



Ministère de la Justice
Canada

**DOCUMENTS DE TRAVAIL
SUR LA
PORNOGRAPHIE ET LA PROSTITUTION**

Rapport # 7

**PROSTITUTION ET MALADIES
TRANSMISES SEXUELLEMENT**

par
M. Haug
et
M. Cini

**DIRECTION DE LA
POLITIQUE, DES PROGRAMMES
ET DE LA RECHERCHE**

**SECTION DE
LA RECHERCHE ET DE
LA STATISTIQUE**

Canada

PROSTITUTION ET PROPAGATION
DES MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT

Margot Haug
Maltaise Cini

Mai 1984

Les opinions exprimées dans
le présent rapport sont
celles des auteurs et ne
sont pas nécessairement
partagées par le ministère
de la Justice.

Remerciements

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont participé à la rédaction de ce document et particulièrement le Dr Jessamine, Marion Todd et le Dr Hockin, du Laboratoire de lutte contre la maladie du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, pour leurs conseils judicieux, Sue Higgins pour son aide inestimable au niveau de la documentation, Daniel Sansfaçon pour sa patience sans limites et ses observations pertinentes, Bernard Starkman, Patricia Bégin et Yvon Dandurand pour leurs précieux conseils, ainsi que tous ceux sans lesquels le présent document n'aurait pas de raison d'être.

Résumé

Le présent document a pour but de déterminer si les personnes se livrant à la prostitution contribuent de façon significative à la propagation des maladies transmises sexuellement (MTS) et d'identifier quelles sont les mesures les plus efficaces pour régler le problème.

L'étude en arrive à la conclusion que les prostituées ne contribuent pas de façon significative à la propagation des MTS. En effet, bien que l'incidence de la blennorragie soit plus élevée chez les prostituées* que chez les autres femmes à qui on les a comparées, quatre cas de blennorragie sur cinq rencontrés au Royaume-Uni (Turner et Morton, 1976) pouvaient l'être chez les femmes qui n'étaient pas des prostituées. En 1983, le Dr Neumann (1983, p. 155) en est arrivé à la conclusion que cette proportion avait diminué et que les prostituées contribuaient maintenant à moins d'un cas sur dix.

Cette conclusion s'appuie sur le bon sens. En effet les prostituées ne représentent plus maintenant qu'un très faible pourcentage de la population active sur le plan sexuel, elles pratiquent fréquemment l'amour oral, qui provoque rarement la contamination du client**, et la plupart d'entre elles utilisent régulièrement des prophylactiques. Par conséquent, les prostituées ne sont pas des contaminateurs importants bien qu'elles soient atteintes de MTS plus souvent qu'une personne moyenne.

Le bon sens nous amène également à conclure que ce sont peut-être les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans qui contribuent de façon la plus significative à la propagation des MTS. Au Royaume-Uni, au Canada et aux Etats-Unis, la blennorragie est diagnostiquée plus fréquemment chez ce groupe que chez tout autre groupe d'âge formé d'hommes et de femmes. De plus, ce groupe représente une partie importante de la population active sur le plan sexuel, et dont les membres ne sont pas particulièrement bien informés des mesures de prévention et de traitement des MTS.

En portant notre attention sur la prostitution, nous tentons de trouver une solution facile à un problème complexe. Il n'est pas étonnant que les travaux de recherche et le bon sens nous démontrent que cette approche est non seulement

* La plupart des études ne tiennent pas compte des prostitués.

** Tiré d'une entrevue avec le Dr Jessamine.

inefficace pour empêcher la propagation des MTS, mais qu'elle soulève également de sérieuses questions concernant la morale et les droits de la personne. Les mesures de contrôle les plus efficaces résident dans l'éducation du public et l'existence de services de santé spécialisés et faciles d'accès.

Par conséquent, la question n'est pas de savoir si les prostituées et les prostituées contribuent de façon significative aux MTS mais plutôt de déterminer ce qui devrait ou pourrait être fait relativement à ce problème social grandissant. Nous en arrivons donc à la conclusion qu'au Canada, ce problème peut être abordé ainsi :

- procéder à des recherches multidisciplinaires, qui ne font pas de distinction à l'endroit des femmes, afin de déterminer quelles sont les mesures d'ordre médical et social qui sont efficaces pour réduire la prévalence des MTS;
- porter une grande attention au problème de l'inceste et à ses liens avec les MTS rencontrées chez les enfants canadiens;
- éduquer le public canadien, les personnes atteintes de MTS, le personnel oeuvrant dans le domaine de la santé et du bien-être social, les groupes chez qui le risque de contamination est élevé, et les politiciens à propos des MTS et des mesures de prévention.

TABLE DES MATIERES

Résumé

	Page
Introduction	1
Méthodologie	2
I. Incidence des MTS au Canada	2
. Blennorragie	
. Syphilis	
. Herpès	
. Infections par chlamydia	
. SIDA et NGPP	
. Conclusions	
II. Incidence des MTS dans les autres pays occidentaux	10
. Conclusion	
III. Prostitution et MTS : recherches effectuées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni	12
. Conclusions	20
IV. Lutte contre les MTS chez les personnes se livrant à la prostitution	21
. Conclusions	27
Définitions et annotations	
Bibliographie	
Annexe I : Textes nationaux et internationaux relatifs aux maladies vénériennes	
Annexe II : Etude sur les cliniques antivénériennes au Canada	

Introduction

Le présent document a pour but d'examiner si la prostitution contribue de façon significative à la propagation des maladies transmises sexuellement (MTS) et de déterminer quelles sont, parmi les mesures prises par les prostitués et les prostituées afin d'empêcher la propagation de ces maladies, celles qui ont été efficaces par le passé (1).

Les MTS peuvent causer des torts considérables(2). Elles peuvent entraîner de graves problèmes de santé tant pour les prostitués et les prostituées que pour leurs clients. Des complications telles que le syndrome inflammatoire pelvien, les grossesses extra-utérines et l'infertilité involontaire imposent à la société un fardeau humain et financier considérable. À lui seul, le syndrome inflammatoire pelvien coûte environ \$ 28 millions à l'économie canadienne chaque année : \$ 400 000 pour les consultations médicales, \$ 22.6 millions pour les interventions chirurgicales et \$ 5 millions pour les heures de travail perdues (Romanowski, 1983, p. 153). Vers la fin des années 1970, les cas peu compliqués de MTS et leurs suites ont coûté plus de \$ 200 millions annuellement à l'économie canadienne (Jessamine et autres, 1983, p. 164). Toutefois, ces chiffres ne tiennent nullement compte du coût social et personnel des MTS.

Le présent document examine le rapport qui existe entre les maladies transmises sexuellement et la prostitution. En effet, certaines personnes prétendent que la prostitution contribue de façon significative à la propagation des MTS, alors que d'autres affirment

1. Voir la partie intitulée "Définitions et annotations" pour un aperçu des différentes infections qui sont habituellement regroupées sous le nom de "maladies transmises sexuellement".

2. Les maladies vénériennes contractées de façon volontaire constituent un phénomène reconnu. Les prostituées anglaises qui offraient leurs "services" aux membres du corps expéditionnaire britannique qui servaient en France durant la Première Guerre mondiale exigeaient un prix plus élevé lorsqu'elles se savaient malades, parce que le fait d'être atteint d'une maladie vénérienne permettait aux soldats de quitter les tranchées (Adler, 1980, p. 208).

que la promiscuité sexuelle pose davantage un problème. Bien que le document ne puisse déterminer une fois pour toutes dans quelle mesure les prostitués et les prostituées contribuent à la propagation des maladies vénériennes au Canada (vu l'absence de données susceptibles de pouvoir prouver cette affirmation), on peut néanmoins tenter de répondre à cette question pour les autres pays occidentaux où de telles études ont été effectuées.

S'il est établi que la prostitution contribue de façon significative à la propagation des MTS, on pourra alors soutenir qu'il est nécessaire d'adopter des mesures spéciales afin d'enrayer ce problème. Dans le but de répondre aux questions des politiciens concernant les mesures de contrôle, le présent document fait une description et une évaluation de l'efficacité des méthodes utilisées par les prostitués et les prostituées pour restreindre la propagation des MTS.

Méthodologie

Pour l'étude de ces questions, nous avons passé en revue la littérature sur la prostitution et les maladies transmises sexuellement. À notre connaissance, aucun travail empirique n'a été fait au Canada concernant le lien qui pourrait exister entre la prostitution et la propagation des MTS. La plupart des études sont américaines ou encore britanniques. Cependant, au Canada comme dans la majorité des pays occidentaux, on recueille des données sur l'incidence de certaines MTS et des complications qu'elles entraînent.

I. INCIDENCE DES MTS AU CANADA

Le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada publie annuellement des données sur l'incidence, à l'échelle nationale, des maladies transmises sexuellement (c.-à-d. le nombre de nouveaux cas chaque année) (3). Ces données sont recueillies par les

3. Noter la différence qui existe entre "incidence" et "prévalence". Voir à ce sujet la partie intitulée "Définitions et annotations". Toutes les statistiques et les informations exposées dans la présente partie relativement aux MTS au Canada proviennent du rapport du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada intitulé Maladies transmises sexuellement au Canada 1982.

Figure 1

TOTAL DES CAS DE MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT
(MTS) À DÉCLARATION OBLIGATOIRE, CANADA, 1971-1982
- Taux par 100 000 habitants, par an

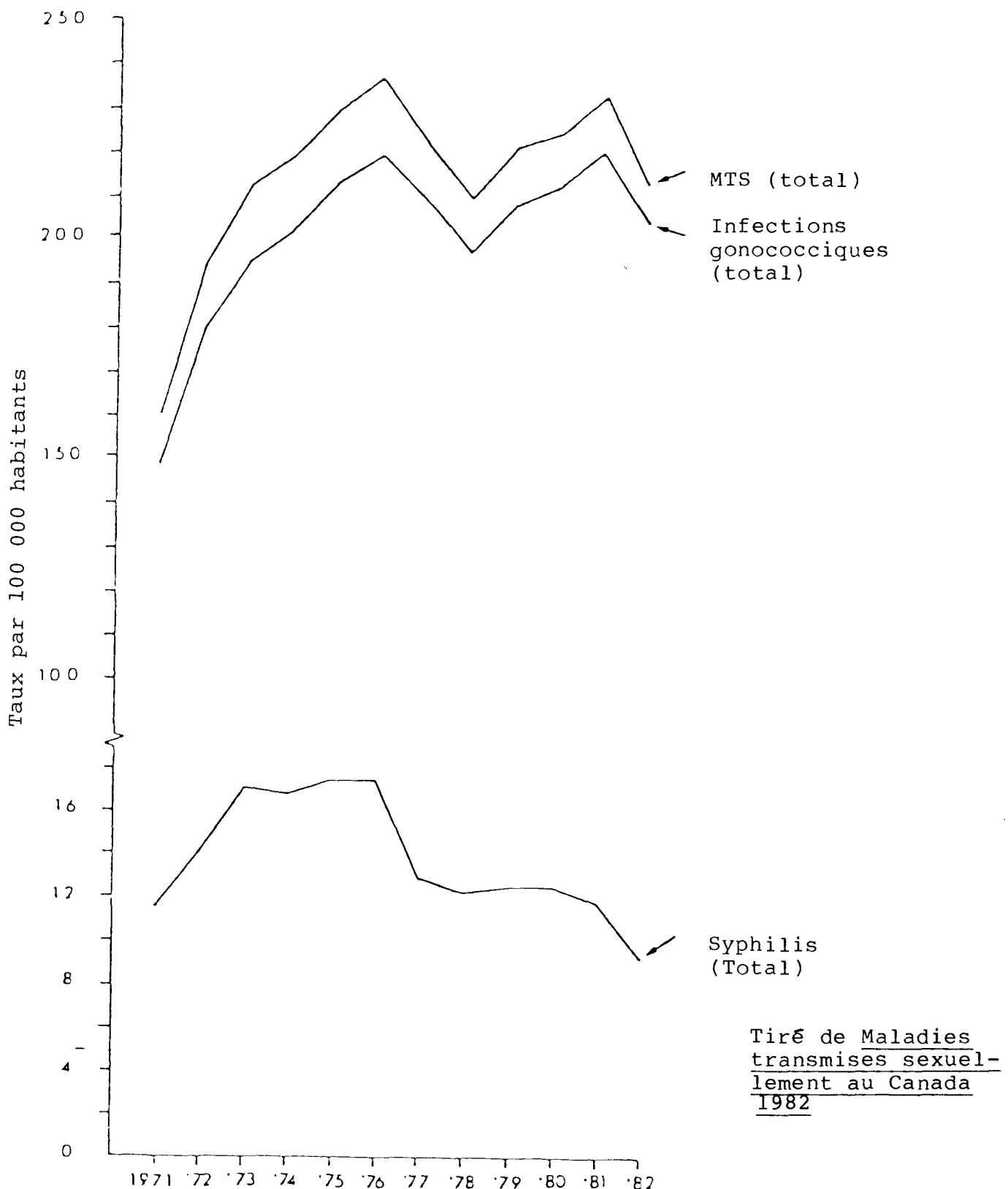
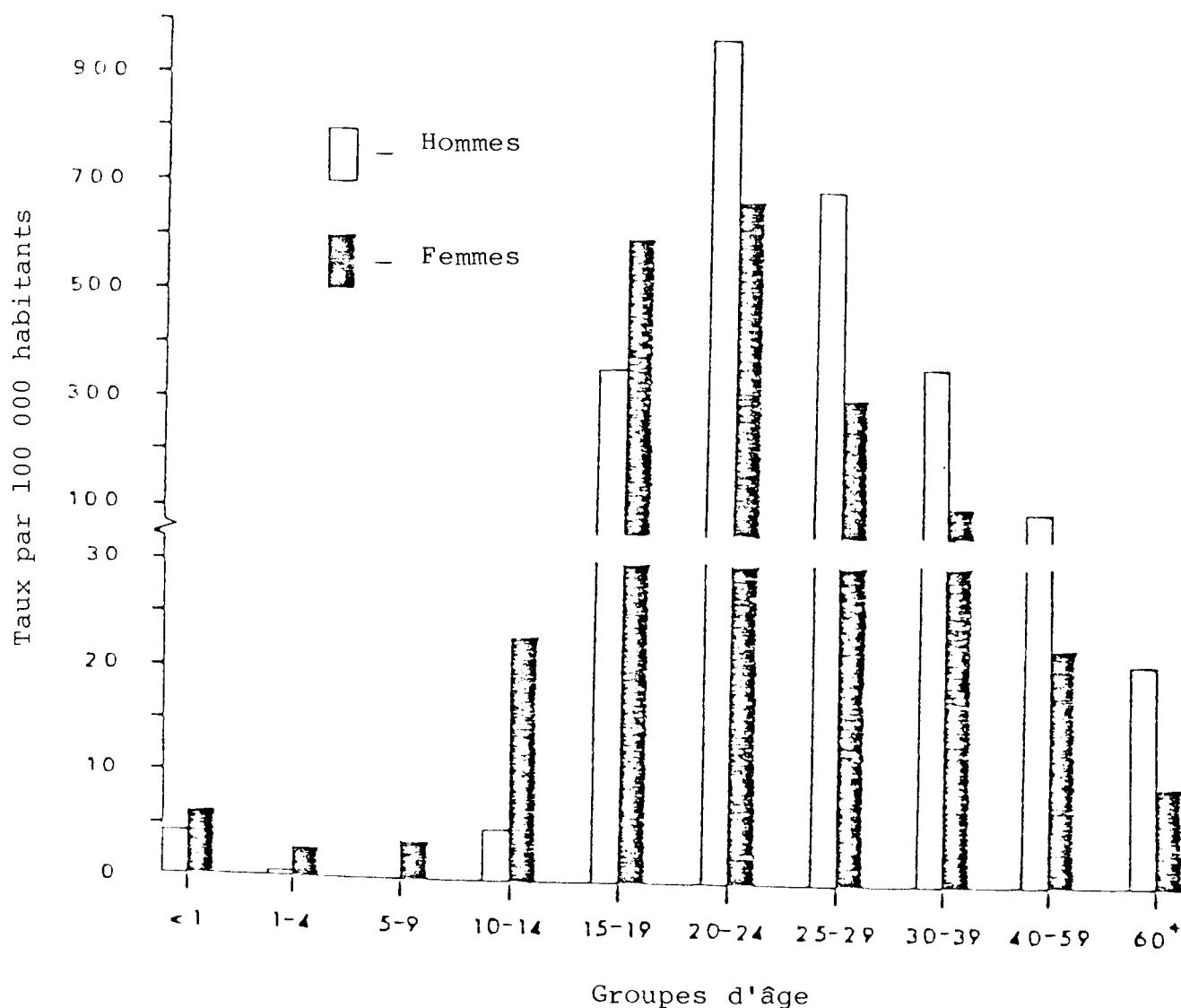


Figure 2

TOTAL DES CAS DE MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT
(MTS) À DÉCLARATION OBLIGATOIRE, CANADA, 1982
- Taux par 100 000 habitants, par groupes d'âge et sexe



Tiré de Maladies
transmises sexuellement
au Canada 1982

provinces, qui les font parvenir à Statistique Canada. Le rapport présenté par ce ministère en 1983, intitulé Maladies transmises sexuellement au Canada 1982, comprenait des renseignements sur la blennorragie, la syphilis, la syphilis infectieuse, la syphilis latente, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), les infections par herpèsvirus et les infections par chlamydia. Cependant, on sous-estime l'ampleur du problème des MTS au Canada en raison de deux facteurs : le non-respect du système de déclaration et le petit nombre des MTS qui doivent être déclarées (seules les maladies vénériennes "classiques" doivent être déclarées).

Au Canada, le système national de déclaration ne s'applique pas à certaines infections transmises sexuellement, telles que les infections génitales non gonococciques, les trichomonases et les condylomes, qui, selon ce rapport, sont au moins aussi fréquentes que la blennorragie.

"On estime qu'il y a trois cas d'urétrite et de cervicite non gonococciques pour chaque cas de blennorragie, un cas d'herpès pour cinq cas de blennorragie et que les condylomes sont diagnostiqués aussi fréquemment que la blennorragie dans les cabinets privés et les cliniques pour maladies vénériennes."
(Ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1983, p. 1)"

On croit qu'environ un tiers de tous les cas de blennorragie et environ 90 % de tous les cas de syphilis sont déclarés aux gouvernements provinciaux (4). Il est plus probable qu'un cas soit déclaré s'il a été diagnostiqué dans une clinique antivénérienne qui est subventionnée par des fonds publics, que s'il l'a été dans un service de santé pour étudiants, un hôpital ou un cabinet privé (5) (Les médecins qui pratiquent dans des cabinets privés sont habituellement ceux qui déclarent le moins de cas.) En raison de ces deux

4. Tiré d'une entrevue avec le Dr Jessamine, Marion Todd et le Dr Hockin, du Laboratoire de lutte contre la maladie, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada.

5. Ibid.

facteurs, c'est-à-dire l'absence de déclaration et le petit nombre de maladies qui doivent être déclarées, l'incidence réelle des maladies transmises sexuellement au Canada est donc beaucoup plus élevée que nos statistiques nationales ne l'indiquent.

Le tableau suivant mesure l'incidence réelle de ces maladies.

TABLEAU 1 : L'incidence des MTS au Canada en 1982

	Cas déclarés*	Estimation du nombre réel de cas **
Urétrite et cervicite non gonococciques -	-	477 900
Blennorragie	53 100	159 300
Syphilis	1 000	1 100
Condylome	-	159 300
Herpès (d'origine génitale seulement)	<u>2 600</u>	<u>31 900</u>
Total	56 700	829 500

(Tous les chiffres ont été arrondis au multiple de cent le plus rapproché)

* Tiré de : Maladies transmises sexuellement au Canada 1982

** Ces chiffres ont été obtenus à partir de l'estimation de l'incidence réelle de chacune de ces maladies, telle qu'elle est exposée à la page 1 du rapport intitulé Maladies transmises sexuellement au Canada 1982, et à partir de renseignements fournis par le Dr Jessamine, le Dr Hockin et Marion Todd, du Laboratoire de lutte contre la maladie, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada.

Puisque chaque MTS possède des caractéristiques différentes et un taux d'incidence unique, nous les analyserons séparément dans la présente section.

La blennorragie

La blennorragie est une très ancienne maladie; elle était connue des premiers Chinois, du temps de l'empereur Huang-ti, en l'an 2637 av. J.-C. Chez les hommes, la blennorragie est habituellement symptomatique, et les symptômes apparaissent moins d'une semaine après que l'infection a été contractée. Par contre, les femmes ne savent souvent pas qu'elles souffrent de cette infection. Puisque les symptômes sont souvent peu importants, environ 20 % des femmes se doutent qu'elles ont la maladie alors que 80 % n'ont absolument aucun symptôme (6).

La figure 3 nous fait voir que l'incidence de la blennorragie au Canada a augmenté pendant la Seconde Guerre mondiale pour brusquement diminuer pendant les années 1950. Au début des années 1970, l'incidence a recommencé à augmenter. La blennorragie possède la plus haute incidence rapportée de toutes les MTS à déclaration obligatoire au Canada, avec 95.9 % de l'ensemble des cas. Elle est suivie par la syphilis (4 %) alors que toutes les autres ne représentent que 0.1 %.

Le nombre de cas rapportés est le plus élevé chez les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans (946.4 cas par 100 000 habitants en 1982). Viennent ensuite le groupe formé des femmes du même âge (663.3) et celui des hommes âgés de 25 à 29 ans (657.0) (7).

Il est renversant de constater le nombre de cas de blennorragie déclarés chez les enfants (voir le tableau II). Trois cent trente et un cas ont été déclarés en 1982 chez les enfants âgés de moins de 14 ans. Quatre-vingt-trois pour cent de ces cas ont été signalés chez des filles. Le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada croit que ces chiffres seraient bien plus élevés si ce n'était du fait que plusieurs cas ne sont pas déclarés (Santé et Bien-être social Canada, 1984, p. 51). En adoptant la règle approximative que nous avons utilisée précédemment afin d'évaluer l'incidence "réelle" de la blennorragie,

6. Tiré d'une entrevue avec le Dr Jessamine.

7. Au cours des cinq dernières années, les hommes âgés de 20 à 24 ans ont eu un taux de blennorragie beaucoup plus élevé (d'environ 30 %) que n'importe quel autre groupe. Le nombre de cas a varié de 871 à 1 021 par 100 000 habitants.

nous estimons qu'il y a eu presque 1 000 cas en 1982. Bien que certains cas impliquent des nouveaux-nés qui attrapent la maladie au moment de l'accouchement, le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada (1983, 1984) affirme que la blennorragie infantile devrait être considérée comme étant un indice de mauvais traitements d'ordre sexuel.

"... on croit que l'abus sexuel est responsable de la plupart des cas de blennorragie qui se déclarent pendant l'enfance. Très peu de données sont compilées au Canada sur la fréquence de l'abus sexuel des enfants; tout diagnostic de maladie vénérienne chez des enfants - entre 1 an et l'âge de la puberté - devrait toutefois, jusqu'à preuve du contraire, être considéré comme un indicateur de ce problème." (Santé et Bien-être social Canada, 1984, p. 50)

Suzanne Sgroi (1982) adopte une position semblable. Elle affirme qu'à l'exception des infections néonatales et des infections gonococciques des yeux, il existe bien peu de preuves permettant de croire que la blennorragie peut être transmise autrement que par voie sexuelle, et ce, à l'égard de tous les groupes d'âge.

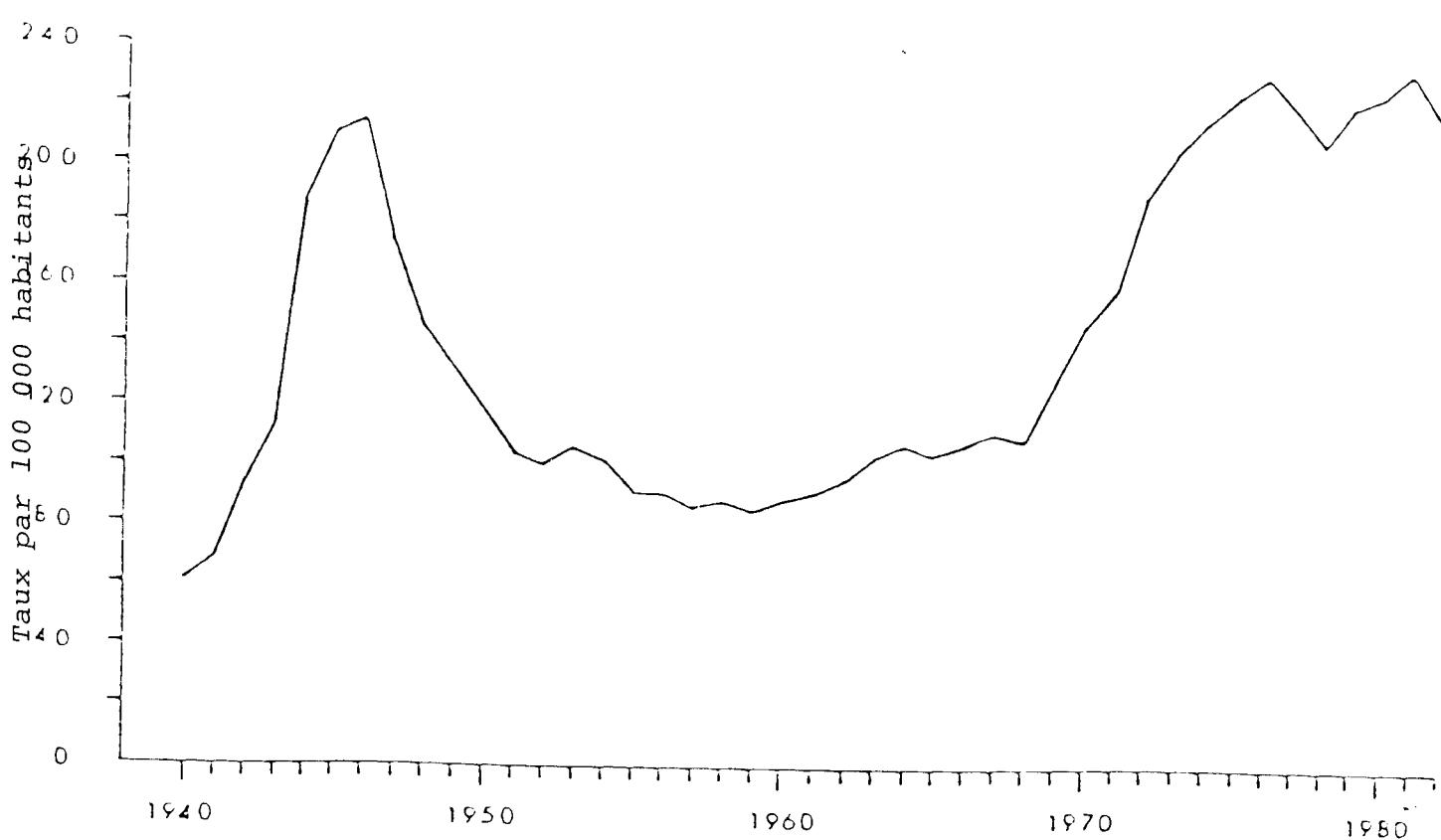
La syphilis

Le mot "syphilis" tire ses origines d'un poème écrit par Frascatori en 1530. Le poème décrit un gardien de porcs, nommé Syphilus, qui a contracté la maladie. Cette infection est d'une grande chronicité et peut s'attaquer à toutes les parties du corps. En 1910, en Angleterre et au pays de Galles, le greffier général a enregistré 1 639 décès causés chez les adultes par cette maladie et 1 200 chez les enfants. De plus, on considère que ces chiffres ont été largement sous-estimés puisque, dans un grand nombre de cas, on a pu établir avec certitude que le décès avait été causé par la syphilis. Sir William Osler, professeur de médecine à l'Université d'Oxford, a évalué qu'en 1917 le nombre de décès causés par la syphilis chez les adultes seulement se chiffrait vraisemblablement à 60 000 alors que les chiffres officiels en indiquaient moins de 2 000 (Adler, 1980, p. 206). Aujourd'hui, grâce à la médecine moderne, la syphilis n'entraîne pas de conséquences physiques importantes chez plus de 50 % des personnes atteintes.

Au Canada, les cas déclarés de syphilis ont augmenté brusquement pendant la période de la guerre, ont

Figure 3

TOTAL DES CAS DE BLENNORRAGIE, CANADA, 1940-1982
Taux par 100 000 habitants par an



Tiré de Maladies transmises sexuellement au Canada 1982

Tiré de Maladies transmises sexuellement au Canada 1982

TABLEAU II

TOTAL DES CAS DE BLENNORRAGIE PAR ÂGE ET SEXE
CANADA, 1982

ÂGE	CAS	HOMMES		FEMMES		TOTAL ¹	
		CAS	TAUX	CAS	TAUX	CAS	TAUX
< 1	7	3.7		9	5.0	16	4.4
1-4	3	0.4		22	3.1	25	1.7
5-9	1	0.1		32	3.7	33	1.9
10-14	46	4.7		211	22.9	257	13.6
15-19	4 063	353.8		6 563	598.8	10 626	473.4
20-24	11 239	946.4		7 816	663.3	19 058	805.5
25-29	7 310	657.0		3 363	299.5	10 675	477.5
30-39	6 399	335.9		1 899	100.4	8 298	218.6
40-59	2 169	85.8		422	16.6	2 591	51.1
60+	147	9.7		21	1.1	168	4.9
TOTAL*	32 081	262.8		20 894	168.1	53 076	215.4

Note : Taux par 100 000 habitants.

1. Comprend des cas pour lesquels le sexe n'est pas précisé.

* Comprend des cas pour lesquels le sexe ou l'âge ne sont pas précisés.

diminué vers la fin des années 1940 et n'ont pas augmenté depuis ce temps (voir la figure 4). Tout comme la blennorragie, la syphilis est une maladie que l'on rencontre le plus souvent chez les jeunes gens et, plus particulièrement, chez les jeunes hommes; en 1982, 62 % de tous les cas de syphilis infectieuse ont été signalés chez les hommes âgés de 25 à 39 ans. L'incidence de cette infection est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes en raison, semble-t-il, de la syphilis contractée par des rapports homosexuels (ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1983, p. 18).

L'herpès

L'herpès, connu au sein de la profession médicale sous le nom d'"infection par herpèsvirus simplex", provoque non seulement des lésions cutanées mais également une infection génitale. La découverte de deux variantes antigéniques*, l'herpèsvirus de type 1 et celui de type 2, a permis de préciser l'épidémiologie* de cette maladie. Dans la majorité des cas, l'herpèsvirus de type 1 cause des lésions dans les parties du corps situées au-dessus de la taille alors que l'herpèsvirus de type 2 cause des lésions au-dessous de la taille. Contrairement à la blennorragie, l'herpès ne peut être guéri, bien qu'on puisse en réduire les effets par l'emploi de médicaments et un soutien psychologique (voir la figure 5).

Bien que l'herpès ne soit pas une maladie à déclaration obligatoire, 22 laboratoires canadiens qui collaborent avec l'Organisation mondiale de la santé ont signalé 6 224 cas d'infection par herpèsvirus au Laboratoire de lutte contre la maladie, d'Ottawa, en 1982. Parmi les cas d'herpès où la variante antigénique a été indiquée, 219 cas d'herpèsvirus de type 2 (lésions au-dessous de la taille) ont été signalés chez les hommes (3.5 % des cas signalés) et 262 chez les femmes (4.2 %). Les personnes du groupe d'âge de 20-24 ans étaient plus fréquemment touchées (22.3 %), venaient ensuite les groupes des 30-39 ans (17.3 %) et des 25-29 ans (16.4 %).

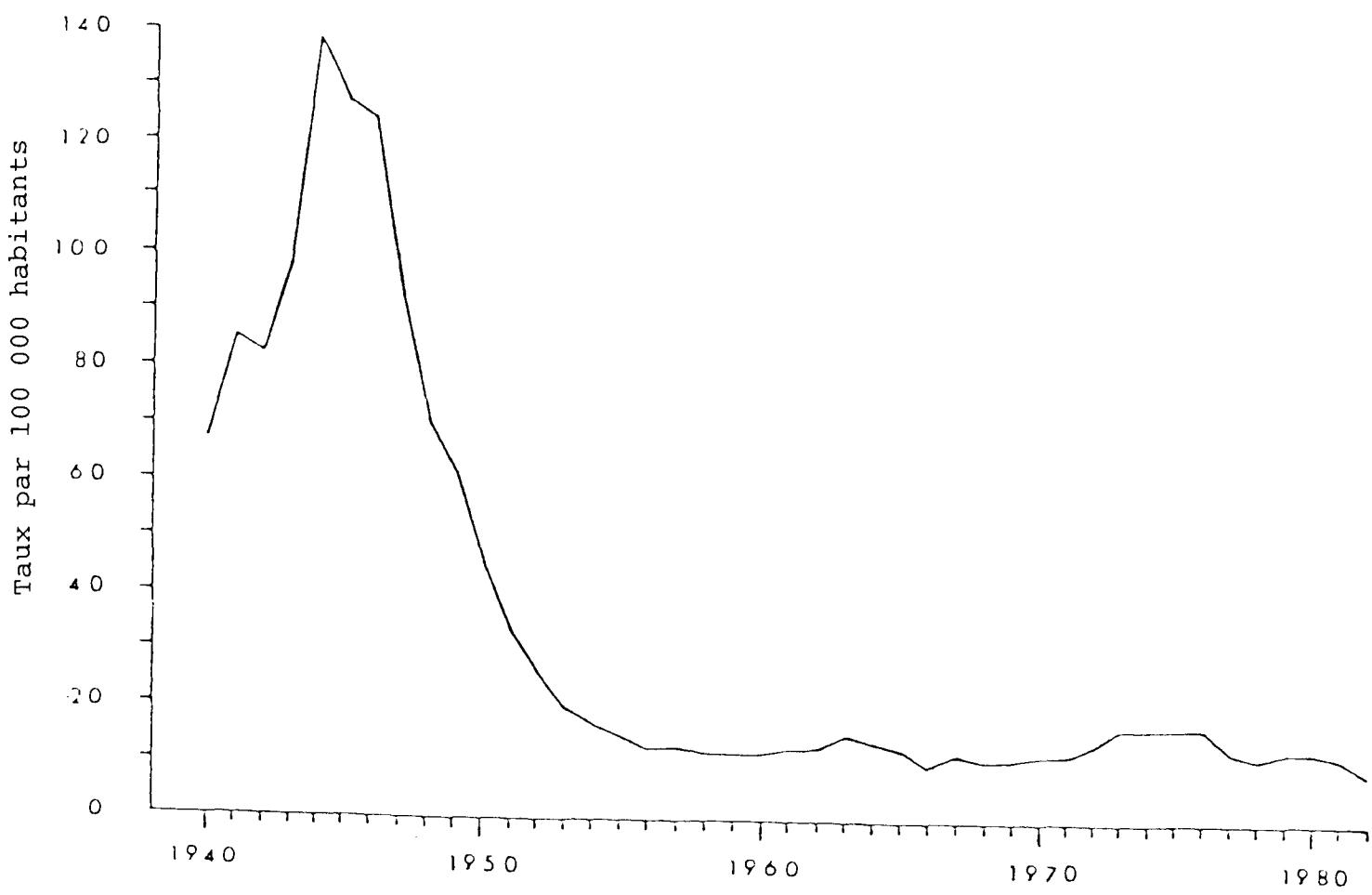
Les infections par chlamydia

Ces infections sont signalées au Bureau de microbiologie du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada par 32 laboratoires qui collaborent

* Voir la partie intitulée "Définitions et annotations" pour une explication de ce terme.

Figure 4

TOTAL DES CAS DE SYPHILIS, CANADA, 1940-1982
Taux par 100 000 habitants par an



Tiré de Maladies transmises sexuellement au Canada 1982

Figure 5

CAS SIGNALÉS D'HERPÈS DU TRACTUS GÉNITAL
Pourcentage par groupes d'âge et types viraux
Laboratoires de virologie canadiens, 1982

□ - Herpèsvirus non typé ┌ - Groupe herpès
■ - Herpèsvirus de type 1 └ - Herpèsvirus de type 2

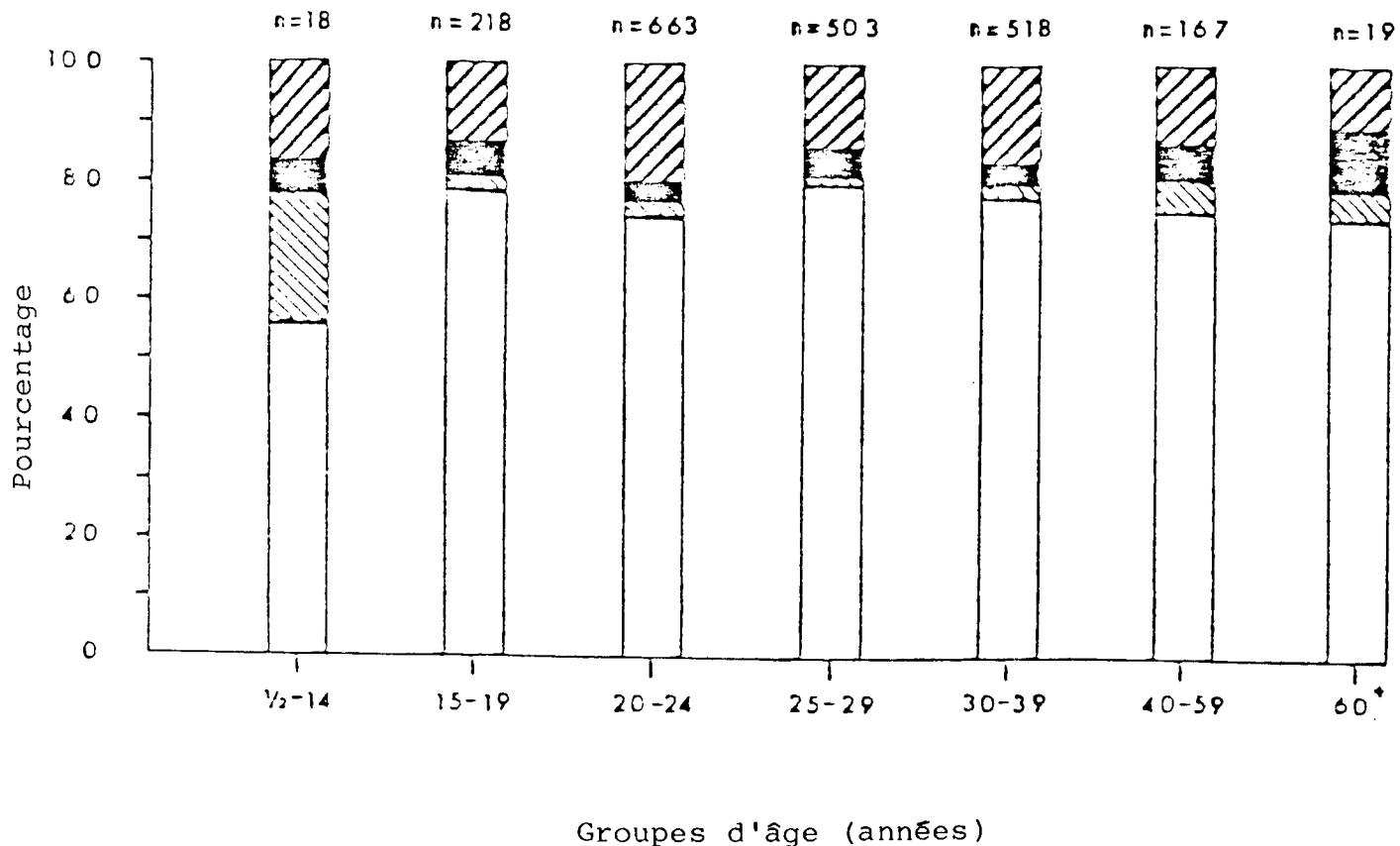
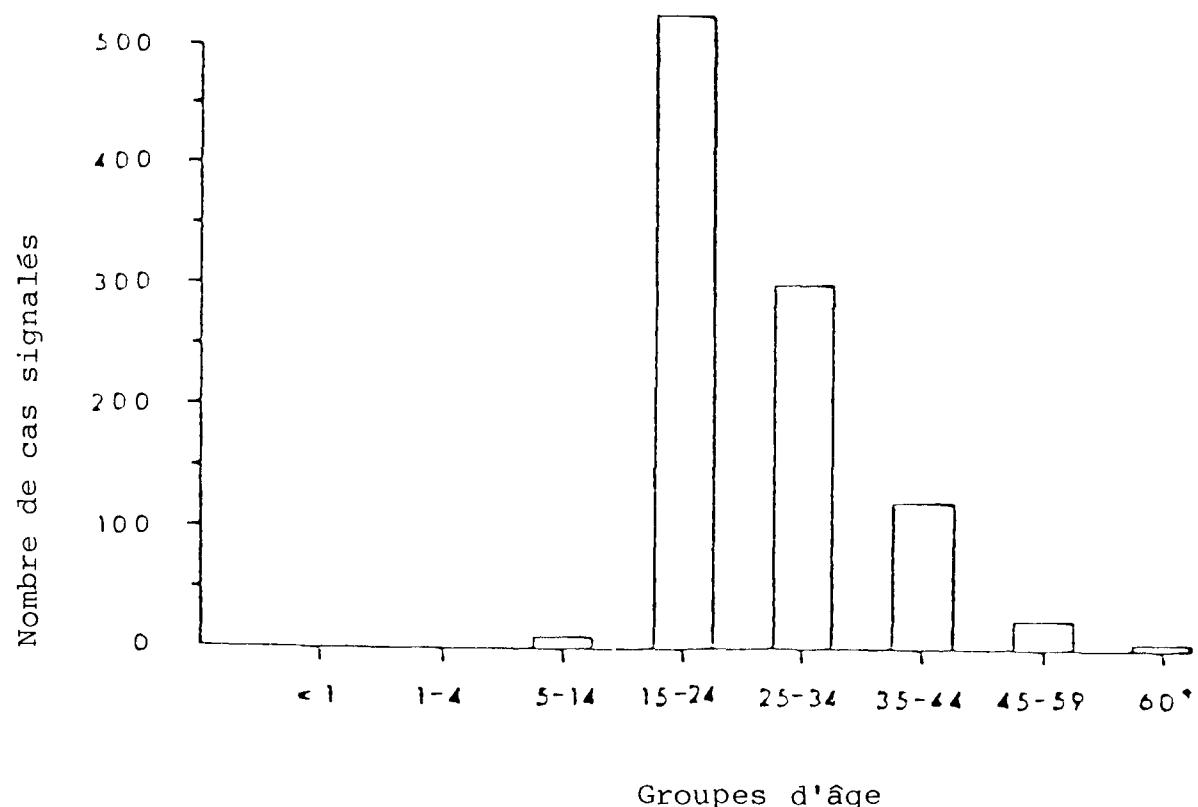


Figure 6

CAS D'INFECTION DE L'APPAREIL GÉNITAL PAR CHLAMYDIA
Nombre de cas signalés selon certains groupes d'âge
Laboratoires de virologie canadiens, 1982



Tiré de Maladies transmises sexuellement au Canada en 1982

avec l'Organisation mondiale de la santé. En 1982, on a signalé 1 724 cas d'infection par chlamydia au Canada. Selon le rapport de ce ministère, le nombre annuel réel de cas d'infection par chlamydia, dont les cas d'urétrite et de cervicite non gonococciques, est environ trois fois plus élevé que celui des cas de blennorragie (ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1983, p. 1).

Des 1 724 cas signalés, 68 % étaient des femmes et 29 % des hommes. On a signalé 82.9 % de tous les cas chez les 15-34 ans. Lorsque la partie de l'anatomie affectée était précisée, il s'agissait de l'appareil génital dans 75 % des cas (voir la figure 6).

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et la Neisseria gonorrhoeae produisant de la pénicillinase (NGPP)

Bien que seulement un petit nombre de chacune de ces infections soit signalé annuellement, le nombre de cas de *Neisseria gonorrhoeae* produisant de la pénicillinase (NGPP) est à la hausse au Canada. Depuis 1976, la Division des antimicrobiens et de microbiologie moléculaire du Laboratoire de lutte contre la maladie du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada a dénombré 175 cas d'isolement; de ce nombre, 41.7 % sont survenus en 1982. La plupart des NGPP ont été contractées à l'extérieur du pays, principalement en Asie.

Au mois d'avril 1984, 74 cas de SIDA avaient été signalés au Laboratoire de lutte contre la maladie. Trente-neuf patients sont décédés, soit un taux de mortalité clinique de 52 %. Trente-sept patients étaient d'origine canadienne, vingt d'origine haïtienne et six étaient originaires d'autres pays. On a noté une orientation sexuelle de type homo et hétérosexuel dans quarante et un cas, et une orientation hétérosexuelle dans vingt-sept cas. La préférence n'a pu être obtenue, ou ne s'appliquait pas, dans les deux autres cas (un cas concernait un enfant d'origine haïtienne âgé de quatre mois).

Conclusions

Sans connaître le nombre réel de cas, on peut néanmoins formuler un certain nombre de conclusions au sujet des MTS au Canada. En effet, les données révèlent chaque année les mêmes tendances. Ces conclusions sont les suivantes :

- l'âge et le sexe sont des facteurs importants au niveau de la transmission des MTS. La blennorragie est diagnostiquée le plus souvent chez les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans. La plupart des MTS sont contractées par des hommes et des femmes dont l'âge varie de 15 à 30 ans,
- et les MTS chez les enfants, particulièrement chez les filles âgées de moins de 14 ans, ne constituent pas un phénomène rare.

III. Incidence des MTS dans les autres pays occidentaux

L'incidence connue des MTS au Canada au cours des cinq dernières années nous révèle que les hommes âgés de 20 à 24 ans forment un groupe dont le risque de contamination est élevé. On pourrait alors conclure qu'ils sont responsables, plus que tout autre groupe établi en fonction de l'âge et du sexe, d'une grande partie des MTS. Cependant, puisque, au Canada, les MTS ne sont que partiellement déclarées et puisque les organismes qui les signalent sont habituellement fréquentés davantage par les hommes que par les femmes (8), il nous faut examiner les données en provenance d'autres pays occidentaux. Si on y retrouve les mêmes tendances, on pourra peut-être alors conclure qu'il y a une incidence plus élevée de certaines MTS chez les jeunes hommes et qu'en conséquence, ils contribuent à la transmission des MTS dans une proportion plus grande que tout autre groupe établi en fonction de l'âge et du sexe.

Le tableau suivant (tableau IV) nous fait voir qu'au Royaume-Uni, entre 1976 et 1980, les plus hauts taux de MTS signalées concernaient la blennorragie chez les hommes âgés de 20 à 24 ans. Ces taux se situaient entre 659 et 728 cas par 100 000 habitants. Les plus hauts taux de blennorragie chez les femmes se retrouvaient chez les groupes des 16-19 ans et des 20-24 ans. Ces taux se situaient autour de 500 cas par 100 000 habitants pour chacune des cinq années en question.

Les taux établis en fonction de l'âge et du sexe dans le cas de la blennorragie aux États-Unis nous permettent de constater une tendance semblable. Pendant la période allant de 1976 à 1979, on a également constaté les plus hauts taux de blennorragie chez les hommes (de race blanche et de couleur) âgés de 20 à 24 ans. De plus, ces taux sont sensiblement plus élevés que chez les femmes du même groupe d'âge.

Conclusion

Les données nous amènent à conclure que l'incidence de la blennorragie au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis semble être le plus élevée chez les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans. Puisque ce groupe forme une grande partie de la population active sur le plan

8. Tiré d'une entrevue avec le Dr Jessamine.

sexuel, on pourrait conclure qu'il contribue à la propagation de la blennorragie plus que tout autre groupe d'âge tant chez les hommes que chez les femmes. Cependant, ces statistiques officielles ne nous permettent aucunement de savoir dans quelle mesure les différentes catégories "professionnelles" (dont les prostitués et les prostituées) contribuent à ce problème. Pour cette raison, nous abordons maintenant l'examen de certaines études qui ont tenté de répondre à cette question précise.

TABLEAU III
Etats-Unis

Age-specific and Age-adjusted Gonorrhea Rates (per 100 000) for White Men and Women in the United States (excluding New York and California) 1967 - 1979

Sex. Age (Years)	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Men													
≤ 14	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4
15-19	156	170	203	251	316	365	369	377	393	370	341	336	340
20-24	553	638	703	780	901	1 004	1 007	1 028	1 060	1 007	955	922	909
25-29	329	350	381	399	470	507	549	580	642	622	638	629	626
30-39	118	128	133	145	163	174	183	198	229	238	251	250	255
40-49	37	38	39	44	45	46	47	50	59	62	68	69	75
≥ 50	13	13	13	14	14	15	14	17	18	19	20	20	21
Total													
Unadjusted	94	106	121	141	173	197	206	220	240	239	238	237	240
Age-adjusted	107	118	129	143	165	182	187	195	210	205	203	199	201
Women													
≤ 14	3	4	4	5	8	10	12	12	14	13	13	14	14
15-19	121	144	185	234	354	487	587	650	705	661	645	643	644
20-24	178	202	237	295	383	542	686	757	802	744	723	692	692
25-29	82	87	101	111	150	193	253	285	318	293	302	290	293
30-39	27	31	31	36	46	62	76	79	88	88	86	82	83
40-49	8	9	10	10	12	15	17	18	19	18	19	19	19
≥ 50	3	3	3	3	4	4	5	6	6	6	5	5	5
Total													
Unadjusted	38	44	54	67	95	131	164	184	201	191	189	185	186
Age-adjusted	36	41	48	58	80	109	136	149	161	151	149	145	145

Age specific and Age-adjusted Gonorrhea Rates (per 100 000) for Nonwhite Men and Women in the United States (excluding New York and California) 1967 - 1979

Sex. Age (Years)	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Men													
≤ 14	33	42	44	51	50	56	56	57	57	56	55	53	53
15-19	4 223	4 551	5 121	5 295	5 322	5 559	5 724	5 772	5 687	5 326	4 958	4 711	4 446
20-24	11 578	12 984	13 967	14 007	13 600	13 693	12 780	13 173	13 991	13 225	12 678	11 853	10 809
25-29	7 430	7 570	7 877	7 760	7 825	8 012	8 184	8 651	9 073	8 487	8 487	8 154	7 543
30-39	2 750	2 866	2 950	2 989	2 947	2 992	2 960	3 092	3 266	3 172	3 193	3 077	2 942
40-49	810	817	834	835	813	816	804	836	894	888	870	886	832
≥ 50	186	181	204	202	205	201	219	231	266	256	292	275	250
Total													
Unadjusted	2 059	2 237	2 495	2 654	2 733	2 876	2 872	3 025	3 228	3 144	3 112	3 002	2 819
Age-adjusted	2 385	2 549	2 714	2 728	2 695	2 742	2 695	2 794	2 926	2 776	2 715	2 587	2 404
Women													
≤ 14	50	56	66	80	82	100	130	144	163	158	147	158	165
15-19	1 852	2 090	2 414	2 608	2 948	3 854	5 161	5 683	5 980	6 084	6 024	6 268	6 099
20-24	2 586	2 767	3 163	3 252	3 465	4 365	5 792	6 341	6 648	6 694	6 594	6 643	6 264
25-29	1 351	1 318	1 526	1 532	1 597	2 040	2 589	2 698	2 954	2 799	2 808	2 874	2 756
30-39	446	455	479	501	501	632	809	836	882	801	785	798	765
40-49	113	112	100	106	113	133	161	190	187	185	158	159	154
≥ 50	35	25	40	33	34	46	49	63	75	55	50	52	47
Total													
Unadjusted	573	628	739	802	889	1 159	1 555	1 723	1 852	1 873	1 864	1 922	1 847
Age-adjusted	551	581	660	688	737	1 941	1 232	1 338	1 418	1 399	1 377	1 409	1 353

TABLEAU IV
ROYAUME-UNI

Venereal diseases—new cases per 100 000 population by age seen at hospital clinics in England 1976-80

	1976			1977			1978			1979			1980		
	Men	Women	Total												
Early syphilis															
All ages	8.86	1.50	5.08	9.67	1.71	5.59	10.27	1.91	5.98	10.77	1.77	6.16	9.54	1.59	5.46
Primary and secondary only	6.40	0.87	3.56	6.58	1.04	3.74	6.69	1.04	3.79	6.34	0.08	3.52	5.94	0.87	3.34
Under 16 years	0.07	0.09	0.08	0.04*	0.04*	0.04	0.20	0.10	1.15	0.05	0.04	0.05	0.08	0.08	0.04
16-19 years	7.52	1.30	5.46	5.72	4.56	5.15	6.8	4.52	5.69	4.99	2.90	3.97	3.95	3.52	3.74
20-24 years	19.35	3.46	11.58	17.76	5.02	11.56	19.10	4.76	12.10	16.83	3.44	10.29	15.00	3.44	9.34
25 years and over	7.40	0.68	3.85	8.01	0.66	4.13	7.77	0.66	4.02	7.79	0.60	3.99	7.38	0.62	3.82
Late syphilis															
All ages	3.87	1.76	2.79	3.67	1.70	2.66	4.38	1.89	3.10	4.44	1.97	3.17	4.24	1.85	3.02
Congenital syphilis															
All ages	0.28	0.33	0.30	0.25	0.37	0.31	0.23	0.45	0.34	0.17	0.34	0.26	0.24	0.28	0.26
Gonorrhoea (post-pubertal)															
All ages	161.91	89.60	125.79	164.70	92.23	127.54	161.38	89.94	124.73	154.67	85.84	119.36	155.40	86.64	120.14
Under 16 years	1.87	8.57	5.13	1.98	8.52	5.16	2.56	7.76	5.09	1.75	5.99	3.82	1.43	6.13	3.72
16-19 years	331.52	513.05	420.19	329.41	510.53	417.73	304.17	473.06	386.66	387.65	414.41	359.37	297.61	431.52	361.00
20-24 years	728.41	475.72	604.92	736.92	490.17	616.71	696.65	471.19	586.58	659.01	458.49	561.14	666.70	464.42	567.69
25 years and over	137.97	42.73	92.40	145.38	43.36	91.52	144.92	43.52	91.39	140.63	42.67	88.92	137.83	41.62	87.10
Chancroid															
All ages	0.01*	0.15	0.17	0.17	0.01*	0.09	0.19	0.02	0.10	0.20	0.02	0.11	0.19	0.03	0.11

*These rates were based on fewer than 10 events and consequently their reliability as a measure may be affected.

III. PROSTITUTION ET MTS : RECHERCHES EFFECTUÉES AUX ÉTATS-UNIS ET AU ROYAUME-UNI

Les partisans du "oui"

Un certain nombre d'auteurs affirment que la prostitution contribue de façon significative à la propagation des maladies vénériennes (Conrad et autres, 1981; E.B. Turner et R.S. Morton, 1976; G.G. Frosner et autres, 1975; D. Fanta et autres, 1979; Z. Seliborska et autres, 1979; Idsoe et Guthe, 1967; Keighley, 1960; et Potterat et autres, 1979). À titre d'exemple, Conrad et d'autres (1981, p. 241) écrivent ce qui suit dans un article récent :

[Traduction] "Après avoir passé en revue toutes les études publiées sur le sujet que nous avons pu trouver et après avoir effectué une étude rétrospective des auteurs d'infractions sexuelles dans la ville d'Atlanta, nous ne pouvons qu'être en désaccord avec Rosenthal et Vandow. Nous croyons que dans certaines régions des Etats-Unis, tout comme ailleurs dans le monde, les personnes s'adonnant à la prostitution sont encore d'importants transmetteurs de la blennorragie et autres maladies transmises sexuellement."

Bien que les auteurs reconnaissent que la prostitution ne contribue pas à la propagation des MTS d'une manière aussi importante qu'on l'a déjà soutenu, ils croient que le changement n'est que relatif :

[Traduction] "Sur le plan épidémiologique, nos conclusions démontrent que le rôle de vecteur joué par la prostitution n'a pas diminué. La prétendue diminution de son rôle n'est que relative, et non pas réelle. La prostitution est responsable d'un cas sur six d'infection gonococcique contractée localement par les hommes hétérosexuels." (Turner et Murton, 1976, p. 52)"

Le tableau suivant résume les résultats des études entreprises par les scientifiques qui adoptent cette position.

TABLEAU V : Résumé des études favorisant le "oui"

Etude	Type de prostitués et de prostituées	Endroit	Groupe de comparaison; autres mesures de contrôle?	Période de temps concernée	Pourcentage de MTS Prostituées et prostituées	Autres
Wren 1967	Détenus	Prison d'Etat de la Nouvelle-Galles du Sud	Autres détenus; oui	Jan.- Juin 1966	(B) 44 % (S) 2 %	4 % 1 %
Keiglhey 1960	Prison d'Holloway	Londres	Autres détenus; oui, l'âge.	1958	(B) 34 %	4 %
Conrad et autres 1981	Auteurs d'infractions sexuelles	Atlanta, Géorgie	Non	Sept.- Déc. 1978	(MTS hommes) (MTS femmes) (B) 28.3 %	44.1 % 29.3 %
	Prostituées et prostitués	Comté de Fresno	Non	1976-1977	(B) 19.8 %	
Potterat et autres 1979	Prostituées fréquentant une clinique antivénérienne	Colorado Springs, E.-U.	Patientes de clinique antivénérienne; oui	1958-1977	(B) 29 %	21 %
Turner et autres	Prostituées	Sheffield, Angleterre		1960-1973	% de MTS rencontrées chez les prostituées (B) 17.7 %	

B signifie "blennorragie"
 S signifie "syphilis"
 MTS signifie "maladies transmises sexuellement"

Les partisans du "non"

Les scientifiques qui ne sont pas d'accord avec cette première théorie (Hart, 1977; Darrow, 1976; Willcox, 1963; Neumann, 1983; Dunlop et autres, 1971; et Rosenthal, 1958) s'appuient sur les arguments suivants :

- La prostitution n'est plus un facteur important de propagation des MTS; le problème est aujourd'hui la promiscuité;

[Traduction] "Il y a plusieurs années, elles constituaient un foyer d'infection de toute première importance. De nos jours, cependant, le milieu de la prostitution fait face à une forte baisse des affaires sauf dans certains endroits comme les grandes villes et près des camps militaires, particulièrement ceux d'outre-mer. La concurrence de la part des non-professionnelles et des para-professionnelles se fait durement sentir du côté des prostituées professionnelles. À tel point qu'on estime que seulement 5 à 10 % des nouveaux cas de MTS sont transmis par les prostituées." (Dr Neumann, 1983, p. 155).

- Les études qui prétendent que la prostitution contribue de façon significative à la propagation des MTS font appel à des méthodes inadéquates (9).

La meilleure façon de régler cette controverse est de déterminer si les études qui favorisent le "oui" sont assez solides, sur le plan méthodologique, pour justifier une conclusion de ce genre. Sinon, ces auteurs ne disposent pas des données leur permettant d'en arriver à une conclusion sur la question de savoir si la prostitution contribue ou non de façon significative à la propagation des MTS.

9. Selon Willcox (1962A, p. 37), [Traduction] "Il n'existe pas d'études assez objectives pour déterminer le rôle que jouent dans la propagation des maladies vénériennes les prostituées comparativement aux femmes de classes sociales inférieures qui ne sont pas des prostituées. Il est impossible d'y arriver tant que l'on ne pourra pas établir de rapports, premièrement, entre le nombre total de personnes de chacune de ces deux catégories et la population masculine à risque et, deuxièmement, entre les cas de maladie vénérienne et le nombre de contacts."

Le tableau qui suit résume les études de ce groupe.

TABLEAU VI : Résumé des études favorisant le "non"

	Type de prostituées	Endroit	Groupe de comparaison; autres mesures de contrôle?	Période concernée	% de MTS rencontrées chez les prostituées
Willcox 1962A 1962B*		Royaume-Uni régions urbaines et rurales d'Angleterre et du pays de Galles	oui oui; non	1962 1954	15-19 % 30 %
1954		Londres	oui		30 %
Dunlop et autres, 1971		New York	oui	1960 1969	31 % 14 %
Rosenthal et autres, 1958			oui oui	1946 1956	23.6 % (B) 5.2 % (B)
(*) A partir des données rassemblées par le British Clinical Co-operative Group.					
(B) signifie "blennorragie"					

Problèmes de méthodologie

a) Mauvaise utilisation de la "méthode inductive"

Toutes ces études font appel à la méthode inductive. Les recherches portent sur un petit groupe d'individus, et les résultats sont ensuite étendus à un groupe plus vaste, que ses membres fassent partie ou non du groupe sur lequel portent les recherches. Le problème le plus important que pose cette méthode est que, si l'on doit étendre les résultats obtenus aux prostituées, il faut que le groupe de prostituées que l'on étudie soit représentatif de toutes les prostituées. À titre d'exemple, la prostituée qui fait le trottoir, celle qui reçoit ses clients dans un bordel et celle qu'on appelle par téléphone couvrent un large éventail de personnes différentes. Il est possible que les

probabilités pour chacune d'attraper des MTS et de les transmettre ne soient pas les mêmes. L'on ne peut pas étudier les péripatéticiennes et utiliser par la suite les résultats obtenus afin de tirer des conclusions s'appliquant aux prostituées en général.

Il ressort d'un examen du premier tableau (résumé des études favorisant le "oui") que la plupart de ces études ne portent pas sur un groupe de prostituées qui soient représentatives de toutes les prostituées. La plupart des études portent sur les péripatéticiennes. Les données sont donc considérablement biaisées -- il est très probable qu'on surestime la prévalence de la maladie pour l'ensemble des prostituées étant donné l'opinion selon laquelle les péripatéticiennes ont tendance à présenter un taux d'infection plus élevé que les prostituées des "classes plus élevées".

En outre, ces études portent sur un groupe de prostituées vivant dans un milieu bien déterminé -- habituellement en prison ou dans une ville comme Londres. Vu la croyance selon laquelle les MTS ont une prévalence plus élevée dans les grandes villes, plus particulièrement les villes portuaires, que dans les villes de moindre importance, ces études tendraient encore une fois à surestimer les taux d'infection.

En conclusion, ces études portent sur une catégorie précise de prostituées, vivant dans un milieu particulier et à une époque bien déterminée. Les résultats de ces études ne devraient pas servir à tirer des conclusions sur les prostituées en général, tout particulièrement lorsque le genre de prostituées et le milieu étudiés tendent à surestimer l'incidence des MTS.

b) Défaut de vérifier les facteurs qui influent sur les taux d'infection

Les chercheurs qui prévoient devoir étudier l'effet d'un facteur, tel qu'une maladie, sur un groupe particulier de personnes doivent essayer de vérifier tous les facteurs qui peuvent biaiser leurs résultats, comme l'âge, le sexe, l'occupation, le genre de protection utilisée afin d'éviter les MTS, etc. Ils définiront d'abord tous les facteurs qui peuvent biaiser leurs résultats et essaieront ensuite d'écartez tout ce qui risque de fausser les résultats, en faisant appel à diverses méthodes.

[Traduction] "Dans toute région géographique, le nombre de prostituées susceptibles d'être atteintes de blennorragie dépend de la

fréquence des examens médicaux subis, de leur qualité et de l'efficacité des soins donnés, autant que du nombre de contacts qu'elles ont eus sans être protégées, de la prévalence de la maladie chez leurs partenaires, et des taux de transmission de la maladie par les personnes atteintes à celles qui sont susceptibles de l'attraper." (Conrad et autres, 1981, p. 242)

À titre d'exemple, Potterat et d'autres chercheurs (1979) ont comparé la fréquence des MTS chez un groupe de prostituées et chez un groupe de femmes qui ne se livraient pas à la prostitution. Ils tentaient de prouver que les prostituées seraient davantage susceptibles d'être contaminées que les femmes qui n'étaient pas des prostituées. Potterat prit soin de déterminer la race et l'âge de chacune des personnes composant ces groupes. Bien que ceux-ci étaient identiques quant à l'âge, ils ne l'étaient pas quant à la race des personnes qui les compossaient. Vu que la probabilité d'attraper une MTS dépend de la race de la personne (Cooper et autres, 1978), Potterat aurait dû tenir compte de ce facteur au moment d'interpréter les résultats de son étude. Comme il n'a pas examiné ce facteur, ses résultats sont douteux, car toute différence du taux d'infection de ces deux groupes pourrait résulter non de leurs moeurs sexuelles mais plutôt des différences raciales.

La plupart des études mentionnées ci-dessus ne tiennent pas compte du fait que la prévalence ou l'incidence d'une maladie dépend du nombre de fois qu'une personne est examinée et traitée pour cette maladie. Plus l'examen et la procédure de déclaration seront valables, plus l'incidence enregistrée d'une maladie sera élevée. Les prostituées qui se présentent régulièrement à une clinique antivénérienne et se font traiter pour une MTS peuvent déclarer un taux plus élevé d'incidence de la maladie, car il peut survenir une nouvelle infection. Toutefois, si une personne n'est pas traitée pour la maladie, il n'y a pas de risque d'infection, car elle est déjà contaminée. Par exemple, l'étude menée par Potterat signale qu'en moyenne, les prostituées se soumettent à un plus grand nombre d'examens de routine dans une clinique antivénérienne de leur ville que ne le font les personnes du groupe de non-prostituées auxquelles elles étaient comparées; (31 % des femmes qui se livraient alors à la prostitution déclaraient s'être présentées à la clinique antivénérienne pour un examen de routine alors que seulement 11 % du groupe composé de femmes qui n'étaient pas des prostituées allaient à la clinique

pour un examen de routine.) Cela signifie que les différences observées par Potterat dans les taux d'infection chez ces deux groupes pourraient simplement être dues au fait que ceux-ci ne se rendaient pas à la clinique suivant la même fréquence et non pas à la différence réelle dans les probabilités d'attraper et de transmettre des MTS.

Si on évalue ces études quant à l'effort tenté pour écarter ce qui pourrait empêcher d'en arriver à une conclusion valable en ce qui concerne les prostituées en général, on se rend compte que ces études présentent de graves lacunes, même sur les points les plus fondamentaux. À titre d'exemple, la plupart ne vérifient pas le sexe, l'âge, la race, le risque de transmission, la prévalence des MTS chez les partenaires ainsi que le genre de prophylactiques utilisés. Cela signifie que les différences observées entre les prostituées et les non prostituées peuvent résulter simplement de différences dans ces facteurs et non pas des activités sexuelles reliées à la prostitution.

c) Faiblesse du raisonnement logique et manque d'objectivité

L'un des résultats assez surprenants est que la plupart des études qui adoptent la position selon laquelle la prostitution contribue de façon importante à la propagation des MTS font appel à une méthode d'évaluation différente de celle qu'utilisent les études qui adoptent la position contraire. Les premières mesurent le taux d'infection d'un groupe particulier de prostituées, mais elles ne font pas le raisonnement logique qu'adopte le dernier groupe d'études. Elles n'essaient pas de quantifier dans quelle mesure ces prostituées contaminées contaminent à leur tour leurs clients, par comparaison à l'effet que peuvent avoir en général les femmes contaminées sur le taux d'infection chez les hommes. Les études qui concluent à la négative montrent clairement que, au moins chez les prostituées étudiées, environ une infection sur cinq a été transmise par des prostituées alors que les quatre autres ont été transmises par d'autres groupes (c'est-à-dire des personnes rencontrées fortuitement, des amis, l'époux et des homosexuels).

Les études qui concluent à l'affirmative révèlent donc des faiblesses importantes sur le plan du raisonnement logique -- elles ne recueillent pas le genre de données qui leur permettraient de conclure que la prostitution contribue de façon importante à transmettre des MTS aux

clients. La seule exception est l'étude menée par Turner et Morton (1976), qui a essayé d'établir un lien entre les prostituées et les taux d'infection chez leurs clients.

En outre, toutes ces études, qu'elles concluent à l'affirmative ou à la négative, s'intéressent aux prostituées et aux femmes définies comme "non prostituées". On n'y compare pas le rôle joué par les hommes dans la propagation des MTS à celui joué par les prostituées dans ce domaine. Cela constitue une faiblesse grave sur le plan logique, car les hommes et les femmes, qu'ils soient définis ou non comme étant des prostitués ou des prostituées, peuvent transmettre des MTS. Comme il a déjà été mentionné, les données officielles sur les MTS provenant du Canada, des Etats-Unis et de la Grande-Bretagne révèlent que les hommes âgés de 20 à 24 ans présentent de loin l'incidence la plus élevée de MTS. S'ils présentent l'incidence la plus élevée de MTS, ils doivent également être le groupe qui contribue le plus à la propagation des MTS au Canada et dans les autres pays. Ainsi que le fait remarquer Rosenthal, la plupart des études portent sur la prostitution parce que c'est plus facile ainsi, et non pas parce que c'est la chose la plus logique à faire :

[Traduction] "Cela signifie-t-il que les prostituées doivent être d'importants transmetteurs dans tous les domaines? La réponse est non. Dans le cas de l'infection pelvienne gonococcique, la prostitution joue un rôle important. Le message est clair en ce qui concerne les programmes de lutte contre la blennorragie : bien regarder, même si la lumière n'est pas très bonne. S'occuper des femmes atteintes d'infection pelvienne, des prostituées, des jeunes recrues militaires, de la clientèle particulière d'un médecin privé, de certains groupes d'homosexuels, des personnes provenant d'une région géographique donnée." (Rosenthal et Vandow, 1958, p. 94-99.)

Par conséquent, le fait de ne pas évaluer dans quelle mesure d'autres groupes à haut risque contribuent à la propagation des MTS et de ne pas établir de comparaison avec le rôle que jouent les prostituées en ce domaine soulève un doute important quant à la l'objectivité de toutes ces études, qu'elles favorisent une réponse affirmative ou une réponse négative à cette question.

d) Absence de critères en vue de déterminer l'importance du problème

Ces études soulèvent un autre problème du fait que les critères auxquels elles font appel pour démontrer ou réfuter leurs hypothèses ne sont jamais définis clairement ni défendus. À titre d'exemple, aucune des études favorisant le "oui" n'établit que le taux d'infection devrait être déterminé avant que l'on puisse conclure que la prostitution ne contribue plus de façon importante à la propagation des MTS. Les études favorisant le "non" ne sont pas claires non plus sur ce point. Toutefois, les études favorisant le "non" donnent au moins une idée de la mesure dans laquelle les prostituées contaminées, comparativement aux autres groupes, contaminent à leur tour leurs clients. Il faudrait cependant apporter encore des précisions, car l'étude de Turner et Morton (1976), qui a découvert que 17 % des cas de blennorragie chez les hommes pouvaient être reliés à la prostitution, a signalé que les prostituées contribuaient grandement à transmettre la blennorragie alors que le British Co-operative Clinical Group (Willcox, 1962B), faisait observer l'existence de taux plus élevés mais concluait toutefois que la prostitution ne contribuait pas de façon importante à ce problème.

Conclusions

Après nous être penchés sur ces études, nous en sommes arrivés aux conclusions suivantes :

- toutes ces études recèlent des faiblesses sur le plan méthodologique;
- les prostituées ne contribuent pas à la propagation de la blennorragie de façon aussi importante que les autres femmes;
- nous ne savons pas dans quelle mesure les prostituées contribuent à la propagation des MTS comparativement aux autres groupes à haut risque, comme les hommes de 20 à 24 ans;
- dans certaines villes de l'Ouest, les péripatéticiennes constituent probablement un groupe à haut risque, car elles tendent à présenter un taux plus élevé de prévalence de la blennorragie que les autres femmes.

IV LUTTE CONTRE LES MTS CHEZ LES PERSONNES SE LIVRANT À LA PROSTITUTION

La lutte contre les MTS chez les personnes se livrant à la prostitution vise principalement à réduire le risque de transmission de ces maladies à leurs clients. Par le passé, on a eu recours à un certain nombre de solutions qui tombent habituellement dans l'une de ces trois principales catégories :

- inscription au fichier de la prostitution, et habituellement obligation de se soumettre à des examens médicaux;
- lois permettant l'arrestation et le traitement obligatoire des prostitués et prostituées soupçonnés d'être atteints d'une maladie vénérienne;
- et programmes volontaires sous la direction de cliniques antivénériennes locales, qui ne visent pas particulièrement une clientèle se livrant à la prostitution mais tiendraient compte des besoins particuliers du prostitué et de la prostituée et s'occuperaient de dépister les contaminateurs possibles et d'identifier et de traiter les groupes à haut risque.

Nous étudierons successivement chacune de ces solutions et essaierons d'évaluer l'efficacité qui leur est attribuée.

Inscription au fichier de la prostitution et obligation de se soumettre à des examens médicaux

Un exemple typique de ce système est le bordel italien que décrit Lentino (Lentino, 1955). Le genre de système qu'il a examiné consistait en un établissement possédant un permis ainsi qu'une salle pour les examens médicaux. Des affiches étaient apposées aux murs afin d'informer tous les clients sur la prévention des maladies vénériennes. Tous les quinze jours, l'on procédait à un examen sérologique du sang pour la syphilis, et tous les deux jours à un examen médical pour la blennorragie. Lorsqu'une femme était atteinte d'une maladie vénérienne, elle était traitée et ne pouvait pas travailler tant qu'elle n'était pas complètement rétablie.

La police tenait un fichier de la prostitution et inspectait les établissements. En outre, les policiers vérifiaient les dossiers médicaux et escortaient toute personne qu'ils soupçonnaient d'avoir attrapé une maladie vénérienne d'une prostituée.

Lentino faisait remarquer que cette méthode n'était pas efficace en raison de la difficulté à diagnostiquer les maladies vénériennes chez les femmes. Il signalait que, chez les soldats, 80 % des maladies vénériennes avaient été contractées dans des bordels possédant un permis. D'autres études concluaient également à l'inefficacité de ce genre de système, habituellement pour les raisons suivantes : il ne permet pas d'exercer un contrôle sur les personnes qui se livrent à la prostitution clandestinement; les examens médicaux fréquents peuvent donner une fausse impression de sécurité aux prostituées, aux clients et à ceux qui sont chargés d'exercer un contrôle; la tenue d'examens médicaux fréquents peut engendrer de l'hostilité chez les prostituées et restreindre leur collaboration; un système de ce genre corrompt presque inévitablement ceux qui sont chargés de sa supervision (Hart, 1977, p. 59-61); et les normes régissant l'examen médical obligatoire se modifient et tendent à se relâcher avec le temps (10).

En plus de l'inefficacité de cette méthode, que laissent supposer les données empiriques, il y a un autre inconvénient : les répercussions en matière de droits de la personne. On s'est opposé à l'inscription au fichier de la prostitution pour le motif que cela allait à l'encontre des droits civils de l'individu ainsi que de la conception moderne de la dignité humaine (Article 6 de la Résolution de 1950 des Nations Unies sur la prostitution). Ce mécanisme d'attribution

10. [Traduction] "Il a été démontré que les avantages découlant des examens médicaux de routine effectués régulièrement chez les prostituées ne sont obtenus qu'à un prix élevé. Même lorsqu'elle est bien appliquée, cette méthode ne serait pas économique compte tenu des résultats obtenus... Par ailleurs, en ce qui concerne les patientes atteintes de blennorragie, on a fait remarquer que les prostituées représentent une part importante du réservoir d'infection, et qu'il est logique de déployer un certain effort pour en réduire les proportions. Le véritable problème reste encore de déterminer comment en arriver à un juste équilibre." (Willcox, 1963, p. 8)

de permis étiquette les femmes et leur rend plus difficile le retour à un métier plus "respectable" après qu'elles ont abandonné la prostitution. (Hart, 1977, p. 59).

[Traduction] "L'intérêt croissant à l'égard de la présumée "traite des blanches" a amené la Société des Nations et ensuite les Nations Unies à demander l'abolition des bordels sous licence, qui étaient considérés comme la principale source de la demande régulière en ce qui concerne le commerce international des femmes et des jeunes filles. Par suite des conventions internationales en la matière, ainsi que des revendications des féministes contre le fait que le système de permis réglementait et flétrissait indûment la vie des prostituées, les pays d'Europe l'ont aboli." (Richards, 1983, p. 91)

Lois autorisant l'arrestation et l'examen obligatoire des prostituées et autres personnes soupçonnées d'être atteintes d'une maladie vénérienne

Il existe un certain nombre d'exemples en ce domaine : le Criminal Justice Act de 1948 au Royaume-Uni, l'article 54-121 des Fulton County Health Regulations (Géorgie, E.-U.), l'article 25-4-404 des G.S. modifiés des Colorado Revised Statutes, et toutes les lois provinciales et territoriales au Canada sur les maladies vénériennes.

En Angleterre, sous le régime du Criminal Justice Act de 1948, il était possible d'envoyer une femme en détention provisoire dans une prison en attendant un rapport sur sa santé physique et mentale si elle était accusée d'une infraction punissable d'emprisonnement.

Au Canada, les provinces et les territoires ont chacun une loi qui oblige les gens à se faire examiner en cas de maladie vénérienne. Pour ce faire, les fonctionnaires oeuvrant dans le domaine de la santé publique se sont vu accorder de nombreux pouvoirs. Selon Rozovsky (1982, p. 71), cette procédure entraîne la privation de certains droits dont jouissent même ceux qui sont accusés d'infractions criminelles graves.

[Traduction] "Dans les poursuites criminelles, c'est au procureur de la Couronne qu'il incombe de prouver le bien-fondé de l'acte d'accusation, non

seulement de façon à convaincre le juge et le jury, mais hors de tout doute raisonnable."

À Atlanta, en Géorgie, sous le régime des Fulton County Health Regulations, toute personne arrêtée pour prostitution ou toute autre infraction de nature sexuelle est soupçonnée d'être atteinte d'une maladie transmise sexuellement et doit se rendre au Fulton County Health Department pour s'y soumettre à un examen médical.

Conrad et d'autres chercheurs (1981) ont étudié les dossiers médicaux des personnes appréhendées en vertu de ce règlement et en sont venus à la conclusion que l'examen et l'interrogatoire des auteurs d'infractions sexuelles constituent des moyens efficaces de dépister les cas de maladie transmise sexuellement qui n'ont pas été traités. (Conrad, 1981, p. 244)

Toutefois, Conrad n'est pas allé jusqu'à recommander l'adoption de programmes obligatoires ou de lois en ce sens.

Au Colorado, les fonctionnaires municipaux, de comté ou de l'Etat peuvent garder en détention les personnes soupçonnées d'avoir une maladie vénérienne et les faire examiner. La prostituée en état d'arrestation est détenue sans possibilité d'obtenir un cautionnement, jusqu'à ce qu'un fonctionnaire de la santé publique puisse se prononcer sur l'existence possible d'une maladie vénérienne. Potterat et d'autres chercheurs (1979) ont étudié ces mesures de contrôle et les ont comparées aux programmes volontaires. Ils ont découvert que les mesures obligatoires telles que les ordonnances judiciaires étaient beaucoup moins efficaces pour dépister les cas de blennorragie chez les prostituées que ne l'étaient les examens de routine subis par les prostituées dans une clinique ou le dépistage des contaminateurs possibles.

TABLEAU VII : Taux de blennorragie chez les prostituées établis en fonction de la fréquentation d'une clinique antivénérienne

Raison de l'examen en clinique	Anciennes prostituées	Prostituées actives		
	Nombre	%	Nombre	%
Examen de routine	127/444	29	62/198	31
Ordonnance judiciaire	37/203	18	17/79	22
Contact avec la blennorragie	62/135	46	32/61	52
Suivi	12/116	10	6/61	10
Total	247/910	27	125/402	31

Tiré de Potterat et autres, 1979.

Programmes de santé publique, dépistage des contaminants possibles et identification des groupes à haut risque

a) Programmes éducatifs

Il existe peu d'information sur l'efficacité des programmes éducatifs (Sacks et autres, 1983), tout particulièrement sur les programmes à l'intention des groupes à haut risque, tels que les prostituées. Toutefois, un certain nombre de spécialistes canadiens croient qu'il est important de donner plus d'information si l'on veut lutter plus efficacement contre les MTS.

[Traduction] "L'élaboration de programmes éducatifs sera essentielle dans la lutte contre les maladies transmises sexuellement. Ces programmes doivent viser à améliorer le traitement du client contaminé et avoir des répercussions positives sur le plan de la lutte contre ces maladies. En ce qui concerne l'éducation en matière de MTS dans notre pays, nous pensons que tous les programmes actuels d'éducation destinés aux différents groupes sont insuffisants. Cette conclusion se fonde non seulement sur notre opinion personnelle mais aussi sur l'opinion de plusieurs directeurs provinciaux chargés de la lutte contre les maladies vénériennes, qui ont répondu à un questionnaire que nous leur avions distribué."

(Sacks, 1983, p. 176)

b) Dépistage des contaminateurs possibles

D'après Schofield (1979), l'efficacité du dépistage des contaminateurs possibles dépend du nombre de renseignements précis qui peuvent être obtenus du patient. C'est tout particulièrement important dans le cas des groupes, comme les prostituées, qui ont beaucoup de partenaires différents.

[Traduction] "Dans n'importe quelle région, le succès de la gestion médico-sociale des maladies transmises sexuellement dépend de la confiance que les gens de la région qui ont plusieurs partenaires, surtout ceux qui en ont beaucoup, montrent à l'égard du personnel de la clinique. Cette confiance met du temps à s'établir et peut se perdre rapidement si l'on ne s'occupe pas bien des patients. Il faut éviter de se montrer moralisateur, et ils

doivent se sentir libres de se présenter en tout temps pour un examen..." (Schofield, 1979, p. 28)

L'étude menée par Potterat (Potterat et autres, 1979) a montré de façon certaine que, de toutes les méthodes utilisées dans la lutte contre les MTS chez les prostituées, c'est le dépistage des contaminateurs possibles qui a permis de découvrir le plus de cas de blennorragie dans une clinique du Colorado.

c) Identification des groupes à haut risque

Selon Jessamine et d'autres chercheurs (1983), l'incidence accrue des infections gonococciques déclarées au Canada démontre que les programmes actuels de santé publique ne sont pas efficaces. Ils laissent entendre que la stratégie de base pour lutter contre ces maladies devrait être le dépistage des contaminateurs possibles, l'étude de cas et l'identification des partenaires sexuels considérés comme présentant le risque le plus élevé. En outre, ils laissent supposer qu'un système volontaire (11) pourrait également être adopté étant donné qu'il s'est révélé utile en Grande-Bretagne.

[Traduction] "Bien que les efforts actuels en matière de dépistage des contaminateurs possibles et d'étude de cas doivent se poursuivre, il faudrait consacrer des ressources supplémentaires à deux groupes. Il s'agit premièrement des personnes qui constituent le "noyau" directement ou indirectement responsable de chaque cas d'infection gonococcique survenant dans le milieu, et deuxièmement des cas, chez les hommes ne présentant pas de symptômes, d'infections qui existent depuis longtemps et sont maintenant étroitement identifiées aux infections pelviennes gonococciques de leurs partenaires sexuelles." (Jessamine et autres, 1983, p. 164)

11. On encourage les patients à en informer leurs partenaires réguliers et à les inciter à demander des soins médicaux.

Pour identifier les groupes à haut risque, il faudrait identifier leurs caractéristiques sociologiques (12) et le lieu où ils peuvent se trouver. Toutefois, les efforts en vue de lutter contre les MTS et portant sur des lieux particuliers, tels que les hôtels et les zones résidentielles, doivent être menés sans bouleverser la structure sociale sous-jacente du lieu ou de la région ni recourir à des mesures abusives qui ne serviraient qu'à faire fuir les gens contaminés.

Conclusions

On peut avoir recours à un grand nombre de mesures différentes pour lutter contre la propagation des MTS par les prostituées. Habituellement on invoquait des préoccupations utilitaires pour justifier l'obligation faite aux prostituées de se soumettre à des programmes concernant les maladies vénériennes. Selon cette théorie, ce qui est "utile" est "bon", et le point déterminant du "bon comportement" devrait être le caractère utile de ses conséquences. L'utilitarisme suppose que le but d'une action devrait être le plus grand excédent possible du plaisir sur la douleur ou le plus grand bonheur du plus grand nombre de gens. Dans ce cas tout particulièrement, on assume que la santé de la société en général est plus importante que les inconvénients que pourraient engendrer les examens médicaux obligatoires. Dans une récente émission de télévision ("Sixty Minutes", présentée au réseau C.B.S.), l'on a soutenu que l'arrestation et la détention d'une prostituée atteinte du SIDA étaient justifiées pour des motifs de santé publique malgré les problèmes économiques et personnels graves qu'il en résulterait pour la prostituée et les personnes à sa charge.

On peut s'opposer à ces arguments fondés sur l'utilitarisme en invoquant des arguments fondés sur les droits de la personne. Par exemple, on peut soutenir qu'il n'est pas équitable qu'une prostituée atteinte du SIDA soit emprisonnée, pendant que d'autres victimes de

12. Selon Hart (1979), il est important, lorsque l'on envisage des politiques de lutte contre les MTS, d'étudier chez les personnes des facteurs tels que la race, l'âge, la situation de famille, le degré d'instruction, le quotient intellectuel, le statut socio-économique, l'influence des parents, la consommation d'alcool et les mesures prises pour prévenir les MTS.

cette maladie qui ne se livrent pas à la prostitution peuvent continuer à se déplacer librement. Cela n'a-t-il pas pour effet de priver les prostituées, à titre de citoyennes d'un pays, de certains droits inaliénables relatifs à la personne? Ne s'agirait-il pas seulement d'une discrimination à l'égard d'un groupe donné de personnes en raison de leur statut social "peu élevé"? De plus, l'argument fondé sur les droits de la personne soulève la question de l'égalité au sein de la société. Pourquoi la prostituée atteinte du SIDA devrait-elle posséder moins de droits que le client qui a contaminé la prostituée, ou moins de droits que les autres malades atteints du SIDA? Bref, les arguments fondés sur les droits de la personne soulignent la discrimination dont les prostituées sont victimes au nom de la "santé publique".

[Traduction] "Jeter le blâme sur quelqu'un d'autre, habituellement les femmes, pour la propagation des maladies vénériennes est un phénomène qui était déjà connu en Grande-Bretagne lorsque l'on faisait la chasse aux prostituées en recourant aux Contagious Disease Acts. Evidemment cette tradition s'était transmise avec succès à nos alliés des colonies et de l'Amérique du Nord, qui ne pouvaient concevoir que leurs fils ne soient pas vierges ou du moins les personnes innocentes." (Adler, 1980, p. 208)

Outre la question des droits de la personne, la théorie fondée sur l'utilitarisme perd du terrain, tout spécialement en ce qui concerne les programmes de traitements obligatoires ou les lois, pour la simple raison que ces mesures de contrôle ne sont pas particulièrement efficaces.

[Traduction] "On peut espérer que le fait d'accepter les prostituées comme étant des êtres humains et de porter intérêt à leurs besoins sur les plans physique et psychologique les amènera à collaborer davantage. On ne peut certes pas s'attendre à obtenir quelque résultat dans la solution de ce problème sans leur coopération." (Hart, 1977, p. 172)

Cela soulève la question de savoir pourquoi devrions-nous favoriser des mesures de contrôle obligatoires lorsqu'elles ne permettent pas d'atteindre des objectifs utiles (c'est-à-dire qu'elles ne protègent pas la santé publique) et lorsqu'elles vont à l'encontre des droits de la personne. Nous en venons à la conclusion que, de ces trois genres de mesures, seuls les program-

mes volontaires sont justifiés. L'établissement de fiches de renseignements au nom des prostituées à été écarté pour des motifs de droits de la personne. Les lois sur les maladies vénériennes, du genre de celles que nous avons au Canada, non seulement ne semblent-elles pas moins efficaces que les mesures volontaires de santé publique (Potterat et autres, 1979), mais aussi elles soulèvent de graves questions relativement aux droits de la personne. Nous en arrivons donc à la conclusion que les seules mesures qui peuvent se justifier tant pour des raisons d'efficacité que pour des motifs concernant les droits de la personne sont les programmes volontaires relatifs aux MTS.

DÉFINITIONS ET ANNOTATIONS

Antigène

Allergène; immunogène; toute substance qui, à la suite d'un contact avec les tissus appropriés d'un corps animal, entraîne un état de sensibilité ou de résistance à l'infection ou à des substances toxiques après une période de latence (de 8 à 14 jours) et lorsqu'elle réagit d'une façon perceptible avec les tissus ou les anticorps du sujet concerné. Tiré de [Traduction] : Stedman's Medical Dictionary, Fifth Edition, Anderson's Publishing Company, 1982.

Noyau

Ce concept pose en principe qu'il existe des groupes restreints de personnes qui, en raison de leurs caractéristiques sociodémographiques, de leurs styles de vie, de leurs activités sexuelles et de leur façon de prendre soin de leur santé, constituent des contaminateurs importants de MTS tant à l'intérieur qu'en dehors de leurs milieux sexuels immédiats. Cette hypothèse selon laquelle tous les cas d'une MTS déterminée peuvent être directement ou indirectement attribuables à ce noyau fait l'objet d'études.

Potterat et d'autres chercheurs soulèvent l'hypothèse que les prostituées de Colorado Springs puissent constituer un groupe de ce genre. Il ne faudrait toutefois pas tenir comme établi que toutes les personnes se livrant à la prostitution sont des contaminateurs importants de MTS. Selon Yorke et d'autres chercheurs (1978), qui définissent le noyau comme étant constitué de groupes qui présentent une prévalence élevée (20 % ou plus) d'une maladie, tous le cas de blennorragie sont causés directement ou indirectement par le noyau de ce genre.

Epidémiologie

Etude de la prévalence et de la propagation de la maladie dans un milieu. Tiré de [Traduction] : Stedman's Medical Dictionary, Fifth Edition, Anderson's Publishing Company, 1982.

Groupe infecté

Ce groupe est constitué d'un ensemble varié de personnes, tant hommes que femmes, dont certaines présentent des symptômes et d'autres pas. L'idée d'un groupe de femmes ne présentant pas de symptômes (appelé

communément le réservoir féminin d'infection) résulte, selon Hart, d'une simplification à outrance. Les preuves qui existent présentement laissent supposer que, chez l'homme, l'infection présentant des symptômes peut être presque aussi importante.

Prévalence

Le nombre de cas d'une infection dans un milieu à un moment donné ou durant une période déterminée.

$$\text{PRÉVALENCE} = \text{INCIDENCE} \times \text{DURÉE DE LA MALADIE}$$

Etant donné le rapport existant entre l'incidence et la durée, la prévalence d'une maladie ne dépend pas seulement du nombre de nouveaux cas mais aussi de la durée de la maladie, de sorte que l'incidence peut être faible mais, s'il s'agit d'une maladie chronique, la prévalence peut être élevée. À titre d'exemple, dans le cas chez l'homme d'une blennorragie sans symptômes, il y a un taux d'incidence de 1 à 3 % et un taux de prévalence de 20 à 50 % (c'est-à-dire que la blennorragie ne présentant pas de symptômes constitue de 1 à 3 % de toutes les infections gonococciques chez l'homme, alors que, en tout temps, 20 à 50 % de toutes les infections gonococciques chez les hommes ne présentent pas de symptômes. (Hart, 1977)

Théorie de la promiscuité

Les personnes se livrant à la prostitution sont habituellement considérées comme une population à haut risque. Le bon sens semblerait indiquer que chez elles les probabilités d'attraper et de transmettre des MTS sont plus élevées que chez d'autres groupes, étant donné qu'en général elles ont des contacts avec un plus grand nombre de partenaires différents. L'hypothèse sous-jacente à la théorie de la promiscuité est que plus le nombre de partenaires sexuels est élevé au cours d'une période donnée, plus grand sera le risque de transmission de MTS. Il est possible que cette hypothèse ne tienne pas, car il a été démontré (Darrow, 1976) qu'il n'existe pas toujours un rapport direct entre le nombre de partenaires et celui des maladies vénériennes; aussi, n'est-elle pas concluante.

Hooper et d'autres chercheurs (1978) ont découvert un rapport important sur le plan statistique entre, d'une part, le risque de transmission de la blennorragie et, d'autre part, le nombre de partenaires et la fréquence des relations sexuelles chez les hommes. Malheureuse-

ment, Hooper ne révèle pas, contrairement à Darrow, quel est le risque de transmission en cas de relations sexuelles plus de trois fois. Comme certaines personnes se livrant à la prostitution auraient des relations sexuelles plus de trois fois par jour, les données fournies par Hooper ne nous disent pas si le risque de transmission s'accroît au-delà d'un certain nombre de fois.

Prostitués et prostituées

La plupart des études portant sur le rapport entre la prostitution et les MTS définissent la personne se livrant à la prostitution comme étant quelqu'un, habituellement une femme, qui livre son corps aux plaisirs sexuels d'autrui pour de l'argent.

Maladies transmises sexuellement

Cette expression a remplacé celle de "maladies vénériennes" dans les textes écrits. "Maladies vénériennes" s'entend habituellement des infections suivantes : la blennorragie, la syphilis, le chancre, le granulome inguinal et le lymphogranulome vénérien. Le terme "MTS" s'entend de ces infections ainsi que de l'urétrite non-gonococcique, de l'herpès génital, de la trichomonase, du SIDA, de la candidose, du molluscum contagieux, de la pédiculose (poux pubiens), de la gale (la "grattelle"), du condylome, de l'hépatite virale de type B, et des parasites intestinaux. Les MTS ne s'attrapent pas toutes par contacts sexuels. À titre d'exemple, une personne peut attraper des poux pubiens lorsqu'elle est mise en contact avec des draps infestés de poux. (Meltzer, 1981, p. 1)

Risque de transmission

Le risque de transmission s'entend de la probabilité d'attraper une MTS précise par contacts sexuels avec un partenaire contaminé. Les taux varient selon un certain nombre de facteurs tels que la race et le sexe. Hooper et d'autres chercheurs ont découvert un rapport important sur le plan statistique entre, d'une part, le risque de transmission de la blennorragie et, d'autre part, le nombre de partenaires et la fréquence des relations sexuelles. Selon les calculs, le risque de transmission chaque fois qu'il y a des rapports sexuels avec un partenaire contaminé était de .19 chez les hommes de race blanche et de .53 chez ceux de race noire.

Maladie vénérienne

Voir la définition de "maladies transmises sexuellement".

BIBLIOGRAPHIE

Adler, M.W. The terrible peril : a historical perspective on the venereal diseases, British Medical Journal, July, 19, 1980 p. 206-211.

Catterall, R.D., and Nicol, C.S. Sexually Transmitted Diseases, Academic Press, London, 1976.

Cini, Maltaise, Prostitution and Venereal Disease, 1983, (unpublished document).

Conrad, G.L., et al. Sexually Transmitted Diseases among Prostitutes and Other Sexual Offenders, Sexually Transmitted Diseases, vol. 8, no. 4, 1981, p. 241-243.

Darrow, William. Changes in Sexual Behavior and Venereal Diseases, Clinical Obstetrics & Gynecology, vol. 18, 1975, p. 255-267.

Darrow, William. Approaches to the Problem of Venereal Disease Prevention, Preventive Medicine, vol. 5, 1976. p. 165-175.

Darrow, William. Venereal Disease and Victimless Crime, Conference of the Society for the Study of Social Problems, 1978.

Dunlop, E.M., Lamb, A.M., and King, D.M. Improved Tracing of Contacts of Heterosexual Men with Gonorrhoea, Relationship of altered female to male ratios, British Journal of Venereal Disease, vol. 47, 1971, p. 192-195.

Evans, R.J. Prostitution, State and Society in Imperial Germany, Past & Present, vol. 70, 1976, p. 106-128.

Hart, Gavin. Sexual Maladjustment and Disease : An Introduction to Modern Venereology, Nelson-Hall, Chicago, 1977.

Holmes, King; Johnson, David; Trostle, Henry. An Estimate of the Risk of Men Acquiring Gonorrhea by Sexual Contact with Infected Females, American Journal of Epidemiology, vol. 91, no. 2, 1970, p. 170-174.

Hooper, R.R., et al. Cohort Study of Venereal Disease : The Risk of Gonorrhea Transmission from Infected Women to Men, American Journal of Epidemiology, vol. 108, no. 2, p. 136-144.

Idsoe, O., and Guthhe, T. The Rise and Fall of the Treponematoses; Ecological Aspects and International Trends in Venereal Syphilis, British Journal of Venereal Disease, vol. 43, 1967, p. 227-243.

Jessamine, A.G., Mathias, R., Sutherland, R. Epidemiology and Control of Sexually Transmitted Diseases, Canadian Journal of Public Health, vol. 74, no. 3, 1983, p. 163-166.

Judson, F.N., et al. Comparative Prevalence Rates of Sexually Transmitted Diseases in Heterosexual and Homosexual Men, American Journal of Epidemiology, vol. 112, no. 6, 1980, p. 836-843.

Keighley, Elizabeth. Venereal Disease among Women Prisoners, The Lancet, vol. 7, 1960, p. 253-254.

King, Ambrose. Venereal Disease Problems and Adolescent Health, Clinical Pediatrics, vol. 5, 1966, p. 597-603.

Knox, Samuel, R., Mandel, Bea; Lazarowicz, Remy. Profile of Callers to the VD National Hotline, Sexually Transmitted Diseases, October-December 1981, p. 245-254.

Lentino, Walter. Medical Evaluation of a System of Legalized Prostitution, JAMA, vol. 158, 1955, p. 20-23.

Meltzer, Alan S., Sexually Transmitted Diseases, Eden Press Incorporated, Westmount Quebec and St. Albans, Vermont, 1981.

Organisation mondiale de la santé, Lutte antivénérienne : Aperçu de la législation récente, Genève, 1975.

Pellegrin, M. Etude de la morbidité vénérienne dans les Alpes-Maritimes, La Prophylaxie sanitaire et morale, vol. 7, juillet 1966, p. 199-211.

Post, J.B. A Foreign Office Survey of Venereal Disease and Prostitution Control, 1869-70, Medical History, vol. 22, 1978, 327-334.

Potterat, J. et al. Gonorrhea in Street Prostitutes : Epidemiologic and Legal Implications, Sexually Transmitted Diseases, vol. 2, 1979, p. 58-63.

Richards David. Sex, Drugs, Death, and the Law, Rowan and Littlefield, New Jersey, 1983.

Romanowski, Barbara B. Sexually Transmitted Diseases : A Time for Action, Canadian Journal of Public Health, vol. 74, no. 3, 1983, p. 153-157.

Romanowski, B., Meltzer, A.S., Rush, J. Treatment Guidelines for Selected Sexually Transmitted Diseases, Canadian Journal of Public Health, vol. 74, no. 3, 1983, p. 166-173.

Ronald, A.R., et al. Research on Sexually Transmitted Diseases in Canada, Canadian Journal of Public Health, vol. 74, no. 3, 1983, 173-177.

Rosenthal T., Vandow J. Prevalence of venereal disease in prostitutes, British Journal of Venereal Disease, vol. 34, 1958, p. 94-9.

Rozovsky, L.E. and F.A. Legal Sex, Doubleday Canada Limited, Toronto, 1982.

Sacks, S.L., Bowie, W.R., Stayner, M. Education and Public Awareness of Sexually Transmitted Diseases, Canadian Journal of Public Health, vol. 74, no. 3, 1983, p. 176-179.

Santé et Bien-être social Canada. Maladies transmises sexuellement au Canada 1982, Bureau d'épidémiologie, Laboratoire de lutte contre la maladie. Direction générale de la protection de la santé, 1983.

Santé et Bien-être social Canada. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, vol. 10-13, 31 mars 1984.

Sgroi, Suzanne. Pediatric Gonorrhea and Child Sexual Abuse : The Venereal Disease Connection, Sexually Transmitted Diseases, July-September 1982, p. 154-156.

Schofield, C.B.S. Sexually Transmitted Diseases, Churchill Livingstone, New York, 1979.

Turner, B., Morton, R.S. Prostitution in Sheffield, British Journal of Venereal Disease, vol. 52, 1976, p. 197-203.

Yorke, J.A., Hethcote, H.W., Nold, A. Dynamics and Control of the Transmission of Gonorrhea, Sexually Transmitted Diseases, vol. 5, 1978, p. 51-56.

Willcox, R.R. Prostitution and Venereal Disease : Proportion of Venereal Disease Acquired from Prostitutes in Asia : A Comparison with France, the United Kingdom, and the United States of America, British Journal of Venereal Disease, vol. 38, 1962A, p. 37-42.

Willcox, R.R. Factors Leading to a Failure of Control of Gonorrhoea, British Journal of Preventive Social Medicine, vol. 16, 1962B, p. 113-122.

Willcox, R.R. Prostitution and Venereal Disease : Medical 'Control' of Prostitutes', Antiseptic, vol. 60, 1963, p. 6-14.

Wren, Barry, G. Gonorrhoea among Prostitutes, The Medical Journal of Australia, vol. 5, 1967, 847-849.

Annexe I

Textes nationaux et
internationaux relatifs
aux maladies vénériennes

Tiré de Lutte antivénérienne, organisation mondiale de la santé, 1975

Législation

Allemagne (République fédérale d')

Loi du 25 août 1969 portant modification de la Loi sur la lutte contre les maladies vénériennes (voir *Rec. Int. Lég. sanit.*, 1970, 21, 409).

Argentine

Loi N° 15.465 du 24 octobre 1960 rendant obligatoire, sur tout le territoire de la nation, la déclaration des cas de maladies infectieuses (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1961, 12, 716).

Australie

Nouvelle-Galles du Sud

Loi N° 37 du 15 octobre 1963 portant dispositions relatives à l'examen

médical des personnes atteintes ou présumées atteintes de maladie vénérienne, modifiant à cet effet et à d'autres fins la Loi de 1918 sur les maladies vénériennes ultérieurement modifiée et visant des fins connexes (Loi de 1963 sur les maladies vénériennes [modification]) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1966, 17, 466).

Règlement du 5 juin 1964 portant application de la Loi de 1918 sur les maladies vénériennes, modifiée (voir *ibid.*, 1966, 17, 467).

Tasmanie

Loi N° 75 de 1962, publiée en date du 14 février 1963, codifiant et modi-

fiant la législation relative à la santé publique (Loi de 1962 sur la santé publique) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1965, 16, 32).

Règlement du 24 mai 1966 sur la santé publique (maladies vénériennes) (voir *ibid.*, 1968, 19, 752).

Loi N° 35 du 11 novembre 1966 portant modification de la Loi de 1962 sur la santé publique (Loi de 1966 sur la santé publique) (voir *ibid.*, 753).

Brésil

Décret N° 49.974-A du 21 janvier 1961 réglementant sous le nom de Code national de la Santé la Loi N° 2312 du 3 septembre 1954 portant normes générales pour la défense et la protection de la santé (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1962, 13, 660).

Bulgarie

Décret N° 225 du 16 mars 1968 portant publication du Code de la Famille (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1970, 21, 590).

Arrêté N° 2247 du Ministre de la Santé publique et de la Prévoyance sociale relatif au certificat prénuptial de santé (voir *ibid.*).

Résolution N° 23 du 23 mars 1974 du Conseil des Ministres portant approbation du Règlement d'application de la Loi sur la santé publique et de l'Ordonnance relative à la protection médico-sanitaire de la République populaire de Bulgarie contre les maladies quarantaines et autres maladies contagieuses dangereuses (voir *ibid.*, 25, 543).

Canada

Alberta

Règlement de l'Alberta N° 492/61, en date du 28 décembre 1961, portant dispositions relatives à la lutte contre les maladies transmissibles (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1962, 13, 697).

Loi du 12 avril 1965 sur la prévention des maladies vénériennes (voir *ibid.*, 1966, 17, 42).

Manitoba

Règlement du Manitoba N° 120/68 portant application de la Loi sur la santé publique et modifiant le Règlement du Manitoba N° 91/45 (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1971, 22, 108).

Règlement du Manitoba N° 51/70 du 26 mars 1970 portant application de la Loi sur la santé publique et modifiant le Règlement du Manitoba N° 91/45 (voir *ibid.*, 1973, 24, 82).

Colombie

Décret N° 393 du 26 février 1963 édictant certaines règles relatives à la déclaration des maladies transmissibles (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1964, 15, 104).

Décret N° 239 du 10 février 1965 abrogeant le Décret N° 158 du 31 janvier 1964 et le remplaçant par d'autres dispositions portant application de l'article 66 du Décret-Loi N° 3224 de 1963 (voir *ibid.*, 1967, 18, 349).

Costa Rica

Décret N° 4573 du 4 mai 1970 portant Code pénal (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1975, 26, 65).

Cuba

Décret ministériel (Santé publique) N° 7 du 16 mars 1962 portant règlement en matière de santé internationale et relatif aux services nationaux de santé (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1963, 14, 35).

Danemark

Arrêté N° 21 du 22 janvier 1962 relatif à la lutte contre les maladies vénériennes au Groenland (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1964, 15, 108).

Loi N° 287 du 23 mai 1973 relative à la lutte contre les maladies vénériennes (voir *ibid.*, 1973, 24, 802).

Circulaire du 28 juin 1973 de la Direction de la Santé publique sur la coopération des médecins dans le domaine de la lutte contre les maladies vénériennes (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1975, 26, 96).

Circulaire du 28 juin 1973 du Ministre de l'Intérieur contenant des directives pour l'organisation de la lutte contre les maladies vénériennes en vertu de la Loi N° 287 du 23 mai 1973 (voir *ibid.*).

Espagne

Décret du 4 juillet 1958 portant approbation du Règlement de la lutte contre la lèpre, les maladies vénériennes et les dermatoses (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1959, 10, 297).

Etats-Unis d'Amérique

Virginie occidentale

Loi du 2 mars 1959 modifiant l'article 6 du chapitre 1^{er} du titre 48 du Code de la Virginie occidentale de 1931, tel qu'il a été modifié, relatif aux demandes de licence de mariage (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1962, 13, 134).

Fidji

Avis légal N° 85 du 16 juin 1961 portant règlement sur la pureté des denrées alimentaires (Règlement de 1961 sur la pureté des denrées alimentaires) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1964, 15, 397).

Ordonnance N° 10 du 21 mai 1964 sur la santé publique (modification) (voir *ibid.*, 1968, 19, 174).

France

Ordonnance N° 60-1246 du 25 novembre 1960 modifiant et complétant les dispositions du chapitre 1^{er} du titre II du livre III du Code de la Santé publique (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1961, 12, 537).

Décret N° 64-931 du 3 septembre 1964 modifiant et complétant le Décret

N° 62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile (voir *ibid.*, 1965, 16, 144).

Arrêté du 27 août 1971 du Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale et du Secrétaire d'Etat à la Réadaptation relatif aux examens médicaux pré et postnataux (voir *ibid.*, 1972, 23, 80).

Grèce

Loi N° 3310 du 13 juillet 1955 sur la lutte contre les maladies vénériennes et questions connexes (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1958, 9, 526).

Guatemala

Décret N° 17-73 du 5 juillet 1973 portant Code pénal (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1974, 25, 887).

Haute-Volta

Arrêté N° 71-46 SP.P.A.S. du 16 février 1971 du Ministre de la Santé publique, de la Population et des Affaires sociales fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire ou facultative (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1973, 24, 602).

Hongrie

Ordonnance N° 9 du 27 juin 1972 du Ministre de la Santé portant application des dispositions relatives à l'épidémiologie de la Loi II de 1972 sur la santé (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1973, 24, 879).

Ordonnance N° 12 du 11 juillet 1972 du Ministre de la Santé relative à l'examen médical et à l'expertise de l'aptitude au travail (voir *ibid.*, 885).

Ordonnance N° 15 du 5 août 1972 du Ministre de la Santé portant application des dispositions relatives à l'assistance curative et préventive de la Loi II de 1972 sur la santé (voir *ibid.*, 888).

Israël

Arrêté du 24 novembre 1960 sur la santé publique (maladies infectieuses) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1961, 12, 786).

Italie

Loi N° 837 du 25 juillet 1956 réformant la législation en vigueur sur la prophylaxie des maladies vénériennes (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1957, 8, 503).

Décret N° 2056 du Président de la République en date du 27 octobre 1962 portant exécution de la Loi N° 837 du 25 juillet 1956 réformant la législation en vigueur sur la prophylaxie des maladies vénériennes (voir *ibid.*, 1963, 14, 658).

Luxembourg

Loi du 19 décembre 1972 portant introduction d'un examen médical avant mariage et modification des articles 63, 75 et 109 du Code civil (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1973, 24, 940).

Règlement grand-ducal du 14 mars 1973 déterminant les examens à effectuer en vue de la délivrance du certificat médical avant mariage (voir *ibid.*, 1973, 24, 941).

Madagascar

Décret N° 67-032 du 17 janvier 1967 déterminant les modalités de la lutte contre les maladies vénériennes (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1968, 19, 194).

Mexique

Décret du 19 novembre 1969 fixant les conditions qui devront être remplies pour la délivrance du certificat médical prénuptial visé à l'article 90 du Code sanitaire des Etats-Unis du Mexique (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1972, 23, 297).

Nouvelle-Zélande

Loi N° 65 du 25 octobre 1956 portant codification et amendement de la législation relative à la santé pu-

blique (Loi sur la santé publique) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1957, 8, 684).

Loi N° 76 du 6 décembre 1962 portant modification de la Loi de 1956 sur la santé (voir *ibid.*, 1964, 15, 151).

Règlement du 16 décembre 1964 sur les maladies vénériennes. Texte N° 209 de 1964 (voir *ibid.*, 1965, 16, 373).

Pologne

Ordinance N° 276 du Ministre de la Santé, en date du 29 août 1958, relative aux travaux dont l'exécution est interdite aux personnes atteintes de maladies vénériennes (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1960, 11, 354).

Ordinance du 2 septembre 1964 du Ministre de la Santé et de la Prévoyance sociale relative aux examens médicaux en vue du dépistage des maladies vénériennes (voir *ibid.*, 1965, 16, 761).

Ordinance du 20 février 1971 du Ministre de la Santé et de la Prévoyance sociale relative à la coopération des organes et institutions d'Etat et des organisations sociales dans le domaine de la lutte contre les maladies vénériennes (voir *ibid.*, 1973, 24, 399).

République démocratique allemande

Ordinance du 23 février 1961 sur la prévention des maladies vénériennes et la lutte antivénérienne (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1962, 13, 623).

Roumanie

Instruction N° XII/C1/2758 du 24 juillet 1971 concernant la prévention des maladies vénériennes et la lutte contre ces maladies (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1972, 23, 406).

Sénégal

Décret N° 62-0317 M.S.A.S. du 16 août 1962 organisant la lutte contre les maladies vénériennes (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1964, 15, 894).

Suède

Loi N° 231 du 26 avril 1968 sur la lutte contre les maladies transmissibles (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1969, 20, 160).

Arrêté royal N° 234 du 26 avril 1968 sur la lutte contre les maladies transmissibles (voir *ibid.*, 166).

Circulaire du 9 septembre 1970 de la Direction nationale de la Santé publique et de la Prévoyance sociale prévoyant des mesures de lutte contre la blennorragie (voir *ibid.*, 1972, 23, 435).

Suisse

Ordinance du 17 juin 1974 sur la déclaration des maladies transmissibles de l'homme (article 5) (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1975, 26, 217).

Tchécoslovaquie

Instruction N° 30 du 17 décembre 1968 du Ministère de la Santé fixant des mesures contre les maladies vénériennes (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1969, 20, 572).

Tunisie

Loi N° 64-46 du 3 novembre 1964 portant institution d'un certificat pré-nuptial (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1966, 17, 407).

Yugoslavie

Décret du 28 décembre 1973 portant promulgation de la Loi sur la protection de la population contre les maladies infectieuses qui menacent l'ensemble du pays (voir *Rec. int. Lég. sanit.*, 1974, 25, 915).

Code criminel du Canada

Maladies vénériennes

Maladie vénérienne - Défense - Corroboration - "Maladie vénérienne".

253. (1) Est coupable d'une infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité, quiconque, étant atteint d'une maladie vénérienne transmissible, la communique à une autre personne.

(2) Nul ne doit être déclaré coupable d'une infraction visée par le présent article s'il prouve qu'il avait raisonnablement lieu de croire, et croyait effectivement, qu'il n'était pas atteint d'une maladie vénérienne transmissible à l'époque où l'infraction aurait été commise.

(3) Nul ne doit être déclaré coupable d'une infraction prévue au présent article sur la déposition d'un seul témoin, à moins que la déposition de ce témoin ne soit corroborée sous un rapport essentiel par une preuve qui implique le prévenu.

(4) Aux fins du présent article, l'expression "maladie vénérienne" signifie la syphilis, la gonorrhée ou le chancre mou. 1953-54, c. 51, art. 239.

Historique. Anciennement 1953-54, c.51, a.239; 1927, c.36, a.307; 1906, c.146, a.316A [adopté par 1919, c.46, a.8].

Articles connexes. Code, art. 202-204 - Négligence criminelle; 720 - Définitions; 722 (1) - Peine générale; 722(3) - Epoque du paiement; 722(4) - Facteurs à considérer; 722(5) - Facteurs à considérer; 722(6) - Mandat d'incarcération; 722(7) - Motifs d'incarcération; 722(8) - Si l'accusé se rend; 722(9) - Jeunes contrevenants; 722(10) - Prorogation du délai - 722(11) - "Amende"; 744- Frais.

Lois connexes. Loi d'interprétation, S.R.C. 1970, c.I-23, a.27.

253 (1) Communication de maladies. Ce texte a d'abord été adopté comme étant l'art. 316A en 1919. Avant cette époque, ce n'était pas une infraction de communiquer une maladie, y compris la maladie vénérienne : R. v. Clarence (1888), 22 Q.B.D. 23 (U.K. C.C.R.). Depuis l'adoption de cet article, qui érigéait en infraction le fait de communiquer ces maladies, il fut jugé que, si une maladie vénérienne communiquée par l'accusé entraînait la mort, il serait coupable d'homicide involontaire coupable : R. v. Leaf (1926), 45 C.C.C. 236 (C.A., Saskatchewan).

Maladie vénérienne - Article 253

Loi modifiant le Code criminel, 1919, c.46. Le Code criminel a été modifié par 1919, c.46, a.8 par l'insertion, immédiatement après l'article 316, de ce qui suit :

Communication de maladie vénérienne.

"316 A. (1) Est coupable de contravention et passible, sur conviction par voie sommaire, d'une amende n'excédant pas cinq cents dollars ou d'un emprisonnement ne dépassant pas six mois, ou des deux peines à la fois, quiconque souffre de maladie vénérienne communicable, et qui sciemment ou par négligence coupable communique cette maladie vénérienne à une autre personne.

"Toutefois, une personne ne doit pas être déclarée coupable de contravention en vertu du présent article, si elle prouve qu'elle avait raisonnablement lieu de croire qu'elle n'était pas atteinte de maladie vénérienne communicable, à l'époque de la prétendue contravention.

"Toutefois, de plus, nul ne doit être déclaré coupable de contravention, en vertu du présent article, sur le témoignage d'un seul témoin, à moins qu'une déposition impliquant l'accusé ne corrobore, dans quelque détail essentiel, le témoignage de ce témoin.

"(2) Pour les fins du présent article, l'expression "maladie vénérienne" signifie la syphilis, la gonorrhée ou le chancre mou."

Code criminel, S.R.C. 1927, c.36

L'article 316A devint l'article 307.

Code criminel, 1953-54, c.51

L'article 307 devint l'article 239 dont le libellé était celui qui est utilisé maintenant dans S.R.C. 1970, c.C-34, a.253

Code criminel, S.R.C., 1970, c.C-34

L'article 239 est devenu l'article 253.

	that the death of, or bodily harm to, the hostage will be caused or that the confinement, imprisonment or detention of the hostage will be continued with intent to induce any person, other than the hostage, or any group of persons or any state or international or intergovernmental organization to commit or cause to be committed any act or omission as a condition, whether express or implied, of the release of the hostage.	b) de quelque façon, menace de causer la mort de l'otage ou de le blesser, ou de continuer à le séquestrer, l'emprisonner ou le retenir de force dans l'intention d'amener une personne autre que l'otage, ou un groupe de personnes, un État ou une organisation internationale ou intergouvernementale à faire ou à omettre de faire quelque chose comme condition, expresse ou implicite, de la libération de l'otage.
Punishment	(2) Every one who takes a person hostage is guilty of an indictable offence and is liable to imprisonment for life.	(2) Quiconque se livre à une prise d'otage est coupable d'un acte criminel et est passible de l'emprisonnement à perpétuité.
Non-resistance	(3) Subsection 247(3) applies to proceedings under this section as if the offence under this section were an offence under section 247."	(3) Le paragraphe 247(3) s'applique aux procédures intentées en vertu du présent article comme si l'infraction que ce dernier prévoit était celle que prévoit l'article 247.
	(2) The said Act is further amended in the manner and to the extent set out in Schedule I.	(2) La même loi est en outre modifiée de la façon et dans la mesure exposées à l'annexe I.
	50. Section 253 of the said Act is repealed.	50. L'article 253 de la même loi est abrogé.
"credit card" "carte de crédit"	"credit card" means any card, plate, coupon book or other device issued or otherwise distributed for the purpose of being used upon presentation to obtain on credit money, goods, services or any other thing of value;	51. La définition de « document » à l'article 282 de la même loi est abrogée et remplacée par ce qui suit : « carte de crédit » désigne notamment les cartes, plaquettes ou coupons délivrés afin de procurer à crédit, sur présentation, des fonds, des marchandises, des services ou toute autre chose de valeur;
"document" "documento"	"document" means any paper, parchment or other material used for writing or printing, marked with matter capable of being read, and includes a credit card, but does not include trade marks on articles of commerce or inscriptions on stone or metal or other like material;"	« document » signifie tout papier, parchemin ou autre matière employée pour l'écriture ou l'imprimerie, marquée d'une chose capable d'être lue <u>y compris une carte de crédit</u> , mais ne comprend pas les marques de commerce sur des articles de commerce, ni les inscriptions sur la pierre ou le métal ou autre matière semblable;
1974-75-76, c. 93, art. 25	52. (1) Paragraph 294(a) of the said Act is repealed and the following substituted therefor: "(a) is guilty of an indictable offence and is liable to imprisonment for ten	52. (1) L'alinéa 294(a) de la même loi est abrogé et remplacé par ce qui suit : « a) est coupable d'un acte criminel et est passible d'un emprisonnement de dix

(2) These amendments are consequential on the new offence proposed by subclause (1).

Clause 50: This amendment would recognize venereal disease to be a health problem rather than a crime.

Section 253 reads as follows:

"253. (1) Every one who, having venereal disease in a communicable form, communicates it to another person is guilty of an offence punishable on summary conviction."

(2) No person shall be convicted of an offence under this section where he proves that he had reasonable grounds to believe and did believe that he did not have venereal disease in a communicable form at the time the offence is alleged to have been committed.

(3) No person shall be convicted of an offence under this section upon the evidence of only one witness, unless the evidence of that witness is corroborated in a material particular by evidence that implicates the accused.

(4) For the purposes of this section, "venereal disease" means syphilis, gonorrhœa or soft chancre."

Clause 51: This amendment would add the definition "credit card" taken from the present subsection 301.1(3) and, in the definition "document", would add the underlined words to make it clear that the definition "document" includes "credit cards".

Clause 52: These amendments, which would substitute the underlined amount for the amount of "two hundred dollars", are consequential on the amendment to section 483 proposed by clause 114.

(2). — Découlent de la nouvelle infraction créée au paragraphe (1).

Article 50. — Reconnaît le fait que les maladies vénériennes sont un problème de santé et non un crime.

Texte actuel de l'article 253 :

"253. (1) Est coupable d'une infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité, quiconque, étant atteint d'une maladie vénérienne transmissible, la communique à une autre personne."

(2) Nul ne doit être déclaré coupable d'une infraction visée par le présent article s'il prouve qu'il avait raisonnablement lieu de croire, et croyait effectivement, qu'il n'était pas atteint d'une maladie vénérienne transmissible à l'époque où l'infraction aurait été commise.

(3) Nul ne doit être déclaré coupable d'une infraction prévue au présent article sur la déposition d'un seul témoin, à moins que la déposition de ce témoin ne soit corroborée sous un rapport essentiel par une preuve qui implique le prévenu.

(4) Aux fins du présent article, l'expression «maladie vénérienne» signifie la syphilis, la gonorrhœa ou le chancre mou."

Article 51. — Adjonction de la définition de «carte de crédit» prise au paragraphe 301.1(3) actuel, et adjonction des mots soulignés à la définition de «document» pour établir clairement que la définition de «document» comprend les «cartes de crédit».

Article 52. — Substitution du montant souligné au montant de «deux cents dollars»; découle de la modification de l'article 483 proposée par l'article 114.

Ile-du-Prince-Edouard



CHAPTER V-2

VENEREAL DISEASES PREVENTION ACT

1. In this Act

- | | |
|---|--|
| (a) "Chief Health Officer" means the Chief Health Officer appointed under the <i>Public Health Act</i> , R.S.P.E.I. 1974, Cap. P-29; | Definitions
Chief Health Officer |
| (b) "Minister" means the Minister of Health; | Minister |
| (c) "physician" means a legally qualified medical practitioner; | physician |
| (d) "place of detention" means a hospital, sanatorium, correctional institution, lock-up, training school, or any place designated as a place of detention by the Lieutenant Governor in Council; | place of detention |
| (e) "prescribed" means prescribed by the regulations; | prescribed |
| (f) "regulations" means the regulations made under this Act or the <i>Public Health Act</i> , R.S.P.E.I. 1974, Cap. P-29; | regulations |
| (g) "venereal disease" means syphilis, gonorrhoea, chancroid, granuloma inguinale or lymphogranuloma venereum. | venereal disease |

1974(2nd),c.92,s.1.

2. (1) Every person infected with venereal disease upon becoming aware or suspecting that he is so infected shall place himself forthwith under the care and treatment of a physician.

(2) Every person referred to in subsection (1) shall conduct himself in such a manner as not to expose other persons to the danger of infection, and shall take and continue treatment in a manner and to an extent considered to be adequate by the attending physician and the Minister. 1974(2nd),c.92,s.2.

3. (1) It is the duty of

- | | |
|---|---|
| (a) every physician; | Duty to report cases |
| (b) every superintendent or head of a hospital, sanatorium or laboratory; and | Duty not to expose others to infection, treatment |
| (c) every person in medical charge of any correctional institution, lock-up, training school, school or college or other similar institution; | |

to report within twenty-four hours every case of venereal disease coming under his diagnosis, treatment, care or charge for the first time to the Chief Health Officer.

Method of reporting

(2) Every person required to report a case of venereal disease under subsection (1) shall make the report in writing, by telephone, or in person to the Chief Health Officer. 1974(2nd),c.92,s.3.

Action of Chief Health Officer on reasonable belief

4. (1) Where the Chief Health Officer has reasonable grounds for believing that a person is or may be infected with venereal disease or has been exposed to infection, the Chief Health Officer may give notice in writing in the prescribed form to such person directing him to submit to an examination by a physician designated by or satisfactory to the Chief Health Officer, and to procure and produce to the Chief Health Officer within the time specified in the notice, a report or certificate of the physician that such person is or is not infected with venereal disease.

Offence

(2) Every person who without reasonable excuse, the proof of which is upon him, fails to comply with a direction made under subsection (1) is guilty of an offence and liable to imprisonment for a term of not less than seven days and not more than twelve months.

Powers of Chief Health Officer on report

(3) If by the report or certificate mentioned in subsection (1) it appears that the person so notified is infected with venereal disease, the Chief Health Officer may

- (a) deliver to such person directions in the prescribed form as to the course of conduct to be pursued and may require such person to produce from time to time evidence satisfactory to the Chief Health Officer that he is undergoing adequate medical treatment and is in other respects carrying out such directions, and where such person fails to comply with the course of conduct prescribed for him or to produce the evidence required, the Chief Health Officer may exercise all the powers vested in him by clause (b) or may proceed under section 6; or
- (b) with the approval of the Minister, order in writing that such person be removed and detained in a place of detention for the prescribed treatment until such time as the Chief Health Officer is satisfied that an adequate degree of treatment has been attained.

Duties of peace officer on order of Chief Health Officer

(4) Where the Chief Health Officer makes an order under clause (3)(b) he shall deliver the order to a peace officer who shall thereupon take the person named in the order into his custody and remove him to the place of detention named in the order, and the person for the time being in charge of the place of detention, upon receiving the order, shall receive such person and shall detain him until he is authorized by the Chief Health Officer to release him.

Where person certified within one year

(5) The Chief Health Officer may adopt the procedure or do any of the acts referred to in subsection (3) with regard to any person

who has been examined by a physician at any time within one year previously and has been certified by such physician to be infected with syphilis.

(6) The Chief Health Officer may require a person who he believes may be infected with venereal disease to undergo more than one examination in order to determine the presence or absence of the infection. 1974(2nd),c.92.s.4. More than one examination may be required

5. (1) Where

- (a) any person has been named under oath as a source or contact of venereal disease or is believed by the Chief Health Officer to be a source or contact of the venereal disease; and
- (b) in the opinion of the Chief Health Officer the clinical findings and history of such person indicate that such person is or may be infected with venereal disease;

Authority of
Chief Health
Officer

the Chief Health Officer may, whether or not laboratory findings indicate the presence of venereal disease, proceed in the manner prescribed in clauses 4(3)(a) and (b).

(2) For the purposes of subsection (1), the Chief Health Officer may administer an oath and take a statement under oath. 1974(2nd),c.92,s.5. Chief Health
Officer may take
statement under
oath

6. (1) The Chief Health Officer may make a complaint or lay an information in writing and under oath before a provincial judge charging that the circumstances set out in clause (5)(a) or (b) exist with regard to any person named in the complaint or information.

Information or
complaint

(2) Upon receiving a complaint or information, the provincial judge shall hear and consider the allegations of the complainant, and if he considers it desirable or necessary, the evidence of any witnesses, and if he is of the opinion that a case for so doing is made out, he shall issue a summons directed to the person complained of requiring the person complained of to appear before him at a time and place named therein.

Issue of
summons

(3) Where a person to whom a summons is directed does not appear at the time and place named therein or where it appears that a summons cannot be served, a provincial judge may issue a warrant directing that the person named in the summons be brought before him. Issue of warrant

(4) Where a person appears or is brought before a provincial judge under this section, the judge shall inquire into the truth of the matters charged in the complaint or information and for such person shall proceed in the summary manner set forth in Part XXIV of the *Criminal Code* of Canada, R.S.C. 1970, Chap. C-34 and has all such powers as may be necessary to enable him to exercise that jurisdiction. Provincial
judge's inquiry

Order for
detention

(5) Where a provincial judge finds that any person

- (a) is infected with a venereal disease and is unwilling or unable to conduct himself in such a manner as not to expose other persons to the danger of infection; or
- (b) is infected with a venereal disease and refuses or neglects to take or continue treatment as required by this Act and the regulations;

he shall order that such person be admitted to and detained in a place of detention for such period not exceeding one year as the provincial judge may consider necessary.

Laboratory
certificate *prima
facie* evidence

(6) In any inquiry under this section, a certificate as to the result of any test made, signed or purporting to be signed by the director of a laboratory approved by the Minister is *prima facie* evidence of the facts stated therein and of the authority of the person giving such certificate without any proof of appointment or signature.

Extension of
detention

(7) Any person detained under this section may, with the approval in writing of the Minister, be brought before a provincial judge at any time during the last thirty days of the period for which he is so detained, and if the judge finds that he is still infected with venereal disease and in need of further treatment, he may order that such person be further detained for a period not exceeding one year as the judge may consider necessary.

Discharge by
Minister

(8) Where the Minister is of the opinion that any person detained under this section is no longer infected with venereal disease or has received an adequate degree of treatment, he may direct the discharge of such person. 1974(2nd),c.92,s.6.

Examination by
physician in
charge of
institution

7. (1) Where any physician in medical charge of any correctional institution, lock-up or training school, has reason to believe that any person under his charge may be infected with venereal disease or has been exposed to infection with venereal disease, he may, and if he is directed by the Chief Health Officer, he shall cause such person to undergo such examination as may be necessary to ascertain whether or not he is infected with venereal disease or to ascertain the extent of venereal disease infection, and if the examination discloses that he is so infected, the physician shall report the facts to the Chief Health Officer who may thereupon exercise the powers vested to him by section 9.

Duty of
physician in
charge of
institution

(2) Where an examination has not been made under this section, every physician in medical charge of any correctional institution, lock-up or training school, shall report to the Chief Health Officer the name and place of confinement of any person under his charge whom he suspects or believes to be infected with venereal disease and the report shall be made within twenty-four hours after he suspects or believes such person to be so infected.

Duplicate report

(3) A copy or statement of every report made under this section shall be forwarded to the Minister and the Chief Health Officer by the physician making the report. 1974(2nd),c.92,s.7.

- 8.** When the Chief Health Officer believes that any person under arrest or in custody, whether awaiting trial for any offence under or contravention of any statute of Canada or of the Legislature or any regulation, bylaw or order made thereunder or serving the sentence of a court upon conviction of any such offence or contravention, has been or may be infected or has been exposed to infection with venereal disease, he may cause such person to undergo such examination as may be necessary in order to ascertain whether or not such person is infected with venereal disease, and may direct that such person shall remain in custody until the results of the examination are known. 1974(2nd),c.92,s.8. Examination of person in custody or committed to prison
- 9.** Where any person under arrest or in custody, whether awaiting trial for any offence under, or contravention of, any statute of Canada or of the Legislature or any regulation, bylaw or order made thereunder or serving the sentence of a court upon conviction of any such offence, or contravention, is found to be infected with venereal disease, the Chief Health Officer may by order in writing direct that such person undergo treatment therefor and that such action be taken as the Chief Health Officer or the Minister may consider advisable for his isolation and the prevention of infection by him, and that he be detained in custody until cured or until he has received a degree of treatment considered adequate by the attending physician and the Minister, notwithstanding that he may be otherwise entitled to be released, and any order made under this section is sufficient warrant to the person to whom the order is addressed to carry out the terms thereof. 1974(2nd),c.92,s.9. Treatment where disease found to exist
- 10.** (1) Where a person who has been under treatment for venereal disease refuses or neglects to continue treatment in a manner and to a degree satisfactory to the attending physician and the Minister, the physician shall report to the Minister the name and address of such person together with such other information as may be required by the regulations. Physician to report person refusing to continue treatment
- (2) A person who fails to attend upon his physician within seven days of an appointment for treatment shall be presumed to have neglected to continue treatment and the attending physician shall report this failure in writing to the Minister and the Chief Health Officer within fourteen days of the appointment. Failure to attend within seven days
- (3) A physician who fails to report as required by this section is guilty of an offence and is liable to a fine of not less than one hundred dollars and not more than five hundred dollars, and in default of payment thereof to imprisonment for a term of not more than twelve months. 1974(2nd),c.92,s.10. Offence
- 11.** (1) No person other than a physician shall attend upon or prescribe for or supply or offer to supply any drug, medicine, appliance or treatment to or for a person suffering from venereal disease for the purpose of the alleviation or cure of such disease. Supply of drugs, etc., by unqualified persons prohibited

Offence	<p>(2) Every person who contravenes subsection (1) is guilty of an offence and is liable to a fine of not less than one hundred dollars and not more than five hundred dollars and in default of immediate payment shall be imprisoned for a term of not more than twelve months.</p>
Exception as to chemists	<p>(3) Subsection (1) does not apply to a registered pharmaceutical chemist who dispenses to a patient of a physician upon receipt of a written prescription signed by the physician or who sells to any person any patent, proprietary or other medicine, drug or appliance prescribed by a physician for the cure or alleviation of venereal disease, but no prescription shall be filled more than once except upon the written direction of the prescribing physician. 1974 (2nd), c.92,s.11.</p>
Offences	<p>12. (1) Every person who</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) willfully neglects or disobeys any order or direction given by the Chief Health Officer or the Minister or Deputy Minister under this Act or the regulations; (b) hinders, delays or obstructs any health officer, public health nurse, peace officer or other person acting in the performance of his duties under this Act; (c) publishes any proceedings taken under this Act or the regulations contrary to subsection (2); (d) willfully represents himself as bearing some other name other than his own or makes any false statements as to his ordinary place of residence during the course of his treatment for any venereal disease with the purpose of concealing his identity; (e) during the course of his treatment for any venereal disease changes his place of residence without giving due notice of the proposed change with his new address to the attending physician; or (f) fails to comply with this Act or the regulations; <p>is guilty of an offence and, where no other penalty is prescribed, is liable to a fine of not less than twenty-five dollars and not more than one hundred dollars and in default of immediate payment shall be imprisoned for a term of not more than three months.</p>
Prosecutions	<p>(2) Part XXIV of the <i>Criminal Code</i> of Canada, R.S.C. 1970, Chap. C-34 is included herein as part of this Act and applies to prosecutions under this Act or the regulations but all proceedings for the recovery of penalties under this Act and proceedings authorized by section 6 shall be conducted <i>in camera</i> and no person shall publish or disclose any such proceedings except under the authority of this Act or the regulations.</p>
Summons by personal service	<p>(3) Notwithstanding the provisions of subsection (2), service of any summons issued for a contravention of this Act may be effected by personal service. 1974(2nd), c.92,s.12.</p>

13. (1) Every person who publicly or privately, verbally or in writing, directly or indirectly, states or intimates that any other person has been notified or examined or otherwise dealt with under this Act, whether such statement or intention is or is not true, is guilty of an offence, and in addition to any other penalty or liability, is liable to a fine of two hundred dollars and in default of immediate payment shall be imprisoned for a term of not more than six months. Statements as to
existence of
disease

(2) Subsection (1) does not apply Exception

- (a) to a communication or disclosure made in good faith,
 - (i) to the Minister, Deputy Minister of Health or Chief Health Officer,
 - (ii) to a health officer or public health nurse for their information in carrying out this Act,
 - (iii) to a physician,
 - (iv) in the course of consultation for treatment for venereal disease,
 - (v) to the superintendent or head of any place of detention;
- (b) to any evidence given in any judicial proceedings of facts relevant to the issue; or
- (c) to any communication authorized or required to be made by this Act or the regulations;

(3) Notwithstanding subsection (1), a physician may give information to family information concerning the patient to other members of the patient's family for the protection of health. 1974(2nd),c.92,s.13.

14. Every person engaged in the administration of this Act shall preserve secrecy with regard to all matters that may come to his knowledge in the course of such employment and shall not communicate in such matter to any other person except in the performance of his duties under this Act or when instructed to do so by the Chief Health Officer or the Minister and in default he shall in addition to any other penalty forfeit his office or be dismissed from his employment. 1974(2nd),c.92,s.14. Obligation to
observe secrecy

15. No person shall issue or make available to any person other than a physician or such persons as are engaged in the administration of this Act any laboratory report either in whole or in part of an examination made to determine the presence or absence of venereal disease. 1974(2nd),c.92,s.15. Laboratory
reports

16. Every hospital receiving payment from the Province of Prince Edward Island shall make adequate provision for the reception, examination and treatment, upon such terms as may be prescribed, of such persons or classes of persons infected with venereal disease as may by this Act or the regulations be required or permitted to be treated at such hospital, and in case of default the Minister of Finance of Prince Edward Island may withhold from any hospital Hospitals to
make provision
for treatment etc.

the whole or any part of any moneys that would otherwise be payable. 1974(2nd),c.92,s.16.

**Places of
detention,
maintenance,
conduct**

17. Where a person is admitted to a place of detention under this Act, whether the admission is voluntary or under the order of a provincial judge or the Chief Health Officer

- (a) subject to the regulations, the provisions of law relating to the liability for and payment of maintenance of patients, inmates or pupils in such place of detention apply; and
- (b) such person is subject to all rules, regulations, and provisions of law governing the conduct of patients, inmates or pupils of such place of detention. 1974(2nd),c.92,s.17.

**Consent of
persons 16 or
over to treatment**

18. (1) The consent of any person of the age of sixteen years or over to being examined or treated or both for venereal disease shall be deemed to be sufficient consent for such purposes and where such consent is given no action or other proceeding lies against a physician for acting upon such consent.

**Under sixteen
years**

(2) No action or other proceeding lies against a physician for acting upon a consent given by a person under sixteen years of age to be examined or treated or both for venereal disease if the physician had no reason to believe that the person giving the consent was under sixteen years of age. 1974(2nd),c.92,s.18.

**Where person
infected is under
16 years of age**

19. Where any person infected or believed to be infected with venereal disease is a child under the age of sixteen years, all notices, directions or orders required or authorized by this Act or by the regulations to be given in respect of the child shall be given to the father or mother or to the person having custody of the child for the time being and it is the duty of the father, mother or other person to see that the child complies in every respect with every such notice, order or direction and in default thereof the father, mother or other person, as the case may be, is liable to the penalties provided by this Act or the regulations for non-compliance with any such notice, direction or order unless on any prosecution in that behalf it is proven to the satisfaction of the court that the father, mother or other person did everything in his power to cause the child to comply therewith. 1974(2nd),c.92,s.19.

Regulations

20. (1) The Lieutenant Governor in Council may make regulations

- (a) prescribing the method and extent of the examination of any person for the purpose of ascertaining whether or not such person is infected with venereal disease or the extent of the infection;
- (b) prescribing the course of conduct to be pursued by any person infected with venereal disease in order to effect a cure and to prevent the infection of other persons;
- (c) prescribing the hospitals that shall furnish treatment to persons or any classes or persons infected with venereal disease;

- (d) prescribing rules for the treatment of persons infected with venereal disease in hospitals, places of detention and other places;
- (e) for preventing the spread of infection from persons suffering from venereal disease;
- (f) for distributing to physicians and hospitals information as to the treatment, diet and care of persons infected with venereal disease and requiring physicians and hospitals to distribute the information to such persons;
- (g) providing for the approval by the Minister of methods and remedies for the treatment, alleviation and cure of venereal diseases;
- (h) providing for the display of notices and placards dealing with venereal disease, its cause, manifestation, treatment and cure;
- (i) prescribing the forms of notices, certificates and reports required or authorized to be given or issued under this Act;
- (j) requiring every physician to furnish reports with respect to the condition and treatment of persons infected with venereal disease who are or who have been under his diagnosis, treatment, care or charge;
- (k) prescribing the procedure to be followed and the evidence required in case of an appeal to the Minister from any action or decision under this Act;
- (l) approving patent, proprietary or other medicines, drugs or appliances for the cure or alleviation of venereal disease;
- (m) prescribing the mode of sending or giving any notice, report or direction required or permitted to be sent or given by this Act or the regulations;
- (n) generally for the better carrying out of this Act, and for the prevention, treatment and cure of venereal disease.

(2) The Minister may, out of any moneys appropriated by the Legislature for the purposes of this Act, provide for the payment of the expenses incurred in carrying out this Act and the regulations including the manufacture and free distribution to physicians of any drug, medicine, appliance or instrument that the Minister may consider useful or necessary for the alleviation, treatment or cure of venereal disease or the prevention of infection therewith.

1974(2nd),c.92,s.20.

Expenses of free distribution

21. (1) Every person who considers himself aggrieved by any action or decision of the Chief Health Officer under this Act may appeal therefrom to the Minister by giving such notice in writing to the Minister and to the Chief Health Officer.

Appeal to Minister

(2) The Minister may require the appellant to furnish such information and evidence and to submit to such examination as may be prescribed or as the Minister may consider necessary to determine the matter in dispute.

Evidence on appeal

- Decision final** (3) The decision of the Minister is final. 1974(2nd),c.92,s.21.
- Right of entry** 22. The Chief Health Officer or a physician or public health nurse designated by him in writing for the purpose may, with a warrant issued by a provincial judge, enter in and upon any house or premises for the purpose of making inquiry and examination with respect to the state of the health of any person therein and may cause any person found therein who is infected with any venereal disease to be removed to a place of detention or may give such direction as may prevent other persons in the same house or premises from being infected. 1974(2nd),c.92,s.22.
- Powers of Deputy Minister** 23. The Deputy Minister of Health and any officer of the department designated by the Minister are health officers within the meaning of this Act. 1974(2nd),c.92,s.23.
- Delegation of powers** 24. The Minister may delegate to the Deputy Minister of Health or any other officer of the Department of Health any of the powers vested in him under this Act or the regulations. 1974(2nd),c.92,s.24.
- Administration of Act not to interfere with course of justice** 25. The administration of this Act and the regulations shall not interfere with the course of justice in the case of any person under arrest or in custody previous to trial for any offence under or contravention of any statute of Canada or of the Legislature or any regulation, bylaw or order made thereunder, but where it is necessary for the purpose of any examination authorized or required by this Act, such person may be held in custody until the results of the examination are known. 1974(2nd),c.92,s.25.

©
QUEEN'S PRINTER FOR PRINCE EDWARD ISLAND
CHARLOTTETOWN, 1974

Rural Community Fire Companies Act, R.S.P.E.I. 1974, Cap. R-16

Subsection 34(2) is amended by the deletion of the words "Public Works and Highways" and the substitution therefor of the words "Highways and Public Works".

Clause 1(b) is amended by the deletion of the words "Department of Community Services" and substitution therefor of the words "Department of Community Affairs".

Clause 1(c) is amended by the deletion of the words "Minister of Community Services" and the substitution therefor of the words "Minister of Community Affairs".

Section 3 is amended by the deletion of the words "Provincial Secretary" and the substitution therefor of the words "Director of Corporations".

Securities Act, R.S.P.E.I. 1974, Cap. S-4

Sections 1(c)(vi), 2(2), 3(1), (2), (4) and (5), 4(3), 5(2) and (3), 6(1), (2) and (3), 7(1), (2) and (3), 16(1), (2), (3) and (4), 17, 18(1), (2) and (3), 19(1) and (3), 20, 21, 22, 23, 24(2) and (3), 25, 27(4) and 28 are amended by the deletion of the words "Provincial Secretary" wherever they appear and the substitution therefor in each case of the words "Director of Corporations".

Summary Trespass Act, R.S.P.E.I. 1974, Cap. S-11

Clause 1(c) is amended by the deletion of the words "Minister of Industry and Commerce" and the substitution therefor of the words "Minister of Tourism, Industry and Energy".

Venereal Diseases Prevention Act, R.S.P.E.I., 1974, Cap. V-2

Clause 1(b) is amended by the deletion of the words "Minister of Health" and the substitution therefor of the words "Minister of Health and Social Services".

Section 24 is amended by the deletion of the words "Department of Health" and the substitution therefor of the words "Department of Health and Social Services".

Village Service Act, R.S.P.E.I. 1974, Cap. V-5

Subsection 3(3) is amended by the deletion of the words "Minister of Municipal Affairs" and the substitution therefor of the words "Minister of Community Affairs".

Subsections 41(4) and (5) are amended by the deletion of the words "Department of Public Works and Highways" and "Minister of Public Works and Highways" and the substitution therefor of the words "Department of Highways and Public Works" and "Minister of Highways and Public Works" respectively.

Vital Statistics Act, R.S.P.E.I. 1974, Cap. V-6

Subsection 26(1) is amended by the deletion of the words "Department of Health" and the substitution therefor of the words "Department of Health and Social Services".

Alberta

VENEREAL DISEASES PREVENTION ACT

CHAPTER V-2

HER MAJESTY, by and with the advice and consent of the Legislative Assembly of Alberta, enacts as follows:

Definitions

1 In this Act,

- (a) "clinical examination" means an examination for venereal disease consisting of a physical examination, the taking of samples or specimens from the body on the same occasion as the physical examination and the testing of the samples or specimens at the place where the samples or specimens were taken;
- (b) "Director" means the Director of the Division;
- (c) "Division" means the Division of Social Hygiene of the Department of Social Services and Community Health;
- (d) "infected" means having a venereal disease in a communicable stage;
- (e) "jail physician" means a physician in attendance in his professional capacity at a correctional institution, lock-up, reformatory or similar place;
- (f) "laboratory tests" means tests of samples or specimens from the body made in a laboratory at a place other than where the samples or specimens were taken;
- (g) "Minister" means the Minister of Social Services and Community Health;
- (h) "place of detention" means a hospital, sanatorium, correctional institution, lock-up, reformatory, or any place designated as a place of detention by the Lieutenant Governor in Council;
- (i) "provincial clinic" means a venereal disease clinic operated by the Division;
- (j) "venereal disease" means syphilis, gonorrhoea, chancroid, granuloma inguinale or lymphopathia venereum.

RSA 1970 c382 s2,1971 c25 s19(1),1975(2) c12 ss8,9

Duties of Infected Persons

Duty to take treatment

2 Every person who knows or suspects or has reason to believe that he is or may be infected with venereal disease

- (a) shall immediately consult a physician or attend at a provincial clinic to determine whether he is infected or not, and
- (b) if he is found to be infected, shall submit to the treatment that is directed by a physician or at a provincial clinic until he is no longer infected with venereal disease in the opinion of the physician consulted or the physician in charge of a provincial clinic.

RSA 1970 c382 s3

Change of address or physician

3 Every person who is required by section 2 to submit to treatment for venereal disease

- (a) shall inform the physician consulted or the provincial clinic, as the case may be, of any change of his address occurring during the period of treatment, or
- (b) if he is under treatment by a physician and wishes to discontinue treatment under that physician, shall immediately consult and submit to treatment by another physician or at a provincial clinic.

RSA 1970 c382 s4

Duties of Physicians and Others

Duty to report

4(1) It is the duty of

- (a) every physician,
- (b) every superintendent or head of a hospital or sanatorium, and
- (c) every person in charge of medical services in a correctional institution, lock-up or reformatory or similar place or in an educational institution,

to report to the Director every case of infection with venereal disease coming under his diagnosis, treatment, care or charge for the first time.

(2) The report shall be completed and forwarded to the Director within 48 hours after the first diagnosis, treatment or knowledge by or of the physician, superintendent, head or other person.

RSA 1970 c382 s5

Report of laboratory tests

5 The person in charge of a laboratory shall report to the Director

(a) all positive and negative results of tests for syphilis made in the laboratory, and

(b) all positive results of tests for gonorrhoea made in the laboratory,

within 48 hours of the time the results are determined.

RSA 1970 c382 s6

Directions to patient

6 Every physician who examines or treats a person for or in respect of venereal disease shall instruct him in measures for preventing the spread of the disease and inform him of the necessity for regular treatment until cured.

RSA 1970 c382 s7

Report re delinquent patient

7(1) If an infected person under treatment for venereal disease by a physician refuses or neglects to continue his treatment in a manner and to a degree satisfactory to the physician, the physician shall forward a report to that effect to the Director unless he is sooner notified that the infected person is under treatment at a provincial clinic.

(2) A person who fails to attend on his physician within 7 days of an appointment for treatment for venereal disease shall be presumed to have neglected to continue his treatment and in that case the physician shall forward the report to the Director within 14 days of the appointment.

RSA 1970 c382 s8

Notice to Attend for Examination and Treatment

Notice to attend

8(1) When the Director has reasonable grounds for believing that a person is infected with venereal disease by virtue of

- (a) a report forwarded to him pursuant to section 4, 5 or 7,
- (b) the refusal or neglect of that person to continue treatment at a provincial clinic,
- (c) that person being named in a statutory declaration as a probable source or contact of venereal disease, or
- (d) any other proof or information in the possession of the Director,

the Director or a person authorized by the Director to do so may serve a notice on that person requiring him to attend at the provincial clinic nearest his residence or at the office of a named physician for examination for venereal disease and, if he is found to be infected, for treatment of the disease.

(2) A notice under subsection (1)

- (a) shall specify the time at or within which the person is to attend, and
- (b) may require more than one attendance for examination.
- (3) When the notice requires attendance at the office of a named physician, the Director shall send a copy of it to that physician with directions to
- (a) conduct a clinical examination of the person suspected of being infected,
- (b) send any samples or specimens taken from the person's body to a laboratory for testing, and
- (c) forward a certificate to the Director within a prescribed time stating whether or not, on the basis of the clinical examination and the laboratory tests, if any, the person examined is infected with venereal disease.
- (4) When a person notified pursuant to subsection (1) is found to be infected by virtue of the certificate of a physician in charge of a provincial clinic or the named physician, as the case may be, or by virtue of the certificate of the person in charge of the laboratory where the tests were made, the Director or a physician in charge of a provincial clinic may by notice give directions to that person as to the course of conduct to be pursued by him in undergoing treatment for venereal disease.
- (5) When it is intended to name a physician in a notice under this section, the Director shall consult that physician before doing so.

RSA 1970 c382 s9

Persons Required to Undergo Treatment

Detention for
treatment

- 9(1) The Director or an officer of the Division authorized by the Director to do so may lay an information before a provincial judge stating that he has reason to believe that the person named therein is infected with venereal disease on any of the following grounds:
- (a) that the person has failed to comply with a notice served on him under section 8(1) or (4);
- (b) that the person has been found to be infected on the basis of a clinical examination or laboratory tests and has refused or neglected to submit to treatment or to continue treatment;
- (c) that the person has been named in a statutory declaration as a probable source or contact of venereal disease;
- (d) that in the opinion of the Director the clinical findings and history of the person indicate that he is or may be infected with venereal disease.

(2) On receiving the information the provincial judge shall hear and consider the allegations of the informant and if he considers it necessary or desirable the evidence of any witness, and if he is of the opinion that a case for so doing has been made out he shall issue his warrant to take the person named therein into custody and cause him to be taken to a place of detention and detained there

- (a) for a clinical examination to determine whether he has venereal disease, and
- (b) if he is found to be infected, for treatment for venereal disease until he is no longer infected.

(3) A person detained under subsection (2) shall be given a clinical examination forthwith on being so detained.

(4) The attending physician, immediately on completion of the clinical examination, shall issue and forward to a provincial judge a certificate stating that the person named therein either

- (a) is infected with venereal disease, in which case he shall be detained for treatment until he is no longer infected,
- (b) is not infected with venereal disease, in which case the provincial judge shall order his immediate release, or
- (c) is not infected with venereal disease on the basis of the clinical examination only and without the result of laboratory tests being determined, in which case the provincial judge shall order his immediate release.

(5) When a provincial judge is in receipt of a certificate of a physician stating that a person detained for treatment under subsection (4)(a) is no longer infected with venereal disease, the provincial judge shall forthwith order the immediate release of that person.

RSA 1970 c382 s10

*Warrant after
laboratory tests*

10(1) If a person is released pursuant to section 9(4)(c) and the laboratory tests subsequently show that the person is infected, a further information may be laid under section 9(1)(b) and if the provincial judge issues his warrant,

- (a) no clinical examination is necessary, and
 - (b) on being detained in a place of detention, the person is deemed to be detained pursuant to section 9(4)(a).
- (2) In any case to which subsection (1) refers, the provincial judge may refuse the information if the application is made later than 7 days after the results of the laboratory tests are known.

RSA 1970 c382 s11

*Physician's
certificate as
evidence*

11 In proceedings under section 9, the certificate of a physician stating that the person named therein is infected with venereal disease

is and shall be admitted in evidence as *prima facie* proof of that fact and that the person making it is a physician, without the necessity of proving the qualifications or signature of the physician making it.

RSA 1970 c382 s12(1)

Name of contact

12 When the ground or one of the grounds on which an information is laid under section 9 is that the person against whom the proceedings are taken has been named in a statutory declaration as a probable source or contact of venereal disease

- (a) it is not necessary that the declaration be an exhibit to the information, and
- (b) neither the person against whom the proceedings are taken, his counsel or agent is entitled in those proceedings, or in any proceedings in the Court of Queen's Bench for an order in the nature of a prerogative writ arising out of proceedings under section 9, to inspect the declaration or ascertain the name of the declarant,

but the judge may request that the declaration be produced to him for examination as to its validity or sufficiency.

RSA 1970 c382 s12(2);1978 c51 s28

Examination of persons under arrest

13(1) When a person is under arrest or in custody and charged with a criminal offence, a jail physician may cause him to undergo a clinical examination to determine whether or not he is infected with venereal disease

- (a) if that person is charged under any of the following provisions of the *Criminal Code* (Canada):
 - (i) paragraph 175(1)(d) by reason of living wholly or in part on the avails of prostitution;
 - (ii) subsection 193(1);
 - (iii) paragraph 193(2)(a) or (b);
 - (iv) subsection 195(1),

or

- (b) in any other case, if the Director or the jail physician has reason to believe that the person is or may have been exposed to infection with venereal disease.

and may order that the person remain in custody until the clinical examination is completed.

- (2) When a physician certifies that the person examined is infected, the infected person shall undergo medical treatment for venereal disease but only while he is in custody and if he is not otherwise entitled to be released.

RSA 1970 c382 c13;1978 c13 s29

Examination of convicted persons

- 14(1)** When a person is in custody serving a sentence imposed on a conviction, a jail physician may cause him to undergo a clinical examination to determine whether or not he is infected with venereal disease and may order that the person remain in custody until the clinical examination is completed.
- (2) When a physician certifies that a person in custody serving a sentence imposed on a conviction is infected
- the infected person shall undergo medical treatment for the disease and any action shall be taken that the jail physician considers advisable for his isolation and prevention of infection by him, and
 - notwithstanding that he may otherwise be entitled to be released, he shall be detained in custody for treatment until he is no longer infected.
- (3) When a physician is of the opinion that a person detained for treatment under this section is no longer infected with venereal disease, the physician shall forthwith issue a certificate to that effect and cause it to be delivered immediately to the jailer, director, superintendent, constable or officer having the care and custody of the person so detained.
- (4) A certificate issued under subsection (3) is sufficient warrant and authority to the jailer, director, superintendent, constable or officer having the care and custody of that person to release him from custody if he is otherwise entitled to be released.

1965 c99 s14

Physician's certificates, orders

- 15(1)** A certificate made under section 13(2) or 14(2) shall be based either on the clinical examination or on the results of laboratory tests.
- (2) An order of a jail physician or a certificate of a physician under section 13 or 14 is sufficient warrant to the jailer, director, superintendent, constable or officer having the care and custody of the person so charged or convicted to detain that person until the clinical examination is completed and, in the case of a convicted person found to be infected, to carry out the provisions of section 14(2).
- (3) An infected person required to undergo medical treatment under section 13 or 14 shall comply with all directions given by a jail physician as to treatment and every jailer, director, superintendent, constable and officer having the care and custody of an infected person shall see that the directions of the jail physician are carried out.

1965 c99 s15

Release from detention

- 16(1)** In this section "person detained for treatment" means a per-

son detained in custody for treatment for venereal disease pursuant to

- (a) section 9(4), or
- (b) section 14(2) and who is otherwise entitled to be released.

(2) Notwithstanding anything in section 9 or 14, a provincial judge may, on application of which the Director has been given notice sufficient in the opinion of the provincial judge, order the release of a person detained for treatment on the conditions that the person

- (a) attend for treatment at a specified provincial clinic or on a physician named in the order, and
- (b) comply with the directions for treatment prescribed by the physician in charge of the provincial clinic or the named physician, as the case may be, until he is no longer infected with venereal disease.

(3) The Director or an officer of the Division authorized by the Director to do so may lay an information before a provincial judge stating that he has reason to believe that the person released pursuant to an order made under subsection (2) has failed to comply with a condition of the order.

(4) On receiving the information the provincial judge shall hear and consider the allegations of the informant and if he considers it necessary or desirable the evidence of any witness, and if he is of the opinion that a case for so doing has been made out, he shall issue his warrant to take the person named therein into custody and cause him to be taken to a place of detention and detained there for treatment until he is no longer infected with venereal disease.

(5) When a provincial judge is in receipt of a certificate of a physician that a person detained pursuant to subsection (4) is no longer infected with venereal disease, the provincial judge shall forthwith order the immediate release of that person.

(6) A person detained under subsection (4) is not precluded from making a further application for an order under subsection (2).

1965 c99 s16

General

Regulations

17 The Lieutenant Governor in Council may make regulations

- (a) prescribing a schedule of fees payable to physicians for services performed in reporting, diagnosing or treating cases of venereal disease and for drugs, medicines or appliances supplied to their patients;
- (b) authorizing the Minister to pay fees to physicians in ac-

cordance with the schedule prescribed under clause (a) and prescribing the terms and conditions on which the fees may be paid;

(c) prescribing the forms of informations, certificates, warrants and orders to be used for the purpose of this Act;

(d) generally, for the carrying out of the provisions of this Act and for the prevention, treatment and cure of venereal diseases.

1965 c99 s17

Powers of Minister

18 The Minister may

(a) establish and maintain one or more venereal disease clinics in Alberta to be operated by the Division,

(b) subject to the *Public Service Act*, appoint physicians to be in charge of or to conduct examinations or to carry out or supervise treatment of persons for venereal disease at provincial clinics, and

(c) provide for the free distribution to hospitals and other institutions of any drug, medicine or thing for the diagnosis, treatment or cure of venereal disease or the prevention of infection therefrom.

1965 c99 s18

Powers of Director

19 The Director may

(a) prescribe the form of reports and notices required or authorized to be given to or by the Director under this Act,

(b) appoint or engage physicians to conduct clinical examinations or perform or supervise the treatment for venereal disease of persons to whom notices are given under section 8, and persons released pursuant to section 16,

(c) provide for the distribution to physicians and hospitals of information as to the treatment and care of persons suffering from venereal disease, and

(d) provide for public advertising and placarding of information relating to the treatment and cure of venereal disease and the places where proper treatment can be obtained.

1965 c99 s19

Hospitals to provide accommodation

20(1) Every approved hospital within the meaning of the *Hospitals Act* shall provide accommodation satisfactory to the Director for those persons infected or suspected of being infected with venereal disease that are assigned to it.

(2) The treatment for those persons shall be carried out under the directions given by the Director.

(3) The Lieutenant Governor in Council may designate any hospital

or other public institution, any portion of any hospital or institution under its jurisdiction or any house or building as a place of detention for the purposes of this Act.

1965 c99 s20

Protection against action

21 No action, prosecution or other proceeding lies against any person by reason of the making by him of any certificate, report, notice, information, oral or written statement, statutory declaration, communication or record indicating directly or indirectly that any other person is or was or may be or may have been infected with venereal disease, if it is made in good faith and in the course of the administration of this Act or the regulations.

1965 c99 s21

Administration of Act

22 This Act shall be administered so as not to interfere with the course of justice in the case of a person under arrest or in custody prior to trial for a criminal offence except to the extent that it is necessary, for the purpose of this Act, to detain that person in custody until the clinical examination is completed.

1965 c99 s22

When proceedings in private

23(1) All proceedings

- (a) under sections 9 and 16, or
- (b) pertaining to applications to the Court of Queen's Bench for an order in the nature of a prerogative writ arising out of any proceeding under section 9 or 16,

shall be conducted in private.

(2) In any proceedings

- (a) pertaining to a prosecution for an offence against this Act or an appeal therefrom, or
- (b) pertaining to applications to the Court of Queen's Bench for an order in the nature of a prerogative writ arising out of any prosecution for an offence against this Act, or an appeal from the granting or refusing of the order,

the court shall order that the whole or any part of the proceedings shall be held in private when it is shown to the court that the evidence to be given in the proceedings or part thereof will or is likely to indicate any person as being or having been infected with venereal disease and to reveal his identity and that the giving of that evidence in public will cause unnecessary hardship to the person in the circumstances.

(3) All records, transcripts and documents pertaining to any proceedings referred to in subsections (1) and (2) are confidential and shall not be made accessible for public inspection.

(4) No person shall make or publish a report or transcript of any

proceedings referred to in subsection (1) or (2) unless the report or transcript forms part of the reasons for judgment given by a judge, is contained in a publication devoted primarily to the reporting of judicial decisions and does not disclose the name of any person who in those proceedings was alleged or shown to be or to have been infected with venereal disease.

RSA 1970 c382 s23;1978 c51 s28

Service of information

24(1) In the public interest, any file, record, document or paper kept by any person in any place

- (a) that indicates in any way that any person is or was infected or is or was suspected of or alleged to be infected, and
- (b) that came into existence through any thing done under or pursuant to this Act or its predecessors,

shall not, without the written consent of the Minister, be disclosed to any person except to a person to whom its disclosure is or was necessary in the course of the administration of this Act or its predecessors.

(2) A person who is or has been employed or engaged in the administration of this Act shall not disclose or be compelled to disclose any information obtained by him in the course of the performance of his duties under this Act

- (a) except at a trial of an accused for an offence against this Act or in proceedings under section 9, and
- (b) in any other case, except on the written consent of the Minister.

1965 c99 s24

Service of notice

25 Any notice permitted or required to be given under this Act may be given personally or by registered mail addressed to the addressee's last known address.

1965 c99 s25

Offences and Penalties

Treatment by unqualified person

26(1) No person other than a physician shall attend on or prescribe, recommend, supply or offer to supply to or for any person any drug, medicine, treatment or thing for the alleviation or cure of venereal disease.

(2) Subsection (1) does not apply to

- (a) a registered pharmaceutical chemist who dispenses a physician's prescription, or
- (b) a registered nurse who acts on the instructions of or under

the supervision of a physician.

1965 c99 s26

Offences

27 A person is guilty of an offence who

- (a) fails to comply with section 2, 3, 4, 5 or 7, or a notice or direction given to him under section 8,
- (b) without justification or excuse, publishes, discloses, exhibits or makes accessible to the public any report or document relating to proceedings required by this Act to be conducted in private or discloses any file, record, document, paper or information in contravention of section 24,
- (c) contravenes section 26, or
- (d) wilfully represents himself as bearing some other name than his own or makes any false statement as to his ordinary place of residence during the course of his treatment for venereal disease with the purpose of concealing his identity.

1965 c99 s27

Penalty

28 A person who is guilty of an offence under this Act is liable to a fine of not more than \$200 and in default of payment to imprisonment for a term of not more than 90 days.

1965 c99 s28

Prosecution

29 No prosecution shall be taken against any person for an offence under this Act except with the consent of the Minister.

1965 c99 s29

Ontario

CHAPTER 521

Venereal Diseases Prevention Act

1. In this Act,Interpre-
tation

- (a) "medical officer of health" means a medical officer of health appointed under the *Public Health Act*; R.S.O. 1980, c. 409
- (b) "Minister" means the Minister of Health;
- (c) "place of detention" means a hospital, sanatorium, correctional institution, lock-up, Ontario training school, or any place designated as a place of detention by the Lieutenant Governor in Council but does not include an isolation hospital for the care of communicable diseases, other than venereal disease, as defined by the *Public Health Act*;
- (d) "physician" means a legally qualified medical practitioner;
- (e) "prescribed" means prescribed by the regulations;
- (f) "regulations" means the regulations made under this Act or the *Public Health Act*;
- (g) "venereal disease" means syphilis, gonorrhoea, chancre, granuloma inguinale or lymphogranuloma venereum. R.S.O. 1970, c. 479, s. 1; 1971, c. 33, s. 1.

2.—(1) Every person infected with venereal disease upon becoming aware or suspecting that he is so infected shall place himself forthwith under the care and treatment of a physician, and if unable to obtain such care or treatment he shall apply to the medical officer of health for the place in which he is ordinarily or temporarily resident.

(2) Every such person shall conduct himself in such a manner as not to expose other persons to the danger of infection, and shall take and continue treatment in a manner and to an extent considered to be adequate by the attending physician and the Minister. R.S.O. 1970, c. 479, s. 2.

Duty to report

3.—(1) It is the duty of,

- (a) every physician;
- (b) every superintendent or head of a hospital, sanatorium or laboratory; and
- (c) every person in medical charge of any correctional institution, lock-up, training school, school or college or other similar institution,

to report within twenty-four hours every case of venereal disease coming under his diagnosis, treatment, care or charge for the first time to the medical officer of health in the locality in which such diagnosis, treatment, care or charge is made.

Method of reporting

(2) Every person required to report a case of venereal disease under subsection (1) shall make such report in writing, by telephone, or in person to the medical officer of health.

Report to Minister

(3) The report referred to in subsection (2) shall within one week of being received by the medical officer of health be forwarded in the prescribed form to the Minister.

1971, c. 33, s. 2.

Action of m.o.h. on reasonable belief

4.—(1) Where a medical officer of health has reasonable grounds for believing that a person within the municipality is or may be infected with venereal disease or has been exposed to infection, the medical officer of health may give notice in writing in the prescribed form to such person directing him to submit to an examination by a physician designated by or satisfactory to the medical officer of health, and to procure and produce to the medical officer of health within the time specified in the notice, a report or certificate of the physician that such person is or is not infected with venereal disease.

Offence

(2) Every person who without reasonable excuse, the proof of which is upon him, fails to comply with a direction made under subsection (1) is guilty of an offence and liable to imprisonment for a term of not less than seven days and not more than twelve months.

Powers of m.o.h. on report

(3) If by the report or certificate mentioned in subsection (1) it appears that the person so notified is infected with venereal disease, the medical officer of health may,

- (a) deliver to such person directions in the prescribed form as to the course of conduct to be pursued

and may require such person to produce from time to time evidence satisfactory to the medical officer of health that he is undergoing adequate medical treatment and is in other respects carrying out such directions, and where such person fails to comply with the course of conduct prescribed for him or to produce the evidence required, the medical officer of health may exercise all the powers vested in him by clause (b) or may proceed under section 6; or

- (b) with the approval of the Minister, order in writing that such person be removed and detained in a place of detention for the prescribed treatment until such time as the medical officer of health is satisfied that an adequate degree of treatment has been attained.

(4) Where a medical officer of health makes an order under clause (3)(b), he shall deliver the order to a peace officer who shall thereupon take the person named in the order into his custody and remove him to the place of detention named in the order, and the person for the time being in charge of the place of detention, upon receiving the order, shall receive such person and shall detain him until he is authorized by the medical officer of health to release him.

Duties of
peace officer
on order
of m.o.h.

(5) A medical officer of health may adopt the procedure where ^{person} or do any of the acts referred to in subsection (3) with ^{within} regard to any person who has been examined by a ^{one year} physician at any time within one year previously and has been certified by such physician to be infected with syphilis.

(6) A medical officer of health may require a person ^{More than one} whom he believes may be infected with venereal disease ^{may be} examination to undergo more than one examination in order to determine ^{required} the presence or absence of such infection. R.S.O. 1970, c. 479, s. 4.

5.—(1) Where,

Authority of
M.O.H.

- (a) any person has been named under oath as a source or contact of venereal disease or is believed by the medical officer of health to be a source or contact of such venereal disease; and
- (b) in the opinion of the medical officer of health the clinical findings and history of such person

indicate that such person is or may be infected with venereal disease,

the medical officer of health may, whether or not laboratory findings indicate the presence of venereal disease, proceed in the manner prescribed in clauses 4 (3) (a) and (b). 1971, c. 33, s. 3.

Medical
officer of
health may
take state-
ment under
oath

(2) For the purposes of subsection (1), a medical officer of health may administer an oath and take a statement under oath. R.S.O. 1970, c. 479, s. 5 (2).

Information
or complaint

6.—(1) Any medical officer of health may make a complaint or lay an information in writing and under oath before a justice of the peace charging that the circumstances set out in clause (5) (a) or (b) exist with regard to any person named in such complaint or information.

Issue of
summons

(2) Upon receiving any such complaint or information, the justice of the peace shall hear and consider the allegations of the complainant, and if he considers it desirable or necessary the evidence of any witness or witnesses, and if he is of the opinion that a case for so doing is made out he shall issue a summons directed to the person complained of requiring him to appear before a provincial judge at a time and place named therein.

Issue of
warrant

(3) Where a person to whom a summons is directed does not appear at the time and place named therein or where it appears that a summons cannot be served, a provincial judge may issue a warrant directing that the person named in the summons be brought before him.

Provincial
judge's
inquiry

(4) Where a person appears or is brought before a provincial judge under this section, the judge shall inquire into the truth of the matters charged in the complaint or information and for such purpose shall proceed in the manner prescribed by the *Provincial Offences Act* and has the powers of a provincial judge holding a hearing under that Act.

R.S.O. 1980,
c. 400

Order for
detention

(5) Where a provincial judge finds that any person,

(a) is infected with a venereal disease and is unwilling or unable to conduct himself in such a manner as not to expose other persons to the danger of infection; or

(b) is infected with a venereal disease and refuses or neglects to take or continue treatment as required by this Act and the regulations,

he shall order that such person be admitted to and detained in a place of detention for such period not exceeding one year as the provincial judge may consider necessary.

(6) In any inquiry under this section, a certificate as ^{Laboratory} _{certificate} to the result of any test made, signed or purporting to be ^{prima facie} _{evidence} signed by the director of a laboratory approved by the Minister is *prima facie* evidence of the facts stated therein and of the authority of the person giving such certificate without any proof of appointment or signature.

(7) Any person detained under this section may, with ^{Extension} _{of detention} the approval in writing of the Minister, be brought before a provincial judge at any time during the last thirty days of the period for which he is so detained, and if the judge finds that he is still infected with venereal disease and in need of further treatment, he may order that such person be further detained for such period not exceeding one year as the judge may consider necessary.

(8) Where the Minister is of the opinion that any ^{Discharge by} _{Minister} person detained under this section is no longer infected with venereal disease or has received an adequate degree of treatment, he may direct the discharge of such person.
R.S.O. 1970, c. 479, s. 6.

7.—(1) Where any physician in medical charge of any ^{Examination} _{by physician} ^{in charge of} _{institution} correctional institution, lock-up or training school, has reason to believe that any person under his charge may be infected with venereal disease or has been exposed to infection with venereal disease, he may, and if he is directed by the medical officer of health, he shall cause such person to undergo such examination as may be necessary to ascertain whether or not he is infected with venereal disease or to ascertain the extent of venereal disease infection and if the examination discloses that he is so infected the physician shall report the facts to the medical officer of health who may thereupon exercise the powers vested in him by section 9.

(2) Where an examination has not been made under ^{Duty of} _{physician} ^{In charge of} _{institution} this section, every physician in medical charge of any correctional institution, lock-up, or training school, shall report to the medical officer of health the name and place of confinement of any person under his charge whom he suspects or believes to be infected with venereal disease

and the report shall be made within twenty-four hours after he suspects or believes such person to be so infected.

Duplicate report

(3) A copy or statement of every report made under this section shall be forwarded to the Minister and to the medical officer of health of the municipality in which such person resided before being admitted to such institution by the physician making the report. R.S.O. 1970, c. 479, s. 7.

Examination of person in custody or committed to prison

8. When a medical officer of health believes that any person under arrest or in custody, whether awaiting trial for any offence under or contravention of any statute of Canada or of the Legislature or any regulation, by-law or order made thereunder or serving the sentence of a court upon conviction of any such offence or contravention, has been or may be infected or has been exposed to infection with venereal disease, he may cause such person to undergo such examination as may be necessary in order to ascertain whether or not such person is infected with venereal disease or to ascertain the extent of infection with venereal disease, and may direct that such person shall remain in custody until the results of the examination are known. R.S.O. 1970, c. 479, s. 8.

Treatment where disease found to exist

9. Where any person under arrest or in custody, whether awaiting trial for any offence under or contravention of any statute of Canada or of the Legislature or any regulation, by-law or order made thereunder or serving the sentence of a court upon conviction of any such offence or contravention, is found to be infected with venereal disease, the medical officer of health may by order in writing direct that such person undergo treatment therefor and that such action be taken as the medical officer of health or the Minister may consider advisable for his isolation and the prevention of infection by him, and that he be detained in custody until cured or until he has received a degree of treatment considered adequate by the attending physician and the Minister notwithstanding that he may be otherwise entitled to be released, and any order made under this section is sufficient warrant to the person to whom the order is addressed to carry out the terms thereof. R.S.O. 1970, c. 479, s. 9.

Physician to report person refusing to continue treatment

10.—(1) Where a person who has been under treatment for venereal disease refuses or neglects to continue treatment in a manner and to a degree satisfactory to the attending physician and the Minister, the physician shall report to the Minister the name and address of such person together with such other information as may be required by the regulations.

(2) A person who fails to attend upon his physician ^{Failure to attend} within seven days of an appointment for treatment shall ^{within seven days} be presumed to have neglected to continue treatment and the attending physician shall report such failure in writing to the Minister and the medical officer of health within fourteen days of the appointment.

(3) A physician who fails to report as required by this ^{Offence} section is guilty of an offence and is liable to a fine of not less than \$25 and not more than \$100. R.S.O. 1970, c. 479, s. 10.

11.—(1) No person other than a physician shall attend ^{Supply of drugs, etc.,} upon or prescribe for or supply or offer to supply any ^{by unqualified persons prohibited} drug, medicine, appliance or treatment to or for a person suffering from venereal disease for the purpose of the alleviation or cure of such disease.

(2) Every person who contravenes subsection (1) is guilty ^{Offence} of an offence and is liable to a fine of not less than \$100 and not more than \$500 and in default of immediate payment shall be imprisoned for a term of not more than twelve months.

(3) Subsection (1) does not apply to a pharmacist licensed under Part VI of the *Health Disciplines Act* who dispenses to a patient of ^{as to} a physician upon a written prescription signed by such physician or ^{R.S.O. 1950,} c. 196, who sells to any person any patent, proprietary or other medicine, drug or appliance approved by the regulations for the cure or alleviation of venereal disease, but no prescription shall be filled more than once except upon the written direction of the prescribing physician. R.S.O. 1970, c. 479, s. 11.

12.—(1) Every person who,

^{Offences —}

- (a) wilfully neglects or disobeys any order or direction given by a medical officer of health or the Minister or Deputy Minister under this Act or the regulations;
- (b) hinders, delays or obstructs any medical officer of health, peace officer or other person acting in the performance of his duties under this Act;
- (c) publishes any proceedings taken under this Act or the regulations contrary to subsection (2);
- (d) wilfully represents himself as bearing some other name than his own or makes any false statements as to his ordinary place of residence during the

course of his treatment for any venereal disease with the purpose of concealing his identity;

- (e) during the course of his treatment for any venereal disease changes his place of residence without giving due notice of such proposed change with his new address to the attending physician; or
- (f) fails to comply with any of the provisions of this Act or the regulations,

is guilty of an offence and, where no other penalty is prescribed, is liable to a fine of not less than \$25 and not more than \$100 and in default of immediate payment shall be imprisoned for a term of not more than three months.

Prosecutions
R.S.O. 1980,
c. 400

(2) The *Provincial Offences Act* applies to prosecutions under this Act or the regulations but all proceedings for the recovery of penalties under this Act and proceedings authorized by section 6 shall be conducted *in camera* and no person shall publish or disclose any such proceedings except under the authority of this Act or the regulations.

**Summons
by personal
service**

(3) Notwithstanding the provisions of the *Provincial Offences Act*, service of any summons issued for a contravention of this Act may be effected by personal service. R.S.O. 1970, c. 479, s. 12.

**Statements
as to
existence
of disease**

13.—(1) Every person who publicly or privately, verbally or in writing, directly or indirectly, states or intimates that any other person has been notified or examined or otherwise dealt with under this Act, whether such statement or intimation is or is not true, is guilty of an offence, and in addition to any other penalty or liability, is liable to a fine of \$200 and in default of immediate payment shall be imprisoned for a term of not more than six months.

Exceptions

(2) Subsection (1) does not apply,

- (a) to a communication or disclosure made in good faith,
 - (i) to the Minister or Deputy Minister of Health,
 - (ii) to a medical officer of health for his information in carrying out the provisions of this Act,

- (iii) to a physician,
 - (iv) in the course of consultation for treatment for venereal disease,
 - (v) to the superintendent or head of any place of detention;
- (b) to any evidence given in any judicial proceedings of facts relevant to the issue; or
- (c) to any communication authorized or required to be made by this Act or the regulations.

(3) Notwithstanding subsection (1), a physician may give ^{Information to family} concerning the patient to other members of the patient's family for the protection of health. R.S.O. 1970, c. 479, s. 13.

14. Every person engaged in the administration of this ^{Obligation to observe secrecy} Act shall preserve secrecy with regard to all matters that may come to his knowledge in the course of such employment and shall not communicate any such matter to any other person except in the performance of his duties under this Act or when instructed to do so by a medical officer of health or the Minister and in default he shall in addition to any other penalty forfeit his office or be dismissed from his employment. R.S.O. 1970, c. 479, s. 14.

15. No person shall issue or make available to any ^{Laboratory reports} person other than a physician or such persons as are engaged in the administration of this Act any laboratory report either in whole or in part of an examination made to determine the presence or absence of venereal disease. R.S.O. 1970, c. 479, s. 15.

16. Every hospital receiving aid from the Province of Ontario, except isolation hospitals for the care of communicable diseases as defined by the *Public Health Act* shall make adequate provision for the reception, examination and treatment, upon such terms as may be prescribed, of such persons or classes of persons infected with venereal disease as may by this Act or the regulations be required or permitted to be treated at such hospital and in case of default the Treasurer of Ontario may withhold from any hospital the whole or any part of any grant or subsidy that would otherwise be payable. R.S.O. 1970, c. 479, s. 16.

—

<sup>Hospitals to make provision for treatment, etc.
R.S.O. 1980, c. 409</sup>

17. The medical officer of health of each municipality ^{Provision for treatment} shall make provision for the adequate treatment of all

persons infected with venereal disease within such municipality when such persons apply or are referred to him or when requested to do so by the Minister. R.S.O. 1970, c. 479, s. 17.

Payment of expenses by municipalities

18.—(1) The treasurer of the municipality shall forthwith upon demand, pay the amount of any account for services performed, materials or supplies furnished, or any expenditure incurred under the direction of the medical officer of health in carrying out the provisions of this Act and the regulations.

Secrecy as to name

(2) The name of any person infected or suspected to be infected with any venereal disease shall not appear on any account in connection with treatment therefor, but the case shall be designated by a number and it is the duty of every local board of health to see that secrecy is preserved.

Offence

(3) Every person who contravenes the provisions of subsection (2) is guilty of an offence and is liable to the penalties provided by sections 13 and 14. R.S.O. 1970, c. 479, s. 18.

Transfer to other municipality

19. Where any direction or order of a medical officer of health or provincial judge involves the transfer of a person infected with venereal disease from one municipality to another municipality,

(a) the medical officer of health of the second municipality shall, upon such transfer being effected and until the return of such person to the first municipality, exercise all the powers and perform all the duties conferred or imposed by this Act or the regulations upon a medical officer of health with respect to such person;

(b) the liability of the first municipality under section 18 shall extend to any account for services performed, materials or supplies furnished, or any expenditure incurred in respect of such person under the direction of the medical officer of health for the second municipality in carrying out the provisions of this Act and the regulations; and

(c) a duplicate original of every written report made by the person in medical charge of a place of detention in which such person is placed in the second municipality to the medical officer of health

thereof shall be sent forthwith to the medical officer of health of the first municipality. R.S.O. 1970, c. 479, s. 19.

20. Where a person is admitted to a place of detention under this Act, whether such admission is voluntary or under the order of a provincial judge or medical officer of health,

(a) subject to the regulations, the provisions of law relating to the liability for and payment of maintenance of patients, inmates or pupils in such place of detention apply; and

(b) such person is subject to all rules, regulations, and provisions of law governing the conduct of patients, inmates or pupils of such place of detention. R.S.O. 1970, c. 479, s. 20.

21.—(1) The consent only of any person of the age of sixteen years or over to being examined or treated or both for venereal disease shall be deemed to be sufficient consent for such purposes and where such consent is given no action or other proceeding lies against a physician for acting upon such consent.

(2) No action or other proceeding lies against a physician for acting upon a consent given by a person under sixteen years of age to be examined or treated or both for venereal disease if the physician had no reason to believe that the person giving the consent was under sixteen years of age. 1971, c. 33, s. 4.

22. Where any person infected or believed to be infected with venereal disease is a child under the age of sixteen years, all notices, directions or orders required or authorized by this Act or by the regulations to be given in respect of the child shall be given to the father or mother or to the person having the custody of the child for the time being and it is the duty of the father, mother or other person to see that the child complies in every respect with every such notice, order or direction and in default thereof the father, mother or other person, as the case may be, is liable to the penalties provided by this Act or the regulations for non-compliance with any such notice, direction or order unless on any prosecution in that behalf it is proven to the satisfaction of the court that the father, mother or other person did everything in his power to cause the child to comply therewith. R.S.O. 1970, c. 479, s. 21.

Grants

23. The Minister may make grants out of such moneys as may be appropriated by the Legislature for the purpose,

- (a) for the establishment, equipment, operation and maintenance of clinics for the treatment of venereal disease and for the hospitalization, maintenance, treatment and special treatment of persons infected or suspected of being infected with venereal disease in addition to or in lieu of any other moneys that may be payable for such purposes; and
- (b) so as to reimburse municipalities for expenses incurred by such municipalities in supplying treatment to persons infected or suspected of being infected with venereal disease,

in such amounts, at such times and upon such conditions as may be prescribed by the regulations. R.S.O. 1970, c. 479, s. 22.

Regulations

24.—(1) The Lieutenant Governor in Council may make regulations,

- (a) prescribing the method and extent of the examination of any person for the purpose of ascertaining whether or not such person is infected with venereal disease or the extent of the infection;
- (b) prescribing the course of conduct to be pursued by any person infected with venereal disease in order to effect a cure and to prevent the infection of other persons;
- (c) prescribing the hospitals that shall furnish treatment to persons or any classes of persons infected with venereal disease;
- (d) prescribing rules for the treatment of persons infected with venereal disease in hospitals, places of detention and other places;
- (e) for preventing the spread of infection from persons suffering from venereal disease;
- (f) for distributing to physicians and hospitals information as to the treatment, diet and care of persons infected with venereal disease and requiring physicians and hospitals to distribute the information to such persons;

- (g) providing for the approval by the Minister of methods and remedies for the treatment, alleviation and cure of venereal disease;
- (h) providing for the display of notices and placards dealing with venereal disease, its cause, manifestation, treatment and cure;
- (i) prescribing the forms of notices, certificates and reports required or authorized to be given or issued under this Act;
- (j) requiring every physician to furnish reports with respect to the condition and treatment of persons infected with venereal disease who are or who have been under his diagnosis, treatment, care or charge;
- (k) prescribing the procedure to be followed and the evidence required in case of an appeal to the Minister from any action or decision of a medical officer of health under this Act;
- (l) approving patent, proprietary or other medicines, drugs or appliances for the cure or alleviation of venereal disease;
- (m) providing for the establishment, equipment, operation and maintenance of clinics for the treatment of venereal disease and for the treatment of persons infected or suspected of being infected with venereal disease;
- (n) requiring the approval of the Minister to the appointment of legally qualified medical practitioners, nurses and other technical staff employed in clinics for the treatment of venereal disease;
- (o) prescribing the amounts of, the times at which and the conditions upon which grants may be made for the establishment, equipment, operation and maintenance of clinics for the treatment of venereal disease and for the hospitalization, maintenance, treatment and special treatment of persons infected or suspected of being infected with venereal disease and for reimbursing municipalities for expenses incurred by such municipalities in supplying treatment to persons infected or suspected of being infected with venereal disease;
- (p) prescribing fees that shall be paid under this Act;

- (q) prescribing the mode of sending or giving any notice, report or direction required or permitted to be sent or given by this Act or the regulations;
- (r) generally for the better carrying out of the provisions of this Act and for the prevention, treatment and cure of venereal disease.

**Expenses
of free
distribution**

(2) The Minister may, out of any moneys appropriated by the Legislature for the purposes of this Act, provide for the payment of the expenses incurred in carrying out this Act and the regulations including the manufacture and free distribution to local boards of health, physicians and hospitals of any drug, medicine, appliance or instrument that the Minister may consider useful or necessary for the alleviation, treatment or cure of venereal disease or the prevention of infection therewith. R.S.O. 1970, c. 479, s. 23.

**Appeal to
Minister**

25.—(1) Every person who considers himself aggrieved by any action or decision of a medical officer of health under this Act may appeal therefrom to the Minister by giving notice in writing to the Minister and to the medical officer of health.

**Evidence
on appeal**

(2) The Minister may require the appellant to furnish such information and evidence and to submit to such examination as may be prescribed or as the Minister may consider necessary to determine the matter in dispute.

**Decision
final**

(3) The decision of the Minister is final. R.S.O. 1970, c. 479, s. 24.

Actions

26. No action or other proceeding shall be brought against any physician in respect of any examination or certificate given or required to be given by him under this Act, without the consent in writing of the Minister. R.S.O. 1970, c. 479, s. 25.

**Right of
entry**

27. The medical officer of health or a physician designated by him in writing for the purpose may enter in and upon any house, outhouse or premises in the day time for the purpose of making inquiry and examination with respect to the state of the health of any person therein and may cause any person found therein who is infected with any venereal disease to be removed to a place of detention or may give such directions as may prevent other persons in the same house, outhouse or premises from being infected. R.S.O. 1970, c. 479, s. 26.

28. The Deputy Minister of Health and any officer of the Ministry designated by the Minister are medical officers of health for Ontario within the meaning of this Act.
R.S.O. 1970, c. 479, s. 27; 1972, c. 1, s. 1.

29. The Minister may delegate to the Deputy Minister of Health or any other officer of the Ministry of Health any of the powers vested in him under this Act or the regulations.
R.S.O. 1970, c. 479, s. 28; 1972, c. 1, s. 1.

30. The administration of this Act and the regulations shall not interfere with the course of justice in the case of any person under arrest or in custody previous to trial for any offence under or contravention of any statute of Canada or of the Legislature or any regulation, by-law or order made thereunder, but where it is necessary for the purpose of any examination authorized or required by this Act, such person may be held in custody until the results of the examination are known. R.S.O. 1970, c. 479, s. 29.

Administration of
Act not to
interfere
with course
of justice

Annexe II

Etude sur les cliniques
antivénériennes au Canada



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: September 25, 1982 Vol. 8-39
Date de publication: 25 septembre 1982

CONTAINED IN THIS ISSUE:

A Survey of Sexually Transmitted Disease Clinics in Canada	193
First National Conference on Sexually Transmitted Disease: Issues and Priorities	196

A SURVEY OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE CLINICS IN CANADA

Introduction: During the summer of 1982, a preliminary investigation of the facilities, personnel, and services provided in Canada's sexually transmitted disease (STD) clinics was undertaken. It was hoped that the compilation of a national list of STD clinics with an examination of their facilities would open the lines of communication between the clinics and provide data for a national overview.

A questionnaire was sent to each of the 94 STD clinics located across the country and the results are based on the analysis of data from 73 completed questionnaires.

RESULTS

Public utilization: Per capita utilization of the clinics varied from 1/32 in the Yukon to 1/2854 in New Brunswick (this clinic will cease to operate soon because of low utilization). The actual number of patients seen per clinic in 1981 ranged from 20 to 23 688. The number of visits (which included follow-up visits) by patients ranged from 20 at a clinic in British Columbia to 24 901 at one in Alberta. An average of 92% of the patients attending STD clinics were heterosexual. Homosexual attendance varied widely, ranging from less than 0.5% to 80% per clinic. The average proportion of female patients (37%) was lower than that for male patients (63%).

Public accessibility: Public accessibility depends not only on location but also on the availability of public transit, parking facilities, and hours of operation. The clinics were housed in various types of buildings. Fifty-two percent (52%) were located in health unit offices, 32% in hospital complexes, 6% in primary health care clinics, and 10% in other types of buildings. The main floor of these buildings was the location for 59% of the clinics. Only 33% were specifically identified as "VD Clinic" or "STD Clinic". Thirty-four percent (34%) of the clinics did not have free parking although 92% were easily accessible by public transit. Approximately 38% operated 5 days a week for an average of 5 hours a day. While evening and weekend hours would increase accessibility for clients working full-time, most of the clinics operated primarily during the day. However, 36% did have evening hours and 3% operated during the weekend. Of those clinics with evening hours, 73% were open for less than 5 hours per week during the evening. The range of operating hours varied from 1.5 hours per week in an Ontario clinic to 88 hours per week in one in Manitoba.

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Étude sur les cliniques de maladies transmises sexuellement au Canada	193
Première conférence nationale sur les maladies transmises sexuellement: Questions et priorités...	196

ÉTUDE SUR LES CLINIQUES DE MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT AU CANADA

Introduction: Au cours de l'été 1982, on a entrepris, au Canada, une étude préliminaire sur les locaux, le personnel et les services des cliniques de maladies transmises sexuellement (MTS). En compilant une liste nationale des cliniques MTS et en examinant leurs locaux, on espérait ouvrir la communication entre les cliniques et fournir des données permettant d'obtenir un aperçu de la situation à l'échelle nationale.

Un questionnaire a été envoyé à chacune des 94 cliniques MTS dispersées dans tout le Canada. Les résultats reposent sur l'analyse des données recueillies dans les 73 questionnaires remplis.

RÉSULTATS

Fréquentation: La fréquentation des cliniques par habitant varie de 1/32 au Yukon à 1/2854 au Nouveau-Brunswick (cette dernière fermera d'ailleurs bientôt ses portes pour cause de faible fréquentation). En 1981, le nombre réel de patients par clinique allait de 20 à 23 688. Le nombre de visites par patient (y compris les visites de post observation) allait de 20, pour une clinique de Colombie-Britannique, à 24 901, pour une clinique d'Alberta. Une moyenne de 92% des patients ayant recours aux cliniques MTS étaient hétérosexuels. La fréquentation par les homosexuels variait énormément, soit de 0,5% à 80% par clinique. La proportion des femmes (37%) était, en moyenne, plus faible que celles des hommes (63%).

Accessibilité: L'accessibilité dépend non seulement du lieu, mais aussi de la disponibilité des services de transport en commun, des espaces de stationnement et des heures d'ouverture. Les cliniques se trouvent dans divers endroits: 52%, dans des bureaux d'unités sanitaires; 32%, dans des ensembles hospitaliers; 6%, dans des centres de soins primaires et 10%, dans d'autres types d'installations. En tout, 59% sont installées au rez-de-chaussée. Les appellations précises "Clinique MV" ou "Clinique MTS" ne désignent que 33% des cliniques. Trente-quatre pourcent (34%) n'offrent pas de stationnement gratuit; cependant, 92% sont d'accès facile par transport en commun. Environ 38% sont ouvertes 5 jours par semaine, en moyenne 5 heures par jour. Bien que des heures d'ouverture en soirée et en fin de semaine permettraient à ceux qui travaillent à plein temps de s'y rendre plus facilement, la plupart des cliniques n'ouvrent que pendant la journée. Toutefois, 36% reçoivent des patients en soirée et 3%, en fin de semaine. Parmi les cliniques ouvertes le soir, 73% ne le sont que pendant moins de 5 heures par semaine. Les heures d'ouverture par semaine varient entre 1,5 heure, dans une clinique de l'Ontario et 88 heures, dans une du Manitoba.



Funding: Most of the clinics (90%) had funding from their provincial governments while 8% were solely or additionally funded by local health units and 2% by a different source. Approximately 22% of the clinics had a second source of funding.

Personnel: Fourteen percent (14%) of the clinics, located in Quebec, Ontario, Saskatchewan and British Columbia, had only 1 staff member and 68% had no more than 5. Physicians were classified according to their training: 38% were family physicians, 28% listed a specialty in STD, 13% had another specialty, and 10% were Medical Officers of Health. Twenty-nine percent (29%) of the clinics, 67% of which are situated in British Columbia, had no physician on staff.

Nurses accounted for 49% of the time worked by all personnel in all of the clinics. On average, nurses spent 29% of their time on contact tracing; however, this time ranged from 0% to 80%.

Only 11% of the clinics, the majority of which were located in Ontario, had laboratory technicians.

Automated data handling: Only 1 of the clinics had a computerized filing system and only 2 of the respective health units had a computerized reporting system for STDs.

Diagnostic procedures: The percentage of STD clinics capable of carrying out specific laboratory procedures is presented in Table 1. The majority (42-68%) utilized the standard laboratory procedures, with the exception of the rapid plasma reagin test for syphilis; only 19% of the clinics used this procedure.

Financement: La plupart des cliniques (90%) sont subventionnées par leur gouvernement provincial, tandis que 8% sont financées entièrement ou partiellement par des unités sanitaires locales et que 2% ont d'autres sources de financement. Environ 22% reçoivent des fonds d'une deuxième source.

Personnel: Au Québec, en Ontario, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, le personnel se compose d'un seul (1) membre dans 14% des cliniques et d'un maximum de 5 dans 68% des cas. Les médecins ont été classés selon leur formation: 38% sont médecins de famille; 28% se sont inscrits comme spécialistes dans un domaine des MTS, 13% dans une autre branche et 10% sont médecins-hygienistes. Dans 29% des cliniques, dont 67% en Colombie-Britannique, aucun médecin ne fait partie du personnel.

Les heures de travail des infirmières et des infirmiers représentent 49% du temps total consacré au travail par le personnel de toutes les cliniques. En moyenne, les infirmières et les infirmiers passent 29% de leur temps au dépistages des sujets contacts; le pourcentage varie toutefois de 0 à 80%.

Seulement 11% des cliniques, pour la plupart en Ontario, ont des techniciens de laboratoire parmi leur personnel.

Traitement de données automatisé: Une seule (1) clinique possède un système de fichiers informatisé et 2 des unités sanitaires concernées, un système informatisé de déclaration des MTS.

Méthodes diagnostiques: Le Tableau 1 donne le pourcentage des cliniques MTS effectuant des analyses de laboratoire précises. La majorité (42-68%) se servent des méthodes standard, exception faite du test rapide de réagin sur plasma pour déceler la syphilis qui ne se pratique que dans 19% des cliniques.

Table 1 - Percentage of STD Clinics Using Laboratory Procedures
Tableau 1 - Pourcentage des cliniques MTS se servant de méthodes d'analyse précises

Laboratory Procedure/ Méthode de laboratoire	Clinics Using Laboratory Procedure/ Cliniques se servant de la méthode d'analyse	Number/ Nombre	Percentage/ Pourcentage
Gram stain (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)/ coloration de Gram (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	43	59% a)	
darkfield exam (syphilis)/ examen à l'ultramicroscope (syphilis)	32	44%	
wet mount (<i>Trichomonas vaginalis</i>)/ préparation humide (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	39	53%	
wet mount (<i>Candida albicans</i>)/ préparation humide (<i>Candida albicans</i>)	31	42%	
rapid plasma reagin test/ test rapide de réagin sur plasma	14	19%	
transport medium (for <i>N. gonorrhoeae</i>)/ milieu de transport (pour <i>N. gonorrhoeae</i>)	50	68%	
direct media inoculation (for <i>N. gonorrhoeae</i>)/ inoculation directe des milieux (pour <i>N. gonorrhoeae</i>)	35	48%	

a) includes 2 clinics who used methylene blue stain for *N. gonorrhoeae*/
comprend 2 cliniques qui se servent de la coloration au bleu de méthylène pour *N. gonorrhoeae*

The majority of the laboratory procedures for culturing organisms, serology and virology were available to the clinics in their own building or locality. Sixty-one percent (61%) of the hospital STD clinics were able to obtain the necessary services in the same building, a percentage considerably higher than for those in other locations.

Facilities for culturing *Chlamydia trachomatis* were reportedly available to the clinics in all provinces except British Columbia and Newfoundland.

Les cliniques peuvent faire faire la majorité des tests de laboratoire (cultures, sérologie et virologie) dans l'immeuble ou dans la localité où elles se trouvent. Quant aux cliniques MTS logées dans un hôpital, 61% d'entre elles peuvent faire effectuer les tests nécessaires dans l'immeuble même, soit un pourcentage considérablement plus élevé que pour celles situées ailleurs.

Selon les rapports, toutes les cliniques ont à leur disposition les installations nécessaires pour cultiver *Chlamydia trachomatis*, sauf celles établies en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve. ~

Patient examinations: In 99% of the clinics where personnel took intraurethral specimens from male patients, 67% used cotton wool swabs, 44% calcium alginate swabs, and 10%, bacteriologic loops.

Although 93% of the clinics reported that visualization of the cervix in female patients was routinely done, bimanual pelvic examinations were routinely performed in only 53%. Ninety-seven percent (97%) had suitable examining tables. When taking specimens from women for *N. gonorrhoeae*, cultures were taken sometimes or always from the vagina in 67% of the clinics, from the cervix in 67%, from the endocervix in 78%, from the urethra in 75%, from the anus in 84%, and from the pharynx in 92%.

Suggestions and comments: Of the 56 clinics who suggested possible improvements to their services, 29% listed a need for more current STD literature, 53% for the establishment or improvement of facilities, 5% for better record-keeping systems, and 11% for more convenient clinic hours. The most urgent need for 27% of the clinics was a microscope.

Acknowledgement: The cooperation and assistance of the participating STD clinics was greatly appreciated.

SOURCE: R Kung, N Olsen, L Pisko, AG Jessamine, MB, ChB, Bureau of Epidemiology, LCDC, Ottawa.

Comment: The geographic disparities described above indicate that Canada still has a long way to go to achieve a "standardized" system of STD diagnosis and treatment. The variations in per capita utilization merit further investigation. Most Canadian STD clinics prefer to operate under a cloak of anonymity. Perhaps they should attempt to "attract" clients. Their variation in location and hours of operation is as expected. As to whether clinics should be open during the evening or on the weekend is debatable. Nevertheless, clinics which operate for 1 or 2 hours a week serve no useful purpose.

The percentage of clinic physicians claiming a "specialty" in STD is interesting, particularly as there is no formal postgraduate STD training program in Canada. Nurses carry out most of the basic clinic work. It is disturbing that a significant number of clinics have no physician on staff, and only a few clinics include the services of a laboratory technician. The lack of essential laboratory equipment in "third world" laboratories is commonplace, but one does not expect to see a similar situation in Canada. Hence the finding that 27% of the clinics had an "urgent" need for a microscope needs investigation. The number of clinics that actively "pursued" the *Chlamydia trachomatis* organism should also be determined.

The results of the survey are both stimulating and encouraging and indicate some useful avenues for future STD research in Canada. The findings should also encourage the various clinics to open their lines of communication with each other.

In general, the results suggest that the infrastructure of many Canadian STD clinics could be improved. Hopefully, the professionals involved with the administration and day-to-day running of these clinics will pay heed to the survey findings.

The excellent response to the questionnaire is a testimony to the enthusiasm of the clinic personnel.

SOURCE: Alan S Meltzer, MB, ChB, Dip Venereology, Associate Director, Health Sciences Division, International Development Research Centre, Ottawa, Ontario.

Examens médicaux: Dans 99% des cliniques où le personnel préleve des échantillons intra-urétraux chez les patients masculins, 67% se servent d'écouvillons de coton hydrophile; 44%, d'écouvillons d'alginate de calcium et 10%, d'autres bactériologiques.

Bien que 93% des cliniques aient déclaré que la visualisation du col chez les patientes était un examen de routine, seulement 53% ont déclaré pratiquer de façon courante un examen pelvien bimanuel. Quatre-vingt-dix-sept pourcent (97%) possèdent des tables d'examen appropriées. Pour isoler *N. gonorrhoeae* chez les femmes, 67% des cliniques prélèvent parfois ou toujours des cultures du vagin; 67%, du col; 78% de l'endocervix; 75%, de l'urètre; 84% de l'anus et 92% du pharynx.

Suggestions et commentaires: Parmi les 56 cliniques qui ont proposé des moyens pour améliorer leurs services, 29% mentionnaient le besoin d'une documentation pertinente à jour; 53%, la création de nouvelles installations ou l'amélioration des locaux; 5%, de meilleures systèmes de tenue des dossiers et 11%, des heures d'ouvertures plus appropriées. Se procurer un microscope est, pour 27% des cliniques, d'une importance primordiale.

Remerciements: Nous tenons à remercier les cliniques MTS qui ont répondu au questionnaire.

SOURCE: R Kung, N Olsen, L Pisko, AG Jessamine, BM, BCh, Bureau d'épidémiologie, LCCM, Ottawa.

Commentaires: Les disparités géographiques décrites ci-dessus démontrent que le Canada a encore beaucoup de chemin à faire avant d'en arriver à un système "normalisé" de diagnostic et de traitement des MTS. Les variations quant à la fréquentation par habitant méritent d'être étudiées plus à fond. La plupart des cliniques MTS au Canada ont choisi de fonctionner sous le couvert de l'anonymat; elles devraient peut-être essayer "d'attirer" la clientèle. La diversité qui existe entre l'emplacement des cliniques et leurs heures d'ouverture n'a rien d'étonnant. L'opportunité d'ouvrir des cliniques en soirée ou en fin de semaine est toutefois discutable. Néanmoins, celles qui nouvrent que pendant 1 heure ou 2 par semaine ne sont daucune utilité.

Le fait qu'un pourcentage de médecins travaillant dans ces cliniques ait déclaré avoir une "spécialisation" en MTS est particulièrement intéressant, étant donné qu'il n'existe au Canada aucun programme d'études supérieures dans ce domaine. Ce sont les infirmières et les infirmiers qui se chargent de la plus grande partie du travail de base. Il est inquiétant de constater qu'un nombre important de cliniques ne compte pas de médecin parmi leur personnel et que seules quelques cliniques ont un technicien de laboratoire. L'absence d'équipement essentiel dans les laboratoires du "tiers monde" est chose courante, mais on ne s'attend pas à rencontrer une telle situation au Canada. Le fait que 27% des cliniques avaient un besoin "pressant" de microscope mérite donc qu'on s'y attarde. Il faudrait aussi déterminer le nombre de cliniques qui "recherchaient" activement le microorganisme *Chlamydia trachomatis*.

Les résultats de l'étude sont à la fois stimulants et encourageants; ils mettent aussi en évidence les points qui devraient, à l'avenir, faire l'objet de recherches sur les MTS au Canada. Les conclusions de cette étude devraient également inciter les diverses cliniques à communiquer entre elles.

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent qu'il y aurait lieu d'améliorer l'infrastructure de beaucoup de cliniques MTS au pays. Il est à souhaiter que les spécialistes chargés de la gestion et du fonctionnement quotidien de ces cliniques y verront.

L'excellente réponse au questionnaire témoigne de l'enthousiasme du personnel des cliniques.

SOURCE: Alan S Meltzer, BM, BCh, Vénérologue, Directeur-adjoint, Division des sciences de la santé, Centre de recherche et de développement international, Ottawa (Ontario).