>23</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Pour la gonorrhée, l'infection n'est possiblement pas assez fréquente pour obtenir un estimé de la prévalence valide. - Biais de désirabilité sociale possiblement plus important chez les femmes de certaines cultures.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Nécessite des prélèvements (génitaux ou d'urine, pharyngés) qui ne sont pas faits actuellement dans Argus, acceptabilité? - Difficile de récolter des spécimens biologiques génitaux ou d'urine lorsque le recrutement se fait dans les lieux de socialisation gais, comme c'est le cas actuellement.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Devrait distinguer les cas génitaux, pharyngés et rectaux. - Pour une ronde de collecte de données, introduire les prélèvements requis et juger par la suite de la pertinence de poursuivre et de la périodicité.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge</li> <li>- <b>autres :</b> site de l'infection (génital, pharyngé ou rectal), autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>23</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 13.

<b>Objet de surveillance</b> : VIH et VHC
<b>Indicateur 16</b> : Prévalence du VIH et du VHC chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Québécois d'origine Haïtienne/E-Track 2-Québécois d'origine Africaine et Caribéenne autre que Haïtienne, de langue anglaise
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement avec CIC
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC et possiblement CIC
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Population cible difficile à définir et à rejoindre. C'est une population très hétérogène. Première génération d'immigrants seulement? - Difficile d'obtenir un échantillon représentatif.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Les enjeux méthodologiques observés avec SurvUDI et Argus risquent d'être amplifiés. - Il y a 4-5 ans, le défi était de déborder la communauté haïtienne. Maintenant, c'est plus facile. - Les Québécois d'origine haïtienne ont des organisations communautaires relativement solides et structurées qui permettraient la mesure de cet indicateur. On peut se demander si la santé publique a des liens assez forts avec les autres communautés ethnoculturelles, notamment celles d'Afrique subsaharienne, pour qu'une enquête chez ces derniers soit facilement réalisable. - Nécessite un financement continu. Il pourrait y avoir des enjeux de financement dans les prochaines années puisque ce système est financé par l'ASPC. - Longueur du questionnaire (pour se conformer aux autres sites canadiens) et lourdeur administrative liée à la collaboration avec l'ASPC (secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes). - Il est plus difficile d'obtenir des prélèvements biologiques avec la communauté Caribéenne autre que Haïtienne, de langue anglaise. L'acceptabilité des prélèvements par cette communauté est moins bonne.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Jumelage avec les banques de données d'immigration Canada, pour différencier les infections importées vs. acquises au Canada. C'est présentement impossible car la collecte est non nominale dans tous les Track. - Adapter nos approches pour alléger la collecte de données de seconde génération. Approches périodiques ou en alternance, selon les préoccupations et les situations problématiques</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique
<b>Indicateur 17</b> : Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Québécois d'origine Haïtienne/E-Track 2- Québécois d'origine Africaine et Caribéenne autre que Haïtienne, de langue anglaise
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, prélèvements génitaux ou urinaires
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<b>Commentaires des experts</b> <sup>24</sup> <b>Validité</b> :  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Un prélèvement de plus dans des enquêtes déjà compliquées. - Quelle serait l'acceptabilité?  <b>Pistes de solutions</b> : - Pour une ronde de collecte de données, introduire les prélèvements requis et juger par la suite de la pertinence de poursuivre et de la fréquence de la périodicité.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins

<sup>24</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 16.

<b>Objet de surveillance</b> : VIH et VHC
<b>Indicateur 18a</b> : Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes de la rue
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes de la rue (E-SYS)
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC pour E-SYS
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Les sources de données proposées ne couvrent qu'une partie de la réalité des jeunes en difficulté, la plus extrême sans doute. - Risque de faux doublons en raison de l'encryptage simple utilisé pour les identifiants.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Population difficile à définir et à rejoindre. - Les jeunes en difficulté ont de nombreuses résistances à l'égard du dépistage et des mesures de prévention. - Nécessite un financement continu. Il pourrait y avoir des enjeux de financement dans les prochaines années puisque ce système est financé par l'ASPC. - Longueur du questionnaire (pour se conformer aux autres sites canadiens) et lourdeur administrative liée à la collaboration avec l'ASPC (secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes).</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Milieu très favorable pour la surveillance des jeunes de la rue (au moins à Montréal). - Recueillir les données de manière nominale pour retracer les jeunes, ce qui permet d'éviter les doublons. - Adapter nos approches pour alléger la collecte de données de seconde génération. Approches périodiques ou en alternance, selon les préoccupations et les situations problématiques</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> région</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : VIH et VHC
<b>Indicateur 18b</b> : Prévalence du VIH et du VHC chez les jeunes des centres jeunesse
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes des centres jeunesse
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement avec l'ASPC et les centres jeunesse
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Tous les jeunes des CJ ne se retrouvent pas à la rue. Les jeunes de la rue ont souvent un passé de CJ, mais ils ne sont pas nécessairement mineurs et leurs comportements sont fortement influencés par la rue. Les prévalences et incidences attendues sont très différentes. - Il pourrait être important de séparer les analyses chez les jeunes qui sont détenus pour leur protection de ceux qui sont détenus pour des comportements de délinquance.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - - Instaurer un mécanisme de surveillance en lien avec les centres jeunesse (centres sentinelles ou professionnels de la santé en lien de service avec les centres jeunesse).</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Syphilis
<b>Indicateur 19</b> : Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC pour E-SYS
<b>Commentaires des experts</b> <sup>25</sup> <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - La complexité des tests de détection de la syphilis et les difficultés d'interprétations. Elles sont toutefois moins importantes chez les jeunes car il est probablement possible de supposer un premier épisode compte tenu de l'âge des participants.  <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : région - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins

<sup>25</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec les indicateurs 18a et 18b.

<b>Objet de surveillance</b> : Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique
<b>Indicateur 20</b> : Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui pour les centres jeunesse, prélèvements génitaux ou urinaires si pas déjà disponible dans E-SYS
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC pour E-SYS
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>26</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Certainement un indicateur qui touche une population plus large des jeunes en difficulté, comparativement à la syphilis et VIH/VHC (prévalence plus élevée).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - L'acceptabilité, dépendamment du test utilisé.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : région</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>26</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec les indicateurs 18a et 18b.

<b>Objet de surveillance</b> : VIH et VHC
<b>Indicateur 21</b> : Prévalence du VIH et du VHC chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Biais plus important car menace la poursuite du travail si VIH positif. Représentativité des échantillons éventuels inconnue, probablement équivalente à celle des autres projets chez les UDI et les HARSAH.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SurvUDI rejoint actuellement un bon nombre de travailleurs/travailleuses du sexe qui s'injectent et qui représentent probablement une bonne partie de la prostitution de rue. Les autres modes de travail du sexe (escortes et indépendants) ne sont pas rejoints par SurvUDI.</li> <li>- Important de définir le travail du sexe pour savoir qui on cherche : les risques varient selon la forme pratiquée, les groupes et les réseaux ne sont pas nécessairement homogènes (notamment distinguer par genre et par activités homo/hétérosexuelles). Le terme « travail du sexe » réfère à ceux qui se réclament d'en faire, ce qui n'est pas le cas de la majorité des gens qui ont des activités sexuelles en échange d'argent ou autre bénéfices.</li> <li>- Biais de désirabilité sociale extrêmement important pour le statut de travailleur/travailleuse du sexe.</li> </ul> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Population extrêmement difficile à rejoindre et à recruter; la prostitution étant une activité criminelle, cela rend sa déclaration difficile.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beaucoup de TS travaillent par internet et ne sont pas dans la rue.</li> <li>- Comment identifier les plus à risque, marginalisées ou qui ne fréquentent pas les services pour TS?</li> <li>- Le financement peut être difficile à trouver et les contacts actuels avec la communauté sont insuffisants.</li> </ul> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Méthodes mixtes intégrant internet, enquêtes classique et ethnographiques. Développer des approches novatrices de contact par internet ou en consultant les annonces dans les journaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mettre en contact avec les organismes communautaires qui offrent des services aux TS pour faire les enquêtes (dont le projet CatWoman qui est dans plusieurs régions).</li> <li>- Prioriser un tel projet avec un financement MSSS ou au travers d'un appel d'offres concerté avec le FRSQ. Commencer le travail préparatoire avec la communauté.</li> <li>- Il serait souhaitable de penser à un système de surveillance formel similaire à I-Track et M-Track, étant donné que ces systèmes permettent de faire le lien avec les interventions.</li> <li>- Recrutement en centres de détention : beaucoup de travailleurs et travailleuses du sexe qui consomment des drogues par injection ou inhalation font des séjours en milieu carcéral et y sont donc rejoignables.</li> <li>- Ce serait intéressant d'avoir des données géocodées sur les lieux d'exercice, la mobilité et de viser les milieux semi urbains et ruraux.</li> </ul>

**Plan général d'analyse :**

**Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :**

- Rapport périodique

**L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :**

- **temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :** à déterminer
- **spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :** régions, organismes de recrutement
- **socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :** revenu, emploi, scolarité...
- **socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :** ethnie
- **biologique (ex. : âge, sexe) :** âge, sexe
- **autres :** comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres à déterminer

<b>Objet de surveillance</b> : Syphilis
<b>Indicateur 22</b> : Prévalence de sérologie tréponémique positive chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>27</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Avec le sang sur papier-buvard, on ne peut faire les tests pour une syphilis active, uniquement pour la présence d'au moins un épisode de syphilis à vie. L'interprétation serait donc difficile avec ce type de prélèvement car il manquerait les données complémentaires nécessaires (informations cliniques et prélèvement veineux pour analyses complémentaires).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Problème d'acceptabilité d'un prélèvement de sang veineux pour clarifier l'interprétation.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, organisme de recrutement</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres à déterminer</li> </ul>

<sup>27</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 21.

<b>Objet de surveillance</b> : Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique
<b>Indicateur 23</b> : Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <sup>28</sup> <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : - Offrir la possibilité d'auto-prélèvements pouvant être testés régulièrement (serviettes sanitaires, tampons, urine). - Envisager une approche combinant l'internet et des auto-prélèvements transitant par la poste. Offrir la possibilité d'un suivi pour traitement
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, organisme de recrutement - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité... - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : comportements sexuels et de consommation, fréquence des autres infections, autres à déterminer

<sup>28</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 21.

<b>Objet de surveillance</b> : VIH et VHC
<b>Indicateur 24</b> : Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire. Des enquêtes ponctuelles ont déjà été menées.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec le ministère de la sécurité publique
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Les études qui ont été faites jusqu'à maintenant l'ont été en centres de détention de juridiction provinciale, et représentent donc un sous-groupe des personnes incarcérées. - Le calcul du taux d'incidence en détention serait très peu valide, notamment en raison de la difficulté de s'assurer que l'infection a bien été contractée en détention. - Serait-on en mesure d'avoir une bonne représentativité chez les personnes incarcérées?</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Pas vraiment plus de barrières que pour les autres indicateurs questionnés dans ce genre d'enquête. - Beaucoup de roulement (et de ré-incarcération) et d'hétérogénéité de cette population. Les sorties épisodiques et l'infection possible à l'extérieur vs en détention rendent très difficile le calcul de l'incidence. - Intervention en milieu carcéral requiert des ressources particulières et importantes. - Éthique par rapport à la divulgation des résultats et à l'accès au traitement.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - C'est moins un milieu pour se documenter sur les risques d'ITSS que pour envisager des interventions (facilité d'accès en raison de la captivité) avec des sous-populations connues pour avoir des facteurs de risque d'ITSS (partage de matériel de consommation de drogue, multiples partenaires sexuels). La détention représente un milieu idéal pour rejoindre diverses populations vulnérables, étendre l'offre de services de santé dans ce milieu (formation, prévention, dépistage, traitement des ITSS, traitement de la dépendance, santé mentale, etc.), et favoriser le maintien à plus long terme de ce lien avec les services de santé. - Le ministère de la sécurité publique demande à savoir l'incidence : ceux qui s'infectent en milieu carcéral comme tel. - Le dépistage systématique en milieu carcéral serait facilitant, avec création d'une banque de données, mais enjeux éthiques et légaux majeurs. - Enquêtes périodiques qui tiennent compte des durées de séjour et des sorties.</p>

**Plan général d'analyse :**

**Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :**

- Rapport périodique

**L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :**

- **temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :** annuelle
- **spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :** régions
- **socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :**
- **socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :**
- **biologique (ex. : âge, sexe) :** âge
- **autres :** comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres variables à déterminer

<b>Objet de surveillance</b> : Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique
<b>Indicateur 25</b> : Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les personnes incarcérées
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire. Des enquêtes ponctuelles ont déjà été menées.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec le ministère de la sécurité publique
<b>Commentaires des experts</b> <sup>29</sup> <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Éthique par rapport à la divulgation des résultats : il s'agit d'infections aiguës pour lesquelles un traitement simple est disponible. Le suivi doit être fait par le service de santé lorsque des personnes sont trouvées positives. - Faisabilité beaucoup plus problématique à cause de la difficulté que le participant puisse s'isoler pour un prélèvement génital/urinaire.  <b>Pistes de solutions</b> : - Milieux sentinelles avec dépistage systématique à l'entrée et/ou à la sortie?
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge - <b>autres</b> : Mode de consommation, autres variables disponibles selon les besoins

<sup>29</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 24.

<b>Objet de surveillance</b> : VIH et VHC
<b>Indicateur 26</b> : Prévalence du VIH et du VHC chez les Autochtones
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquêtes périodiques incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, possibilité de financement par l'ASPC dans le cadre des Tracks et programmes de financement spécifiques des IRSC pour le VIH chez les Autochtones
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC qui encadre les Tracks canadiens
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Il sera difficile d'avoir un échantillon représentatif à moins de coercition.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Difficulté de trouver des ressources humaines pour travailler dans les régions nordiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté de définir et rejoindre ces populations qui sont très hétérogènes (réserve, hors-réserve, Métis, Inuit, Cris, etc.) donc difficile de trouver des questionnaires/indicateurs généralisables pour l'ensemble.</li> <li>- L'identification des populations hors réserve demeure un défi important.</li> <li>- Dénominateur difficile à obtenir.</li> <li>- Il est très difficile d'implanter des projets ou de la surveillance au Nord à cause des larges consensus qu'il faut obtenir de plusieurs instances décisionnelles et des ressources très importantes qui sont nécessaires.</li> <li>- Problème d'accessibilité, car plusieurs réserves sont très éloignées et certaines populations autochtones sont encore migrantes.</li> </ul> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Si un chercheur est intéressé à mener une enquête, demander du financement pour explorer la faisabilité dans les programmes de financement spécifiques au VIH chez les Autochtones aux IRSC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Privilégier un système amélioré de surveillance du VIH.</li> <li>- Toutes les femmes enceintes sont dépistées pour le VIH dans la région 18.</li> <li>- Cibler les 15-30 ans à risque plus élevé et les femmes enceintes.</li> <li>- Il faut que les gouvernements et responsables Autochtones soient impliqués pour développer des mécanismes (méthode et questions) de surveillance adéquats.</li> <li>- Les jeunes de la région 18 utilisent beaucoup les réseaux sociaux. Peut-être y a-t-il une façon de rejoindre la clientèle pour une enquête par le biais d'un site web pour plus de confidentialité?</li> <li>- Joindre à des programmes de prévention et de traitement.</li> <li>- Les enquêtes devraient utiliser les ressources hors du réseau clinique.</li> </ul> <p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : comportements sexuels et de consommation de drogue, autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et infection gonococcique
<b>Indicateurs 27</b> : Prévalence de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique chez les Autochtones
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquêtes périodiques incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, possibilité de financement par l'ASPC dans le cadre des Tracks
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC qui encadre les Tracks canadiens
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>30</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Biais important dans MADDO car les ITS sont surtout dépistées chez les femmes.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Barrières plus faciles à surmonter que pour le VIH et le VHC, car déjà faits avec succès dans le passé et moins de problèmes éthiques. Le financement peut par contre être plus difficile à identifier que pour le VIH et le VHC.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Prioriser plutôt les données MADDO. - Essayer d'intégrer cette activité de surveillance à des activités spécifiques de dépistage de masse dans les communautés autochtones du nord.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> comportements sexuels, autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>30</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 26.

<b>Objet de surveillance</b> : Infections répétées
<b>Indicateurs 28, 29 et 30</b> : Proportion de la population ayant contracté plus d'une ITS ( <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection gonococcique) <sup>31</sup> au cours d'une période donnée (1 an) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion des cas de chlamydia ayant fait un second épisode au cours de l'année</li> <li>- Proportion des cas de gonorrhée ayant fait un second épisode au cours de l'année</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MADO, MSSS
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité</b> : - Le système passif MADO souffre de sous-déclaration; biais d'utilisation des services; les femmes consultent plus. - Parfois, absence de données identifiantes suffisantes pour permettre l'attribution d'épisodes distincts à une même personne, en particulier pour l'infection gonococcique chez les HARSAH. - Les déménagements peuvent poser problème.  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Le fichier nominal est accessible seulement au niveau régional.  <b>Pistes de solutions</b> : - Bien définir les infections répétées : établir une période minimale entre les dates d'épisodes d'événements concernant une même personne. - Il faudrait avoir un identifiant unique par personne au niveau provincial tout en assurant la confidentialité et une forme d'anonymat dans l'analyse provinciale. - Ce serait facile de faire l'exercice au niveau régional et regrouper ensuite pour la province. - À faire une première fois et voir s'il y a lieu de répéter. - À faire par groupes d'âge. - Y aurait-il un intérêt à faire ce type d'analyses pour la syphilis?
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, CLSC</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, groupes d'âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<sup>31</sup> Les infections par le VHC et la syphilis n'ont pas été retenues, pour l'instant, en raison de problèmes de validité anticipés. À réévaluer au besoin.

<b>Objet de surveillance</b> : Consommation de drogues par injection dans la dernière année
<b>Indicateur 31</b> : Proportion de la population ayant fait usage de drogues par injection dans la dernière année
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques; à ajouter à l'EQSP
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Nouvelle variable à ajouter à l'EQSP
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En théorie, ce pourcentage serait utile. Cependant, la proportion à vie est de 0,5 % dans l'EQSP 2008. Je doute donc que l'on puisse obtenir un pourcentage valide pour la dernière année. Surtout que les personnes actives présentement dans l'injection ont une probabilité plus faible de répondre à l'enquête.</li> <li>- Biais de sélection : L'EQSP risque de ne pas questionner les populations à haut risque, telles que les travailleurs et travailleuses du sexe, les UDI, les personnes incarcérées, les autochtones. Combien d'UDI ont un téléphone?</li> <li>- Les comportements marginaux ou illégaux sont fortement sous-déclarés dans les enquêtes populationnelles.</li> </ul> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La principale barrière à la faisabilité d'obtenir un indicateur valide est d'essayer d'ajouter une telle question dans un enquête populationnelle. Le biais de désirabilité sociale risque d'être trop grand.</li> </ul> <p><b>Pistes de solutions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'indicateur sur la taille de la population UDI semble beaucoup plus utile et valide. Je suggère plutôt de développer une méthode d'enquête "capture-recapture" pour l'estimation du nombre d'UDIs et d'essayer d'implanter une telle enquête de manière périodique, probablement à tous les 5 ans.</li> </ul>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b> à déterminer selon variables disponibles</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie disponible (dont Autochtones)?</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> À déterminer; comportements sexuels mesurés dans l'enquête?</li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Comportements sexuels
<b>Indicateur 32 :</b> Nombre de partenaires sexuels chez les personnes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe des partenaires
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-EQSP (cet indicateur est disponible actuellement dans l'EQSP)
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non, car déjà disponible dans l'EQSP
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - Validité un peu restreinte par le biais de désirabilité sociale. - Potentiel biais dû au double standard sexuel (sous-estime chez les femmes, surestime chez les hommes)</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - Les questions sur les relations sexuelles n'ont pas posé de problème particulier durant l'EQSP 2008. Il devrait donc y avoir de l'ouverture envers ces questions. Le prochain cycle est prévu pour bientôt (environ 2013).</p> <p><b>Pistes de solutions :</b></p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b> à déterminer selon variables disponibles</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie disponible (dont Autochtone)?</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe, antécédents d'ITSS</li> <li>- <b>autres :</b> types de partenaires, usage du condom, nombre de nouveaux partenaires, recours et pratique du travail du sexe</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels
<b>Indicateur 33</b> : Nombre de nouveaux partenaires sexuels dans la dernière année
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques; à ajouter à l'EQSP
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Nouvelle variable à ajouter à l'EQSP
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : -</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Pas vraiment de barrières, à part alourdir un questionnaire.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Je ne pense pas que ce serait compliqué d'ajouter à l'EQSP comme sous-question à la question sur le nombre total de partenaires dans la dernière année. - La définition de nouveau partenaire devra être bien précisée.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : à déterminer selon variables disponibles</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie disponible (dont Autochtone)?</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe, antécédents d'ITSS,</li> <li>- <b>autres</b> : types de partenaires et usage du condom, recours et pratique du travail du sexe</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels
<b>Indicateur 34</b> : Fréquence de pratique du travail du sexe dans la dernière année
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques; à ajouter à l'EQSP
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Nouvelle variable à ajouter à l'EQSP
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : -Les travailleurs et travailleuses du sexe du sexe pourraient ne pas être bien représentée dans une enquête comme l'EQSP si elle est basée sur les ménages ou les numéros de téléphone fixes  - La validité de cet indicateur est très limitée dans une enquête populationnelle (désirabilité sociale).  - Il faudrait aussi essayer de développer des méthodes alternatives pour l'estimation de la taille de la population des travailleurs et travailleuses du sexe (indicateur plus valide).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -Je pense que ça pourrait être difficile d'ajouter à l'EQSP car ça pourrait même froisser les gens au point d'influencer le taux de participation.  - Difficile de définir la notion de travail du sexe.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - limiter la question à certains groupes d'âge ou certains profils déjà identifiés (ex: HARSAH).</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : à déterminer selon variables disponibles</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie disponible (dont Autochtone)?</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe, antécédents d'ITSS</li> <li>- <b>autres</b> : nombre de partenaires sexuels, nouveaux partenaires, type de relation (vaginale, anale, orale), usage du condom, usage de drogues par injection</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels
<b>Indicateur 35</b> : Fréquence de recours au travail du sexe dans la dernière année (en tant que client)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques; à ajouter à l'EQSP
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Nouvelle variable à ajouter à l'EQSP
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement nécessaire
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : -Les réponses obtenues dans des enquêtes de ce type sous-estiment de beaucoup la réalité/biais de désirabilité sociale.  - Les personnes peuvent avoir des réserves à donner ces informations, considérant le contexte illégal.  - Le recours au travail du sexe est un facteur de risque rarement rapporté lors de nos enquêtes épidémiologiques, probablement souvent non avoué.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Probablement moins offusquant comme question que celle sur la pratique du travail du sexe, même si on limite la question aux hommes, mais peut paraître intrusive car rarement ou jamais adressée dans les enquêtes de santé générales.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Limiter la question à certains sous-groupes de la population ou à certains profils déjà identifiés (ex. : hommes, multiples partenaires sexuels, etc.).</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : à déterminer selon variables disponibles</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie disponible (dont Autochtone)?</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe, antécédents d'ITSS</li> <li>- <b>autres</b> : nombre de partenaires sexuels, nouveaux partenaires, type de relation (vaginale, anale, orale), usage du condom</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels
<b>Indicateur 36</b> : Fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques; à ajouter à l'EQSP
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Nouvelle variable à ajouter à l'EQSP
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Biais de désirabilité sociale/d'information</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -Le nombre de questions dans l'EQSP ne peut pas être augmenté de beaucoup et il y a évidemment un intérêt à garder les questions constantes d'un cycle à l'autre. - Difficulté de capturer l'information pertinente avec peu de questions.</p> <p>- <b>Pistes de solutions</b> : - L'utilisation du condom varie non seulement selon le type de partenaire mais également selon le sexe du partenaire (homosexuel ou non) et le type de pratique (oral, vaginal, anal). Il s'agit donc de plusieurs variables complexes sinon c'est impossible à interpréter. - Envisager d'ajouter un indicateur sur la proportion de la population qui déclare des relations sexuelles anales non protégées.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : à déterminer selon variables disponibles</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie disponible (dont Autochtone)?</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe, antécédents d'ITSS</li> <li>- <b>autres</b> : nombre de partenaires sexuels, nouveaux partenaires, type de relation (vaginale, anale, orale), recours et pratique du travail du sexe</li> </ul> <p>À établir en particulier pour pénétration vaginale avec nouveau partenaire et partenaire d'un soir ou partenaire occasionnel, au cours des 12 derniers mois</p>

<b>Objet de surveillance</b> : Exposition à l'étranger
<p><b>Indicateur 37 et 38</b> : Proportion des MADO avec exposition/acquisition à l'étranger (et distribution par pays ou continent d'exposition)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le fichier central MADO contient une variable acquisition à l'étranger, c'est-à-dire lorsque la seule exposition est dans un autre pays.</li> <li>- Lors des enquêtes épidémiologiques, des questions sont posées à propos des voyages, soit de l'exposition à l'étranger.</li> </ul>
<p><b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MADO, MSSS 2- Intégrer de nouveaux indicateurs aux renseignements sur les MADO accessibles de façon dépersonnalisés et compilés/analysés au niveau provincial</p>
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<p><b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> :</p> <p>Non</p>
<p><b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> :</p> <p>Non</p>
<p><b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> :</p> <p>Non</p>
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : Trop de données manquantes dans la banque MADO centrale. Serait valide uniquement si une large proportion des cas était enquêtée. En plus, actuellement, la complétude des données sur les voyages à l'extérieur pour les enquêtes épidémiologiques est moyenne.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficile à isoler des autres expositions. Il est rare que la seule exposition sexuelle soit le contact à l'étranger.</li> </ul> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - L'information devrait provenir d'une enquête MADO auprès du médecin ou du cas. Or, des enquêtes ne sont pas faites pour tous les cas déclarés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N'a pas été retenu comme ajout au registre MADO central (modification réglementaire), ne serait donc disponible que lors des vigies intensifiées.</li> </ul> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Procéder par échantillonnage d'un certain nombre de cas de chacune des ITSS visées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'efforts à mettre sur cet indicateur.</li> <li>- Enquête auprès des cas en ciblant la pathologie et le groupe d'âge. Mieux prioriser la réalisation d'enquêtes pour les cas de syphilis et de gonorrhée (et d'ITS rares dont la LGV).</li> <li>- Expliquer, aux intervenants de la santé, le rationnel qui sous-tend la collecte de cette donnée.</li> </ul>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, CLSC</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Exposition des cas déclarés des ITSS MADO
<b>Indicateur 39 :</b> Distribution de fréquence des facteurs d'expositions les plus pertinents mentionnés par les cas déclarés d'ITSS MADO ((faisant l'objet d'une enquête épidémiologique selon l'offre de service de base et/ou vigies rehaussées)
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1- Intégrer de nouveaux indicateurs aux renseignements sur les MADO accessibles de façon dépersonnalisés et compilés/analysés au niveau provincial
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Oui, fichier d'enquêtes MADO à créer
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - La validité du portrait provincial dépendrait du nombre d'enquêtes effectuées (Valide seulement si toutes les enquêtes d'une MADO donnée sont faites, varie selon les régions). - Les Informations sensibles ne sont pas toujours faciles à recueillir. - Biais de désirabilité sociale important, variable selon les facteurs d'exposition (le travail du sexe sera fortement sous-déclaré, par exemple).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - La capacité de standardiser les données pour une centralisation. - Enjeu très important au niveau des ressources disponibles pour la réalisation et la saisie des enquêtes au niveau régional. - Difficulté de joindre les cas index. - Serait possible pour les MADO qui feront l'objet d'une enquête convenue dans l'offre de service de base régionale.</p> <p><b>Pistes de solutions :</b> - Procéder par échantillonnage d'un certain nombre de cas de chacune des ITSS visées. - S'en tenir à des vigies rehaussées ponctuelles. - Cibler l'intervention pour les infections où la situation épidémiologique le justifie. - Enquête auprès des cas en ciblant certaines pathologies (prioriser gonorrhée, syphilis et les ITS rares comme la LGV) et certains groupe d'âge pour éviter une surcharge de travail pour les DRSP. - Campagne de sensibilisation importante : période déterminée dans le temps, clairement expliqué, diffusion des données personnalisée aux personnes qui doivent contribuer à la collecte de données. - Formation et soutien des professionnels qui réalisent les enquêtes.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle et au besoin (mensuel/ponctuel, etc.)</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions, CLSC</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> Autochtones</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> Facteurs de risque/comportements sexuels, mode de recrutement des partenaires sexuels, exposition à l'étranger, indication du test (dépistage ou diagnostic), autres variables à déterminer</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les jeunes de 15 à 24 ans
<b>Indicateur 40</b> : Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc.
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquête périodique
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, un premier projet a débuté en 2012 (Lambert G <i>et al.</i> )
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <sup>32</sup>  <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, autres? - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : à préciser - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : comportements et autres variables disponibles

<sup>32</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 5.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les jeunes du secondaire
<b>Indicateur 41</b> : Mode de recrutement des partenaires sexuels : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc. chez les jeunes du secondaire
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- EQSJS
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Nouvelle variable à ajouter à l'EQSJS
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité</b> : - <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Peu de barrières si on accepte d'ajouter à cette enquête. <b>Pistes de solutions</b> :
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : à déterminer selon variables disponibles - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie disponible (dont Autochtone)? - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> :

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements de consommation de drogue chez les UDI
<b>Indicateur 42</b> : Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les UDI
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>33</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Le niveau de risque lié au partage des différents matériels n'est pas le même. Séparer les modes de consommation. - La validité est plus élevée pour les seringues, intermédiaire pour le matériel pour fumer et un peu moins bonne pour les autres matériels d'injection.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - S'assurer de capturer les changements dans la préparation de diverses drogues au fil du temps.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : Selon les besoins</li> </ul>

<sup>33</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 10.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements de consommation de drogue chez les UDI
<b>Indicateur 43</b> : Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les UDI
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>34</sup></p> <p><b>Validité</b> : - À cause des multiples noms populaires des drogues, la spécificité est modérée pour certaines. - Les tendances à long terme doivent être interprétées avec précautions lorsque de nouvelles drogues apparaissent et sont ajoutées au questionnaire au fil du temps.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Il serait intéressant de déterminer les territoires (lieux géographiques) de consommation de différentes drogues périodiquement.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : Selon les besoins</li> </ul>

<sup>34</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 10.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les UDI
<b>Indicateurs 44</b> : Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les UDI
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, ajout d'une question sur les partenaires UDI si pertinent
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<b>Commentaires des experts</b> <sup>35</sup>  <b>Validité</b> : - Les questions actuellement présentes dans le questionnaire SurvUDI sont un moyen valide d'évaluer les comportements sexuels.  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - La section sur les comportements sexuels est assez volumineuse dans le questionnaire SurvUDI, mais couper dans cette section en diminuerait la validité.  <b>Pistes de solutions</b> : - Ajouter des questions sur le serosorting? - Ajouter le type de partenaire UDI ?
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité... - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : Selon les besoins

<sup>35</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 10.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements de consommation de drogue chez les HARSAH
<p><b>Indicateur 45</b> : Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les HARSAH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comme ce ne sont pas tous des consommateurs de drogues, il est nécessaire d'avoir un indicateur sur le pourcentage qui a fait usage de drogues par injection et un autre sur l'usage de drogues par d'autres modes.</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Argus/M-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaires</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>36</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Le niveau de risque lié au partage des différents matériels n'est pas le même. - Séparer par modes de consommation. - La validité est plus élevée pour les seringues, intermédiaire pour le matériel pour fumer et un peu moins bonne pour les autres matériels d'injection.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Il serait intéressant de faire un lien avec SurvUDI et autres cohortes UDI, de manière à mieux comprendre les liens entre les réseaux.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge</li> <li>- <b>autres</b> : Mode de consommation, autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>36</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 13.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les HARSAH
<b>Indicateur 46</b> : Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, «à risque») et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les HARSAH
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Argus/M-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<b>Commentaires des experts</b> <sup>37</sup>  <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : - Ajouter un volet d'enquêtes sur le web pour les comportements.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge - <b>autres</b> : Autres variables disponibles selon les besoins

<sup>37</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 13.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les HARSAH
<b>Indicateur 47</b> : Mode de recrutement des partenaires sexuels chez les HARSAH : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc.
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Argus/M-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>38</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Risque d'avoir des réponses imprécises et de ce fait peu utiles.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Pré test de grande envergure pour valider et préciser la façon de questionner. - Quantifier la proportion de partenaires recrutés par les différents modes de recrutement.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge</li> <li>- <b>autres</b> : Comportements sexuels et de fréquentation des services, autres variables selon les besoins</li> </ul>

<sup>38</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 13.

<p><b>Objet de surveillance</b> : Comportements de consommation de drogue chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH</p>
<p><b>Indicateur 48</b> : Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH</p> <p>- Comme ce ne sont pas tous des consommateurs de drogues, il est nécessaire d'avoir un indicateur sur le pourcentage qui a fait usage de drogues par injection et un autre sur l'usage de drogues par d'autres modes.</p>
<p><b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Québécois d'origine Haïtienne/E-Track 2- Québécois d'origine Africaine et Caribéenne autre que Haïtienne, de langue anglaise</p>
<p><b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non</p>
<p><b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement</p>
<p><b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaires</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire</p>
<p><b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC</p>
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>39</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Des difficultés d'incompréhension sont souvent présentes. La prévalence d'usage de drogues est très faible et empreinte d'un stigma important.</p> <p>- La validité de cet indicateur variera selon les communautés (Les patterns de consommation sont différents selon les groupes ethniques, ex: les Africains francophones utilisent peu de drogues injectables alors que les Jamaïcains en utilisent plus). Avant de "surveiller" le partage, il faut connaître les profils de consommation.</p> <p>- La validité de cet indicateur sera limitée par le biais de désirabilité sociale (encore plus difficile à recueillir que les comportements sexuels; perception de menace car illégal).</p> <p>- Le niveau de risque lié au partage des différents matériels n'est pas le même. Séparer par modes de consommation.</p> <p>- La validité est plus élevée pour les seringues, intermédiaire pour le matériel pour fumer et un peu moins bonne pour les autres matériels d'injection</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - mieux documenter la variable ethnoculturelle dans les différentes études de seconde génération.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>39</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 16.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
<b>Indicateur 49</b> : Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les communautés ethnoculturelles originaires de pays fortement endémiques pour le VIH
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Québécois d'origine Haïtienne/E-Track 2- Québécois d'origine Africaine et Caribéenne autre que Haïtienne, de langue anglaise
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement avec CIC
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC et possiblement CIC
<b>Commentaires des experts</b> <sup>40</sup>  <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins

<sup>40</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 16.

<p><b>Objet de surveillance</b> : Comportements de consommation de drogue chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)</p>
<p><b>Indicateur 50</b> : Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les jeunes en difficulté</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comme ce ne sont pas tous des consommateurs de drogues, il est nécessaire d'avoir un indicateur sur le pourcentage qui a fait usage de drogues par injection et un autre sur l'usage de drogues par d'autres modes</li> </ul>
<p><b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse</p>
<p><b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non</p>
<p><b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui pour les centres jeunesse</p>
<p><b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaires</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire</p>
<p><b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC pour E-SYS</p>
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>41</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Le niveau de risque lié au partage des différents matériels n'est pas le même. Séparer les modes de consommation. La validité est plus élevée pour les seringues, intermédiaire pour le matériel pour fumer et un peu moins bonne pour les autres matériels d'injection</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : région</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>41</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec les indicateurs 18a et 18b.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements de consommation de drogue chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)
<b>Indicateur 51</b> : Principales drogues consommées par injection et autrement que par injection dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui pour les centres jeunesse
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC pour E-SYS
<b>Commentaires des experts</b> <sup>42</sup> <b>Validité</b> : - <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Difficulté de définir les drogues et de capturer l'émergence. <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : région - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins

<sup>42</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec les indicateurs 18a et 18b.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)
<b>Indicateur 52</b> : Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les jeunes en difficulté
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui pour les centres jeunesse
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC pour E-SYS
<b>Commentaires des experts</b> <sup>43</sup> <b>Validité</b> :-  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : région - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins

<sup>43</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec les indicateurs 18a et 18b.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)
<b>Indicateur 53</b> : Mode de recrutement des partenaires sexuels chez les jeunes en difficulté : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc.
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Jeunes des centres jeunesse
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC pour E-SYS
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>44</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Il n'est pas certain que les jeunes en difficulté soient de grands utilisateurs de ces moyens de communication (faible représentativité).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Peut-être s'intéresser à d'autres modes de recrutement des partenaires compte tenu de leurs conditions particulières.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : région</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>44</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec les indicateurs 18a et 18b.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements de consommation de drogue chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Indicateur 54</b> : Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les travailleurs et travailleuses du sexe <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comme ce ne sont pas tous des consommateurs de drogues, il est nécessaire d'avoir un indicateur sur le pourcentage qui a fait usage de drogues par injection et par autres modes</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaires</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<b>Commentaires des experts</b> <sup>45</sup> <b>Validité</b> : - La validité est plus élevée pour les seringues, intermédiaire pour le matériel pour fumer et un peu moins bonne pour les autres matériels d'injection. <b>Barrières à la faisabilité</b> : - <b>Pistes de solutions</b> :
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, organisme de recrutement</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : comportements sexuels, fréquence des infections, autres à déterminer</li> </ul>

<sup>45</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 21.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Indicateur 55</b> : Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <sup>46</sup> <b>Validité</b> : - <b>Barrières à la faisabilité</b> : - <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, organisme de recrutement</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : comportements de consommation de drogues, fréquence des infections, autres à déterminer</li> </ul>

<sup>46</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 21.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Indicateur 56</b> : Mode de recrutement des partenaires sexuels chez les travailleurs et travailleuses du sexe : sites web de rencontres, médias sociaux (Facebook), applications de téléphone intelligents (Blendr), etc.
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <sup>47</sup> <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, organisme de recrutement</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres à déterminer</li> </ul>

<sup>47</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 21.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements de consommation de drogue chez les personnes incarcérées
<b>Indicateur 57</b> : Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (en détention et hors détention) (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les personnes incarcérées <ul style="list-style-type: none"><li>- Comme ce ne sont pas tous des consommateurs de drogues, il est nécessaire d'avoir un indicateur sur le pourcentage qui a fait usage de drogues par injection et un autre sur l'usage de drogues par d'autres modes</li></ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquête périodique
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire. Des enquêtes ponctuelles ont déjà été menées.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec le ministère de la sécurité publique
<b>Commentaires des experts</b> <sup>48</sup>  <b>Validité</b> : - Biais possible en raison de la perception de risque d'identification de comportement « illégal » et de répercussion sur la sentence, etc. - Avoueront-ils s'être injectés en cours d'incarcération ? Les réponses sur la consommation pendant la détention risquent d'être fortement biaisées (sous-estimation de l'ampleur de la problématique).  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Rapport périodique</li></ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li><li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, établissements</li><li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li><li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li><li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li><li>- <b>autres</b> : comportements sexuels, fréquence des infections, autres variables à déterminer</li></ul>

<sup>48</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 24.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les personnes incarcérées
<b>Indicateur 58</b> : Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les personnes incarcérées
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire. Des enquêtes ponctuelles ont déjà été menées.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec le ministère de la sécurité publique
<b>Commentaires des experts</b> <sup>49</sup> <b>Validité</b> : - Biais de désirabilité sociale, en particulier pour les relations en détention. <b>Barrières à la faisabilité</b> : - <b>Pistes de solutions</b> : - Avant et pendant la détention.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge - <b>autres</b> : comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres variables à déterminer

<sup>49</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 24.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements de consommation de drogue chez les Autochtones
<b>Indicateur 59</b> : Fréquence de partage de matériel de consommation de drogue déjà utilisé dans les 6 derniers mois (emprunt ou prêt de matériel déjà utilisé : seringues, autres matériel incluant le matériel pour fumer ou inhaler le crack et la coke) chez les Autochtones <ul style="list-style-type: none"><li>- Comme ce ne sont pas tous des consommateurs de drogues, il est nécessaire d'avoir un indicateur sur le pourcentage qui a fait usage de drogues par injection et un autre sur l'usage de drogues par d'autres modes.</li></ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquête périodique incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, possibilité de financement par l'ASPC dans le cadre des Tracks
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaires</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC qui encadre les Tracks canadiens
<b>Commentaires des experts</b> <sup>50</sup> <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Les résultats pourraient augmenter la discrimination envers ces populations et leur isolement social. <ul style="list-style-type: none"><li>- Hors régions 17 et 18, faisabilité élevée dans l'optique où une enquête (ERS) se fait déjà chez les Premières Nations non-conventionnées.</li><li>- L'acceptabilité sociale serait difficile à obtenir si on veut cibler chaque région.</li></ul> <b>Pistes de solutions</b> : - Joindre le réseau SurvUDI, à réaliser dans les communautés. Toutes les Premières Nations hors-réserve peuvent être captées par SurvUDI.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Rapport périodique</li></ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li><li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li><li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li><li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li><li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li><li>- <b>autres</b> : Infections, autres variables selon les besoins</li></ul>

<sup>50</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 26.

<b>Objet de surveillance</b> : Comportements sexuels chez les Autochtones
<b>Indicateur 60</b> : Nombre de partenaires sexuels et fréquence d'utilisation du condom selon le type de partenaire (régulier, occasionnel, client, UDI) et selon sexe de ces partenaires dans les 6 derniers mois chez les Autochtones
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquête périodique incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, possibilité de financement par l'ASPC dans le cadre des Tracks
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC qui encadre les Tracks canadiens
<b>Commentaires des experts</b> <sup>51</sup> <b>Validité</b> : - Biais lié au genre (double standard sexuel). <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Sujet très tabou et difficile à aborder avec cette population. <b>Pistes de solutions</b> : - Hors régions 17 et 18, faisabilité élevée dans l'optique où une enquête (ERS) se fait déjà chez les Premières Nations non-conventionnées.
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, unités géographiques plus fines - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : Infections, autres variables selon les besoins

<sup>51</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 26.

<b>Objet de surveillance :</b> SIDA
<b>Indicateur 61 :</b> Taux d'hospitalisations pour infections opportunistes indicatrices du SIDA
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Oui , Med-Écho et le Programme de surveillance du VIH
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - Difficulté d'obtenir des données complètes et de qualité. - Erreurs de codification, validité des diagnostics. - De plus en plus, la morbidité associée au sida n'est pas reliée tant aux infections opportunistes qu'aux autres éléments de morbidité: effets secondaires au traitement (ex. : problèmes rénaux), maladies chroniques, etc.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - Revues de dossiers nécessaires. - Beaucoup d'efforts pour recueillir les informations dans les dossiers archivés.</p> <p><b>Pistes de solutions :</b> - Il faut que ce soit jumelé au programme de surveillance du VIH et que toutes les hospitalisations des personnes VIH+ soient examinées. - Importance d'avoir le lien avec les facteurs de risque.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport du programme de surveillance du VIH</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> catégorie d'exposition</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Hépatite C
<b>Indicateur 62</b> : Taux d'hospitalisations pour hépatite C
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Med-Écho et fichier d'enquêtes épidémiologiques MADO à développer (pour lien avec facteurs de risque, mais les enquêtes épidémiologiques MADO ne sont pas faites actuellement).
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité</b> : - Les hospitalisations pour hépatite C en tant que diagnostic principal sont rares et cette donnée sera difficile à interpréter - Valide dans la mesure où l'hépatite C est indiquée comme autres conditions dans la fiche sommaire.  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Revues de dossiers nécessaires.  <b>Pistes de solutions</b> : - S'attarder aux complications cliniques de l'hépatite C plutôt qu'à l'infection.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : facteurs de risque/exposition

<b>Objet de surveillance :</b> Cirrhoses
<b>Indicateur 63 :</b> Taux d'hospitalisations pour cirrhose (avec diagnostic secondaire d'hépatite C et B, analyse séparée par infection)
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Med-Écho et fichier d'enquêtes épidémiologiques MADO à développer (pour lien avec facteurs de risque, mais les enquêtes épidémiologiques MADO ne sont pas faites actuellement).
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Non
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité :</b> -Pas toujours précisé de façon uniforme dans les sommaires d'hospitalisation. À valider - Dans la mesure où les hépatites B et C sont bien identifiées dans la fiche sommaire.  <b>Barrières à la faisabilité :</b> - Difficulté d'obtenir des données complètes. - Revues de dossiers nécessaires.  <b>Pistes de solutions :</b> - Définition de l'indicateur à développer : Cirrhose, ou décompensation hépatique, ou encéphalopathie, ou autres complications de cirrhose. Ceci doit être élargi pour refléter la pratique.
<b>Plan général d'analyse :</b>  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b> - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b> - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b> - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> - <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe - <b>autres :</b> facteurs de risque/exposition

<b>Objet de surveillance</b> : Greffe hépatique
<b>Indicateur 64</b> : Nombre de greffes de foie avec un diagnostic de VHC ou de VHB
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Québec transplant
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec Transplant Québec
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Quelle est la précision du diagnostic de VHC et/ou VHC? Dans la banque, les diagnostics sont-ils toujours tous présents (par exemple, la raison de la greffe est la cirrhose ou le carcinome, mais l'infection par le VHC ou le VHB est-elle toujours précisée)?</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : - Distinguer les hépatites B et C (présenter séparément), autres variables disponibles?</li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Carcinome hépatocellulaire
<b>Indicateur 65 :</b> Taux d'hospitalisations pour carcinome hépatocellulaire (diagnostic secondaire d'hépatite C et B, analyse séparée par infection)
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Med-Écho et fichier d'enquêtes épidémiologiques MADO à développer (pour lien avec facteurs de risque, mais les enquêtes épidémiologiques MADO ne sont pas faites actuellement).
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Non
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité :</b> - Les procédures peuvent être faites en externe (thermo ablation) et plusieurs patients pourraient ne pas être comptabilisés dans Med-Écho.  <b>Barrières à la faisabilité :</b>  <b>Pistes de solutions :</b> - Enquête auprès des pathologistes.
<b>Plan général d'analyse :</b>  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b> - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b> - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b> - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> - <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge - <b>autres :</b> facteurs de risque/exposition

<b>Objet de surveillance</b> : Salpingite et grossesse ectopique
<b>Indicateur 66</b> : Nombre de salpingites et de grossesses ectopiques (hospitalisations et cas ambulatoires)(ajout à l'indicateur grossesses ectopique déjà disponible, voir <b>liste 2, annexe 4</b> )
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients Pour ambulatoire : 3-RAMQ - services médicaux rémunérés à l'acte (à évaluer, possibilité de faire une validation de dossiers médicaux) ou 4-Réseau clinique sentinelle
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui , Med-Écho et RAMQ/cliniques sentinelles. Envisager jumelage avec MADO pour identifier rétrospectivement les cas d'ITS.
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Évaluer la possibilité de compléter les données d'hospitalisation à l'aide d'une nouvelle source (soit les banques de la RAMQ ou un réseau de cliniques sentinelles) pour les cas ambulatoires.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Possiblement
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement avec la RAMQ
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité</b> : - Très mauvaise spécificité du diagnostic en ambulatoire. -Les données RAMQ visent des fins de rémunération et non de surveillance; données peu appropriées, peu sensibles et non spécifiques. - Les salpingites sont mal définies.  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Très difficile d'avoir des données valides sur les salpingites en consultation ambulatoire. -Revue de dossiers nécessaires pour valider les données Med-Écho (et RAMQ).  <b>Pistes de solutions</b> : - Enquête auprès des médecins, des cliniques spécialisées, des cliniques de fertilité (documenter l'infertilité tubaire) et les cliniques de gynéco-obstétrique.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge - <b>autres</b> :

<b>Objet de surveillance :</b> Infertilité tubaire
<b>Indicateur 67 :</b> Nombre de femmes avec un diagnostic d'infertilité tubaire consultant pour procréation assistée (selon la cause de l'infertilité) <sup>52</sup>
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-Programme de procréation assistée, MSSS 2-Enquêtes périodiques avec les cliniques de fertilité?
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non, en développement
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Possiblement avec les cliniques de fertilité
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité :</b> - Difficile d'avoir des données fiables, car ce ne sont pas toutes les femmes infertiles qui vont en clinique de fertilité (proportion possiblement assez faible). - La cause de l'infertilité est-elle toujours connue avec suffisamment de précision?  <b>Barrières à la faisabilité :</b> -  <b>Pistes de solutions :</b> - Réseau sentinelle de cliniques de fertilité.
<b>Plan général d'analyse :</b>  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b> - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b> - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b> - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> - <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge - <b>autres :</b> autres variables disponibles?

<sup>52</sup> Indicateur en développement aussi retenu dans le PMSM sur la santé maternelle et infantile. À poursuivre en collaboration.

<b>Objet de surveillance</b> : Autres complications des ITS bactériennes
<b>Indicateur 68</b> : Taux d'hospitalisations pour syphilis
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité</b> : - La syphilis ne mène pas suffisamment souvent à l'hospitalisation pour que ce soit un bon indicateur.  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Revue de dossiers nécessaire.  <b>Pistes de solutions</b> : - Une meilleure vigie et surveillance de la syphilis tertiaire via le registre MADO serait probablement une meilleure option.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> :

<b>Objet de surveillance</b> : Autres complications des ITS bactériennes
<b>Indicateur 69</b> : Taux d'hospitalisations pour arthrite gonococcique, gonococcémie, etc.
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité</b> : - Valider auprès de cliniciens si le traitement nécessite toujours l'hospitalisation.  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Revue de dossiers nécessaire.  <b>Pistes de solutions</b> : - Considérer aussi les diagnostics secondaires. - Valider auprès de cliniciens si le traitement nécessite toujours l'hospitalisation.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> :

<b>Objet de surveillance</b> : Co-infections
<p><b>Indicateur 70</b> : Proportion de cas co-infectés par <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion de cas de gonorrhée co-infectés par la chlamydia et proportion de cas de chlamydia co-infectés par la gonorrhée</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MADO, MSSS
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<p><b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> :</p> <p>Non</p>
<p><b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> :</p> <p>Non</p>
<p><b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> :</p> <p>Non</p>
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Les deux tests doivent avoir été faits en même temps si on s'intéresse à la co-infection simultanée.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Demande une « nominalisation » centrale pour croiser les cas touchant de mêmes individus. - En l'absence d'une nominalisation centrale, retrouver un individu avec co-infection simultanée serait tout de même relativement facile dans la banque provinciale. Rechercher un individu de même âge, date de naissance, sexe, RSS(CLSC), médecin, laboratoire et date de prélèvement dans les cas de chlamydia et gonorrhée. On manquerait ceux pour lesquels les prélèvements auraient pu être faits à quelques jours d'intervalle, mais cette particularité pourrait être gérée dans l'algorithme d'appariement.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Prioriser les enquêtes chez les cas de gonorrhée (s'assurer d'avoir un résultat pour chlamydia). - Il serait possible de demander aux régions d'identifier les co-infections et de faire une compilation provinciale. Ce serait encore plus facile si un identifiant unique par personne (mais non nominal) était disponible au niveau provincial. - Identifier par appariement dans la banque provinciale et valider avec les DSP lors des premiers exercices.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) : annuelle</li> <li>- spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) : régions, CLSC</li> <li>- socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</li> <li>- socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</li> <li>- biologique (ex. : âge, sexe) : âge, sexe</li> <li>- autres :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Co-infections
<b>Indicateur 71</b> : Proportion de cas co-infectés par le VHC et le VHB
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MADO, MSSS
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Demanderait des enquêtes épidémiologiques pour avoir une sensibilité suffisante.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Demande une « nominalisation » centrale pour croiser les cas touchant de mêmes individus. - Actuellement, le fichier MADO ne permet pas de façon fiable d'identifier des cas de VHC infectés (ARN+); le délai entre le dépistage (par anti-VHC) et le test d'infection active (ARN) peut dépasser une année.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Jumeler au fichier du LSPQ pour obtenir les charges virales? - Sur une période longue, il serait possible d'obtenir le nombre de cas avec déclaration VHC et VHB avec un fichier provincial nominal. - Pourrait être fait dans la surveillance de seconde génération (Track). - Pourrait être fait en collaboration avec les DSP ou certaines DSP.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Maladies chroniques (PVVIH)
<b>Indicateur 72</b> : Nombre de cas de cancers selon le type chez les PVVIH
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MEDÉCHO, MSSS 2- Registre québécois du cancer
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, avec le Programme de surveillance VIH
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Validité des diagnostics : revue de dossiers nécessaire. - Dépend du fait que l'infection par le VIH soit bien identifiée dans la fiche sommaire du dossier (si non jumelé au programme de surveillance du VIH ou si le cas n'est pas déclaré). - Difficulté de discriminer entre les cancers en lien avec le VIH et les cancers survenus sans liens avec le VIH. Avec la population vieillissante des PVVIH, ce facteur de confusion devient de plus en plus important, car de plus en plus, la survenue de cancers chez les PVVIH ne sera pas nécessairement en lien avec le VIH mais plutôt avec l'âge ou d'autres expositions.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport du programme de surveillance du VIH</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Maladies chroniques (PVVIH)
<b>Indicateur 73</b> : Nombre de cas de maladies cardiovasculaires chez les PVVIH
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui , Med-Écho et Programme de surveillance du VIH
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : -Med-Écho fournit de l'information seulement sur les cas qui sont hospitalisés. Les patients souffrant de maladies cardiovasculaires ne le sont pas toujours. - Difficulté de connaître le statut VIH à partir de Med-Écho, car dépend du fait que l'infection au VIH soit bien identifiée dans la fiche sommaire du dossier (autre option : jumeler au programme de surveillance du VIH). Argument pour la déclaration nominale de l'infection par le VIH</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Revue de dossiers nécessaire pour vérifier la validité des diagnostics.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Jumeler au programme de surveillance du VIH. - S'orienter davantage vers l'indicateur 78b : Principales causes de mortalité chez les PVVIH (dont les maladies cardiovasculaires, les cancers et le sida). - Il serait pertinent de s'intéresser aux causes d'hospitalisation des PVVIH en général, et peut-être pas seulement aux maladies cardiovasculaires et cancers.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie si jumelé au programme de surveillance du VIH</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : catégories d'exposition si jumelé au programme de surveillance du VIH</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Co-infections (PVVIH)
<b>Indicateur 74</b> : Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHC
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MADO 2-Programme surveillance VIH
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, MADO et Programme de surveillance du VIH
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Sous-estimation associée aux systèmes de surveillance passive, en particulier pour les populations marginalisées (UDI, travailleuses du sexe, etc.).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Le remaniement du programme de surveillance du VIH nécessite des changements réglementaires, voire légaux pour permettre d'avoir un identifiant unique par cas, d'identifier les doublons et de jumeler les données au registre MADO. - Non faisable actuellement car le jumelage est impossible.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Mettre plutôt l'emphase sur les données des enquêtes de prévalence du VIH et du VHC dans les populations spécifiques (UDI, HARSAH, etc.) des Tracks.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : catégories d'exposition</li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Co-infections (PVVIH)
<b>Indicateur 75 :</b> Proportion de cas de VIH co-infectés par le VHB
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-MADO 2-Programme surveillance VIH
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Oui, MADO et Programme de surveillance du VIH
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Non
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité :</b> - Sous-estimation associée aux systèmes de surveillance passive, en particulier pour les populations marginalisées (UDI, travailleuses du sexe, etc.). <b>Barrières à la faisabilité :</b> - Le remaniement du programme de surveillance du VIH nécessite des changements réglementaires, voire légaux pour permettre d'avoir un identifiant unique par cas, d'identifier les doublons et de jumeler les données au registre MADO. <b>Pistes de solutions :</b> -
<b>Plan général d'analyse :</b> <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH</li></ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li><li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li><li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li><li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie</li><li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li><li>- <b>autres :</b> catégorie d'exposition</li></ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Co-infections (PVVIH)
<b>Indicateur 76</b> : <del>Proportion de cas de VIH co-infectés par la syphilis</del> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'intéresser plutôt aux cas de syphilis co-infectés par le VIH car la syphilis est traitable alors que le VIH est chronique.</li> <li>- Indicateur remplacé par : Proportion de cas de syphilis co-infectés par le VIH</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MADO 2-Programme surveillance VIH
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, MADO et Programme de surveillance du VIH
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité</b> : - Sous-estimation associée aux systèmes de surveillance passive, en particulier pour les populations marginalisées (UDI, travailleuses du sexe, etc.).  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Le remaniement du programme de surveillance du VIH nécessite des changements réglementaires, voire légaux pour permettre d'avoir un identifiant unique par cas, d'identifier les doublons et de jumeler les données au registre MADO.  <b>Pistes de solutions</b> : - Il serait possiblement plus facile de rechercher la co-infection VIH chez les personnes avec syphilis via MADO (par le biais de vigies intensifiées). - Le LSPQ pourrait tester tous les spécimens western blot positifs pour le VIH.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH</li> </ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : catégorie d'exposition</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Co-infections (PVVIH)
<b>Indicateur 77</b> : Proportion de cas de VIH avec sérologie anti-VHS-2 positive
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Programme surveillance VIH 2-Source données herpès?
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, programme de surveillance du VIH et source de données herpès génital
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement nécessaire
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Difficile de trouver une source de données valide pour l'herpès génital.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Non faisable.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Au LSPQ, test pour l'herpès sur prélèvements western blot confirmés réactifs pour le VIH. - Suivi d'une cohorte de PVVIH.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : catégorie d'exposition</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Mortalité par SIDA
<b>Indicateur 78</b> : Taux de mortalité par sida
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement avec le programme de surveillance du VIH
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Important de discriminer le facteur causal. Un décès chez une personne atteinte de sida ne veut pas dire qu'elle est morte de sida, surtout si elle est âgée.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Revue de dossiers nécessaire. - Serait probablement facile à faire, mais le nombre trouvé risque d'être relativement petit. - Vérifier les cas du Québec avec mortalité enregistrées en Ontario.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : Suivi des personnes vivant avec le VIH via jumelage de fichiers (programme de surveillance du VIH) et validation des diagnostics. - Important d'avoir des données selon les facteurs de risque.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Joindre au rapport annuel du Programme de surveillance du VIH?</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie (si jumelé au programme de surveillance du VIH)</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : catégorie d'exposition (si jumelé au programme de surveillance du VIH)</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Causes de mortalité des personnes vivant avec le VIH
<b>Indicateur 78b</b> : Principales causes de mortalité chez les PVVIH <ul style="list-style-type: none"><li>• Nouvel indicateur suggéré par le CITSS, comprend notamment la mortalité pas sida et le calcul de taux</li></ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, avec le programme de surveillance du VIH
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité</b> : - <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Le règlement actuel du Programme de surveillance du VIH ne le permet pas. <b>Pistes de solutions</b> : - Suivre les principales causes de mortalité des PVVIH nécessite de jumeler les données du programme de surveillance du VIH et le registre des décès. - Serait un substitut possible des indicateurs 72 et 73.
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Joindre au rapport annuel du Programme de surveillance du VIH ?</li></ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li><li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li><li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li><li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li><li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li><li>- <b>autres</b> : catégories d'exposition (HARSAH, UDI, etc.)</li></ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Mortalité par hépatite C (chronique)
<b>Indicateur 79</b> : Taux de mortalité par hépatite C (possibilité de combiner par cirrhose ou carcinome hépatocellulaires avec diagnostic de VHC?)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement, avec le registre des MADO pour identification des cas déclarés de VHC
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Le VHC n'est pas une cause de décès, mais ce sont les complications. Il faudra combiner des données sur la fiche.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Réussira-t-on à savoir facilement si les cas de décès par cirrhose ou carcinome hépatocellulaire avaient le VHC? Il faudra faire une étude de validité pour estimer la proportion des VHC non déclarée sur les fiches de décès. - Validation des diagnostics par revue de dossiers nécessaire.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Possibilité de jumeler avec MADO? - Combiner les données provenant de la fiche de décès (on ne meurt pas de l'infection mais de ses complications).</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Taux de mortalité des nouveau-nés vivant avec le VIH
<b>Indicateur 80 :</b> Taux de mortalité selon la cause chez les nouveau-nés vivant avec le VIH <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Oui, avec le programme de surveillance du VIH
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - L'usage du fichier des décès seul est probablement moins valide que si on jumelait avec le programme de surveillance du VIH. Missclassification des causes de décès possible (classifié VIH par erreur ou non-mention de l'infection par le VIH. Dans ce dernier cas, le jumelage au programme de surveillance du VIH offrirait une possibilité de validation).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - Le règlement actuel du Programme de surveillance du VIH ne le permet pas.</p> <p><b>Pistes de solutions :</b> -Suivre les principales causes de mortalité des PVVIH (dont les nouveau-nés) nécessite probablement de jumeler les données du programme de surveillance du VIH et le registre des décès pour une validité optimale. - Enquêtes systématiques pour valider avec le dossier médical et, si nécessaire, auprès des médecins.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Joindre au rapport annuel du Programme de surveillance du VIH ?</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b></li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Traitement des ITS
<b>Indicateur 81</b> : Distribution de fréquence de type d'antibiotiques prescrits
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS, MSSS
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement avec MADO, à explorer
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement par jumelage avec MADO, à explorer
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : RAMQ
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Élimine les situations où les médicaments seraient payés par les patients (incomplet?). - Pour les Premières Nations, les médicaments sont remboursés par les Services de santé non-assurés (SSNA) à Santé Canada, donc aucune donnée sur les Premières Nations dans le système québécois. - Difficile d'interpréter les résultats en absence d'une variable diagnostic/infection. Pourrait-elle être obtenue par le jumelage à MADO, si c'est possible? Mais MADO ne couvrirait que les cas déclarés et non ceux traités de manière syndromique.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : Le jumelage : validation et autorisation éthique.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Revoir la façon d'utiliser, analyser et diffuser les résultats. - Identifier une manière d'utiliser les données du système des SSNA (Premières nations). - Ajout d'une variable sur le type d'infection à explorer.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b></li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Traitement des ITS
<b>Indicateur 82</b> : Nombre de bénéficiaires selon le type d'antibiotique, le sexe, l'âge et la région
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS, MSSS
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement avec MADO, à explorer
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement par jumelage avec MADO, à explorer
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : RAMQ
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Élimine les situations où les médicaments seraient payés par les patients (incomplet?). - Pour les Premières Nations, les médicaments sont remboursés par les Services de santé non-assurés (SSNA) à Santé Canada, donc aucune donnée sur les Premières Nations dans le système québécois. - Difficile d'interpréter les résultats en absence d'une variable diagnostic/infection. Pourrait-elle être obtenue par le jumelage à MADO, si c'est possible? Mais MADO ne couvrirait que les cas déclarés et non ceux traités de manière syndromique.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : Le jumelage : validation et autorisation éthique.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Revoir la façon d'utiliser, analyser et diffuser les résultats. - Identifier une manière d'utiliser les données du système des SSNA (Premières nations). - Ajout d'une variable sur le type d'infection à explorer.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b></li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Traitement de l'hépatite C
<b>Indicateur 83</b> : Nombre de personnes souffrant d'hépatite C sous traitement antiviral
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-RAMQ 2-Assureurs privés
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Explorer MADQ, RAMQ et assureurs privées
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Possiblement, pour les assureurs privés
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement, avec les assureurs privés et la RAMQ
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Vérifier la spécificité du traitement.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Beaucoup d'efforts à consentir pour calculer cet indicateur : Les assurances privées, ça demande une très bonne structure de collecte et c'est très laborieux.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Pour les Premières Nations, il faudra faire le lien avec les Services de santé non-assurés (SSNA) à Santé Canada.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b></li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Traitement de la syphilis
<p><b>Indicateur 84 :</b> Proportion des cas ayant reçu un traitement approprié chez les cas déclarés de syphilis infectieuse (source de données 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de requêtes pour la péniciline G benzathine (Bicillin®) pour le traitement de la syphilis (sources de données 1 ou 3 selon les années)</li> </ul>
<p><b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1- Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS, MSSS (la péniciline G benzathine (Bicillin®) est spécifique) 2- Intégrer de nouveaux indicateurs aux renseignements sur les Maladies à déclaration obligatoire accessibles de façon dépersonnalisés et compilés/analysés au niveau provincial 3- Programme de surveillance de la distribution d'antibiotiques pour la syphilis, MSSS, dans le cadre du Programme d'accès spéciaux aux médicaments (PAS) de Santé Canada</p>
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<p><b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Oui, fichier d'enquêtes MADO à créer</p>
<p><b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non</p>
<p><b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Non</p>
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - Le problème relève principalement de l'exhaustivité et de la qualité des enquêtes MADO.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - Difficile d'obtenir des données complètes. - Nécessiterait modification réglementaire ou commande au régional. - Les cas de syphilis infectieuse sont beaucoup plus enquêtés que les autres ITS, elles seront probablement retenues dans l'offre de service de base.</p> <p><b>Pistes de solutions :</b> - Pertinence d'une surveillance de tous ou plutôt d'un échantillon aléatoire de cas. - Prioriser les enquêtes syphilis. - Le groupe de discussion thématique requestionne l'utilité de cet indicateur qu'il trouve très faible (source de données 2).</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions, CLSC</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie (Autochtone)</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b></li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Traitement des infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> avec résistance ou sensibilité réduite
<b>Indicateur 85</b> : Distribution de fréquence de traitements administrés aux cas déclarés d'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> avec résistance ou sensibilité réduite
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Intégrer de nouveaux indicateurs aux renseignements sur les Maladies à déclaration obligatoire accessibles de façon dépersonnalisés et compilés/analysés au niveau provincial
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, programme de surveillance de la résistance de <i>N. gonorrhoeae</i> aux antibiotiques et fichier d'enquêtes MADO à créer
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, fichier d'enquêtes MADO à créer
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Incomplétude.  - Nécessite que les enquêtes épidémiologiques soient faites et que suffisamment de cultures soient disponibles pour tester la résistance, ce qui est variable selon les régions.  - « Timeliness » : il y a un délai pour avoir les résultats de résistance du LSPQ et les cas avec résistance ou sensibilité réduite devraient être enquêtés après ce délai, ce qui serait possiblement un problème pour retrouver l'information sur le traitement auprès du médecin.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Difficulté d'avoir des données complètes.  - Dépend de la réalisation d'enquêtes épidémiologiques ITS-MADO. Possibilité que l'information ne soit pas toujours colligée.  - Tous les cas de gonorrhée devraient être enquêtés afin d'avoir un groupe de comparaison moins biaisé (traitement des cas sans résistance ou sensibilité réduite).</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Que la gonorrhée (avec résistance ou sensibilité réduite) soit incluse dans l'offre de services de base pour la réalisation d'enquête épidémiologique.  - Réseau sentinelle à mettre en place pour avoir assez de cultures.  - Suivi des tests dans les labos cliniques (e-test) ou tests de sensibilité en temps réel au LSPQ (et les enquêtes épidémiologiques devraient suivre rapidement).  - À questionner s'il s'agit d'une priorité de la TCNMI.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Joindre au rapport annuel du programme de surveillance ?</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions, CLSC</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie (Autochtone)</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> site de l'infection, CMI</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Traitement du VIH
<b>Indicateur 86</b> : Nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-RAMQ 2-Assureurs privés
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, Programme de surveillance VIH, RAMQ et assureurs privées
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Possiblement, pour les assureurs privés
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement, avec les assureurs privés et la RAMQ
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Les analyses de la banque RAMQ sont très difficiles à interpréter en l'absence d'une variable sur le diagnostic.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Le remaniement du programme de surveillance du VIH nécessite des changements réglementaires, voire légaux pour permettre d'avoir un identifiant unique par cas, d'identifier les doublons et de jumeler les données à d'autres banques. - Les données concernant les Premières Nations n'apparaîtront pas dans les sources de données mentionnées. - Le nombre de PVVIH sous traitement antirétroviral est difficile à estimer avec des données sans variable qui indique le diagnostic, comme c'est le cas actuellement dans la banque de la RAMQ. - Il sera nécessaire de faire la distinction entre traitement pour infection et traitement post-exposition chez les non-infectés.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Suivi de cohorte de PVVIH via jumelage de fichiers (Le jumelage programme de surveillance du VIH avec les données sur les médicaments pourrait permettre d'identifier les cas de VIH vs. de prophylaxie post-exposition et de corriger en partie l'incertitude de l'estimation du nombre de PVVIH basée sur les seules données de la RAMQ). - Important de lier aux facteurs de risque. - Croisement et validation avec d'autres sources. - À compléter avec la surveillance de seconde génération (Track). On pose des questions sur le traitement dans ces enquêtes (SurvUDI, Argus, etc.). - Faire le lien avec le Programme des services de santé non assurés (SSNA) pour les Premières Nations et les Inuits.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> catégorie d'exposition</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : IPPAP
<b>Indicateur 87</b> : Nombre d'interventions (IPPAP), nombre et proportion de partenaires rejoints et de partenaires traités
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-I-CLSC (à évaluer) 2- Autre source à identifier pour les données hors CLSC
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement à I-CLSC
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement avec le milieu hors CLSC
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Programme non appliqué de façon uniforme pour les ITS jugées prioritaires. - Hétérogénéité des pratiques de collecte de données d'un endroit à l'autre.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Beaucoup d'IPPAP sont faites par du personnel qui ne fait pas de saisie dans I-CLSC (notamment les cliniciens dans GMF, unités hospitalières, etc.) donc pour lesquelles aucune information ne serait disponible dans I-CLSC. - Il reste beaucoup de développement à faire.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Des travaux sont en cours pour raffiner la définition de l'indicateur et les sources de données. Le mieux qu'on pourra espérer sera probablement limité aux établissements publics. - Développer et mettre en place des outils standardisés pour recueillir cette information (guide de saisie I-CLSC pour les interventions IPPAP). - Ressources et motivation. Que les directeurs de santé publique demandent au DG de santé publique de faire une action pour considérer I-CLSC comme une source importante de données en ITSS et qu'il y ait du soutien à cet égard. - Autre source de donnée potentielle: enquêtes MADO, surtout dans le contexte de vigie rehaussée ou dans le contexte d'évaluation d'intervention de santé publique. - Autres possibilités : RAMQ facturation, enquêtes périodiques.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) : annuelle</li> <li>- spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) : régions</li> <li>- socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</li> <li>- socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</li> <li>- biologique (ex. : âge, sexe) : âge, sexe</li> <li>- autres :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Dépistage des ITSS
<b>Indicateur 88a :</b> Nombre de tests de détection des ITSS par infection, région et hôpital (sources de données 1 et 2); <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>88b :</b> Taux de positivité des tests de détection des ITSS par infection, âge, sexe, région et code postal (Source de données 3)</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-Fichiers informatisés des laboratoires, DGSSMU 2-MADO (taux de positivité calculé à partir des cas déclarés MADO car non-disponible dans le fichier des laboratoires), 3-Explorer la possibilité d'un programme des laboratoires au LSPQ
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Jumelage des banques des différents laboratoires et centralisation des informations au LSPQ (un programme de surveillance?). Le LSPQ est favorable à l'hébergement d'une telle structure.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Possiblement nécessaire (voir les commentaires ici bas)
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Possiblement avec les hôpitaux qui font les tests de détection
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - Attention si le numérateur et le dénominateur ne proviennent pas de la même source et si certains tests sont des contrôles post-traitement et non des tests de dépistage ou de diagnostic. - Prendre note qu'il y aura des doublons : plusieurs sites par personne le même jour; analyse répétée dans les jours qui suivent.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> -La banque de la DGSSMU est de nature administrative, pas de données disponibles sur les caractéristiques des cas (âge, sexe, région), mais plutôt par labos. - Les résultats des tests ne sont pas disponibles dans la banque de la DGSSMU (taux de positivité non disponibles, calculés très artificiellement à partir des cas déclarés au registre MADO). -Le système sera toujours complexe si on ne peut pas avoir la positivité des tests dans le fichier des labos. On ne pourra faire que la production de numérateurs et dénominateurs, ce qui limite la capacité analytique. La collaboration avec la DGSSMU est à améliorer.</p> <p><b>Pistes de solutions :</b> - Il faut retravailler les possibilités d'avoir les résultats des tests dans le fichier des labos. - Dénominateur à déclaration obligatoire ou réseau sentinelle de labos qui déclarent à chaque semaine (comme pour les infections respiratoires). - Centraliser les données des laboratoires au LSPQ et intégrer les variables nécessaires (âge, sexe, résultat, code postal).</p> <p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Joindre au portrait annuel du MSSS et requête paramétrable à l'infocentre</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions, code postal pour analyses par territoire de CLSC (vigie)</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> infection, résultat et, si possible, sites de prélèvement pour gonorrhée et chlamydia, et contexte de bilan de grossesse pour syphilis et VIH</li> </ul>

<p><b>Objet de surveillance</b> : Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des UDI (CAMI)</p>
<p><b>Indicateur 89</b> : Matériel d'injection remis par les ASSS aux CAMI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de CAMI par région sociosanitaire (RRSS)</li> <li>- Statistiques sur les visites, le matériel remis et les services utilisés par les personnes UDI (monitorage facultatif)</li> </ul>
<p><b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Agences de la santé et des services sociaux, banques régionales et provinciales (ententes de gestion) 2- Banque du répertoire des ressources (RRSS)</p>
<p><b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non</p>
<p><b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non</p>
<p><b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non</p>
<p><b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non</p>
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Données difficiles à interpréter car impossible à relier aux individus. - L'indicateur le plus fiable est le nombre de seringues distribué aux CAMI par les agences. Le monitoring de la distribution de seringues est variable selon les organismes et les régions.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Désistement progressif du monitoring fait par les CLSC pour les statistiques sur les visites, le matériel remis et les services utilisés par les personnes UDI (complétude variable selon les régions).</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Meilleure informatisation du système d'information. - Faire le lien avec le programme de distribution de matériel qui se met en place présentement. - Suggestion de faire un bilan aux 2-3 ans auprès des responsables de la gestion des CAMI (DSP ou autre) afin d'évaluer les tendances : augmentation ou diminution de la quantité de matériel rendu disponible, ajout de nouveaux sites, ajout de nouveaux services offerts par les CAMI, tendance générale de l'utilisation des services, etc. - Des travaux sont déjà en cours au MSSS pour que la quantité de matériel d'injection remis aux CAMI par les DSP soit indiquée dans les attentes signifiées aux agences SSS avec des objectifs à atteindre.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) : annuelle</li> <li>- spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) : régions</li> <li>- socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</li> <li>- socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</li> <li>- biologique (ex. : âge, sexe) :</li> <li>- autres :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : UDI en traitement du VIH et du VHC
<b>Indicateur 90</b> : Proportion d'UDI séropositifs pour le VIH et/ou VHC en traitement pour leur(s) infection(s)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>53</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Plus problématique pour le VHC. Les participants peuvent ne pas savoir s'ils sont en traitement pour le VHC.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Intéressant d'étudier longitudinalement le taux d'entrée en traitement.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : Selon les besoins</li> </ul>

<sup>53</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 10.

<b>Objet de surveillance</b> : Dépistage chez les UDI
<b>Indicateur 91</b> : Proportion d'UDI ayant fait un test de détection du VIH et du VHC dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<b>Commentaires des experts</b> <sup>54</sup>  <b>Validité</b> : - Séparer VIH et VHC.  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : - Il serait préférable de faire des enquêtes périodiques sur un échantillon large de lieux de dépistage et non seulement dans les programmes d'échange de seringues avec population très ciblée et éduquée (aux méfaits) : cliniques populaires, cliniques hors des grands centres et du centre ville, etc.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité... - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : infection, autres variables selon les besoins

<sup>54</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 10.

<b>Objet de surveillance</b> : Connaissance du statut sérologique pour le VIH et le VHC chez les UDI
<b>Indicateur 92</b> : Parmi les UDI séropositifs pour le VIH et le VHC, proportion qui connaissent leur infection
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<b>Commentaires des experts</b> <sup>55</sup> <b>Validité</b> : - Relativement valide. <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Très faisable. <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité... - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : Selon les besoins

<sup>55</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 10.

<b>Objet de surveillance</b> : Couverture vaccinale chez les UDI
<b>Indicateur 93</b> : Proportion d'UDI vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-SurvUDI/I-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement au registre de vaccination
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, ajouter au questionnaire existant, si pertinent
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaires</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>56</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Moins valide en absence de registre de vaccination. Fiabilité du statut auto-rapporté méconnu dans cette population : dans quelle mesure les UDI pourraient répondre correctement à cette question? Serait probablement moins valide.  - Difficile de valider que la vaccination est complète (nombre de doses, respect des intervalles).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Le lien avec le registre de vaccination provincial en implantation est actuellement impossible car la collecte de données dans SurvUDI/I-Track est actuellement non nominale. Si la collecte nominale était adoptée dans SurvUDI/I-Track, la complétude serait probablement un enjeu.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Un registre de vaccination provincial est actuellement en implantation.  - Possibilité d'inclure dans SurvUDI/I-Track des modules spécifiques de questions sur d'autres thématiques (dont la vaccination).  - S'intéresser aux UDI nouvellement suivis.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : Selon les besoins</li> </ul>

<sup>56</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 10.

<b>Objet de surveillance :</b> Dépistage chez les HARSAH
<b>Indicateur 94 :</b> Proportion d'HARSAH ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-Argus/M-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>57</sup></p> <p><b>Validité :</b> - Y a-t-il un intérêt à avoir un indicateur combiné pour toutes les infections? Serait plus utile par infection, mais quelle est la validité de la réponse obtenue pour chaque infection séparément?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le plus valide serait le VIH, suivi de la syphilis. Ce serait moins valide pour les autres tests.</li> <li>- Il est difficile de savoir exactement quels tests ils ont eu. Le plus souvent, ils diront qu'ils ont eu un dépistage ITSS.</li> <li>- Il faudrait distinguer le VIH des autres ITSS pour une meilleure validité.</li> <li>- Séparer ce qui se fait sur un prélèvement sanguin vs. un prélèvement génital.</li> </ul> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> -</p> <p><b>Pistes de solutions :</b> -</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge</li> <li>- <b>autres :</b> Autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>57</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 13.

<b>Objet de surveillance</b> : Connaissance du statut sérologique pour le VIH chez les HARSAH
<b>Indicateur 95</b> : Parmi les HARSAH séropositifs pour le VIH, proportion qui connaissent leur infection
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Argus/M-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>58</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Biais possible : participants davantage susceptibles de connaître leur infection?</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge</li> <li>- <b>autres</b> : Mode de consommation, autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>58</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 13.

<b>Objet de surveillance</b> : Couverture vaccinale chez les HARSAH
<b>Indicateur 96</b> : Proportion de HARSAH vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Argus/M-Track
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement au registre de vaccination
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC
<p><b>Commentaires des experts</b><sup>59</sup></p> <p><b>Validité</b> : - Moins valide en absence de registre de vaccination.  - Fiabilité du statut auto-rapporté? Difficile de valider que la vaccination est complète (nombre de doses, respect des intervalles).  - Aujourd'hui, le vaccin comprend les hépatites A et B, mais il n'en a pas toujours été ainsi. La validité du statut auto-déclaré dépend donc de quand le participant a été vacciné.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Le lien avec le registre de vaccination provincial en implantation est actuellement impossible car la collecte de données dans Argus/M-Track est non nominale. Si la collecte nominale était adoptée dans Argus/M-Track, la complétude serait probablement un enjeu.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Un registre de vaccination provincial est actuellement en implantation.  - Possibilité d'inclure dans Argus/M-Track des modules spécifiques de questions sur d'autres thématiques (dont la vaccination).  - S'intéresser aux HARSAH nouvellement suivis.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge</li> <li>- <b>autres :</b> Autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<sup>59</sup> Les commentaires généraux concernant une enquête dans cette population sont regroupés avec l'indicateur 13.

<b>Objet de surveillance</b> : Dépistage chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)
<b>Indicateur 97</b> : Proportion de jeunes en difficulté ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Centres jeunesse
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Possiblement
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC pour E-SYS
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Il faudrait distinguer le VIH des autres ITSS pour une meilleure validité. - Séparer ce qui se fait sur un prélèvement sanguin vs. un prélèvement génital.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : région</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Couverture vaccinale chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse)
<b>Indicateur 98</b> : Proportion de jeunes en difficulté (jeunes de la rue, centres jeunesse) vaccinés contre les hépatites A et B
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Jeunes de la rue (E-SYS) 2-Centres jeunesse
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Possiblement au registre de vaccination
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non, le financement du système actuellement assuré par l'ASPC est nécessaire
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC pour E-SYS
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Moins valide en absence de registre de vaccination. Fiabilité du statut auto-rapporté méconnu dans cette population? - Difficile de valider que la vaccination est complète (nombre de doses, respect des intervalles).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Le lien avec le registre de vaccination provincial en implantation est actuellement impossible si la collecte de données est non nominale. Si la collecte nominale était adoptée, la complétude serait probablement un enjeu.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Y aurait-il moyen de vérifier certains marqueurs de statut vaccinal lors des admissions en centre jeunesse? - Possibilité d'inclure des modules spécifiques de questions sur d'autres thématiques (dont la vaccination). - Un registre de vaccination provincial est actuellement en implantation.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> région</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> autres variables disponibles selon les besoins</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Dépistage chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Indicateur 99</b> : Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - - Il faudrait distinguer le VIH des autres ITSS pour une meilleure validité. - Séparer ce qui se fait sur un prélèvement sanguin vs. un prélèvement génital.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, organisme de recrutement</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres à déterminer</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Connaissance du statut sérologique pour le VIH et le VHC chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Indicateur 100</b> : Parmi les travailleurs et travailleuses du sexe séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquête périodique
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : -</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, organisme de recrutement</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres à déterminer</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Couverture vaccinale chez les travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Indicateurs 101</b> : Proportion de travailleurs et travailleuses du sexe vaccinés contre les hépatites A et B
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, organisme de recrutement</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : revenu, emploi, scolarité...</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : À déterminer</li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Dépistage chez les personnes incarcérées
<b>Indicateur 102 :</b> Proportion des personnes incarcérées ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1- Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Oui, création d'un nouveau système nécessaire. Des enquêtes ponctuelles ont déjà été menées.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Oui, avec le ministère de la sécurité publique
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité :</b> - Doit être demandé séparément pour chaque test. Validité bonne pour VIH, modérée pour VHC, moindre pour les autres infections. - Il faudrait distinguer le VIH des autres ITSS pour une meilleure validité. - Séparer ce qui se fait sur un prélèvement sanguin vs. un prélèvement génital.  <b>Barrières à la faisabilité :</b> -  <b>Pistes de solutions :</b> - Nouvellement diagnostiqués.
<b>Plan général d'analyse :</b>  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Rapport périodique</li></ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li><li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li><li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li><li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li><li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge</li><li>- <b>autres :</b> comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres variables à déterminer</li></ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Connaissance du statut sérologique pour le VIH et le VHC chez les personnes incarcérées
<b>Indicateur 103</b> : Parmi les personnes incarcérées séropositives pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire. Des enquêtes ponctuelles ont déjà été menées.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec le ministère de la sécurité publique
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : -  <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge - <b>autres</b> : comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres variables à déterminer

<b>Objet de surveillance</b> : Couverture vaccinale chez les personnes incarcérées
<b>Indicateur 104</b> : Proportion de personnes incarcérées vaccinées contre les hépatites A et B
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquête périodique
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire. Des enquêtes ponctuelles ont déjà été menées.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec le ministère de la sécurité publique
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité</b> : - <b>Barrières à la faisabilité</b> : - <b>Pistes de solutions</b> : - Ces données existent peut-être dans les Établissement de détention?
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, établissements - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : comportements sexuels et de consommation de drogues, fréquence des infections, autres variables à déterminer

<b>Objet de surveillance</b> : Dépistage chez les Autochtones
<b>Indicateur 105</b> : Proportion des Autochtones ayant fait un test de détection du VIH, du VHC, de la syphilis, de l'infection génitale à <i>C. trachomatis</i> et de l'infection gonococcique dans les 6 derniers mois (parmi ceux qui ne se savent pas infectés pour VIH et VHC)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquête périodique incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, possibilité de financement par l'ASPC dans le cadre des Tracks
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC qui encadre les Tracks canadiens
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - - Il faudrait distinguer le VIH des autres ITSS pour une meilleure validité. - Séparer ce qui se fait sur un prélèvement sanguin vs. un prélèvement génital.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Il serait plus intéressant d'établir la fréquence de dépistage par région en utilisant les données de laboratoire.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, unités géographiques plus fines?</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : autres variables selon les besoins</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Connaissance du statut sérologique pour le VIH et le VHC chez les Autochtones
<b>Indicateur 106</b> : Parmi les Autochtones séropositifs pour le VIH et/ou le VHC, proportion qui connaissent leur(s) infection(s)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquêtes périodiques incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, possibilité de financement par l'ASPC dans le cadre des Tracks
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC qui encadre les Tracks canadiens
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité</b> : - <b>Barrières à la faisabilité</b> : - <b>Pistes de solutions</b> : -
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Rapport périodique</li></ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li><li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li><li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li><li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li><li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li><li>- <b>autres</b> : autres variables disponibles selon les besoins</li></ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Couverture vaccinale chez les Autochtones
<b>Indicateur 107</b> : Proportion d'Autochtones vaccinés contre les hépatites A et B (auto-rapporté)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- Enquête périodique incluant régions 17 et 18, et premières nations dans toutes les régions
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, possibilité de financement par l'ASPC dans le cadre des Tracks
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Oui, avec l'ASPC qui encadre les Tracks canadiens
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : -</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Il serait plus intéressant d'établir la proportion vaccinée avec un registre de vaccination au lieu d'une enquête (PANORAMA).</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, unités géographiques plus fines?</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : autres variables selon les besoins</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Résistance du VIH aux antirétroviraux
<b>Indicateur 108</b> : Fréquence des souches de VIH résistantes aux antirétroviraux
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-LSPQ
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, programme de surveillance du VIH et LSPQ
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité</b> : -  <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Le remaniement du programme de surveillance du VIH nécessite des changements réglementaires, voire légaux pour permettre d'avoir un identifiant unique par cas, d'identifier les doublons et de jumeler les données à d'autres banques.  <b>Pistes de solutions</b> : - Importance des données cliniques associées. - Création d'une banque de données avec un identifiant unique par personne, commun d'une banque à l'autre, qui permettrait de faire le lien entre les différentes banques (jumelage). Suggestion que le NAM soit encrypté dans les laboratoires, selon le même algorithme partout. - Périodicité la plus pertinente : hésite entre en continu et 3-5 ans.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : Catégorie d'exposition, médicaments antirétroviraux et classes de médicaments, génotypes pour les mutations les plus importantes (K103, ML84V), prophylaxie post exposition, Pharmacorésistance primaire vs. acquise (Primoinfection vs infection chronique), voir comment PHAC regroupe avec d'autres indicateurs (Rapport 2001-2008).

<b>Objet de surveillance :</b> Échecs de traitements
<b>Indicateur 109 :</b> Nombre d'échecs de traitements de l'infection gonococcique
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-Considérer une base de données provinciale à développer en lien avec les MADO à partir des données recueillies lors des enquêtes épidémiologiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Oui, programme de surveillance de la résistance de <i>N. gonorrhoeae</i> aux antibiotiques et fichier d'enquêtes MADO à créer.
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Oui, fichier d'enquêtes MADO à créer
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Possiblement nécessaire
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - Incomplétude des données et difficulté de distinguer un échec de traitement d'une réinfection. - Ne serait valide que pour les cas symptomatiques qui reconsulteront.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - Non exhaustivité actuelle des enquêtes des cas de gonorrhée (ITS-MADO), difficulté d'obtenir des données complètes et de qualité. - Très difficile car demanderait des retours vers les cliniciens. - En développement, à suivre auprès du groupe de travail du CALI sur la surveillance des échecs de traitements de l'infection gonococcique.</p> <p><b>Pistes de solutions :</b> -Faire un suivi d'enquête épidémiologique des cas avec résistance ou sensibilité réduite. - Nécessiterait plutôt une surveillance pro-active avec des sites sentinelles.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport annuel proposé, joindre au portrait annuel du MSSS ?</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle, mensuelle, hebdomadaire</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions, CLSC, clinique</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie (Autochtone)</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> orientation sexuelle, sexe des partenaires sexuels, statut VIH, échange de sexe pour de l'argent ou de la drogue, statut de grossesse, site de l'infection, type de spécimen (culture vs TAAN,) pour la souche initiale et la souche lors de l'échec du traitement (profil de sensibilité aux antibiotiques et CMI), antibiotique reçu en traitement au moment du diagnostic, lieu géographique d'acquisition probable de l'infection, raison de la visite (échec au traitement, réinfection, dans le cadre de l'intervention préventive auprès des partenaires), si la raison de la visite est un possible échec au traitement : second traitement reçu.</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Souches résistantes
<b>Indicateur 110</b> : Distribution des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes ou à sensibilité réduite envers les antibiotiques utilisés pour le traitement selon les facteurs d'exposition
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Base de données provinciale à développer en lien avec les MADO à partir des données recueillies lors des enquêtes épidémiologiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui : programme de surveillance de la résistance de <i>N. gonorrhoeae</i> aux antibiotiques et fichier d'enquêtes MADO à créer
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, fichier d'enquêtes MADO à créer
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Score de 6 si l'information est disponible.  - Les cas pour lesquels on peut avoir l'information ne sont pas représentatifs car la disponibilité des cultures et la proportion de cas enquêtés sont variables selon les régions.  - Environ 40 % des cas de gonorrhée sont actuellement enquêtés dont aucuns à Montréal (60% des cas). Or, les cultures sont faites principalement à Montréal. À l'extérieur de Montréal, les cultures sont faites seulement pour les cas symptomatiques.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -Le fichier MADO ne permet pas d'avoir des données complètes. Beaucoup de valeurs manquantes.  - Nécessite que les enquêtes épidémiologiques soient faites et que suffisamment de cultures soient disponibles pour tester la résistance, ce qui est variable selon les régions.  - Disponibilité des ressources pour faire les enquêtes épidémiologiques et la saisie variable entre les régions.  - Difficulté de rejoindre certains cas index, surtout HARSAH.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Procéder à une vigie rehaussée des cas de gonorrhée résistante en demandant la collaboration des DSP ou à partir du LSPQ.  - Activer pour une période donnée une vigie rehaussée en présence d'un signal d'alerte (par exemple, une hausse des cas de résistance chez les HARSAH de San Francisco).  - Une enquête épidémiologique devrait être entreprise pour tous les cas de gonorrhée résistante aux antibiotiques qui sont recommandés pour le traitement ou plutôt cas témoins au 3 mois.  - Inclure la gonorrhée résistante dans l'offre de services de base pour les enquêtes épidémiologiques.  - Formation et soutien des professionnels qui font les enquêtes. Mobilisation des cliniques spécialisées.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Joindre au portrait annuel du MSSS?</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : aucune</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : aucune</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : indication du test (dépistage ou diagnostic), site de l'infection, CMI</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Souches de VIH circulantes
<b>Indicateur 111</b> : Fréquence des génotypes de VIH circulants
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-LSPQ
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : À vérifier
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement nécessaire
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Le génotypage n'est pas réalisé systématiquement. La base de données du LSPQ n'a pas été développée pour rendre compte des génotypes circulants.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> :</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -Le LSPQ pourrait avoir le mandat de faire cela périodiquement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le sérodiagnostic permet de distinguer VIH1 et VIH2.</li> <li>- Avec l'avènement des plateformes de caractérisation de génomes entiers, il serait possible de génotyper les VIH circulants.</li> <li>- Cette donnée sera possiblement utile seulement si on peut lier avec les caractéristiques des cas.</li> </ul>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport proposé, fréquence à déterminer</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : aucune</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : aucune</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Souches de VHC circulantes
<b>Indicateur 112</b> : Fréquences des géotypes de VHC circulants
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- LSPQ
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité</b> : - Les échantillons envoyés au LSPQ sont géotypés dans le cadre d'un suivi de traitement seulement. La fréquence n'est que le reflet des échantillons récoltés auprès des personnes qui consultent un médecin (biais de sélection).  <b>Barrières à la faisabilité</b> :  <b>Pistes de solutions</b> : - Cette donnée sera possiblement utile seulement si on peut lier avec les caractéristiques des cas.
<b>Plan général d'analyse</b> :  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Rapport proposé, fréquence à déterminer</li></ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) : annuelle</li><li>- spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) : régions</li><li>- socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</li><li>- socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</li><li>- biologique (ex. : âge, sexe) : âge, sexe</li><li>- autres :</li></ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Souches de LGV circulantes
<b>Indicateur 113</b> : Fréquence des souches de LGV circulantes (surveillance passive) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les cas déclarés d'infections rectales à <i>C. trachomatis</i>, proportion reliée à des types LGV</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-LSPQ
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> :
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement nécessaire
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Dépend de la proportion de cas qui sont caractérisés pour la souche LGV ou non.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Les épreuves commerciales disponibles font peu de discrimination entre les souches de LGV et les autres chlamydia. La caractérisation des souches de LGV nécessite des épreuves de 3e ligne. Le LSPQ ne réalise pas cette caractérisation de routine. Les demandes sont acheminées au laboratoire national de microbiologie</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Nécessite que les souches soient caractérisées sur une base plus régulière ou selon certains critères bien précis afin d'être capables de suivre et interpréter les tendances.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Joindre au portrait annuel du MSSS ?</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : aucune</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : aucune</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : symptomatique vs asymptomatique</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Utilisation du TAAN pour la détection de <i>N. gonorrhoeae</i>
<b>Indicateur 114</b> : Proportion des cas de <i>N. gonorrhoeae</i> détectés par TAAN vs par culture
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-LSPQ (enquête périodique via programme de surveillance résistance <i>N. gonorrhoeae</i> )
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - L'information est estimée complète à 90-95 % (roulement de personnel, manque de temps pour compléter le formulaire).</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Besoin de répéter souvent, car évolue constamment. - Il serait probablement impossible de faire un suivi mensuel en temps réel. - La principale barrière pour obtenir un nombre suffisant de cultures pour le programme de surveillance se situe plutôt au niveau de l'acceptation par les cliniciens de continuer à effectuer des prélèvements par culture.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Obtenir les données sur les sites de prélèvements. Pour les cas avec les deux sites de prélèvements effectués, préciser la corrélation entre les deux résultats. - La proportion de cas où un TAAN et une culture sont effectués de façon simultanée serait une information utile.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport annuel proposé (déjà disponible dans le rapport annuel du programme de surveillance de la résistance de <i>N. gonorrhoeae</i> aux antibiotiques).</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> :</li> <li>- <b>autres</b> : sites de prélèvement</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Charge virale du VIH et lymphocytes T CD4+
<p><b>Indicateur 115</b> : Proportion des cas déclarés de VIH avec une charge virale élevée (&gt; 100,000 copies/mL), supprimée (<math>\leq</math> 200 copies/mL) ou indétectable (<math>\leq</math> 50 copies/mL) au moment de la déclaration du cas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Considérer l'indicateur 115 en tant que membre d'un groupe d'indicateurs qui seraient développés en s'inspirant du document des CDC (HIV surveillance report Supplemental report, vol 18, num 2).</b></li> <li>• Lymphocytes T CD4+ au moment du diagnostic. Meilleure caractérisation du stade de la maladie au moment de la déclaration du cas.</li> <li>• Charge virale et CD4 : suivi temporel de ces indicateurs pour le lien avec les soins (par exemple, la proportion de personnes ayant eu au moins une mesure de charge virale dans les 3 mois suivant le diagnostic) et la rétention en soins.</li> </ul>
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Ajout au programme de surveillance du VIH. Les mesures de charges virales devraient toutes être rapportées; 2-LSPQ
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui : Programme de surveillance VIH et LABO/LSPQ. Considérer la possibilité d'ajout des CD4.
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Valider la possibilité d'utiliser un identifiant de jumelage.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Entre le LSPQ et les hôpitaux qui font les tests
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Questionnement sur l'interprétation des résultats selon cas nouvellement diagnostiqués ou anciens diagnostics.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - La base de données du LSPQ est non-nominale; il n'est pas possible d'établir un parallèle avec les cas déclarés. Le système de déclaration du VIH anonyme actuel est la plus grande barrière.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le jumelage des données de charges virales et de CD4 au programme de surveillance du VIH nécessiterait l'utilisation d'un identifiant unique commun entre les différentes sources de données à jumeler.</li> <li>- Le remaniement du programme de surveillance du VIH nécessite des changements réglementaires, voire légaux pour permettre d'avoir un identifiant unique par cas, d'identifier les doublons et de jumeler les données des diverses sources de données.</li> </ul> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Refonte du système de déclaration du VIH (jumelage de cet indicateur avec le programme de surveillance du VIH)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le jumelage aux données du programme de surveillance VIH est essentiel (nécessite un identifiant).</li> <li>- Il faut avoir un lien avec les facteurs de risque et données cliniques.</li> <li>- Serait facile pour les anciens cas en combinaison avec les données cliniques (vs. prise de médicaments antirétroviraux). Faisable pour les anciens diagnostics, pas pour les nouveaux.</li> <li>- Rend aussi possible le calcul de la charge virale populationnelle.</li> <li>- Il serait aussi pertinent de mesurer le nombre de personnes qui ont une charge virale supérieure à 2500 copies/ml, seuil à partir duquel il y aurait transmission. Ainsi, il serait possible de se comparer à d'autres pays.</li> </ul>

**Plan général d'analyse :**

**Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :**

- Joindre au rapport du programme de surveillance du VIH

**L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :**

- **temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :** annuelle
- **spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :** régions
- **socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :**
- **socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :** ethnie
- **biologique (ex. : âge, sexe) :** âge, sexe
- **autres :** catégorie d'exposition (HARSAH, UDI, etc.)

<b>Objet de surveillance</b> : Estimation du dénominateur - jeunes de la rue
<b>Indicateur 116</b> : Nombre de jeunes de la rue au Québec
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Capture-recapture
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - À ma connaissance cela ne s'est jamais fait; cela n'est pas évident, surtout que la notion de jeunes de la rue est floue (difficile à définir). Veut-on parler de sans abri? Si oui, c'est déjà plus précis. - Phénomène sans doute difficile à dénombrer, fluctuant au gré des saisons, des villes et autres variables.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Les études classiques capture-recapture sont dispendieuses. - Méthodes délicates, chacune a ses faiblesses.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, villes, zones géographiques plus fines</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> :</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Estimation du dénominateur - HARSAH
<b>Indicateur 117</b> : Nombre de HARSAH au Québec
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Capture-recapture 2-Enquête périodique (EQSP)
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - La méthode de capture -recapture ne peut fonctionner pour cette population qui est assez bien intégrée dans l'ensemble de la population. Par questionnaire, on va sous-évaluer, mais ça demeure le mieux qu'on peut faire.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : -</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, villes, zones géographiques plus fines</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> :</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Estimation du dénominateur - UDI
<b>Indicateur 118</b> : Nombre d'UDI au Québec
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Capture-recapture
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - La validité de la méthode est très tributaire de celle des bases de données utilisées pour faire la capture-recapture. - Pour les UDI à vie, une estimation peut peut-être être tentée à partir d'enquêtes populationnelles mais pour les UDI actuels, plusieurs sources de données peuvent être nécessaires pour avoir un estimé assez approximatif.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Les études classiques capture-recapture sont dispendieuses. - Méthodes délicates, chacune a ses faiblesses.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Pas seulement pour le Québec; obtenir aussi des estimations pour les villes les plus importantes.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions, villes, zones géographiques plus fines</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b></li> <li>- <b>autres :</b></li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Estimation du dénominateur - PVVIH
<b>Indicateur 119</b> : Nombre de PVVIH au Québec
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : Enquête capture-recapture
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, Programme de surveillance du VIH et autres banques
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Possiblement
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement, avec la RAMQ
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Beaucoup de pré-requis nécessaires (pas nécessairement disponibles) et la mise en commun de plusieurs sources augmenterait l'impact des faiblesses de chacune des sources.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Une banque cruciale serait celle des déclarations VIH, mais il ne faudrait pas qu'elle soit anonyme. - Le remaniement du programme de surveillance du VIH nécessite des changements réglementaires, voire légaux pour permettre d'avoir un identifiant unique par cas, d'identifier les doublons et de jumeler les données à d'autres banques.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Permettre un plein accès nominal aux banques de données de tests au LSPQ et jumeler avec banques de CD4, traitements, hospitalisations et même celles de certaines cliniques privées et du programme de surveillance du VIH. - Encryptage uniforme du NAM qui permettrait de jumeler tous les résultats issus des différentes banques pour un même cas. - Le LSPQ est le laboratoire de référence pour la confirmation de la positivité au VIH et la mesure de la charge virale pour le suivi thérapeutique des PVVIH. L'enregistrement des cas débute avec la déclaration d'un test confirmé positif par le LSPQ. Les cas confirmés avant le programme de surveillance du VIH qui n'ont pas eu de nouvelles prescriptions de tests VIH après la mise en place du programme ne sont pas enregistrés. On pourrait les enregistrer à leur retour pour la mesure de la charge virale. On aurait ainsi un meilleur estimé du nombre de PVVIH qui sont diagnostiquées.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposition de joindre au rapport de surveillance du VIH</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions, certaines villes importantes</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> ethnie</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b> catégorie d'exposition</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Estimation du dénominateur - travailleurs et travailleuses du sexe
<b>Indicateur 120</b> : Nombre de travailleurs et travailleuses du sexe au Québec
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Capture-recapture
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, création d'un nouveau système nécessaire
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : -</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Capture-recapture difficile à faire, car beaucoup de réseaux cachés n'accédant aucun service. - L'indicateur sera extrêmement difficile à mesurer, à cause de la nature de l'organisation du travail du sexe au Québec. - Source de données possibles : police, CAMI, STELLA, etc. donc faible représentativité et faisabilité très mauvaise.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Pas seulement pour le Québec, obtenir aussi des estimations pour les villes les plus importantes. - Recruter en détention, mais les TS en détention sont majoritairement UDI.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : à déterminer</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, villes, zones géographiques plus fines</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> :</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance</b> : Attitudes et croyances
<b>Indicateur 121</b> : Attitudes et croyances de la population à l'égard des populations vulnérables (PVVIH, HARSAH, UDI, etc.) et de l'approche de réduction des méfaits
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Enquête périodique
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, enquête à mener périodiquement
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : -</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : -</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Mandater l'INSPQ pour coordonner un sondage qui serait effectué périodiquement. - Il serait facile d'inclure ce type d'enquêtes dans le cadre d'un observatoire sur les drogues. - Investiguer la possibilité d'ajouter un module à ce sujet pour un sous-échantillon de participants dans l'EQSP.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport proposé, fréquence à déterminer</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : à déterminer selon variables disponibles</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : ethnie disponible (dont Autochtone)?</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> :</li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> VPH
<b>Indicateur 122:</b> Prévalence du VPH chez les femmes de 18 ans et plus - Intérêt à obtenir cet indicateur aussi chez les hommes et pour les infections orales
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-Enquêtes périodiques
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Oui, enquête spécifique à mettre en place (une première vague de collecte est en cours, ce projet a été jumelé à l'étude chez les 15-24 ans, qui a été étendue aux 15-30 ans)
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Laboratoire de virologie du CHUM pour les analyses de laboratoire
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité :</b> - Dépend principalement de l'obtention d'un échantillon populationnel représentatif et d'un bon taux de participation.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité :</b> - La principale difficulté demeure la sélection la plus aléatoire possible d'un échantillon et la participation des individus approchés afin de permettre une inférence populationnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les analyses par génotype demandent un plus grand nombre de sujets et sont plus coûteuses que les tests offerts commercialement pour le suivi des tests cytologiques anormaux et qui ne donnent qu'un rapport positif/négatif.</li> <li>- La nécessité d'obtenir des approbations de multiples comités d'éthique (des dizaines de comités différents, généralement pour chaque établissement de recrutement) est l'une des barrières les plus importantes et demande un travail très considérable.</li> <li>- La logistique est actuellement lourde, particulièrement lorsque les sites de recrutement sont à bonne distance de Montréal (transport du matériel et des portables, plusieurs intervieweurs à temps partiel, conditions météorologiques, etc.).</li> <li>- Le recrutement en établissements scolaires se déroule bien. Cependant, le recrutement de jeunes travailleurs est problématique. Certains milieux répondent bien (santé), alors que d'autres milieux/établissements opposent un refus généralisé (commerce, fabrication, etc.).</li> </ul> <p><b>Pistes de solutions :</b> - Plusieurs milieux se servent de liquides résiduels de cytologie en milieu liquide (CML) comme prélèvements et se servent de leur programme de dépistage pour échantillonner les cas. Cependant, le Québec n'a pas de programme de dépistage pour faire ces échantillons de population et utilise surtout la cytologie conventionnelle pour le dépistage. Cet aspect serait à développer, possiblement avec des hôpitaux sentinelles (projet en développement à Montréal?).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un projet pilote a déjà été réalisé au Québec pour tester une approche de recueil de spécimens par auto-prélèvement chez les femmes avec transport postal des tubes secs (Financement accordé par le MSSS dans le cadre du plan d'évaluation de la campagne de vaccination contre les VPH), mais le taux de participation obtenu n'était pas satisfaisant (50 %). La méthode de collecte et de transport chez les hommes demeure à valider.</li> <li>- Collaboration acquise avec le laboratoire de virologie du CHUM pour les analyses de laboratoire.</li> <li>- Méthode validée pour le génotypage des tests positifs pour le VPH.</li> <li>- Les enquêtes populationnelles réalisées par les CDC offrent un bon modèle pour les processus, incluant les VPH au niveau oral.</li> <li>- Devant l'enjeu de la vaccination contre les VPH chez les garçons, on devrait s'intéresser également aux infections génitales chez les hommes même si la méthode pour recueillir les prélèvements est plus complexe que pour les femmes.</li> <li>- Devant le lien maintenant établi entre les VPH et les cancers oropharyngés, la prévalence des</li> </ul>

infections orales, tant chez les hommes que chez les femmes, serait importante à évaluer également.

**Plan général d'analyse :**

**Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :**

- Rapport d'analyse après la réalisation de l'enquête [à répéter périodiquement]

**L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :**

- **temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :** prévalence instantanée (et non une incidence) pour la période d'enquête
- **spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :** régions (urbain, périphérique, excentrique)
- **biologique (ex. : âge, sexe) :** âge, sexe
- **autres :** Géotypes (tout VPH, types couverts par le vaccin (6, 11, 16, 18), tout haut risque, tout bas risque selon le site de prélèvement (génital ou oral), statut vaccinal contre le VPH et nombre de doses reçues, facteurs de risque recueillis par questionnaire : nombre de partenaires sexuels récents (12 mois) et à vie (oral, anal, vaginal), prise de contraceptifs oraux, consommation de tabac, antécédents ITS, âge de la coïtarche, pratiques de dépistage du cancer du col utérin et résultats anormaux au dépistage.

<b>Objet de surveillance</b> : Tuberculose chez les UDI
<b>Indicateur 123b</b> : Proportion des cas déclarés de tuberculose qui déclarent l'usage de drogue par injection (Proposition de remplacement de l'indicateur 123 : tuberculose chez les UDI)
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MADO, MSSS
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Oui, nécessiterait l'ajout d'une question sur l'injection de drogue au formulaire de collecte MADO des cas de tuberculose.
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité</b> : - <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Les cas de tuberculose sont une priorité MADO, donc l'information serait facile à obtenir via les enquêtes MADO. <b>Pistes de solutions</b> : - Il serait possible d'ajouter une question sur l'injection de drogue au formulaire de collecte MADO des cas de tuberculose. Cependant, les UDI ne sont pas à risque de Tuberculose à cause de leur usage de drogue mais plutôt de leur état de santé général qui est moins bon. Il est plus pertinent de s'intéresser à l'usage de drogues en général dans les enquêtes, ce qui est déjà fait. Utilité requestionnée par le groupe de discussion : aucune utilité pour la surveillance des ITSS.
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, CLSC - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> :

<b>Objet de surveillance</b> : Surdoses non létales
<b>Indicateur 124</b> : Nombre d'hospitalisations pour une surdose de drogues n'ayant pas entraîné le décès
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-MEDÉCHO, MSSS 2-Congés des patients 3- Explorer SI-URG et RAMQ/rémunération à l'acte : il est possible de retrouver une bonne partie des patients à l'urgence par le fichier de la RAMQ de rémunération à l'acte. En utilisant le code d'établissement usuel, il est possible de savoir s'ils sont à l'urgence
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Non
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité</b> : - Difficulté de distinguer les surdoses liées à l'injection de celles liées à d'autres modes de consommation. <b>Barrières à la faisabilité</b> : - Revue de dossiers nécessaire pour valider la qualité et compléter l'information. <b>Pistes de solutions</b> : - Devra inclure données de la base de données des urgences, sinon, inutile! - Définir « surdose » sera la principale chose à faire pour ne pas confondre avec les intoxications.
<b>Plan général d'analyse</b> : <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.)</b> : - Rapport périodique <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes</b> : - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> : - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> : - <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe - <b>autres</b> : mode de consommation et type de drogue par revue de dossier

<b>Objet de surveillance</b> : Surdoses létales
<b>Indicateur 125</b> : Nombre de décès attribuables à une surdose de drogue
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1-Fichier des décès, MSSS 2-Fichier des décès, Ontario 3-Bureau du coroner
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Oui, fichier des décès et bureau du coroner
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement nécessaire
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Les rapports du coroner sont plutôt valides pour identifier les causes, mais pas nécessairement les facteurs de risque (UDI, jeunes de la rue, etc.). - Les données du bureau du coroner sont à privilégier, mais incomplètes. - Enjeux de validité avec les fichiers des décès.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> : - Problème pour distinguer les décès liés au mode de consommation par injection de ceux liés à la consommation par d'autres modes.</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - La révision des rapports du coroner permet souvent d'identifier les décès liés à l'injection; cependant impossible avec la banque de données sommaire produite par le bureau du coroner-en-chef ou avec les fichiers des décès. - Idéalement, l'intentionnalité devrait être documentée (même si ce n'est pas "coupé au couteau") ainsi que le type de substances utilisées. - Tenter d'évaluer la sous estimation par des méthodes complémentaires; par exemple, par enquête, voir si les cas rapportés par les personnes qui utilisent des drogues par injection sont retrouvés dans les banques.</p>
<p><b>Plan général d'analyse :</b></p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle)</b> : annuelle, mensuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain)</b> : régions, CLSC, rural vs urbain</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité)</b> :</li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion)</b> :</li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe)</b> : âge, sexe</li> <li>- <b>autres</b> : Drogue(s) ou type(s) de drogue(s) impliquée(s), Mode de consommation (injection, inhalation, oral), intentionnalité (intentionnel ou accidentel)</li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Traitement de réadaptation pour les UDI et non UDI
<b>Indicateur 126 :</b> Distribution des personnes en traitement de réadaptation pour la dépendance par types de drogues chez les UDI et non-UDI - Nombre et proportion de personnes en traitement de substitution pour les opioïdes chez les UDI et non-UDI
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1- Base de données SIC-SRD
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Non, consulter la pilote d'orientation Mme Marie Jobin, MSSS
<b>Commentaires des experts</b>  <b>Validité :</b> - N'inclura pas les patients traités en milieu non inclus dans la banque SIC-SRD : méthadone, buprénorphine, centre hospitaliers, unités de traitement dans les programmes de psychiatrie, etc. - La représentativité et la validité des infos de cette base seraient à valider : on peut s'attendre à un biais de sélection important lié à l'accès au traitement ainsi qu'à la fréquentation des centres par les toxicomanes. - La complétude des données peut-être estimée à partir du pourcentage d'usagers pour lesquels la fenêtre « Dépendance » a été complétée, c'est-à-dire qui ont eu une évaluation spécialisée pour évaluer leurs besoins spécifiques en traitements. La complétude est moins bonne pour les personnes itinérantes.  <b>Barrières à la faisabilité :</b> - Il n'y a pas de banque globale disponible, chaque CRD possède sa propre banque. Il est possible de créer une requête personnalisée pour interroger les différentes banques et générer des sorties de résultats.  <b>Pistes de solutions :</b> - Travail d'identification des milieux offrant du traitement pouvant être inclus dans réadaptation mais n'étant pas inclus dans la base de données actuelle.
<b>Plan général d'analyse :</b>  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b> - Rapport périodique  <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b> - <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle, idéalement, préparer la requête en février pour qu'elle soit disponible pour les rapports annuels qui se font en juin. - <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions, CRD - <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b> - <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b> - <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe - <b>autres :</b> traitement de substitution pour les opioïdes, types de drogues, mode de consommation, autres variables disponibles?

<b>Objet de surveillance</b> : Traitement de substitution pour les opioïdes
<b>Indicateur 127</b> : Nombre de médecins ayant prescrit un traitement de substitution (méthadone et suboxone) à des personnes couvertes par le régime général d'assurances médicaments
<b>Source(s) de donnée(s)</b> : 1- RAMQ
<b>Jumelages de banques de données nécessaires</b> : Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires</b> : Non
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire</b> : Non
<b>Partenariats avec organismes tiers requis</b> : Possiblement, avec la RAMQ
<p><b>Commentaires des experts</b></p> <p><b>Validité</b> : - Peu représentatif de l'organisation réelle des services. - N'inclut pas une bonne proportion de patients non assurés.</p> <p><b>Barrières à la faisabilité</b> :</p> <p><b>Pistes de solutions</b> : - Estimer la sous représentation avec des enquêtes auprès des pharmaciens.</p>
<p><b>Plan général d'analyse</b> :</p> <p><b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport périodique</li> </ul> <p><b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li> <li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li> <li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li> <li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li> <li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li> <li>- <b>autres :</b></li> </ul>

<b>Objet de surveillance :</b> Prescription de traitement de substitution pour les opioïdes
<b>Indicateur 128 :</b> Nombre de personnes en traitement de substitution (méthadone et suboxone)
<b>Source(s) de donnée(s) :</b> 1-RAMQ 2-Assureurs privés
<b>Jumelages de banques de données nécessaires :</b> Non
<b>Ajout de variables à un système d'information existant ou création d'un nouveau système d'information nécessaires :</b> Oui, à développer pour les assureurs privés
<b>Acquisition de nouvelles sources de données nécessaire :</b> Possiblement, pour les assureurs privés
<b>Partenariats avec organismes tiers requis :</b> Possiblement, avec les assureurs privés et la RAMQ
<b>Commentaires des experts</b> <b>Validité :</b> - Peu représentatif de l'organisation réelle des services. - N'inclut pas une bonne proportion de patients non assurés.  <b>Barrières à la faisabilité :</b>  <b>Pistes de solutions :</b> - Estimer la sous représentation avec des enquêtes auprès des pharmaciens.
<b>Plan général d'analyse :</b>  <b>Le suivi des objets de surveillance sera fait de la façon suivante (par exemple : rapport annuel, infocentre, tableaux agrégés, etc.) :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Rapport périodique</li></ul> <b>L'analyse sera faite selon les dimensions suivantes :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>temporelle (ex. : mensuelle, saisonnier, annuelle) :</b> annuelle</li><li>- <b>spatiale (ex. : régions, CLSC, rural vs urbain) :</b> régions</li><li>- <b>socio-économique (ex. : revenus, emploi, scolarité) :</b></li><li>- <b>socioculturelle (ex. : ethnie, religion) :</b></li><li>- <b>biologique (ex. : âge, sexe) :</b> âge, sexe</li><li>- <b>autres :</b></li></ul>

## **Annexe 7**

**Expertise professionnelle des experts invités à l'étape 2 et  
analyse stratifiée des scores d'utilité selon l'expertise**



## Expertise professionnelle des experts invités à l'étape 2 et analyse stratifiée des scores d'utilité selon l'expertise

### Questionnaire à propos de l'expertise professionnelle (consultation Delphi, cycle 1)

#### 1. Quels sont vos rôles professionnels?

- Recherche académique
- Santé publique niveau provincial
- Santé publique niveau régional
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

#### 2. Quel est votre rôle professionnel principal?

- Recherche académique
- Santé publique niveau provincial
- Santé publique niveau régional
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

#### 3. Quelles fonctions avez-vous déjà occupé?

- Surveillance
- Protection (vigie)
- Prévention/promotion
- Évaluation de programmes
- Intervention/clinique
- Épidémiologie
- Laboratoire
- Recherche
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

#### 4. Quels sont vos domaines d'expertise?

- Infection génitale à Chlamydia trachomatis
- Infection gonococcique
- Syphilis
- LGV
- VIH
- VHC
- VPH
- Herpès simplex
- Jeunes de 15 à 24 ans de la population générale
- Jeunes en difficulté (jeunes de la rue, jeunes des centres jeunesse)
- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)
- Personnes qui font usage de drogues par injection (UDI)
- Communautés ethnoculturelles (originaires de pays fortement endémiques pour les ITSS)
- Autochtones
- Personnes vivant avec le VIH
- Personnes incarcérées
- Travailleurs et travailleuses du sexe
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**Tableau 8 Description de l'expertise professionnelle des participants à la consultation  
Delphi sur l'utilité des indicateurs (cycle 1, n = 25 participants)**

<b>Rôles professionnels</b>	<b>n (%)<sup>1</sup></b>
Santé publique - régional	9 (36)
Santé publique - provincial	16 (64)
Recherche académique	6 (24)
<b>Rôle professionnel principal</b>	
Santé publique - régional	9 (36)
Santé publique - provincial	12 (48)
Recherche académique	4 (16)
<b>Fonctions de santé publique<sup>2</sup></b>	
Surveillance	15 (60)
Protection (vigie)	12 (48)
Prévention/promotion	13 (52)
Évaluation de programmes	9 (36)
Intervention/clinique	10 (40)
Épidémiologie	16 (64)
Laboratoire <sup>4</sup>	2 (8)
Recherche	14 (56)
<b>Expertises ciblées<sup>3</sup></b>	
Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>	11 (44)
Infection gonococcique	12 (48)
Syphilis	9 (36)
LGV	6 (24)
VIH	18 (72)
VHC	12 (48)
VPH	4 (16)
Herpès simplex	1 (4)
<b>Autres groupes cibles</b>	
Jeunes 15-24 ans pop. générale	6 (24)
Jeunes en difficulté	7 (28)
HARSAH	9 (36)
UDI	10 (40)
Communautés ethnoculturelles	1 (4)
Autochtones	4 (16)
PVVIH	4 (16)
Personnes incarcérées	5 (20)
Travailleurs(euses) du sexe	4 (16)

<sup>1</sup> Les proportions sont calculées sur 25 experts participants. Consulter le tableau 2 pour plus de détails sur les taux de participation.

<sup>2</sup> Autres fonctions de santé publique : Programmation VIH/sida (international), programmes de lutte contre la TB (international), Gestion de programme de santé publique et de développement des connaissances.

<sup>3</sup> Autres expertises : Santé reproductive, Vision d'ensemble au regard de la mise en œuvre d'interventions relatives à ces expertises, Interventions et enquêtes populationnelles, Maladies évitables par la vaccination, Résidence en santé communautaire.

<sup>4</sup> Deux personnes ont répondu pour l'ensemble des professionnels du LSPQ consultés lors de cette étape.





services maladies infectieuses santé services  
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques  
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques  
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés  
promotion de saines habitudes de vie recherche services  
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques  
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic  
recherche surveillance de l'état de santé de la population

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)