



Guide pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires

COORDINATION ET RÉDACTION

Évelyne Fleury, sexologue et agente de recherche et de planification, Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Venne, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Geneviève Boily, conseillère en soins infirmiers, Programmes nationaux de formation en ITSS, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

REVUE ET ANALYSE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE, COLLABORATION À L'ÉLABORATION DU GUIDE

GROUPE DE TRAVAIL GUIDE D'INTERVENTION ITS-MADO

Geneviève Boily, conseillère en soins infirmiers, Programmes nationaux de formation en ITSS, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Marie-Claude Drouin, M.A. sexologie, agente de planification, de programmation et de recherche, coordonnatrice du Comité sur les ITSS, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Évelyne Fleury, sexologue et agente de recherche et de planification, Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Brigitte Fournier, médecin-conseil et membre du Comité sur les ITSS, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Marie-Michèle Grenier, conseillère en soins infirmiers, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Claude Laberge, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Julie Lévesque, B. Sc. (sciences infirmières), agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Diane Sylvain, intervenante de santé publique, Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique au Québec

Marie-Carole Toussaint, infirmière clinicienne, Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Venne, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Le contenu du guide a fait consensus au sein du groupe de travail ITS-MADO. Il a en outre fait l'objet d'une consultation auprès de membres de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI), de membres du Comité consultatif sur le VIH et le VHC, de professionnels de directions régionales de santé publique et du Service de lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le guide a été adopté par la TCNMI (par courriel le 24 mars 2017).

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-79586-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Première partie – Renseignements pour guider l’intervention	3
1. Pertinence de l’IPPAP-VIH au Québec	3
2. Efficacité et bénéfices de l’IPPAP-VIH	5
3. Principes de base de l’IPPAP-VIH	7
3.1 Personnes ciblées par l’IPPAP-VIH et période visée pour l’intervention auprès des partenaires	7
3.2 Approche à privilégier pour l’intervention	10
3.3 Rôles complémentaires du professionnel de la santé ou des services sociaux et du professionnel désigné, et offre systématique de soutien	10
3.4 Situations à prendre en considération dans la planification des interventions	12
3.5 Délais	13
3.6 Suivi systématique	13
3.7 Cas perdus pour le suivi.....	14
Deuxième partie – Intervention	15
4. Soutien à un professionnel de la santé ou des services sociaux	15
5. Intervention préventive du professionnel désigné auprès de la personne atteinte : volets 1 et 2	17
6. Notification et intervention préventive auprès des partenaires : volet 3	21
6.1 Stratégies pour joindre les partenaires.....	23
6.2 Stratégies pour notifier les partenaires.....	23
6.3 Réactions possibles et pistes pour l’intervention.....	24
6.3.1 Comment le professionnel se sent-il face à l’information à transmettre?	24
6.3.2 Comment la personne réagira-t-elle à l’information transmise?	24
6.3.3 Comment préparer l’entretien?	24
6.3.4 Que savoir avant d’intervenir auprès du partenaire?	25
6.3.5 Comment intervenir auprès du partenaire?	26
6.3.6 Comment terminer un entretien?	27
6.3.7 Que faire après l’entretien?	27
7. Origine des demandes de soutien et suivi auprès du demandeur	29
7.1 Demande de soutien venant d’un professionnel de la santé ou des services sociaux.....	29
7.2 Transfert d’information ou demande de l’extérieur de la région	29
7.3 Information sur le statut sérologique positif, au regard du VIH, obtenue dans le cadre d’une enquête épidémiologique réalisée à la suite de la déclaration d’une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire	30
7.4 Demande de soutien venant d’une personne atteinte	30
7.5 Suivi auprès du demandeur	30
Troisième partie – Cadre de l’intervention.....	33
8. Critères de succès	33
9. Organisation des services et documentation des soins	35
9.1 Accès à un professionnel désigné.....	35
9.2 Mobilisation des professionnels de la santé ou des services sociaux.....	36
9.3 Documentation des soins.....	36

10. Cadre légal de l'intervention	37
11. Considérations éthiques et criminalisation de l'exposition au VIH.....	39
Annexe 1	
Rappel des démarches québécoises relatives à l'IPPAP-VIH	41
Annexe 2	
Méthode utilisée pour élaborer le présent guide.....	43
Annexe 3	
Différences entre l'IPPAP-ITS et l'IPPAP-VIH.....	45
Annexe 4	
L'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels.....	47
Bibliographie.....	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Personnes ciblées par l'IPPAP-VIH.....	7
Tableau 2	Périodes visées pour l'intervention auprès des partenaires	8
Tableau 3	Rôles du professionnel de la santé ou des services sociaux et du professionnel désigné selon les volets 1, 2 et 3 de l'intervention.....	11
Tableau 4	Situations à prendre en considération pour planifier les interventions	12
Tableau 5	Connaissances et compétences de base ainsi que documents et activités visant leur acquisition et leur développement.....	28

SIGLES

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
BCCDC	British Columbia. Centre for Disease Control
CCNMI	Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses
CDC	Center for Disease Control and Prevention (États-Unis)
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DSP	Direction (régionale) de santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP-VIH	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires
IPPAP-ITS	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
ITS-MADO	Infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention (des ITSS)
SLITSS	Service de lutte contre les ITSS
UK NICE	United Kingdom. National Institute for Health and Care Excellence
USHHS	United States Department of Health and Human Services
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	World Health Organization

LEXIQUE

Charge virale

La charge virale correspond au nombre de copies de l'acide ribonucléique du VIH par millilitre; elle est habituellement mesurée dans le plasma.

Charge virale indétectable

La définition de la charge virale indétectable repose essentiellement sur la capacité des trousse à mesurer la charge virale et à détecter la présence du virus, habituellement dans le plasma. Actuellement, on qualifie d'*indétectable* une charge virale inférieure à 20 copies par millilitre, soit le seuil minimal de quantification des trousse utilisées au Québec.

Guide ITS-MADO

Formulation abrégée utilisée pour citer le document intitulé *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire* (MSSS 2014b).

Outils IPPAP-VIH

Formulation abrégée utilisée pour citer le document intitulé *Outils pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes du VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)* (MSSS 2017b).

Partenaire

Partenaire sexuel ou de consommation de drogues, par injection ou inhalation, de la personne atteinte d'une infection par le VIH.

Personne atteinte

Personne atteinte d'une infection par le VIH.

Professionnel désigné

Professionnel identifié par la Direction de santé publique pour soutenir l'IPPAP-VIH sur un territoire. Selon l'organisation des services, il peut s'agir d'un professionnel de santé publique ou d'un professionnel de services de première ligne (ex. : infirmière des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS, professionnel de services spécialisés en VIH).

Professionnel de la santé ou des services sociaux

Professionnel qui contribue au dépistage du VIH, au counseling post-test ou à la prise en charge clinique de personnes vivant avec le VIH (ex. : infirmière, médecin, sage-femme, travailleur social ou sexologue).

PRINCIPAUX MESSAGES

Le soutien offert à la personne atteinte d'une infection par le VIH dans le cadre de l'intervention préventive auprès de ses partenaires, la notification des partenaires et l'intervention préventive proprement dite auprès de ces derniers sont reconnus comme étant efficaces pour contribuer au contrôle d'une telle infection.

L'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection par le VIH et auprès de ses partenaires (IPPAP-VIH) est indiquée pour toutes les personnes qui viennent d'apprendre qu'elles ont une infection par le VIH et pour les personnes atteintes quand, au cours de leur suivi, la charge virale est élevée ou que l'évaluation du risque de transmission du VIH l'impose. L'IPPAP-VIH constitue une occasion d'offrir le dépistage (UK NICE 2016; WHO 2016), du counseling et, dans certains cas, un traitement à des personnes exposées. Elle contribue ainsi à réduire la transmission du VIH (CCNMI 2013).

Les partenaires à notifier sont ceux qui ont soit eu des relations sexuelles, soit partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues, avec une personne vivant avec le VIH pendant la période visée. Cette période est déterminée en fonction de la situation, c'est-à-dire selon que la personne vient de recevoir un résultat positif confirmant une infection par le VIH ou que la personne atteinte est déjà connue comme étant séropositive, et en fonction de l'information colligée.

L'approche privilégiée pour réaliser l'IPPAP-VIH se compare à l'approche négociée présentée dans le *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire* (MSSS 2014b).

L'IPPAP-VIH s'inscrit dans les services à offrir pour prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), notamment dans :

- les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP);
- les services donnés par les professionnels de la santé ou des services sociaux, particulièrement ceux qui effectuent le dépistage du VIH et ceux qui assurent la prise en charge clinique de personnes vivant avec le VIH.

Les directions de santé publique (DSP) sont légitimées de soutenir les professionnels de la santé ou des services sociaux pour la réalisation de l'IPPAP-VIH. Elles pourront aussi contribuer à créer un contexte favorable à la réalisation de cette intervention préventive par les professionnels de la santé ou des services sociaux de leur territoire, notamment en assurant l'offre de soutien à l'IPPAP-VIH décrite dans le présent guide.

Ce guide s'adresse aux professionnels qui seront désignés pour soutenir l'IPPAP-VIH. Selon l'organisation des services, ces professionnels peuvent être des professionnels de santé publique ou des professionnels de services de première ligne, tels que des infirmières de SIDEP ou des professionnels de services spécialisés en VIH.

Ce guide vise à soutenir les professionnels désignés quand ils :

- accompagnent des professionnels de la santé ou des services sociaux qui réalisent l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et de leurs partenaires;
- réalisent une intervention préventive auprès des partenaires de personnes atteintes d'une infection par le VIH ou auprès des personnes atteintes elles-mêmes.

Les outils visant à faciliter l'intervention du professionnel désigné sont présentés dans le document *Outils pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)* (MSSS 2017b), qui accompagne ce guide.

L'intervention du professionnel désigné est complémentaire à l'intervention réalisée par le professionnel de la santé ou des services sociaux.

INTRODUCTION

L'infection par le VIH constitue un problème de santé publique sérieux. Elle touche un grand nombre de personnes et sa morbidité est importante (infection chronique nécessitant un traitement prolongé). Plusieurs interventions permettent de prévenir le VIH ou d'en réduire la propagation. L'IPPAP-VIH compte parmi ces interventions.

Le soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires, la notification des partenaires et l'intervention préventive proprement dite auprès de ces derniers sont reconnus comme étant efficaces pour identifier des personnes qui ignorent être infectées (CCNMI 2013) et pour contribuer au contrôle de l'infection par le VIH (WHO 2015; CDC et autres 2014; ASPC 2013).

Au Québec, depuis 2000, des travaux sur l'IPPAP-VIH ont été menés par la Direction de santé publique – CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal (DSP de Montréal). Ces travaux, dont le Projet-pilote de service de soutien à l'identification, au counseling et à l'éducation des partenaires d'une personne infectée par le VIH (SER-VIH), ont démontré la pertinence, la faisabilité et l'efficacité du soutien à l'IPPAP-VIH. En 2011, l'Institut national de santé publique du Québec, dans son avis *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine*, recommandait au MSSS de définir des orientations sur l'IPPAP-VIH et d'offrir un soutien pour réaliser cette intervention (INSPQ 2011). L'annexe 1 résume des démarches québécoises relatives à l'IPPAP-VIH.

En 2013, avec l'accord de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, le groupe de travail ITS-MADO, sous la coordination du Service de lutte contre les ITSS (SLITSS), a entrepris des travaux en vue de définir une offre de soutien à l'IPPAP-VIH. En janvier 2014, les directions de santé publique ont été consultées sur les activités réalisées et le soutien souhaité relativement à l'IPPAP-VIH.

Le présent guide vise à répondre aux besoins identifiés à l'occasion de cette consultation. Les résultats de celle-ci sont résumés à l'annexe 1 et la méthode suivie pour élaborer le guide est présentée à l'annexe 2.

À qui s'adresse le guide?

Le guide s'adresse aux « professionnels désignés » par une direction de santé publique pour soutenir l'IPPAP-VIH. Selon l'organisation des services, les professionnels désignés peuvent être des professionnels de santé publique ou des professionnels de services de première ligne, tels que les infirmières de services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) et les professionnels de services spécialisés en VIH. Ce guide sera également utile aux professionnels des DSP qui soutiendront les professionnels désignés dans leurs interventions.

Les autres professionnels de la santé ou des services sociaux se référeront plutôt au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS 2016a) et à l'outil *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!* (MSSS 2016d).

Quels sont les objectifs du guide?

Le guide vise à outiller les professionnels désignés assurant :

- l'accompagnement des professionnels de la santé ou des services sociaux qui ont à réaliser l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH, après la détection de cette infection ou au cours du suivi;
- la réalisation d'une IPPAP-VIH à la suite d'une demande faite soit par un professionnel de la santé ou des services sociaux, soit, plus rarement, par une personne atteinte d'une infection par le VIH.

Ce guide permettra à ces professionnels désignés :

- de connaître les fondements scientifiques de l'intervention recommandée;
- de se familiariser avec les approches préconisées et les stratégies pour joindre, notifier et dépister les partenaires;
- de réaliser l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH;

- de résoudre des difficultés pouvant se présenter au cours de l'intervention auprès des partenaires;
- d'utiliser des outils visant à faciliter l'intervention;
- de constater les différences entre l'approche négociée pour l'IPPAP-VIH et l'approche négociée pour les cas d'infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire qui sont prioritaires (IPPAP-ITS).

Que contient le guide?

Le présent guide propose une intervention qui s'apparente à celle qui est réalisée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement (ITS) pour une situation prioritaire. Lorsque le *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire* (simplement appelé Guide ITS-MADO dans le texte) est cité, le lecteur sera invité à s'y référer.

La première partie du guide recense les éléments relatifs à la valeur et aux assises de l'intervention, soit la pertinence, l'efficacité et les bénéfices ainsi que les principes de base de l'IPPAP-VIH. La deuxième partie constitue le cœur du guide. Elle présente l'offre de soutien aux professionnels de la santé ou des services sociaux, l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH, l'intervention auprès des partenaires de celles-ci et l'adaptation de l'intervention selon l'origine des demandes. Cette partie propose une intervention basée sur les données probantes et adaptée au contexte québécois, présente des pistes d'intervention et fait référence à des outils. La troisième partie porte sur les éléments liés au cadre de l'intervention, soit les critères de succès, l'organisation des services, le cadre légal de l'intervention, les considérations éthiques et les enjeux associés à la criminalisation de l'exposition au VIH.

Où se trouvent les outils?

Pour faciliter la mise à jour et l'adaptation de l'intervention dans les régions, le document *Outils pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes du VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)* (MSSS 2017b) regroupe les outils propres à l'IPPAP-VIH suivants :

1. Modèle de fiche d'appel ou de demande adapté à l'IPPAP-VIH et son guide d'utilisation;
2. Questionnaire relatif à l'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection par le VIH et son guide d'utilisation;
3. Questionnaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une infection par le VIH et son guide d'utilisation;
4. Modèle de lettre pour l'orientation d'un partenaire informé de son exposition au VIH vers un professionnel de la santé.

Ceux qui portent la mention « outil adaptable » peuvent être modifiés selon les besoins régionaux. Le guide et les outils propres à l'IPPAP-VIH sont accessibles sur la partie du site du ministère de la Santé et des Services sociaux consacrée aux ITSS, à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca/itss (menu de gauche > Documentation > Pour les professionnels de la santé/Guides > Guide IPPAP-VIH).

D'autres outils disponibles en ligne, notamment ceux qui suivent, pourront également contribuer à l'intervention :

- la *Carte de notification VIH* (MSSS 2015c),
- la brochure *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler* (MSSS 2015e),
- l'outil *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!* (MSSS, 2016d),
- l'outil *Estimation du risque associé aux activités sexuelles* (MSSS 2014a),
- l'outil *Liste de dépliants et de brochures à l'intention des patients* (MSSS 2016e),
- l'outil *Ressources : intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS 2016f).

Dans le texte, l'icône ✂ signale que l'outil peut soutenir l'intervention du professionnel désigné.

PREMIÈRE PARTIE

RENSEIGNEMENTS POUR GUIDER L'INTERVENTION

La présente partie traite d'abord de la pertinence de l'IPPAP-VIH au Québec. On y aborde ensuite l'efficacité ainsi que les bénéfices de l'IPPAP et, enfin, les principes de base de cette intervention.

1. Pertinence de l'IPPAP-VIH au Québec

Au Québec, environ 300 nouveaux diagnostics d'infection par le VIH sont enregistrés annuellement au Programme de surveillance de l'infection par le VIH (Blouin, Venne et Lambert 2017). Ces nouveaux diagnostics concernent des personnes chez qui l'infection par le VIH est détectée pour la première fois, mais cette infection n'est pas nécessairement récente. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) estime qu'au Québec, en 2014, environ 19 870 personnes vivaient avec le VIH (ASPC 2015c) et que 21 % d'entre elles ne savaient pas qu'elles étaient infectées par ce virus.

La transmission est particulièrement importante pendant la période de primo-infection; en effet, selon l'étude de Brenner et autres (2007), 50 % des nouveaux cas de VIH seraient des personnes infectées depuis moins de six mois.

Chez la majorité des cas, une thérapie antirétrovirale efficace permet de rendre la charge virale indétectable dans le sang (MSSS 2016c), réduisant ainsi considérablement le risque de transmission. Pour atteindre et maintenir une charge virale indétectable, une personne vivant avec le VIH doit avoir accès à un continuum de services : dépistage et diagnostic du VIH, soins et services de santé appropriés, traitements antirétroviraux et soutien psychosocial. Le concept de cascade de soins vise à mesurer des éléments du continuum de soins (détection – arrimage aux soins – charge virale indétectable) et à en cerner les lacunes. Au Québec, la proportion des personnes se situant à chacune des étapes de la cascade n'est pas connue. Les travaux en cours visant à optimiser la surveillance du VIH au Québec devraient permettre de connaître ces proportions.

En 2014, le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) proposait d'intensifier les efforts de dépistage et de traitement du VIH à l'échelle mondiale. Cette proposition s'appuie sur des travaux de recherche démontrant que le traitement précoce et à vie du VIH peut améliorer considérablement la santé des personnes vivant avec le VIH et aussi réduire radicalement la transmission du virus. L'atteinte de l'objectif 90-90-90 permettrait de réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections et de 80 % le nombre de décès reliés au sida d'ici 2030 (UNAIDS 2014). L'objectif 90-90-90 fixe les cibles suivantes pour 2020 :

- 90 % des personnes atteintes d'une infection par le VIH connaissent leur statut;
- 90 % des personnes qui connaissent leur statut reçoivent une thérapie antirétrovirale soutenue;
- 90 % des personnes sous traitement antirétroviral ont une charge virale indétectable.

Comme pour les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO), souvent le seul moyen de permettre aux partenaires exposés à une infection par le VIH d'avoir accès aux services de prévention est de les informer de leur exposition. Dans une étude, 65 % des personnes ayant reçu un soutien pour l'IPPAP à la suite d'un diagnostic de VIH ont avisé au moins un partenaire, par rapport à 45 % en absence de soutien (Golden 2009). Une autre étude a montré que, parmi les partenaires dépistés dans le cadre de l'IPPAP, 22 % n'avaient jamais passé de test de dépistage du VIH et 41 % n'auraient pas eu l'intention de le faire dans les six mois suivants (Begley 2008). L'IPPAP-VIH permet d'offrir à des personnes exposées un dépistage, du counseling et, dans certains cas, un traitement. L'IPPAP-VIH contribue ainsi à réduire la transmission du VIH (CCNMI 2013). Cette intervention participe à l'atteinte de l'objectif 90-90-90 fixé par l'ONUSIDA et est endossée par le gouvernement du Canada.

L'IPPAP-VIH s'inscrit dans l'approche combinée proposée par le programme ONUSIDA. Selon celui-ci, la prévention combinée vise à obtenir une influence maximale sur la prévention du VIH en associant des stratégies structurelles, biomédicales et comportementales fondées sur les droits de l'homme et justifiées, dans

le cadre d'une épidémie locale qui a été étudiée et comprise (UNAIDS 2010). L'IPPAP-VIH combine des stratégies biomédicales (ex. : dépistage du VIH, prophylaxie postexposition pour les personnes exposées depuis moins de 72 heures) et comportementales (ex. : counseling sur la réduction des risques).

L'IPPAP-VIH peut contribuer à l'atteinte de deux objectifs du Programme national de santé publique 2015-2025 : prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS); protéger la population par la mise en place de mesures de contrôle des risques et des menaces pour la santé, selon le contexte (MSSS 2015f : 51, 55). D'une part, l'IPPAP-VIH s'inscrit dans les services à offrir pour prévenir les ITSS, notamment dans les SIDEp auprès des groupes vulnérables, et dans le soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé¹ (axe 3). D'autre part, le présent guide s'inscrit dans le processus d'élaboration des orientations nationales visant la prévention et le contrôle des risques liés à des agents biologiques (axe 4).

Les DSP sont légitimées de soutenir les professionnels de la santé ou des services sociaux pour la réalisation de l'IPPAP-VIH. Elles pourront, entre autres, contribuer à créer un contexte favorable à la réalisation de cette intervention préventive par les professionnels de la santé ou des services sociaux de leur territoire, notamment par une offre de soutien à l'IPPAP-VIH telle que celle qui est décrite dans le présent guide.

1. La prévention clinique fait référence à un ensemble d'interventions faites par un professionnel de la santé afin de promouvoir la santé et de prévenir les maladies évitables, les problèmes psychosociaux et les blessures. En matière d'ITSS, elle couvre notamment le dépistage, le counseling, la vaccination ainsi que le traitement des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires (MSSS 2015f : 47).

2. Efficacité et bénéfices de l'IPPAP-VIH

Le soutien à la personne atteinte offert dans le cadre de l'intervention préventive auprès de ses partenaires, la notification des partenaires et l'intervention préventive proprement dite auprès de ces derniers sont reconnus comme étant efficaces pour contribuer au contrôle de l'infection par le VIH (WHO 2015; CDC et autres 2014; ASPC 2013). En effet, ces actions contribuent à briser la chaîne de transmission (USHHS 2008; WHO 2016).

Le soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires et la notification des partenaires permettent :

- d'identifier des personnes qui ignorent être atteintes du VIH (CCNMI 2013; Bernstein et autres 2014; Chen et autres 2013; Hogben et autres 2007; Bergman et autres 2015; WHO 2016);
- de joindre des partenaires qui ne se seraient pas fait dépister autrement (CCNMI 2013; Bernstein et autres 2014; Chen et autres 2013).

L'efficacité de l'IPPAP-VIH pour trouver de nouveaux cas est meilleure quand :

- la prévalence de l'infection est grande dans une région ou une population, c'est-à-dire qu'elles sont plus touchées par cette infection (CCNMI 2013);
- la personne atteinte vient de recevoir un résultat positif confirmant une infection par le VIH, et ce, que l'infection soit aiguë ou non (CCNMI 2013);
- la personne atteinte a une infection par le VIH récente (CDC et autres 2014);
- les partenaires connus comme étant séropositifs au VIH sont exclus de l'intervention (CCNMI 2013)²;
- une intervention est réalisée auprès des membres du réseau social et sexuel de la personne atteinte (*peer-driven cluster referral*) (CCNMI 2013).

De même que pour l'IPPAP réalisée à la suite d'une autre ITS, l'intervention faite par la personne atteinte du VIH elle-même aurait plus de succès avec les partenaires sexuels dans le cadre d'une relation stable ou en cours qu'avec des partenaires anciens, occasionnels ou anonymes (Golden et autres 2009; Bell et Potterat 2011). L'intervention d'un professionnel formé pour notifier des partenaires est plus avantageuse auprès des partenaires occasionnels ou anciens (CCNMI 2013). Davantage de partenaires sont joints et dépistés lorsque l'IPPAP-VIH est réalisée sur le terrain (Udeagu et autres 2012) et que le test rapide est offert au moment de la notification (Renaud et autres 2011; Tsega, Udeagu et Begier 2012).

Quelques études états-uniennes démontrent que l'IPPAP-VIH est considérée coût-efficace; certains auteurs la considèrent d'emblée comme telle comparativement à l'absence d'intervention (CDC et autres 2014) et d'autres, si les dépenses pour trouver un nouveau cas de VIH n'excèdent pas 30 000 \$ (CCNMI 2013). Des études montrent que les programmes de notification des partenaires de personnes atteintes d'une infection par le VIH coûtent moins de 25 % de ce montant par nouveau cas détecté (CCNMI 2013). Au Québec, le coût à vie d'une infection par le VIH se situerait entre 448 000 \$ et 690 000 \$ (Ouellet et autres 2015).

Selon une étude de modélisation (Cohen 2005, cité dans CCNMI 2013), par comparaison avec d'autres stratégies de prévention du VIH (ex. : distribution de condom, campagnes de prévention), l'IPPAP-VIH s'avérait parmi les plus rentables sur le plan du coût par infection prévenue. Même si l'IPPAP-VIH s'adresse à un nombre de personnes limité, soit les personnes infectées et leurs partenaires, elle cible directement des personnes infectées ou pour qui le risque de l'être s'avère élevé en leur offrant une intervention adaptée à leur situation.

2. Toutefois, bien qu'elle ne permette pas de trouver de nouveaux cas, l'intervention auprès des partenaires connus comme étant séropositifs constitue une occasion d'intervenir sur l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires (CCNMI 2013) ou encore de favoriser la prise en charge (Chen et autres 2013, étude rétrospective). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour statuer sur l'efficacité des interventions auprès des partenaires connus séropositifs (CCNMI 2013).

Par ailleurs, des études montrent que l'IPPAP-VIH pourrait présenter les avantages suivants :

- contribuer à la stratégie du traitement comme outil de prévention³ (CCNMI 2013);
- favoriser la prise en charge clinique en temps opportun, tant pour les personnes atteintes que pour leurs partenaires (Bocour et autres 2013; Schneider 2014; WHO 2016).

De plus, l'IPPAP-VIH pourrait entraîner des changements de comportements à court et à long terme, aussi bien chez les personnes atteintes que chez leurs partenaires, notamment :

- une diminution du nombre de relations non protégées chez les personnes atteintes (CCNMI 2013);
- une réduction du nombre de partenaires sexuels et une augmentation de l'utilisation du condom, chez les partenaires séropositifs comme chez les partenaires séronégatifs (CCNMI 2013).

3. Le traitement comme outil de prévention fait référence à l'utilisation du traitement antirétroviral (TAR) pour diminuer le risque de transmission du VIH. Il s'agit de l'utilisation du TAR soit par les personnes vivant avec le VIH afin de maintenir une charge virale indétectable, soit par des personnes séronégatives à titre de prophylaxie pré ou postexposition. L'utilisation de ce traitement comme outil de prévention s'avère hautement efficace pour réduire le risque de transmission sexuelle du VIH (CATIE 2017b).

3. Principes de base de l'IPPAP-VIH

La présente section énumère les principes de base de l'IPPAP-VIH :

- personnes ciblées et période visée pour l'intervention auprès des partenaires;
- approches à privilégier pour l'intervention;
- rôles complémentaires du professionnel de la santé ou des services sociaux et du professionnel désigné, et offre systématique de soutien;
- situations à prendre en considération dans la planification des interventions;
- délais;
- suivi systématique;
- cas perdus pour le suivi.

3.1 Personnes ciblées par l'IPPAP-VIH et période visée pour l'intervention auprès des partenaires

Le tableau 1 donne des précisions sur les personnes ciblées par l'IPPAP-VIH soit les personnes atteintes d'une infection par le VIH et leurs partenaires.

Tableau 1 Personnes ciblées par l'IPPAP-VIH

Personnes atteintes d'une infection par le VIH	Partenaires
<ul style="list-style-type: none"> • TOUTES les personnes qui viennent d'apprendre qu'elles sont atteintes d'une infection par le VIH* (BCCDC 2007; CDC et autres 2014); • Personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un suivi lorsque la charge virale est élevée (BCCDC 2007; Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009; Alberta. Ministry of Health and Wellness 2011; BASHH 2013; CDC et autres 2014) ou en fonction de l'évaluation du risque de transmission (voir l'encadré 1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires ayant eu des relations sexuelles (BCCDC 2007; USHHS 2008; Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009; Australasian Society for HIV Medicine 2010; Alberta. Ministry of Health and Wellness 2011; ASPC 2013; CDC et autres 2014) avec une personne vivant avec le VIH pendant la période visée; • Partenaires ayant partagé le matériel de préparation, d'injection (BCCDC 2007; USHHS 2008; Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009; Australasian Society for HIV Medicine 2010; Alberta. Ministry of Health and Wellness 2011; ASPC 2013; CDC et autres 2014) ou d'inhalation de drogues avec une personne vivant avec le VIH pendant la période visée.

Notes

* L'IPPAP-VIH doit être réalisée après le premier test de confirmation fait par le Laboratoire de santé publique du Québec. En effet, il n'est pas recommandé d'attendre le résultat du second test de dépistage sur un second échantillon de sang.

Lorsqu'on obtient un résultat réactif au test de dépistage du VIH effectué au point de service, à l'aide d'une trousse de dépistage rapide, pour une personne pour qui le risque d'infection par le VIH est élevé, la notification et l'intervention auprès des partenaires exposés dans les 72 dernières heures pourraient être effectuées sans attendre le résultat du test de confirmation. Différents éléments devraient alors être pris en compte, notamment :

- la prévalence de l'infection dans la population dont fait partie la personne qui a obtenu le résultat TDR réactif (puisque plus la prévalence est élevée, plus le résultat réactif risque d'être confirmé, la proportion de faux positifs sera faible);
- le risque de transmission (plus le risque de transmission lié au comportement est élevé, plus l'évaluation pour une prophylaxie postexposition s'avère pertinente).

La plupart des interventions s'adresseront aux partenaires de personnes qui viennent d'apprendre qu'elles sont atteintes d'une infection par le VIH. Les partenaires déjà connus comme étant séropositifs ne seront généralement pas joints. De plus, l'intervention proposée dans le présent guide ne concerne ni la transmission mère-enfant⁴ ni les personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail⁵.

La période visée pour l'intervention auprès des partenaires est déterminée en fonction de la situation (personne qui vient d'apprendre qu'elle est atteinte d'une infection par le VIH ou personne atteinte bénéficiant d'une prise en charge) et de l'information colligée (voir le tableau 2).

L'intervention débute généralement avec les partenaires qui ont été exposés récemment (Australasian Society for HIV Medicine 2010) car, plus on recule dans le temps, moins on a de chances de trouver de nouveaux cas.

Tableau 2 Périodes visées pour l'intervention auprès des partenaires

Partenaires de personnes qui viennent d'apprendre qu'elles sont atteintes d'une infection par le VIH	Partenaires de personnes déjà connues comme étant séropositives
<ul style="list-style-type: none"> • Si la date du dernier test négatif de la personne atteinte est connue, joindre les partenaires exposés jusqu'à trois mois avant cette date* (BCCDC 2007; Northwest Territories. Department of Health and Social Services 2006; USHHS 2008; Australasian Society for HIV Medicine 2010; Ahrens, cité dans CCNMI 2013). • Si la date du dernier test négatif de la personne atteinte est inconnue ou s'il s'agit de son premier test de dépistage du VIH, selon le contexte et l'information colligée : <ul style="list-style-type: none"> – joindre les partenaires exposés jusqu'à un an avant un résultat positif confirmant une infection par le VIH (Bergman et autres 2011; Bernstein et autres 2014; Van Aar et autres 2012; Webster, Udeagu et Shephard 2012; BCCDC 2007) ou – joindre les partenaires exposés depuis le début des comportements à risque tels que le partage de matériel d'injection ou des relations sexuelles non protégées (Australasian Society for HIV Medicine 2010; Alberta. Ministry of Health and Wellness 2011; Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009). La recherche des partenaires donnera de meilleurs résultats si les comportements à risque ont débuté récemment (quelques semaines ou mois) que s'ils durent depuis des années. • Si la personne atteinte n'a eu aucun partenaire pendant la période visée, son plus récent partenaire pourrait être avisé. 	<ul style="list-style-type: none"> • La période visée varie selon le contexte. On pourra, par exemple, chercher les partenaires rencontrés dans les mois précédant une mesure de charge virale élevée (CDC et autres 2014). Voir l'encadré 1 pour de l'information sur la charge virale et les risques de transmission.

Notes

* Sauf exception, par exemple l'immunosuppression consécutive à une autre maladie, les anticorps du VIH sont détectables, dans 99 % des cas, trois mois après une exposition menant à une infection (MSSS, 2016a).

4. Le Centre maternel et infantile sur le sida du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine peut soutenir les cliniciens (orientation pour le suivi pendant la grossesse ou suivi conjoint). Pour joindre ce centre, composer le 514 345-4836.

5. Pour l'intervention dans ce contexte, voir MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications. 2017a.

Encadré 1 Charge virale, risques de transmission et IPPAP-VIH

1. CHARGE VIRALE ET RISQUES DE TRANSMISSION

Plus la charge virale est élevée, plus le risque de transmission augmente. Le seuil à partir duquel la charge virale est considérée comme élevée n'est pas précisé dans la littérature. Toutefois, les études ayant évalué la transmission du VIH en fonction de la charge virale dans le plasma démontrent que, sous le seuil de 1 500 copies/ml dans le plasma, le risque de transmission est considérablement réduit¹.

L'utilisation correcte et régulière du traitement antirétroviral en vue de maintenir une charge virale indétectable est une stratégie hautement efficace pour réduire le risque de transmission sexuelle de l'infection par le VIH². Actuellement, on qualifie d'*indétectable* une charge virale inférieure à 20 copies/ml ou se situant sous le seuil minimal de quantification des trousseaux utilisés au Québec.

Le Consensus d'experts sur la charge virale et la transmission du VIH¹ précise les conditions à respecter pour diminuer le risque de transmission lorsque la charge virale est indétectable.

Le risque de transmission associé aux relations sexuelles vaginales non protégées par un condom est réduit au niveau « négligeable ou très faible » lorsque les six conditions suivantes sont respectées¹ :

- 1) la charge virale de la personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) est indétectable depuis au moins six mois et d'après deux mesures consécutives, grâce à une thérapie antirétrovirale efficace;
- 2) l'observance du traitement par la PVVIH est optimale (proportion de 95 % et plus);
- 3) les partenaires entretiennent une relation stable et exclusive;
- 4) aucun des partenaires n'a une autre ITSS;
- 5) les deux partenaires bénéficient d'un suivi médical régulier incluant un dépistage des ITSS fréquent;
- 6) les deux partenaires bénéficient d'un counseling régulier et approprié.

Lorsque les conditions ci-dessus sont respectées, le risque de transmission du VIH associé aux relations sexuelles orales ou anales non protégées par un condom ou une barrière de latex pourrait lui aussi être réduit au niveau « négligeable ou très faible »¹.

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, le risque pourrait être augmenté, mais les données actuelles ne permettent pas de quantifier cette augmentation¹.

2. IPPAP-VIH

Dans la littérature, il est recommandé d'effectuer l'IPPAP-VIH lorsque la charge est élevée, sans précision quant au seuil. À partir de la littérature relative au risque de transmission et d'échanges avec des experts québécois, nous recommandons de baser la décision de réaliser l'IPPAP-VIH au cours du suivi d'une PVVIH sur la mesure de la charge virale et sur le respect des six conditions formulées dans le Consensus d'experts (voir ci-dessus) :

- la charge virale est supérieure à 1 500 copies/ml : ➤ IPPAP-VIH recommandée;
- la charge virale est inférieure à 1 500 copies/ml : ➤ IPPAP-VIH à envisager;
- la charge virale est indétectable, mais les conditions du consensus d'experts sur la charge virale et la transmission du VIH ne sont pas respectées : ➤ IPPAP-VIH à envisager;
- les conditions du consensus d'experts sur la charge virale et la transmission du VIH sont toutes respectées : ➤ IPPAP-VIH non recommandée.

1. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, iii, 51 p. Également disponible en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1812>.

2. CATIE, *Déclaration de CATIE sur l'utilisation du traitement antirétroviral (TAR) pour maintenir une charge virale indétectable comme stratégie hautement efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH*, Toronto, CATIE [La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C], 2017, 8 p. Également disponible en ligne : <http://www.catie.ca/fr/prevention/declarations/tar>.

3.2 Approche à privilégier pour l'intervention

Les diverses approches pour réaliser l'IPPAP-VIH (ex. : *patient referral*, *provider referral* et *contract referral*) décrites dans les études et les guides d'intervention ressemblent généralement à celles qui sont proposées pour les autres ITS. La revue de la littérature scientifique effectuée par le CCNMI en 2013 établit que la notification par contrat (*contract referral*) s'avère prometteuse (CCNMI 2013) et celle du WHO, en 2016, montre que, comparée à l'approche passive (*patient referral*), une approche qui inclut la participation d'un professionnel formé (ex. : *provider referral* et *contract referral*) fait augmenter la proportion des partenaires dépistés, permet d'identifier un nombre plus important de partenaires atteints d'une infection par le VIH et favorise leur prise en charge (WHO 2016).

L'approche recommandée pour l'IPPAP-VIH se compare aux volets 1, 2 et 3 de l'approche négociée présentée dans le Guide ITS-MADO (pages 76 à 79), qui sont :

- volet 1 – Évaluation du risque et de la vulnérabilité, et intervention préventive auprès de la personne atteinte,
- volet 2 – Soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires,
- volet 3 – Notification et intervention préventive auprès des partenaires.

Toutefois, l'intervention proposée dans le Guide ITS-MADO sera adaptée. L'annexe 3 présente un tableau synthèse permettant de constater rapidement ce qui distingue l'IPPAP-VIH de l'IPPAP-ITS. Selon la nature de la demande, le professionnel désigné peut réaliser les trois volets ou se limiter au volet 3.

3.3 Rôles complémentaires du professionnel de la santé ou des services sociaux et du professionnel désigné, et offre systématique de soutien

L'intervention du professionnel désigné est complémentaire à l'intervention réalisée par le professionnel de la santé ou des services sociaux.

Le soutien à la personne atteinte pour qu'elle avise ses partenaires est généralement offert par le professionnel de la santé ou des services sociaux dans le cadre du counseling post-test à la suite d'un résultat positif confirmant une infection par le VIH. Au cours du suivi, le professionnel de la santé ou des services sociaux abordera régulièrement l'intervention préventive auprès des partenaires (BASHH 2013; BCCDC 2007; WHO 2016).

Afin de favoriser la notification, le professionnel de la santé ou des services sociaux offrira systématiquement le soutien du professionnel désigné (ou, encore, son propre soutien ou celui d'un professionnel de son milieu clinique) pour aviser les partenaires exposés que la personne atteinte n'est pas en mesure d'aviser. Selon les modalités prévues dans le milieu clinique, la notification et l'intervention auprès des partenaires seront réalisées par un professionnel désigné ou un professionnel du milieu clinique.

À la demande du professionnel de la santé ou des services sociaux, le professionnel désigné interviendra auprès des partenaires ou auprès de la personne atteinte. Le tableau 3 résume le rôle du professionnel de la santé ou des services sociaux et celui du professionnel désigné, tant pour l'intervention auprès de la personne atteinte d'une infection par le VIH que pour l'intervention auprès de ses partenaires.

Tableau 3 Rôles du professionnel de la santé ou des services sociaux et du professionnel désigné selon les volets 1, 2 et 3 de l'intervention

Volets 1 et 2 – Intervention auprès de la personne atteinte

Rôle du professionnel de la santé ou des services sociaux
<p>Counseling post-test à la suite d'un résultat positif au dépistage de l'infection par le VIH et counseling auprès de la personne atteinte au cours du suivi :</p> <p>Intervention correspondant au volet 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une intervention préventive auprès de la personne qui vient d'apprendre qu'elle est atteinte d'une infection par le VIH; • Au cours du suivi, aborder régulièrement avec elle les mesures à prendre pour limiter la transmission du VIH. <p>Intervention correspondant au volet 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la personne atteinte pour qu'elle avise ses partenaires à la suite d'un résultat positif confirmant une infection par le VIH; • Lorsque cela s'avère pertinent (ex. : charge virale élevée), au cours du suivi, discuter avec elle de l'intervention préventive à effectuer auprès de ses partenaires; • Lui offrir systématiquement le soutien d'un professionnel désigné ou d'un professionnel de son milieu clinique pour notifier les partenaires qu'elle n'est pas en mesure de notifier.
Rôle du professionnel désigné
<p>À la demande d'un professionnel de la santé ou des services sociaux, intervenir auprès de la personne atteinte et effectuer un suivi systématique auprès de celle-ci concernant la notification des partenaires.</p> <p>Le chapitre 5 donne des précisions sur l'intervention.</p> <p> Le document Outils IPPAP-VIH** contient un questionnaire et un guide visant à soutenir l'intervention auprès de la personne atteinte (voir l'outil 2).</p>

Volet 3 – Intervention auprès des partenaires

Rôle du professionnel de la santé ou des services sociaux
<p>Pour les partenaires que la personne atteinte n'est pas en mesure de notifier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon les modalités régionales prévues : <ul style="list-style-type: none"> – demander à un professionnel désigné de réaliser l'intervention préventive auprès de certains partenaires OU – réaliser l'intervention préventive auprès de certains partenaires ou demander à un professionnel de son milieu clinique de le faire. • Si le professionnel ne réalise pas lui-même l'intervention, transmettre à celui qui le fera les renseignements sur les partenaires à joindre : <ul style="list-style-type: none"> – les coordonnées de chacun des partenaires et tous les renseignements permettant de les identifier; – la date de la dernière exposition pour chacun des partenaires; – la nature de l'exposition pour chacun des partenaires (comportements sexuels ou partage de matériel de préparation, d'injection et d'inhalation de drogues); – les coordonnées de la personne atteinte d'une infection par le VIH dans les cas où il n'a pas les coordonnées suffisantes pour que le professionnel désigné puisse joindre les partenaires.
Rôle du professionnel désigné
<p>À la demande d'un professionnel de la santé ou des services sociaux ou, plus rarement, de la personne atteinte, réaliser une intervention auprès des partenaires et offrir un test immédiatement après la notification ou effectuer un suivi systématique concernant le dépistage.</p> <p>Le chapitre 6 donne des précisions sur l'intervention.</p> <p> Le document Outils IPPAP-VIH** contient un questionnaire et un guide pour soutenir l'intervention auprès du partenaire (voir l'outil 3).</p>

Volets 1, 2 et 3 – Soutien aux professionnels de la santé ou des services sociaux

Rôle du professionnel désigné
<p>À la suite d'une demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer ces professionnels sur les services offerts; • leur envoyer de la documentation (outils d'aide à la pratique, brochures à remettre aux patients et à leurs partenaires); • leur fournir des pistes d'intervention auprès de la personne atteinte et auprès de ses partenaires. <p>Le chapitre 4 présente le soutien à offrir aux professionnels de la santé ou des services sociaux.</p> <p> Le document Outils IPPAP-VIH** présente un modèle de fiche d'appel ou de demande (voir l'outil 1).</p>

Notes

* Le chapitre 11 du *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS, 2016a) présente le counseling post-test à réaliser par le professionnel de la santé.

** MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2017b), *Outils pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes du VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)*, [En ligne], Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 72 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001958/>].

3.4 Situations à prendre en considération dans la planification des interventions

Tous les partenaires séronégatifs ou dont le statut sérologique est inconnu exposés pendant la période visée doivent être joints dans les meilleurs délais (CDC et autres 2014). Pour ordonnancer les interventions lorsque plusieurs partenaires doivent être joints, le professionnel désigné tiendra compte tant de l'information colligée à leur sujet que de leur situation et il exercera son jugement clinique. Le tableau 4 présente, de façon non exhaustive, des situations à prendre en considération dans la planification des interventions.

Tableau 4 Situations à prendre en considération pour planifier les interventions

Partenaires exposés au VIH récemment

Situations	Commentaires
Partenaire exposé dans les 72 heures précédant l'intervention (USHHS 2008; Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009; Australasian Society for HIV Medicine 2010)	Priorité absolue Évaluation pour une prophylaxie postexposition recommandée Intervention très rapide requise

Partenaires plus susceptibles de transmettre le VIH

Situations	Commentaires
Partenaire enceinte (USHHS 2008; Alberta. Ministry of Health and Wellness 2011, Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009, CDC et autres 2014)	Traitement possible pour éviter la transmission au nouveau-né
Partenaire dont l'exposition la plus récente a eu lieu au cours des trois derniers mois (Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009)	Partenaire possiblement récemment infecté (primo-infection)
Partenaire qui a des comportements à risque (BCCDC 2007, USHHS 2008; Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009; CDC et autres 2014)	Exemples de comportements à risque : partenaires multiples, partage de matériel d'injection de drogues

Partenaires plus susceptibles d'être infectés par le VIH

Situations	Commentaires
Partenaire d'une personne récemment infectée (primo-infection) (BCCDC 2007; USHHS 2008; Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009; CDC et autres 2014)	Risque de transmission très élevé au stade de la primo-infection
Partenaire d'une personne atteinte ayant une charge virale élevée (BCCDC 2007; USHHS 2008; Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009; CDC et autres 2014)	Seuil non précisé dans la littérature scientifique (voir l'encadré 1)
Partenaire d'une personne atteinte d'une infection par le VIH et d'une ITS susceptible d'augmenter le risque de transmission du VIH (Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009; CDC et autres 2014)	ITS pouvant augmenter le risque de transmission du VIH : chlamydia, gonorrhée, syphilis, herpès génital et lymphogranulomatose vénérienne
Partenaire atteint d'une ITS susceptible d'augmenter le risque d'acquisition du VIH (USHHS 2008; Ontario. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses 2009)	ITS pouvant augmenter le risque d'acquisition du VIH : chlamydia, gonorrhée, syphilis, herpès génital, condylomes et lymphogranulomatose vénérienne
Partenaire avec qui la personne atteinte a eu des relations anales ou vaginales non protégées par un condom (USHHS 2008; CDC et autres 2014)	Utilisation constante et adéquate du condom, laquelle réduit le risque de transmission

Autres partenaires

Situations	Commentaires
Par exemple : partenaire qui a eu soit des relations orales non protégées par un condom ou une barrière de latex, soit des relations vaginales ou anales protégées par un condom, avec la personne atteinte	IPPAP-VIH pertinente

Note

* Consulter le *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC* (MSSS, 2017a).

3.5 Délais

Plusieurs études montrent qu'intervenir rapidement après un résultat positif confirmant une infection par le VIH améliore l'efficacité de l'IPPAP-VIH (CDC et autres 2014). Toutefois, ces études ne précisent pas le délai à ne pas dépasser.

Les guides consultés apportent des éléments utiles pour déterminer le délai d'intervention. Selon le BCCDC (2007), l'IPPAP-VIH doit être réalisée au moment de l'annonce du résultat positif ou peu de temps après cette annonce. L'Australasian Society for HIV Medicine (2010) rapporte que le moment le plus approprié dépend de la situation (ex. : état physique et émotif de la personne atteinte, risque de transmission imminent). Une étude soutient cette recommandation; elle montre qu'un certain temps peut être nécessaire pour que la personne atteinte assimile un résultat positif au test de dépistage du VIH (Barker 2011). Elle souligne que le respect de cette période d'assimilation affectera positivement la collaboration de la personne atteinte à l'IPPAP-VIH. Si cette personne n'est pas prête à parler de notification des partenaires au moment où elle apprend être atteinte d'une infection par le VIH, il est recommandé de prévoir un rendez-vous dans les jours suivants (Australasian Society for HIV Medicine 2010).

Les experts de la British Association for Sexual Health and HIV précisent qu'une liste des partenaires, une entente concernant la notification de chacun d'eux et un échéancier devraient être établis avec la personne atteinte au plus tard un mois après le résultat positif (BASHH 2013). Selon ces experts, l'intervention auprès des partenaires devrait être complétée à l'intérieur d'une période de trois mois. Les lignes directrices pour la prise en charge des maladies à déclaration obligatoire du gouvernement de l'Alberta fixent le délai d'un mois après avoir obtenu les coordonnées des partenaires (Alberta. Ministry of Health and Wellness 2011).

Pour l'intervention auprès de la personne atteinte, il est donc recommandé :

- d'intervenir rapidement après un résultat positif confirmant une infection par le VIH (personne qui vient d'apprendre qu'elle est atteinte) ou lorsqu'un risque de transmission a été identifié (personne déjà connue comme étant séropositive);
- de tenir compte de l'état émotif de la personne atteinte (ex. : dépression, déni) et de lui laisser du temps pour assimiler l'annonce du résultat positif confirmant une infection par le VIH;
- d'établir une liste des partenaires et une entente pour joindre chacun d'eux au plus tard un mois après l'annonce du résultat positif confirmant une infection par le VIH. L'entente devra être respectée sans délai si des partenaires ont été exposés au cours des 72 dernières heures.

Pour l'intervention auprès des partenaires, il est donc recommandé :

- de commencer l'intervention le plus rapidement possible lorsque la liste et les ententes sont établies;
- de tenir compte des situations à prendre en considération dans la planification des interventions lorsque plusieurs partenaires doivent être joints, en accordant la priorité à ceux qui ont été exposés au cours des 72 dernières heures.

3.6 Suivi systématique

Attendu que l'une des priorités de la lutte contre l'infection par le VIH est de diminuer la proportion des personnes atteintes ne connaissant pas leur statut;

Attendu que les conséquences associées à une infection par le VIH non diagnostiquée et à l'absence du suivi clinique approprié sont importantes (ex. : mortalité, morbidité, risque de transmission, etc.) (ASPC 2015a);

Attendu que l'infection par le VIH nécessite un suivi clinique régulier (qui se distingue du suivi plutôt ponctuel d'autres ITSS);

Attendu que certains partenaires peuvent attendre jusqu'à un an avant d'aller se faire dépister (Alberta. Ministry of Health and Wellness 2011; BASHH 2013);

Il est recommandé que le professionnel désigné effectue systématiquement un suivi :

- auprès de la personne atteinte qu'il a soutenue pour vérifier si elle a effectivement avisé ses partenaires (CDC et autres 2014). Si des partenaires n'ont pas été avisés, l'offre de soutien pour aviser des partenaires sera réitérée;
- auprès des partenaires qu'il a notifiés afin de vérifier s'ils ont fait l'objet d'une évaluation clinique et d'un dépistage.

On pourra envisager de faire des tentatives pour notifier un partenaire ou vérifier s'il a été dépisté jusqu'à un an après l'exposition (Alberta. Ministry of Health and Wellness 2011; BASHH 2013).

3.7 Cas perdus pour le suivi

Il arrive que le professionnel désigné ne puisse joindre une personne atteinte ou ses partenaires malgré tous ses efforts, soit parce que le nom, le numéro de téléphone ou l'adresse de la personne sont incomplets ou incorrects, soit parce que la personne a déménagé, ne répond pas aux appels téléphoniques ou ne donne pas suite aux messages laissés par ce professionnel.

Le professionnel désigné peut alors décider qu'il a affaire à un « cas perdu pour le suivi » après s'être assuré que des moyens raisonnables ont été mis en œuvre, au cours d'une période elle aussi raisonnable, pour joindre la personne. L'inscription de notes à ce sujet dans le dossier permettra de vérifier si de tels moyens ont été utilisés. Des efforts pour joindre le partenaire pourraient être effectués jusqu'à un an après l'annonce d'un résultat positif, car ils peuvent encore porter des fruits (BASHH 2013).

DEUXIÈME PARTIE

INTERVENTION

La présente partie décrit l'intervention du professionnel désigné. Elle traite d'abord du soutien qu'il offre au professionnel de la santé ou des services sociaux, elle présente ensuite l'intervention préventive qu'il réalise auprès de la personne atteinte, puis elle aborde la notification et l'intervention préventive qu'il effectue auprès des partenaires. Cette partie aborde également l'adaptation de l'intervention du professionnel désigné selon la provenance des demandes.

4. Soutien à un professionnel de la santé ou des services sociaux

Le professionnel désigné pourra proposer au professionnel de la santé ou des services sociaux les guides, outils, formations et activités de mise à jour des compétences qui lui sont destinés ainsi que des outils pour la personne atteinte ou ses partenaires.

- **Outils et guides destinés aux professionnels de la santé ou des services sociaux**
 - Outil *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!* (MSSS 2016d),
 - Outil *Estimation du risque associé aux activités sexuelles : intervention préventive relative aux ITSS*⁶ (MSSS 2014a),
 - *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS 2016a) :
 - chapitre 11, section 11.5, « Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'infection par le VIH est positif »,
 - chapitre 19, « Infection par le VIH » (fiche clinique sur le VIH),
 - annexe VII, « Liste d'outils accessibles sur Internet »,
 - annexe IX, « Guide d'utilisation de la brochure *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler* et des cartes de notification sur la chlamydia ou la gonorrhée, sur la syphilis et sur le VIH ».
 - *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : guide pour les professionnels de la santé du Québec* (MSSS 2014c)
- **Brochures, carte et dépliants destinés à la personne atteinte ou à ses partenaires**
 - *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler* (MSSS 2015e),
 - *Carte de notification VIH* (MSSS 2015c),
 - *Dépistage du VIH : je passe le test* (MSSS 2015d),
 - *Le VIH court toujours* (MSSS 2013a),
 - *Ouvrez les yeux : le dépistage des ITSS et du VIH, ça concerne tout le monde!* (MSSS 2013b),
 - Liste des milieux cliniques du territoire à consulter pour obtenir une évaluation clinique et un dépistage,
 - Liste des ressources cliniques, psychosociales ou communautaires, selon les besoins.

6. Cet outil présente le risque de transmission sexuelle du VIH et des autres ITSS. Il précise les éléments qui augmentent (ex. : lésions des muqueuses, présence de sang, présence de sperme) ou diminuent (ex. : charge virale indétectable, utilisation du condom) le risque de transmission du VIH. Cet outil pourra soutenir la décision d'entreprendre l'intervention préventive auprès des partenaires.

- **Activités de mise à jour des compétences et formations offertes dans les régions**

- *Dépistage des ITSS : agir avec compétence, adapter les interventions* (INSPQ),
- *Dépister le VIH : pour une utilisation optimale des trousse de dépistage rapide* (INSPQ),
- *Atelier de formation médicale continue intitulé Atelier interactif sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : mieux prévenir et mieux traiter* (INSPQ),
- *Formation de base sur l'utilisation de l'entretien motivationnel*⁷ (MSSS),
- Activités régionales de mise à jour des compétences.

Selon les besoins, le professionnel désigné pourra explorer les pistes d'intervention auprès de la personne atteinte et de ses partenaires. Il pourra alors se référer à l'outil *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!* (MSSS 2016d), au Guide d'utilisation de la brochure *Entre caresses et baisers* et des cartes de notification (MSSS 2016a) ainsi qu'à la section 6.3, « Réactions possibles et pistes pour l'intervention auprès des partenaires », du présent guide. De plus, le professionnel désigné précisera au professionnel de la santé ou des services sociaux :

- que tous les efforts possibles doivent être faits pour aviser chacune des personnes exposées à l'infection durant la période visée;
- de faire un suivi auprès de la personne atteinte pour s'assurer que cette dernière a joint tous les partenaires qu'elle doit notifier elle-même;
- qu'au besoin, avec l'accord de la personne atteinte, il pourra tenter de joindre des partenaires non notifiés.

✂ Le document Outils IPPAP-VIH contient une fiche d'appel (voir l'outil 1). Un résumé de l'intervention réalisée pourra être écrit sur la fiche de demande, à la section « Bilan du soutien offert à un professionnel de la santé ou des services sociaux ».

7. Voir le répertoire des formateurs aptes à offrir cette formation de base, à l'adresse suivante : <http://portail.rpap-rsss.ca/RNDC/Lists/Liste%20des%20programmes%20de%20formation/DispForm.aspx?ID=118&ContentTypeId=0x01001532E344BC058948880201F344A65A2F>.

5. Intervention préventive du professionnel désigné auprès de la personne atteinte : volets 1 et 2

Tel que cela est mentionné dans le Guide ITS-MADO, le **volet 1** de l'IPPAP, intitulé **L'évaluation du risque et de la vulnérabilité, et l'intervention préventive auprès de la personne atteinte**, vise à consolider l'intervention réalisée par les professionnels de la santé ou des services sociaux. Il a pour objectif de créer des conditions favorables à la prise en charge clinique de la personne atteinte d'une infection par le VIH, tant pour favoriser sa santé que pour prévenir la transmission du VIH et la survenue d'une autre ITS. À l'étape du counseling post-test, plusieurs de ces éléments devraient avoir été abordés par le professionnel de la santé et des services sociaux (ex. : information sur le VIH, évaluation du risque et de la vulnérabilité).

Comme pour les ITS-MADO, l'intervention auprès de la personne atteinte se déroulera généralement au téléphone.

L'encadré 2, **Volet 1 de l'IPPAP – L'évaluation du risque et de la vulnérabilité, et l'intervention préventive auprès de la personne atteinte**, précise les étapes que réalisera le professionnel désigné pour ce volet. Les éléments propres à l'IPPAP-VIH sont composés en noir sur fond blanc et suivi du terme « IPPAP-VIH » entre parenthèses.

- ✂ Le document Outils IPPAP-VIH contient le Questionnaire relatif à l'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection par le VIH et son guide d'utilisation (voir l'outil 2).

Encadré 2 Volet 1 de l'IPPAP – L'évaluation du risque et de la vulnérabilité, et l'intervention préventive auprès de la personne atteinte¹

Le premier volet de l'intervention préventive réalisée par le professionnel désigné comprend les étapes qui suivent.

1. Procéder à l'évaluation du risque et de la vulnérabilité chez la personne atteinte, c'est-à-dire :

- évaluer les facteurs de risque et de vulnérabilité de la personne et lui faire préciser le contexte d'acquisition de l'infection (permet d'adapter l'intervention aux besoins particuliers de la personne atteinte).

2. Créer des conditions favorables à la prise en charge clinique, c'est-à-dire :

- faire s'exprimer la personne atteinte à propos de ses connaissances sur l'infection et sur les complications qui peuvent en découler, et lui fournir de l'information complémentaire au besoin;
- vérifier les éléments suivants :
 - la présence de symptômes,
 - la présence d'autres ITSS;
- faire s'exprimer la personne atteinte à propos de ses connaissances sur le traitement du VIH (nature du traitement, avantages) et lui fournir de l'information de base (voir la fiche clinique sur le VIH, dans MSSS 2016a). L'équipe traitante pourra compléter cette information au besoin;
- insister sur l'importance des visites de suivi clinique si la personne est déjà prise en charge;
- recommander un suivi clinique à la personne qui n'est pas déjà prise en charge (orientation, accompagnement).

3. Consolider le counseling préventif effectué en première ligne, c'est-à-dire :

- faire s'exprimer la personne atteinte à propos de ses connaissances sur les moyens de prévenir les ITSS et lui fournir de l'information complémentaire au besoin;
- expliquer à la personne que le risque de transmission associé aux relations sexuelles vaginales non protégées par un condom est négligeable ou très faible quand (l'IPPAP-VIH) :
 - la charge virale est indétectable depuis plus de six mois et d'après deux mesures de charge virale consécutives, grâce à une thérapie antirétrovirale (l'IPPAP-VIH),
 - l'observance du traitement par la personne atteinte est optimale (proportion de 95 % et plus),
 - les partenaires entretiennent une relation stable et exclusive (l'IPPAP-VIH),
 - aucun des partenaires n'a une autre ITSS (l'IPPAP-VIH),
 - les deux partenaires bénéficient tant d'un suivi médical régulier, incluant un dépistage des ITSS fréquent, que d'un counseling régulier et approprié (l'IPPAP-VIH);

Lorsque toutes les conditions ci-dessus sont respectées, le risque de transmission du VIH associé aux relations sexuelles orales ou anales non protégées par un condom ou une barrière de latex pourrait lui aussi être réduit au niveau « négligeable ou très faible »² (l'IPPAP-VIH);

- évaluer s'il est indiqué de procéder au dépistage d'autres ITSS (possibilité de co-infection, dépistage périodique);
- promouvoir les comportements sécuritaires et soutenir l'adoption de ces comportements :
 - en discutant avec la personne atteinte des risques liés à ses comportements sexuels ou à ses habitudes de vie (ex. : consommation d'alcool et de drogues),
 - en l'aidant à identifier des comportements plus sécuritaires,
 - en lui rappelant les précautions à prendre pour éviter que d'autres personnes ne soient en contact avec son sang (s'abstenir de faire don de sang, de sperme, d'organe ou de tissus, ne pas partager d'objet d'hygiène personnelle, couvrir soigneusement toute coupure ou plaie ouverte et se débarrasser en toute sécurité de tout objet contaminé par du sang) (l'IPPAP-VIH),
 - en décelant les obstacles à la prévention et en soutenant la recherche de solutions,
 - en l'orientant vers les services appropriés;
- promouvoir l'immunisation contre l'hépatite A, l'hépatite B et les infections par les virus du papillome humain ainsi que la mise à jour des autres vaccins, selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec³;
- au besoin, préciser les indications relatives à la prophylaxie postexposition (hépatites) et la façon d'y avoir accès;
- vérifier les besoins de la personne atteinte, lui fournir des outils⁴ et de l'information sur les ressources pouvant répondre aux besoins qu'elle a exprimés et l'orienter vers les ressources appropriées⁵;
- sensibiliser la personne atteinte aux aspects légaux et aux conséquences possibles de la non-divulgence de son état à ses partenaires sexuels et lui mentionner que des décisions juridiques importantes ont été rendues en ce qui concerne la non-divulgence (consulter l'annexe 4); (l'IPPAP-VIH)
- si la personne atteinte est un professionnel de la santé ou un étudiant en sciences de la santé, l'informer de l'existence du Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH)⁶ (l'IPPAP-VIH).

1. Adapté de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, [En ligne], Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b, [X], 339 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>.

2. Consulter le document intitulé *Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH*, publié par l'Institut national de santé publique du Québec en 2014 et consultable en ligne [<https://www.inspq.qc.ca/publications/1812>].

3. Consulter l'outil d'aide à la pratique intitulé *Vaccination et ITSS* [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>].

4. Consulter l'outil d'aide à la pratique intitulé *Liste de dépliants et de brochures à l'intention des patients*, [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>].

5. Consulter l'outil d'aide à la pratique clinique intitulé *Ressources : intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang* [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

6. Consulter le site Web du SERTIH [<https://www.inspq.qc.ca/expertises/maladies-infectieuses/service-devaluation-des-risques-de-transmission-dinfections>].

Tel que cela est mentionné dans le Guide ITS-MADO, le **volet 2** de l'IPPAP, intitulé **Le soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires**, vise d'abord à amener la personne atteinte à reconnaître l'importance d'informer ses partenaires de leur exposition et ensuite à susciter sa collaboration pour les en aviser. Il a également pour fins de recenser tous les partenaires ayant soit eu des relations sexuelles, soit partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues avec la personne atteinte pendant la période visée, et d'établir une entente pour chacun des partenaires.

Comme pour le volet 1, le rôle du professionnel désigné est de consolider l'intervention réalisée par les professionnels de la santé ou des services sociaux. Ici encore, l'intervention auprès de la personne atteinte se déroulera généralement au téléphone.

L'encadré 3 présente les étapes que réalisera le professionnel désigné pour le volet 2 de l'IPPAP. Les éléments qui distinguent l'IPPAP-VIH de l'IPPAP-ITS sont composés en noir sur fond blanc et suivi du terme « IPPAP-VIH » entre parenthèses.

✂ Le document Outils IPPAP-VIH contient le Questionnaire relatif à l'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une infection par le VIH et son guide d'utilisation (voir l'outil 2).

Encadré 3 Volet 2 de l'IPPAP – Le soutien à la personne atteinte pour l'intervention préventive auprès de ses partenaires¹

Le deuxième volet réalisé par le professionnel désigné implique :

- de sensibiliser la personne atteinte aux avantages qu'elle peut tirer de l'intervention, notamment celui d'être vu comme une personne responsable;
- de la sensibiliser à la responsabilité et à la solidarité sociales en évoquant, entre autres :
 - le droit des personnes exposées d'avoir accès aux mesures préventives et aux soins appropriés,
 - les moyens de freiner la propagation de l'infection dans la communauté;
- de lui présenter les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche et les mesures prises pour préserver la confidentialité des renseignements recueillis;
- de recenser les partenaires devant être joints en fonction de la période visée;
- de lui offrir d'aviser tous ses partenaires ou certains d'entre eux;
- d'établir une entente avec elle quant à la façon de procéder pour aviser les partenaires exposés et intervenir auprès d'eux;
- de la soutenir dans sa démarche auprès de ses partenaires qu'elle avise elle-même (entre autres en lui présentant la brochure *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler*², la carte de notification VIH³ et la liste des ressources où ses partenaires peuvent se présenter pour une évaluation);
 - de faire un suivi auprès d'elle, après le délai convenu, afin de s'assurer que ses partenaires ont effectivement été joints. Au besoin, une nouvelle entente pourra être établie quant à la façon de procéder pour aviser les partenaires qui n'ont pas été joints;
 - dans la mesure du possible, de vérifier si les partenaires ont consulté un professionnel de la santé pour une évaluation et un dépistage (l'IPPAP-VIH).

1. Adapté de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2014, [X], 339 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>].

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2015, 9 p. On peut commander cette brochure ou la consulter à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001062/>.

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Carte de notification VIH*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2015, 2 p. On peut commander des exemplaires de cette carte ou consulter celle-ci à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001066/>.

Il faut préciser que l'intervention préventive reste une démarche volontaire. La personne atteinte doit avoir accès à l'ensemble des services offerts, même si elle refuse cette intervention. Avec son accord, le professionnel désigné lui remettra ou lui fera parvenir de la documentation (version papier ou électronique) :

- la brochure *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler* (MSSS 2015e), afin de la sensibiliser à l'importance d'aviser ses partenaires;
- quelques exemplaires de la *Carte de notification VIH* (MSSS 2015c), que la personne atteinte pourra acheminer à ses partenaires;
- d'autres dépliants et brochures, selon les besoins identifiés. Consulter l'outil d'aide à la pratique intitulé *Liste de dépliants et de brochures à l'intention des patients* (MSSS 2016e).

La plupart des personnes atteintes d'une infection par le VIH prennent les précautions nécessaires pour ne pas transmettre le VIH (Marks, Crepez et Janssen 2006). Ainsi, bien que cela s'avère peu fréquent, certaines d'entre elles ne le font pas. L'encadré 4 présente l'accompagnement national offert aux directions de santé publique quant à l'intervention auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH qui ne prennent pas de précautions pour ne pas transmettre le VIH.

Encadré 4 Accompagnement national offert aux directions de santé publique quant à l'intervention auprès de personnes atteintes d'une infection par le VIH qui ne prennent pas de précautions pour ne pas transmettre ce virus (PPP-VIH)

Certaines personnes atteintes d'une infection par le VIH ne prennent pas les précautions nécessaires pour ne pas transmettre le virus. Cette situation, qui reste peu fréquente, peut se produire lorsque, par exemple, des personnes (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal 2015) :

- ignorent que leur comportement implique un risque de transmission;
- ne peuvent pas modifier leurs comportements parce qu'elles font l'objet de coercition ou de violence;
- sont inaptes ou omettent temporairement de prendre des précautions parce qu'elles traversent une période de stress physique ou émotionnel;
- comprennent les dangers mais maintiennent des comportements à risque.

L'intervention dans ces situations pose des défis. L'Institut national de santé publique du Québec accompagne le réseau de la santé publique dans l'intervention auprès des personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions permettant de prévenir la transmission du VIH. Cette offre de soutien concerne à la fois :

- l'intervention auprès d'une personne vivant avec le VIH qui ne prend pas les précautions pour prévenir la transmission du VIH à d'autres personnes (PPP-VIH);
- l'intervention dans des situations « VIH complexes », soit toute situation qui va au-delà des lignes directrice et des guides d'intervention existants. Ce sont généralement des situations où une évaluation plus approfondie est requise pour déterminer quelles seront les interventions pertinentes et efficaces.

6. Notification et intervention préventive auprès des partenaires : volet 3

Tel que cela est mentionné dans le Guide ITS-MADO, le volet 3 vise à informer les partenaires de leur exposition à l'infection par le VIH et à les motiver à consulter un professionnel de la santé en vue d'être évalués et dépistés.

L'encadré 5 présente les étapes du volet 3. Les éléments qui se distinguent de l'IPPAP-ITS sont composés en noir sur fond blanc et suivi du terme « IPPAP-VIH » entre parenthèses.

- ✂ Le document Outils IPPAP-VIH contient le Questionnaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une infection par le VIH et son guide d'utilisation (voir l'outil 3).

Encadré 5 Volet 3 – La notification et l'intervention préventive auprès des partenaires¹

Le troisième volet réalisé par le professionnel désigné auprès des partenaires implique les actions suivantes :

- les informer de leur exposition à l'infection par le VIH et de la nécessité qu'ils soient dépistés et évalués;
- reconnaître et permettre l'expression des réactions d'anxiété, de colère ou de tristesse;
- les faire s'exprimer à propos de leurs connaissances et perceptions sur l'infection par le VIH, et leur fournir de l'information complémentaire au besoin;
- si l'exposition a eu lieu il y a moins de 72 heures, leur recommander une évaluation pour une prophylaxie post-exposition. Il faut les orienter et les soutenir pour qu'ils aient accès au service le plus rapidement possible. Il faut également évaluer la présence de signes ou symptômes de primo-infection à l'infection par le VIH pour déterminer si un partenaire doit être orienté vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) (l'IPPAP-VIH);
- dans la mesure du possible, immédiatement après l'annonce de son exposition à un partenaire (l'IPPAP-VIH) :
 - s'il ne présente pas de symptômes, réaliser² ou demander à un professionnel habilité de lui offrir un dépistage de l'infection par le VIH (l'IPPAP-VIH),
 - s'il présente des symptômes, l'orienter vers un médecin ou une IPS pour une évaluation clinique incluant un test de détection des anticorps anti-VIH 1 et 2 ainsi que de l'antigène p24 (l'IPPAP-VIH).

Lorsque le dépistage et l'évaluation clinique peuvent être offerts immédiatement après l'annonce de l'exposition, le professionnel désigné adaptera son intervention pour éviter la multiplication des questions et des interventions (l'IPPAP-VIH);

- si le dépistage et l'évaluation clinique ne peuvent leur être offerts immédiatement après l'annonce de leur exposition :
 - susciter chez eux la motivation à se faire dépister et à se soumettre à une évaluation clinique;
 - les diriger rapidement vers les ressources appropriées (au besoin, les soutenir pour la prise de rendez-vous) pour :
 - un dépistage et une évaluation clinique, si la personne ne présente pas de symptômes (infirmière, IPS ou médecin),
 - une évaluation clinique visant à préciser le diagnostic en présence de signes ou symptômes de primo-infection (médecin ou IPS),
 - la vaccination contre l'hépatite B, l'hépatite A et les infections par le VPH, selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec³,
 - un soutien psychosocial ou tout autre besoin identifié;
 - en attendant les résultats du dépistage et de l'évaluation, leur recommander :
 - d'éviter les relations sexuelles ou d'utiliser un condom pour toute relation sexuelle vaginale ou anale. Pour les relations orales, leur recommander d'utiliser un condom ou un carré de latex,
 - d'éviter de partager le matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues et de partager de la drogue elle-même;
 - vérifier auprès de chaque partenaire s'il a un réseau de soutien psychosocial (il doit pouvoir nommer une personne à qui parler de sa situation en cas de besoin) et le renseigner sur les ressources, le cas échéant;
 - convenir du suivi de l'intervention préventive avec chaque partenaire. Un suivi systématique est nécessaire pour s'assurer que la personne a fait l'objet d'un dépistage et d'une évaluation (consulter la section 3.6). De plus, un retour sur les actions qu'elle s'est engagée à entreprendre peut s'avérer pertinent (l'IPPAP-VIH);
 - leur offrir un counseling préventif, lequel vise à diminuer le risque de transmettre l'infection (ex. : consommation à risque réduit, matériel de protection). Si le contexte est favorable, aborder également le risque d'acquisition des autres ITSS.

1. Adapté de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2014, [x], 339 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>.

2. Si le professionnel désigné réalise le dépistage, il se référera au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS 2016a). Si le dépistage du VIH est essentiel, d'autres ITSS pourraient également faire l'objet d'un dépistage et d'autres interventions cliniques pourraient être recommandées, notamment la vaccination (consulter l'outil *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés* [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000098/>]).

3. Consulter l'outil d'aide à la pratique intitulé *Vaccination et ITSS* [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>].

6.1 Stratégies pour joindre les partenaires

Les stratégies efficaces pour joindre les partenaires d'une personne atteinte sont les mêmes, qu'il s'agisse d'une infection par le VIH ou d'une ITS-MADO (voir la section 6.1, « Les stratégies pour joindre, notifier et traiter », du Guide ITS-MADO).

Le téléphone et l'adresse postale demeurent de bons moyens de joindre les partenaires. Si ces coordonnées ne sont pas connues, il peut être utile d'avoir recours au courriel, au message texte ou aux sites de rencontres et autres médias sociaux, selon les modalités de l'établissement. L'utilisation de réseaux sociaux tels que Facebook peut surtout servir à retracer ou à obtenir des coordonnées supplémentaires des partenaires. Il sera toujours essentiel de vérifier l'identité de l'interlocuteur à l'occasion du premier contact avec un partenaire.

La DSP de Montréal a produit le *Guide de procédures pour le service de notification de partenaires par Internet et message texte (ITS/VIH)* pour soutenir la prise de contact à l'aide d'un message texte et de Facebook (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2013).

6.2 Stratégies pour notifier les partenaires

À la différence de la notification des partenaires exposés à une ITS-MADO, la notification et l'intervention préventive auprès des partenaires exposés au VIH s'effectuera idéalement dans le cadre d'une rencontre face à face (New York State. Department of Health 2013; Alberta. Ministry of Health and Wellness 2011; BCCDC 2007). Cette rencontre peut se dérouler dans un milieu clinique ou de santé publique, dans un milieu de vie ou un organisme communautaire.

La réaction peut varier grandement d'un partenaire à l'autre. Elle est difficile à prévoir, surtout lorsque le professionnel a peu d'information sur l'un d'entre eux. C'est pourquoi il est préférable de rencontrer les partenaires pour procéder à la notification. Cela permet de constater la réaction non verbale de la personne au cours de l'intervention, de s'adapter en fonction de celle-ci et de déceler les indices d'anxiété ou de détresse, le cas échéant.

La rencontre face à face, selon la situation, peut aussi permettre d'offrir un dépistage immédiatement après la notification. Cela évitera que le partenaire ait à se déplacer de nouveau pour passer un test de dépistage et pourra contribuer à réduire son anxiété.

Si le partenaire refuse cette rencontre, la notification par téléphone reste possible.

✂ Des précisions à ce sujet sont données dans le document Outils IPPAP-VIH, plus précisément dans l'outil 3, partie B – Guide d'utilisation du Questionnaire relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une infection par le VIH (voir l'étape 4, « Préciser le motif de l'appel »).

Des études mentionnent que, dans des situations exceptionnelles, si la notification du partenaire ne peut vraiment pas se faire en personne ou par téléphone, il pourrait être envisagé de procéder à la notification par courriel, sur un site de rencontre ou par message texte. Ces moyens seraient plus appropriés pour des partenaires occasionnels, plus jeunes ou qui les ont utilisés pour se rencontrer (Steben, Taylor et Cheuk 2013; Hightow-Weidman et autres 2014). Avant de recourir à un média social, le professionnel devra évaluer avec son équipe les avantages et les risques qui y sont associés pour le partenaire. Dans certaines situations, il pourrait être préférable de notifier un partenaire à l'aide de ces moyens plutôt que de ne faire aucune notification. Toutefois, avoir été exposé à l'infection ne signifie pas d'emblée être infecté, et l'intervention pourrait être jugée plus dommageable qu'avantageuse si elle risque de causer un préjudice au partenaire, par un bris de confidentialité par exemple. Des précautions additionnelles pourraient s'avérer pertinentes, étant donné la gravité de l'infection, pour équilibrer les bienfaits et les risques de l'intervention. La DSP de Montréal a produit le *Guide de procédures pour le service de notification de partenaires par Internet et message texte*

(ITS/VIH) pour inclure les nouvelles technologies dans la notification des partenaires (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2013).

6.3 Réactions possibles et pistes pour l'intervention

La présente section traite d'abord des réactions possibles, tant chez le professionnel désigné que chez le partenaire de la personne atteinte, au cours du processus de notification. Elle traite ensuite des pistes pour préparer, réaliser et terminer l'intervention. Enfin, elle présente ce qu'il faut faire après l'intervention. Cette section s'appuie sur la littérature qui concerne l'annonce de mauvaises nouvelles. Un seul article (Bor et autres 1993) porte expressément sur le VIH.

✂ Le document Outils IPPAP-VIH propose des formulations pour aborder la notification (voir l'outil 3, partie B – Guide d'utilisation du Questionnaire relatif à l'intervention préventive auprès du partenaire d'une personne atteinte d'une infection par le VIH).

6.3.1 Comment le professionnel se sent-il face à l'information à transmettre?

Le professionnel peut craindre d'annoncer ce qu'il considère comme une mauvaise nouvelle pour le partenaire, par manque de confiance en ses habiletés en matière de counseling, parce qu'il anticipe une réaction négative du partenaire ou alors parce qu'il est incertain de l'approche à adopter auprès de ce dernier (Payan et autres 2009; López 2007; Bor et autres 1993). Il pourrait aussi se sentir triste ou coupable à l'idée de transmettre le message et craindre que le partenaire dirige sa colère contre lui (López, 2007; Baile et Beale 2001).

6.3.2 Comment la personne réagira-t-elle à l'information transmise?

Chaque individu réagit de manière différente et unique, entre autres en fonction de sa situation psychosociale au moment de l'entretien (VandeKieft 2001). À titre d'exemple, le partenaire peut ressentir de la honte, de la colère, de l'anxiété, de la tristesse; il peut aussi être en état de choc ou nier la situation (Baile et autres 2006; Baile et Beale 2001). Les émotions du partenaire peuvent se manifester par le silence, des pleurs, un désir de quitter rapidement les lieux ou, encore, une certaine animosité envers la personne atteinte qui l'a identifié ou envers le professionnel qui lui transmet le message.

Selon des expériences rapportées par des professionnels du Québec, l'intervention auprès des partenaires se déroule généralement sans problème majeur. Ces derniers peuvent éprouver de l'anxiété, à un niveau variable, mais ils arrivent généralement à gérer leurs émotions et à suivre les recommandations du professionnel.

6.3.3 Comment préparer l'entretien?

Le professionnel pourra reconnaître ses propres émotions et se préparer en conséquence pour favoriser l'intervention (Payan et autres 2009). Cette préparation lui permettra d'éviter d'adopter une attitude qui défavorise la relation avec le partenaire, par exemple en exprimant davantage la sympathie que l'empathie, en embellissant l'information indument ou en ne laissant pas de place pour que le partenaire exprime ses émotions (Baile et autres 2006). Le professionnel pourra repasser les informations sur le partenaire et rassembler tant les documents que les outils utiles avant de réaliser l'intervention auprès de ce dernier.

Lorsqu'il communique avec un partenaire, le professionnel doit prévoir des plages horaires, le jour même et au cours des jours suivants, pour le rencontrer en personne. Il doit également prévoir une période de temps suffisante ainsi qu'un lieu adéquat et sécuritaire pour l'entretien avec le partenaire afin de ne pas se sentir pressé au moment de l'intervention et d'assurer la confidentialité de celle-ci (Payan et autres 2009; López 2007; Fujimori et autres 2005, VandeKieft 2001; Bor et autres 1993).

Le professionnel pourra s'entendre avec un autre professionnel de son milieu clinique (un travailleur social, un psychologue, une infirmière, un médecin, etc.) qui se rendra disponible pour la rencontre avec le partenaire si la situation l'exigeait (Bor et autres 1993). Par exemple, si la réaction du partenaire était vive ou inattendue, ce deuxième professionnel (idéalement expérimenté dans ce type d'intervention) pourra apporter son soutien.

De même, des ententes soit avec d'autres professionnels de son milieu clinique, soit avec d'autres organismes ou milieux du réseau territorial de service, faciliteront l'orientation du partenaire pour qu'il obtienne une évaluation clinique, un dépistage, du soutien psychosocial ou une réponse à d'autres besoins identifiés au fil de l'intervention.

Le professionnel pourra préparer les documents suivants pour les remettre au partenaire ou lui fournir les adresses Internet où il pourra les consulter :

- *Carte de notification VIH* (MSSS 2015c);
- *Dépistage du VIH : je passe le test* (MSSS 2015d);
- *Le VIH court toujours* (MSSS 2013a);
- *Ouvrez les yeux : le dépistage des ITSS et du VIH, ça concerne tout le monde!* (MSSS 2013b);
- liste des milieux cliniques du territoire à consulter pour obtenir une évaluation clinique et un dépistage (surtout si le dépistage n'est pas offert immédiatement après l'annonce de l'exposition);
- liste des ressources cliniques, psychosociales ou communautaires, selon les besoins.

Il pourra également consulter et avoir à portée de main les documents suivants pour répondre aux questions du partenaire :

- brochure *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler* (MSSS 2015e);
- outil *Estimation du risque associé aux activités sexuelles* (MSSS 2014a);
- fiche clinique sur l'infection par le VIH, dans le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS 2016a);
- outil *Liste de dépliants et de brochures à l'intention des patients* (MSSS 2016e);
- outil *Ressources : intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS 2016f).

Enfin, si le professionnel désigné compte réaliser lui-même le dépistage selon le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS 2016a), il devra s'assurer d'avoir le matériel nécessaire et d'effectuer l'intervention dans un lieu approprié.

6.3.4 Que savoir avant d'intervenir auprès du partenaire?

Généralement, le professionnel désigné possèdera déjà des connaissances et des habiletés utiles pour l'IPPAP-VIH (ex. : IPPAP à la suite d'une ITS-MADO pour les situations prioritaires, intervention clinique auprès de personnes atteintes d'une infection par le VIH). Un professionnel qui intervient auprès du partenaire doit avoir une certaine connaissance du VIH.

Enfin, le professionnel gagnera à développer ses habiletés de communication ainsi qu'à se sentir à l'aise de parler de sexualité et de consommation de drogues par injection ou inhalation.

Quelques références et formations sont proposées au professionnel pour lui permettre d'acquérir des connaissances théoriques (savoirs) sur le VIH et de les mettre en pratique afin de développer son savoir-faire et son savoir-être. Le professionnel pourra consulter des documents de référence et participer aux formations, en fonction de ses besoins. En plus de résumer les connaissances et compétences de base, le tableau 5 donne des références à ce sujet.

6.3.5 Comment intervenir auprès du partenaire?

Souvent, le partenaire n'est pas conscient de son exposition au VIH et ne s'attend pas à ce qu'un professionnel communique avec lui pour l'en informer. Le professionnel doit donc intervenir avec délicatesse pour que le partenaire accepte de venir le rencontrer.

Annoncer l'exposition de manière claire, neutre et empathique

Lorsque le professionnel informe le partenaire de son exposition au VIH, généralement à l'occasion d'une rencontre face à face, il doit être clair et rester neutre. De plus, il interviendra avec douceur et empathie (Fujimori et autres 2005; Bor et autres 1993). Il le fera sans jugement concernant la gravité de l'information et sans suggérer une émotion. Par exemple, il évitera de dire au partenaire qu'il a une information « grave » ou « malheureuse » concernant sa santé. Le professionnel qui a moins d'expérience ou qui ressent une certaine insécurité à l'idée de donner cette information peut se pratiquer, seul ou avec un collègue, avant de rencontrer le partenaire (Payan et autres 2009; VandeKieft 2001).

Accueillir la réaction du partenaire

Après l'annonce de l'exposition, le professionnel désigné laissera au partenaire le temps de réagir à la nouvelle et acceptera les périodes de silence (Payan et autres 2009). Lorsque le partenaire se tait, le professionnel peut ressentir une certaine anxiété. Il devra toutefois résister à l'envie de parler, s'adaptant ainsi au rythme du partenaire (VandeKieft 2001).

Si la personne reste silencieuse, comme incrédule ou en état de choc, le professionnel pourra éventuellement lui demander ouvertement ce qu'elle pense ou ressent, de façon à rétablir le dialogue et à évaluer si elle est en détresse (Baile et autres 2006). Le professionnel évitera de présumer des sentiments ressentis par cette personne, mais lui demandera de les identifier aux fins d'une meilleure intervention. Le professionnel pourrait aussi exprimer sa préoccupation de voir la personne silencieuse, ajoutant qu'il a de la difficulté à identifier ses besoins et à l'accompagner en fonction de ceux-ci. Enfin, le professionnel pourrait tenter d'identifier les émotions ressenties par le partenaire, qui pourra ensuite les confirmer ou les préciser.

Par ailleurs, le professionnel peut se sentir impuissant devant une réaction colérique du partenaire qui insulte la personne atteinte, qui insiste pour savoir l'identité de cette personne et qui se fâche contre lui quand il refuse de l'en informer. Il sera important pour le professionnel d'accueillir une telle réaction du partenaire et de lui exprimer sa compréhension face aux sentiments ressentis tout en lui rappelant son devoir de confidentialité, autant envers les personnes atteintes qu'envers les partenaires.

Identifier les besoins et transmettre seulement l'information essentielle

Le professionnel identifiera les besoins du partenaire en lui posant des questions claires. Le professionnel demandera à cette personne de lui dire ce qu'elle sait sur l'infection par le VIH. Il complètera ou rectifiera l'information au besoin. Ainsi, il fournira de l'information uniquement si cela s'avère nécessaire. Il tiendra compte de la réceptivité du partenaire et de sa capacité à assimiler des renseignements. Les renseignements transmis doivent être simples et le vocabulaire, adapté au partenaire. Le professionnel remettra au partenaire des outils (brochures ou feuillets d'information) que ce dernier pourra consulter après l'entretien.

6.3.6 Comment terminer un entretien?

Le professionnel voudra s'assurer que la personne a bien compris l'information transmise. Il pourra lui demander de redire dans ses mots ce qu'elle en a saisi et de résumer les étapes à suivre (López 2007; Bor et autres 1993). Si le professionnel ne peut pas offrir de dépistage au partenaire, ce dernier devra être orienté rapidement vers le milieu clinique approprié qu'ils auront déterminé ensemble. Le professionnel pourra préparer une lettre concernant l'orientation d'un partenaire qui a été informé de son exposition au VIH vers un professionnel de la santé (voir le modèle proposé à l'annexe 10 du Guide ITS-MADO). Au besoin, il pourra organiser un rendez-vous. Le professionnel devrait donner à nouveau l'opportunité au partenaire de lui poser des questions afin de faciliter la gestion de l'anxiété. Il vérifiera si le partenaire peut obtenir du soutien dans son entourage, notamment en lui demandant de nommer au moins une personne à qui il pourrait parler. Il lui fera connaître les ressources pouvant répondre à ses besoins⁸. Le partenaire et le professionnel conviendront d'un moment, dans les jours suivants, pour un suivi téléphonique qui permettra au professionnel de vérifier si le partenaire a pu être évalué et dépisté.

6.3.7 Que faire après l'entretien?

Au besoin, le professionnel discute de son intervention avec des collègues afin non seulement de la passer en revue, mais aussi de parler des sentiments qu'il a ressentis avant, pendant et après l'intervention. Cela lui permettra d'améliorer ses interventions futures et de maintenir un bien-être professionnel (López 2007; VandeKieft 2001). Malgré les défis que pose une intervention au cours de laquelle il faut annoncer une mauvaise nouvelle, le professionnel peut en retirer une gratification importante en offrant une écoute de qualité à une personne dans un moment difficile (VandeKieft 2001). Pour faire face aux situations difficiles, il pourra solliciter du soutien soit auprès de ses collègues, soit dans le cadre d'un programme d'aide aux employés ou de services professionnels privés.

8. Consulter l'outil *Ressources : intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang* [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>].

Tableau 5 Connaissances et compétences de base ainsi que documents et activités visant leur acquisition et leur développement

Connaissances et compétences	Documents et activités de développement des compétences pour acquérir ou compléter ces connaissances ou compétences
<p>L'infection par le VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les modes de transmission • La prévention de la transmission • La période d'incubation • Les signes et symptômes • L'évolution de l'infection non traitée • Les grands principes de traitement • Les analyses de laboratoire (sensibilité, spécificité et interprétation) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang</i> (chapitre 19, « Infection par le VIH »), MSSS • <i>Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang : supplément : dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide</i>, MSSS et INSPQ • <i>L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : guide pour les professionnels de la santé du Québec</i>, MSSS • <i>Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH</i>, INSPQ • <i>La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec</i>, MSSS (DGSP, à paraître) • <i>Déclaration de CATIE sur l'utilisation du condom comme stratégie hautement efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH</i>, CATIE • <i>Déclaration de CATIE sur l'utilisation du traitement antirétroviral (TAR) pour maintenir une charge virale indétectable comme stratégie hautement efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH</i>, CATIE • Formations : <ul style="list-style-type: none"> – <i>Dépistage des ITSS : agir avec compétence, adapter les interventions</i>, INSPQ – <i>Dépister le VIH : pour une utilisation optimale des trousses de dépistage rapide</i>, INSPQ • Activités régionales de mise à jour des compétences
<p>Les principes d'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une ITSS et auprès de ses partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Guide d'intervention sur les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire</i>, MSSS • Outil d'aide à la pratique <i>Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!</i>, MSSS • Formations : <ul style="list-style-type: none"> – <i>Dépistage des ITSS : agir avec compétence, adapter les interventions</i>, INSPQ – <i>ITS à déclaration obligatoire et enquête épidémiologique : l'intervention préventive auprès de la personne atteinte et de ses partenaires</i>, INSPQ – <i>Atelier de formation médicale continue – Atelier interactif sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : mieux prévenir et mieux traiter</i>, INSPQ • Activités régionales de mise à jour des compétences
<p>Le counseling sur la prévention liée aux ITSS, incluant l'adoption de comportements sexuels et de consommation de drogues sécuritaires. Les caractéristiques associées aux groupes vulnérables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang</i> (chapitre 19, « Infection par le VIH »), MSSS • Outil d'aide à la pratique <i>Estimation du risque associé aux activités sexuelles</i>, MSSS • Formations : <ul style="list-style-type: none"> – <i>Dépistage des ITSS : agir avec compétence, adapter les interventions</i>, INSPQ – <i>ITS à déclaration obligatoire et enquête épidémiologique : l'intervention préventive auprès de la personne atteinte et de ses partenaires</i>, INSPQ – <i>Dépister le VIH : pour une utilisation optimale des trousses de dépistage rapide</i>, INSPQ – <i>Formation de base sur l'utilisation de l'entretien motivationnel*</i>, MSSS – <i>Usage de drogues et ITSS : intervenir selon une approche de réduction des méfaits (phase I)</i>, INSPQ – <i>Résolution de problèmes dans l'application de l'approche de réduction des méfaits (phase II)</i>, INSPQ – <i>Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : intervenir dans le respect de l'orientation sexuelle</i>, INSPQ – <i>Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles et bisexuelles : intervenir à tous les âges de la vie</i>, INSPQ – <i>Adapter nos interventions auprès des HARSAH : le rôle du personnel infirmier dans le contexte de la prévention des ITSS</i>, INSPQ – <i>Sexualité et drogue chez les jeunes en difficulté : repères pour mieux intervenir</i>, INSPQ • Activités régionales de mise à jour des compétences

Notes

* Voir le répertoire des formateurs aptes à offrir cette formation de base : <http://portail.rpap-rsss.ca/RNDC/Lists/Liste%20des%20programmes%20de%20formation/DispForm.aspx?ID=118&ContentTypeld=0x01001532E344BC058948880201F344A65A2F>

7. Origine des demandes de soutien et suivi auprès du demandeur

La conduite du professionnel désigné qui apportera son soutien diffère selon les situations suivantes :

- une demande de soutien venant d'un professionnel de la santé ou des services sociaux;
- un transfert d'information ou une demande venant de l'extérieur de la région;
- une information sur le statut sérologique d'une personne atteinte d'une infection par le VIH, obtenue dans le cadre d'une enquête épidémiologique réalisée à la suite d'une déclaration d'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire;
- une demande de soutien venant d'une personne atteinte.

Généralement, le professionnel désigné recevra des demandes par téléphone.

✂ Le document Outils IPPAP-VIH présente un modèle de fiche d'appel ou de demande relative à l'IPPAP-VIH et son guide d'utilisation (voir l'outil 1). Il est souhaitable d'utiliser ce modèle de fiche d'appel pour les raisons suivantes :

- il assure la collecte de toute l'information requise et le suivi de l'intervention réalisée;
- il ne constitue pas nécessairement un dossier au nom de la personne atteinte ou du partenaire. Il pourrait se comparer à une fiche d'appel générale qui n'est pas versée au dossier d'une personne. Il est donc possible d'y inscrire toute l'information nécessaire sans crainte d'un bris de la confidentialité. Au cours de l'intervention, un dossier de la personne atteinte ou du partenaire pourra être constitué et l'information pertinente y sera inscrite.

7.1 Demande de soutien venant d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

La majorité des demandes devrait venir de professionnels de la santé ou des services sociaux qui interviennent :

- auprès de personnes chez qui l'infection vient d'être détectée (cas de figure le plus fréquent);
- dans la prise en charge de personnes vivant avec le VIH.

Pour les demandes faites par des intervenants n'ayant pas accès au dossier médical de la personne atteinte, il est essentiel de procéder à la vérification du statut sérologique au regard du VIH ou, dans certains cas, de la charge virale (voir l'encadré 6).

Selon les besoins, le professionnel désigné interviendra auprès du professionnel de la santé ou des services sociaux, de la personne atteinte ou de certains partenaires.

7.2 Transfert d'information ou demande de l'extérieur de la région

Le transfert d'information peut être fait soit par la Direction de santé publique ou un clinicien d'une autre région du Québec ou d'une autre province canadienne.

Comme pour une ITS-MADO, selon la nature de l'information ou de la demande, l'intervention pourra consister à communiquer avec une personne atteinte qui réside dans la région (mais qui a reçu son diagnostic ailleurs), en vue de lui offrir du soutien, ou à consolider une intervention préventive commencée à l'extérieur de la région en joignant un ou plusieurs partenaires qui demeurent dans la région. Il peut être pertinent de tenir le demandeur informé des interventions réalisées. S'il s'agit d'une demande concernant une personne atteinte qui réside dans la région et qui a obtenu son diagnostic dans une autre province, il faut d'abord s'assurer que l'information transmise émane d'un organisme reconnu et que, par conséquent, les renseignements peuvent être considérés comme exacts. Le cas échéant, l'intervention pourra être réalisée directement auprès de la personne atteinte.

S'il s'agit d'un ou de plusieurs partenaires qui résident dans la région alors que la personne atteinte vit ailleurs, le professionnel désigné joindra ce ou ces partenaires dans la mesure où les renseignements nécessaires sur l'exposition au VIH auront été fournis par un organisme reconnu.

7.3 Information sur le statut sérologique positif, au regard du VIH, obtenue dans le cadre d'une enquête épidémiologique réalisée à la suite de la déclaration d'une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire

Lorsqu'une enquête épidémiologique est entreprise à la suite de la déclaration d'une infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire, le professionnel qui la réalise peut être informé du statut sérologique positif, au regard du VIH, de la personne atteinte.

Dans un tel contexte, le professionnel mandaté pour réaliser l'enquête épidémiologique pourra sensibiliser la personne atteinte à la notification des partenaires concernant l'ITS à déclaration obligatoire et le VIH. Cette situation peut concerner une personne qui vient d'apprendre son infection par le VIH ou qui vit avec ce virus depuis quelque temps (voir l'encadré 1 pour déterminer si l'IPPAP doit être réalisée). Si la personne atteinte refuse d'aviser ses partenaires de leur exposition au VIH et de collaborer à la notification par un professionnel, elle aura quand même accès à l'ensemble des services offerts (ex. : notification de partenaires exposés à l'ITS à déclaration obligatoire, orientation vers des ressources adaptées à ses besoins). Si elle accepte d'aviser ses partenaires ou qu'un professionnel les avise, selon l'organisation des services, le professionnel qui effectue l'enquête épidémiologique relative à l'ITS-MADO pourra soutenir la démarche et notifier des partenaires de leur exposition au VIH ou encore demander à un professionnel désigné d'effectuer cette notification.

7.4 Demande de soutien venant d'une personne atteinte

Certaines demandes pourraient venir d'une personne atteinte. Selon les publications scientifiques et la consultation menée auprès des DSP en 2014, les demandes de soutien à l'IPPAP faites directement par la personne atteinte sont très rares.

Il est essentiel de procéder à la vérification des informations cliniques qui concernent le statut sérologique au regard du VIH ou le diagnostic et, dans certains cas, celles qui concernent la charge virale (voir l'encadré 6).

À la suite d'une demande de soutien venant de la personne atteinte, le professionnel désigné pourra intervenir à la fois auprès de cette personne et auprès de ses partenaires, tel que cela a été mentionné précédemment.

7.5 Suivi auprès du demandeur

Le professionnel désigné réalisera le suivi selon les modalités régionales prévues. Comme pour une ITS-MADO, il pourra communiquer avec le professionnel de la santé ou des services sociaux qui a demandé une intervention auprès d'une personne atteinte pour l'informer, de manière générale, des actions qui ont pu être menées. Il pourrait, par exemple, lui mentionner avoir fait l'intervention préventive auprès de la personne atteinte et auprès de ses partenaires. Il s'assurera de ne pas révéler de renseignements confidentiels (notamment les réactions des partenaires avisés, leurs démarches à la suite de la notification ou encore le résultat de leur test de dépistage), à moins qu'une personne ait donné son accord pour qu'un tel renseignement soit transmis.

Encadré 6 Vérification du statut sérologique au regard du VIH et, dans certains cas, de la charge virale

Une vérification du statut sérologique VIH ou, dans certains cas, de la charge virale est nécessaire lorsque la demande vient soit d'une personne atteinte, soit d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui n'a pas accès au dossier clinique de cette personne.

La vérification se fera auprès d'un professionnel ayant accès au dossier clinique de la personne atteinte, selon les règles en vigueur dans l'établissement pour la transmission des renseignements confidentiels.

Dans ces cas, l'autorisation de la personne atteinte est requise. Pour donner son autorisation, elle pourrait :

- demander à son médecin ou à son infirmière de confirmer au professionnel désigné qu'elle est atteinte d'une infection par le VIH;
- signer une autorisation pour que le professionnel de la santé ou des services sociaux, ou le professionnel désigné, ait accès à cette information.

Cette vérification permettra d'éviter des interventions non justifiées qui pourraient être préjudiciables pour les partenaires. Si elle ne peut être faite, le professionnel désigné ne procédera à aucune intervention préventive auprès des partenaires puisque leur exposition au VIH n'aura pu être vérifiée.

TROISIÈME PARTIE

CADRE DE L'INTERVENTION

La présente partie porte sur les critères de succès, l'organisation des services, la documentation des soins, le cadre légal de l'intervention ainsi que les considérations éthiques et la criminalisation de l'exposition au VIH.

8. Critères de succès⁹

Les critères de succès sont ici essentiellement les mêmes que ceux qui s'appliquent à l'IPPAP-ITS et qui se trouvent dans le Guide ITS-MADO :

- la participation volontaire des personnes atteintes à la démarche de notification, incluant l'intervention préventive auprès de leurs partenaires, sans coercition ni préjudice pour elles-mêmes ou leurs partenaires;
- le respect rigoureux de la confidentialité des renseignements recueillis et de la finalité pour laquelle ils sont recueillis;
- le respect de l'autonomie de la personne;
- le respect de la relation de confiance établie entre le clinicien et son patient;
- l'offre systématique d'un counseling, tant à la personne atteinte qu'à ses partenaires;
- la continuité des services;
- le partenariat;
- la qualité de l'intervention et la qualification des professionnels qui la réalisent;
- une organisation des services adaptée à la réalité régionale.

9. Adapté de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2014a), *Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, [x], 339 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>.

9. Organisation des services¹⁰ et documentation des soins

La réalisation de l'IPPAP-VIH requiert une organisation des services qui repose sur la complémentarité des rôles des différents acteurs. Le tableau 3 résume le rôle du professionnel de la santé ou des services sociaux et celui du professionnel désigné dans le cadre de l'intervention auprès de la personne atteinte d'une infection par le VIH et auprès de ses partenaires.

Quel que soit le modèle d'organisation retenu, la continuité des services demeure une préoccupation centrale. Pour assurer cette continuité, la collaboration de tous est essentielle : professionnels désignés pour soutenir l'IPPAP-VIH, professionnels de la santé ou des services sociaux, intervenants des organismes communautaires, professionnels des directions de santé publique (DSP), gestionnaires et autres acteurs.

Les sections suivantes présentent respectivement des éléments particuliers à l'organisation du soutien par un professionnel désigné, à l'intégration de l'IPPAP-VIH dans la pratique des professionnels et à la documentation des soins.

9.1 Accès à un professionnel désigné

L'organisation des services doit favoriser un accès simple et efficace à un professionnel désigné. Chaque direction de santé publique d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou d'un établissement responsable de l'organisation des services détermine l'organisation du soutien à l'IPPAP-VIH en tenant compte des services déjà en place et des caractéristiques du territoire. En plus de s'assurer que le soutien à l'IPPAP-VIH est accessible sur le territoire, elle identifiera les ressources et les services vers lesquels les personnes atteintes ainsi que leurs partenaires pourront être orientés (ex. : dépistage, changement de comportements, soutien psychosocial).

L'organisation des services devra permettre aux professionnels désignés de prendre le temps nécessaire pour réaliser l'IPPAP-VIH, idéalement à l'occasion d'une rencontre face à face. À titre indicatif, selon l'organisation des services, le soutien à cette intervention pourrait être offert, par un professionnel désigné :

- dans un milieu clinique,
- dans un service spécialisé comme les SIDEPS,
- dans les locaux de la Direction de santé publique d'un CISSS ou d'un CIUSSS.

Il est primordial que l'intervention préventive soit effectuée par des professionnels qualifiés, formés pour offrir ce type de service. Leur formation devrait inclure les connaissances de base sur le VIH et les autres ITSS (épidémiologie, modes de transmission, symptômes, évolution clinique, dépistage, traitements, etc.) ainsi que sur les divers aspects du counseling. Ces personnes devraient avoir accès à des activités de maintien et de développement des compétences leur permettant de mettre à jour leurs connaissances et de développer leur expertise. En plus de résumer les connaissances et les compétences de base, le tableau 5 présente des documents et des activités qui concernent leur acquisition et leur développement.

Par ailleurs, des mécanismes souples devraient permettre au professionnel désigné ou à un autre professionnel habilité d'offrir le dépistage à une personne immédiatement après l'avoir informée de son exposition au VIH. Si le dépistage ne peut être fait à ce moment, la personne exposée doit être dirigée rapidement vers un professionnel de la santé ou un milieu clinique approprié. Une entente préalable accélérera les choses.

De même, les personnes atteintes d'une infection par le VIH et leurs partenaires doivent être dirigés adéquatement et rapidement vers les autres services dont ils ont besoin (ex. : suivi clinique, adoption et maintien de comportements sécuritaires).

10. *Ibid.*, p. 107-109.

9.2 Mobilisation des professionnels de la santé ou des services sociaux

Les DSP pourront rappeler aux professionnels de la santé ou des services sociaux leur rôle dans l'IPPAP-VIH, qui consiste à entreprendre cette intervention et à offrir systématiquement un soutien à la personne atteinte lorsqu'il s'agit d'aviser ses partenaires. De plus, elles pourront faire en sorte que ces professionnels aient accès aux formations offertes par l'Institut national de santé publique du Québec et à la documentation produite par le ministère de la Santé et des Services sociaux (outils d'aide à la pratique, brochures à remettre aux patients et à leurs partenaires) sur l'IPPAP-VIH. Des activités régionales de sensibilisation et de développement des compétences pourront également leur être offertes.

9.3 Documentation des soins

La documentation des soins est inhérente à la pratique de tout professionnel de la santé. Comme pour toute autre intervention, les règles et procédures de l'établissement visent à la protection des renseignements personnels. Plusieurs lois et règlements en vigueur au Québec précisent les règles à suivre quant à la tenue du dossier, à l'exactitude de l'information consignée, à la confidentialité des renseignements contenus dans le dossier et à l'accès au dossier (MSSS 2016a). Au cours de l'intervention auprès des partenaires et de la prise de notes, une attention particulière sera prêtée à la confidentialité de l'identité de la personne atteinte.

10. Cadre légal de l'intervention

Au Québec, l'infection par le VIH et le sida constituent des maladies à déclaration obligatoire uniquement si la personne infectée a donné du sang, des organes ou des tissus, ou si elle a reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus. Une enquête épidémiologique peut aussi être entreprise à la suite d'un signalement lorsqu'une menace pour la santé de la population a été identifiée. L'encadré 7 expose les différences entre le signalement et l'IPPAP-VIH.

Encadré 7 Distinctions entre signalement et IPPAP-VIH

« Un signalement est une information fournie par toute personne qui s'identifie de façon vérifiable, sauf exception probante ou légitime, dont elle a une connaissance personnelle, ou à titre de représentant d'une entité organisationnelle, ou par un médecin, et se rapportant à une menace à la santé réelle ou appréhendée, ou à ce qui est perçu comme étant ou pouvant être une menace à la santé [...]. Cette information doit avoir été reçue par une personne en position d'autorité à la santé publique à cet égard, ou par une personne pouvant être raisonnablement perçue comme telle, quel que soit le mode ou le lieu de transmission de cette information »¹.

La Loi sur la santé publique (art. 95) permet exclusivement à un médecin de signaler, au directeur de santé publique du territoire, « une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible ».

Les principales distinctions entre le signalement et l'IPPAP-VIH sont les suivantes :

- s'il s'agit d'une menace actuelle (ex. : des personnes continuent d'être exposées), la DSP privilégie le processus de gestion d'un signalement. Les interventions seront graduées : les interventions volontaires sont privilégiées mais, selon l'évaluation du risque, des interventions coercitives peuvent être menées si la personne atteinte ne collabore pas;
- s'il s'agit d'une menace qui n'est plus présente, la DSP privilégiera d'autres interventions de santé publique, telles que le soutien à l'IPPAP-VIH, pour joindre les partenaires ayant été exposés dans le passé. La participation à l'IPPAP-VIH est volontaire.

1. GROUPE DE TRAVAIL SIGNALEMENTS, TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES (TCNMI), (2017). *Cadre d'interprétation des signalements en maladies infectieuses*, 55 p. [Document inédit].

En vertu des articles 10 à 14 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (Québec 2017b), le VIH fait l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques aux fins de la surveillance continue de l'état de santé de la population¹¹. Cette collecte se fait auprès des professionnels de la santé ayant demandé le test et à qui un soutien à l'intervention (information, orientation) peut être offert.

Sauf dans un contexte de biovigilance et de signalement, l'IPPAP-VIH ne s'inscrit pas dans l'enquête épidémiologique, avec les pouvoirs et les obligations qui s'y rattachent. Toutefois, l'intervention de la santé publique auprès de personnes vivant avec le VIH ou ayant été exposées à ce virus est légitime. Le présent guide vise à soutenir l'atteinte de deux objectifs inscrits dans le Programme national de santé publique 2015-2025 : prévenir les ITSS; protéger la population par la mise en place de mesures de contrôle des risques et des menaces pour la santé, selon le contexte (MSSS 2015f : 51, 55).

11. Les données recueillies alimentent le Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec. Voir notamment les rapports annuels de ce programme, à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/publications/>.

11. Considérations éthiques et criminalisation de l'exposition au VIH

En général, les considérations éthiques présentées dans le Guide ITS-MADO s'appliquent à l'IPPAP-VIH (voir la section 9.3, « Les dimensions éthiques », de ce guide).

À ces considérations éthiques s'ajoute le contexte de la criminalisation de l'exposition au VIH. Selon les arrêts Mabior (R. c. Mabior 2012) et D.C. (R. c. D.C. 2012) de la Cour suprême du Canada, toute personne se sachant infectée par le VIH a l'obligation légale de divulguer sa séropositivité à ses partenaires sexuels avant d'avoir des relations sexuelles qui comportent une « possibilité réaliste de transmission du VIH ». Selon ces arrêts, une pénétration vaginale avec utilisation adéquate du condom est considérée comme une « possibilité réaliste de transmission » si la personne a une charge virale supérieure à 1 500 copies par millilitre.

L'évaluation du risque de transmission et de l'efficacité des stratégies de prévention à laquelle a procédé la Cour suprême diffère de celle qu'en font les autorités de santé publique. La Cour suprême s'appuie sur les données qui ont été présentées en première instance. Ainsi, dans les affaires Mabior et D.C., elle a basé sa décision sur les données présentées à la première juridiction qui a examiné le litige plusieurs années auparavant. La santé publique base quant à elle son évaluation sur les données les plus récentes. Les données évoluent rapidement et plusieurs études, notamment sur la transmission du VIH lorsque la charge virale est faible ou indétectable, sont en cours. Pour la santé publique, une charge virale rendue indétectable grâce à une thérapie antirétrovirale efficace ainsi que l'utilisation constante et adéquate du condom¹² sont deux stratégies de prévention efficaces. Il n'y a pas de consensus d'experts sur la supériorité d'une stratégie par rapport à l'autre¹³.

Les messages de la Cour suprême sur le risque de transmission et l'efficacité des stratégies de prévention ne concordent pas avec ceux de la santé publique. Ces messages divergents posent un défi pour les professionnels de la santé et pour les PVVIH. La divergence des messages et le contexte de criminalisation de l'exposition au VIH peuvent empêcher certaines personnes atteintes d'aborder les comportements à risque et les enjeux du dévoilement de leur condition sérologique (Mykhalovskiy 2011).

Ce contexte n'est pas favorable non plus à la notification des partenaires; malgré tout, la notification d'un partenaire par un professionnel de la santé ou des services sociaux, ou encore par un professionnel désigné, contribue à préserver la confidentialité de la personne atteinte d'une infection par le VIH.

Au cours de l'intervention auprès de la personne atteinte, le professionnel désigné pourra transmettre des renseignements généraux sur le VIH et le droit. Par contre, les professionnels qui effectuent le counseling ne sont pas autorisés à donner des conseils juridiques et ne devraient pas le faire. L'annexe 4 présente des informations et des outils sur l'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels.

12. Pour le VIH, le risque de transmission associé aux relations sexuelles protégées par un condom est « négligeable » pour les relations orales et « négligeable ou très faible » pour les relations vaginales ou anales lorsque l'utilisation du condom est constante et adéquate. Pour des précisions sur les niveaux de risque, consulter l'outil *Estimation du risque associé aux activités sexuelles : intervention relative aux ITSS* [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097/>].

13. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014), *Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, III, 51 p. Également disponible en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1812>.

ANNEXE 1

RAPPEL DES DÉMARCHES QUÉBÉCOISES RELATIVES À L'IPPAP-VIH

- 2000 À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Direction de santé publique (DSP) de Montréal a conçu et évalué une offre de soutien en matière d'IPPAP-VIH : le Projet-pilote de service de soutien à l'identification, au counseling et à l'éducation des partenaires d'une personne infectée par le VIH (SER-VIH). L'évaluation a démontré la pertinence, la faisabilité et l'efficacité du service.
- 2004 Publication du Programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires. Dans plusieurs régions, on a ensuite mentionné au Service de lutte contre les ITSS (SLITSS) qu'il serait approprié de définir et de soutenir une telle intervention portant sur le VIH. De même, des participants à la formation sur l'IPPAP offerte par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ont régulièrement dit aux formateurs qu'ils se sentaient peu outillés pour intervenir lorsqu'il s'agit du VIH.
- 2009 Dans le cadre des travaux « Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH » que l'INSPQ a mené, l'IPPAP-VIH a été identifiée comme une intervention incontournable pour briser la chaîne de transmission. Le groupe de travail de l'INSPQ a recommandé au MSSS d'envisager de définir :
1. une offre de soutien à l'IPPAP-VIH similaire à celle qui a été déterminée pour l'IPPAP réalisée à la suite de la déclaration d'une ITS (IPPAP-ITS);
 2. une offre de soutien aux intervenants qui travaillent auprès de personnes infectées ne prenant pas les précautions pour prévenir la transmission du VIH.
- 2011 Avec l'accord de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, le MSSS a entrepris la mise à jour des interventions de santé publique à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO. Aux fins de la cohérence, il a été convenu que l'IPPAP-VIH serait définie après que le contenu du guide ITS-MADO ait été finalisé.
- 2011 Dans son avis *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*, l'INSPQ appuyait les recommandations transmises au MSSS par le groupe de travail IPPAP-VIH en 2009, qui étaient :
- de mettre sur pied un comité ou groupe de travail pour développer cette offre de soutien, selon des modalités semblables à celles retenues pour développer le Programme IPPAP-ITS (pour les ITS-MADO) en s'assurant de la représentation de tous les partenaires concernés;
 - de développer une offre de soutien pour l'IPPAP-VIH similaire à celle développée pour l'IPPAP-ITS (pour les ITS-MADO) et que cette offre de soutien tienne compte des caractéristiques des différents sous-groupes de la population, des milieux d'intervention, des principes éthiques et des principes généraux énoncés dans le rapport de la DSP de Montréal¹⁴;
 - de s'assurer que les ressources humaines et financières nécessaires au déploiement de ces services soient disponibles¹⁵.

14. ADRIEN, Alix, et autres. *Projet pilote d'un service de soutien à l'identification, au counselling et à l'éducation des partenaires d'une personne infectée par le VIH (SER-VIH)*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 2000, 110 p. + annexes. Également disponible en ligne : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000025533.pdf>.

15. GROUPE DE TRAVAIL IPPAP-VIH *Proposition d'un groupe de travail sur l'intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et leurs partenaires (IPPAPVIH)*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009. [Document de travail].

2013 à 2015	À la demande du MSSS, la DSP de Montréal a conçu, instauré et évalué une offre de soutien provinciale pour l'accompagnement du réseau de la santé publique dans l'intervention auprès des personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions pour prévenir la transmission du VIH (PPP-VIH). Les situations « VIH complexes » ont été ajoutées au mandat. Il s'agit de toute situation qui va au-delà des lignes directrices ou des guides d'intervention existants, ou de situations nécessitant une évaluation plus approfondie pour que des interventions pertinentes et efficaces puissent être déterminées. L'évaluation a démontré la pertinence de ce service.
Janvier 2014	<p>Consultation auprès des régions pour :</p> <ol style="list-style-type: none">1. connaître les interventions qui y sont instaurées;2. répertorier les outils conçus par les DSP en matière d'IPPAP-VIH;3. recenser les besoins des professionnels de santé publique quant au soutien à l'IPPAP-VIH;4. recenser les besoins des professionnels de santé publique quant aux situations complexes, notamment l'intervention auprès des personnes qui ne prennent pas les précautions pour prévenir la transmission du VIH. <p>Cette consultation a permis d'observer :</p> <ul style="list-style-type: none">• que le soutien offert aux professionnels de la santé et des services sociaux varie d'une région à l'autre;• qu'en général, les professionnels de santé publique se sentent peu outillés pour réaliser l'IPPAP-VIH;• qu'en l'absence d'un guide et d'outils portant sur l'IPPAP-VIH, les professionnels de santé publique qui offrent du soutien se basent sur des documents et des outils présentant des interventions similaires pour d'autres ITS, notamment le <i>Guide d'intervention – Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire</i>;• que les professionnels de santé publique ont besoin de balises (ex. : situations à prioriser, période visée pour l'intervention auprès des partenaires, contexte légal);• que les professionnels de santé publique souhaitent que les outils adaptés (ex. : questionnaires et guides d'utilisation) pour réaliser l'IPPAP-VIH soient rassemblés ou élaborés.
Avril 2014	Publication du <i>Guide d'intervention pour les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire</i> .
2017	Partage d'un cadre d'interprétation des signalements en maladies infectieuses.
En cours	Travaux sur la surveillance du VIH au Québec.
En cours	Offre de soutien de l'INSPQ pour accompagner le réseau de la santé publique dans l'intervention auprès des personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions pour prévenir la transmission du VIH (PPP-VIH).

ANNEXE 2

MÉTHODE UTILISÉE POUR ÉLABORER LE PRÉSENT GUIDE

À la suite de la consultation sur les besoins menée auprès des directions de santé publique, le groupe de travail ITS-MADO a procédé à une revue de la littérature scientifique ainsi qu'à une analyse des guides de pratiques et des outils selon la méthode suivante :

- recherche de publications ultérieures à la recension des écrits produite par l'Agence de la santé publique du Canada en 2014 (de janvier 2011 à juin 2014) à partir des mêmes bases de données (Cochrane Library, Ovid Medline, PsychInfo, Embase, Scopus) et des mêmes mots-clés (« HIV » OR « AIDS » OR « HIV-1 » OR « HIV-2 » OR « HIV infection » OR « sexually transmitted disease » AND « partner notification » OR « contact tracing »);
- ajout de la base de données Current Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), qui cible la pratique de soins infirmiers (pertinent pour le Québec);
- ajout de mots-clés concernant les nouvelles technologies (« internet partner notification » OR « internet-based partner »);
- recherche d'outils et de guides de pratiques publiés au Canada, aux États-Unis, en Europe et en Australie;
- conception d'une fiche de lecture pour chaque article, guide de pratique et outil;
- conception d'une grille d'analyse des écrits recensés;
- analyse et discussion des éléments trouvés dans la littérature scientifique ainsi que recherche d'un consensus au sein du groupe de travail.

ANNEXE 3

DIFFÉRENCES ENTRE L'IPPAP-ITS ET L'IPPAP-VIH

Cadre légal

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
L'intervention s'inscrit dans l'enquête épidémiologique faite à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO.	Lorsque le VIH n'est pas une MADO, l'offre de la santé publique ne s'inscrit pas dans une démarche d'autorité, contrairement à l'enquête épidémiologique effectuée à la suite de la déclaration d'une ITS-MADO.

Complémentarité de l'intervention

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Pour les situations prioritaires, le professionnel de la santé ou des services sociaux collabore à la démarche de la santé publique en informant les patients qu'ils seront joints par celle-ci ou en s'engageant à effectuer l'IPPAP selon l'approche négociée. • Pour les situations non prioritaires, le professionnel de la santé ou des services sociaux effectue l'IPPAP selon l'approche passive et, au besoin, demande le soutien d'un professionnel mandaté par la santé publique. 	Le professionnel de la santé ou des services sociaux offre du soutien à la personne atteinte pour qu'elle avise ses partenaires. Il offre systématiquement le soutien du professionnel désigné (ou, encore, son propre soutien ou celui d'un professionnel de son milieu clinique) pour aviser des partenaires.

Personne atteinte

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
En général, il s'agit d'une personne chez qui une infection transmissible sexuellement, curable, vient d'être détectée. L'acquisition de cette infection est donc relativement récente (sauf pour la syphilis).	Puisque l'infection par le VIH est chronique, l'IPPAP-VIH peut être offerte au cours du suivi, alors que la personne vit avec le VIH depuis plusieurs mois ou années. L'IPPAP sera donc offerte à la suite d'un résultat positif au dépistage du VIH, puis aussi souvent que nécessaire au cours du suivi.

Partenaires à joindre

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
Principalement des partenaires sexuels.	Partenaires sexuels et partenaires ayant partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation de drogues.

Approches

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
<ul style="list-style-type: none"> • L'approche négociée est recommandée pour les situations prioritaires et l'approche passive, pour les situations autres que prioritaires. • Dans tous les cas, l'IPPAP selon l'approche passive est réalisée par le professionnel de la santé. • Pour les situations prioritaires, l'IPPAP selon l'approche négociée est réalisée soit par un professionnel mandaté par la santé publique, soit par un professionnel de la santé ou des services sociaux. Dans ces cas, le professionnel mandaté par la santé publique interviendra à la fois auprès de la personne atteinte et auprès de ses partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche négociée est recommandée dans tous les cas : <ul style="list-style-type: none"> – le professionnel de la santé ou des services sociaux réalise l'IPPAP, offre systématiquement le soutien d'un professionnel désigné ou son soutien pour notifier des partenaires et effectue systématiquement un suivi de la notification des partenaires auprès de la personne atteinte; – selon la demande et les besoins, le professionnel désigné interviendra auprès de la personne et de ses partenaires (volets 1 à 3) ou uniquement auprès des partenaires (volet 3).

Traitement épidémiologique

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
Un traitement épidémiologique est généralement indiqué pour les partenaires.	Une évaluation pour une prophylaxie postexposition est recommandée si l'exposition a eu lieu il y a moins de 72 heures.

Stratégies pour joindre et notifier les partenaires

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
<ul style="list-style-type: none"> • La notification se fait généralement par téléphone. • D'autres moyens peuvent être utilisés si on ne peut joindre un partenaire par téléphone. 	<ul style="list-style-type: none"> • La notification dans le cadre d'une rencontre face à face est privilégiée. • La notification par téléphone est possible dans certaines situations. • Des précautions additionnelles pourraient être nécessaires lorsque la notification est faite à l'aide des nouvelles technologies, en raison de la charge émotive liée à l'exposition au VIH. Cette façon de faire doit être utilisée de façon exceptionnelle.

Délai pour commencer l'intervention

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
La notification des partenaires est réalisée tôt après la détection de l'infection.	<ul style="list-style-type: none"> • La notification des partenaires doit être faite très rapidement si l'exposition a eu lieu il y a moins de 72 heures. • Dans les autres situations, elle doit être réalisée le plus tôt possible, mais il peut être nécessaire de laisser le temps à la personne atteinte d'assimiler le diagnostic avant d'aborder l'intervention auprès de ses partenaires.

Délais pour la notification des partenaires par le professionnel mandaté (ITS-MADO) ou désigné (VIH)

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
Le délai maximum pour débuter l'intervention est de 24 à 48 heures.	<ul style="list-style-type: none"> • L'organisation d'une rencontre face à face peut prolonger le délai. • Le tableau 4 du présent guide traite des situations à prendre en considération pour planifier les interventions.

Suivi auprès des partenaires

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
Un suivi auprès des partenaires notifiés peut être effectué au besoin.	<ul style="list-style-type: none"> • Un suivi systématique est effectué auprès des partenaires avisés par le professionnel désigné pour vérifier qu'ils ont fait l'objet d'une évaluation clinique et d'un dépistage. • Un suivi pour s'assurer qu'un partenaire a été dépisté peut demeurer pertinent jusqu'à un an après la notification.

Cas perdu pour le suivi

IPPAP-ITS	IPPAP-VIH
Un cas peut être considéré comme « perdu pour le suivi » après quelques semaines.	Des tentatives pour joindre les partenaires peuvent porter fruits jusqu'à un an après l'annonce du résultat positif de la personne atteinte.

ANNEXE 4

L'OBLIGATION LÉGALE DE DIVULGUER SON STATUT SÉROLOGIQUE À SES PARTENAIRES SEXUELS¹⁶

Outre les cas jugés par les tribunaux inférieurs, la Cour suprême du Canada a rendu, en octobre 2012, deux arrêts sur la question de la divulgation du statut sérologique (les causes R. c. Mabior et R. c. D.C.¹⁷). Selon ces arrêts :

- toute personne se sachant infectée par le VIH a l'obligation légale de divulguer sa séropositivité à ses partenaires sexuels avant d'avoir des relations sexuelles qui comportent une « possibilité réaliste de transmission du VIH »;
- il n'y a pas de « possibilité réaliste de transmission du VIH », lors d'une pénétration vaginale, lorsqu'il y a port du condom ET que la charge virale de la personne séropositive est faible ou indétectable¹⁸. La Cour n'a pas statué sur les autres types de relations sexuelles (anale ou orale);
- le fait, pour une personne infectée de ne pas divulguer son statut sérologique lorsqu'elle en a l'obligation vicie le consentement de l'autre personne. En droit, on se retrouve alors en présence d'une relation sexuelle non consensuelle. La personne vivant avec le VIH peut alors être accusée d'infractions criminelles telles que voies de fait, agression sexuelle, négligence causant des lésions corporelles ou encore meurtre ou tentative de meurtre;
- une personne vivant avec le VIH peut être reconnue coupable d'une infraction criminelle pour avoir eu des relations sexuelles comportant une « possibilité réaliste de transmission du VIH » sans avoir divulgué son état au préalable, même si elle n'a pas eu l'intention de transmettre le VIH et même si l'autre personne n'a pas été infectée. L'infraction vise l'exposition sans divulgation au préalable¹⁹.

Dans quelles circonstances les personnes vivant avec le VIH N'ONT-ELLES PAS D'OBLIGATION légale de divulguer leur statut sérologique?

Les personnes vivant avec le VIH n'ont pas d'obligation légale de divulguer leur statut sérologique avant une relation sexuelle vaginale si leur charge virale est faible (moins de 1 500 copies/ml) ou indétectable (moins de 50 copies/ml) ET qu'elles utilisent un condom.

Dans quelles circonstances les personnes vivant avec le VIH ONT-ELLES UNE OBLIGATION légale de divulguer leur statut sérologique?

Les personnes vivant avec le VIH doivent divulguer leur statut sérologique avant d'avoir :

- une relation sexuelle avec pénétration anale ou vaginale sans condom, peu importe leur charge virale;
- une relation sexuelle avec pénétration anale ou vaginale avec condom, si leur charge virale est égale ou supérieure à 1 500 copies/ml.

L'état actuel du droit ne précise pas si la personne vivant avec le VIH a l'obligation de divulguer sa séropositivité lorsqu'elle a des relations sexuelles qui comportent un risque plus élevé de transmission du VIH, telles que la

16. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, mise à jour, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2016, [xi], 249 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>].

17. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *La non-divulgation du VIH et le droit criminel : analyse de deux récentes décisions de la Cour suprême du Canada*, [Toronto], Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012a, 10 p. Également disponible en ligne : http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/SCC_DecisionAnalysis-FRA.pdf.

18. La Cour suprême a considéré qu'une charge virale faible est de moins de 1 500 copies par millilitre et qu'une charge indétectable est de moins de 50 copies par millilitre.

19. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *La non-divulgation du VIH et le droit criminel : implications pratiques des récentes décisions de la Cour suprême du Canada pour les personnes vivant avec le VIH : questions & réponses*, [Toronto], Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012b, 3 p. Également disponible en ligne : http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/SCC_DecisionQA-FRA.pdf.

pénétration anale. En effet, la pénétration anale comporte un risque plus élevé de transmission que la pénétration vaginale. Par conséquent, il est pensable que l'obligation de divulguer doit être au moins aussi stricte (sinon plus) que pour la pénétration vaginale. Le dévoilement du statut sérologique avant une pénétration anale pourrait être obligatoire même lorsque la charge virale est faible ou indétectable ET qu'un condom est utilisé.

L'état actuel du droit ne précise pas non plus si la personne vivant avec le VIH a l'obligation de divulguer sa séropositivité lorsqu'elle a des relations sexuelles qui comportent un risque moins élevé de transmission du VIH que la pénétration anale ou vaginale sans condom (par exemple, des relations orales-génitales non protégées). L'obligation de divulguer pourrait alors dépendre du risque de transmission du VIH associé à l'activité sexuelle en question, à savoir si cette activité expose l'autre personne à une « possibilité réaliste de transmission du VIH ».

Que doivent faire les professionnels de la santé?

Le Réseau juridique canadien VIH/sida suggère que les professionnels de la santé informent la personne vivant avec le VIH de la possibilité qu'elle soit reconnue coupable de voies de fait graves ou d'autres infractions criminelles si elle ne divulgue pas son statut sérologique avant d'avoir des relations sexuelles qui comportent une « possibilité réaliste de transmission du VIH », même en l'absence de transmission²⁰. Par conséquent, la personne vivant avec le VIH peut continuer d'avoir des relations sexuelles mais doit divulguer son statut sérologique lorsque le rapport implique une « possibilité réaliste de transmission du VIH ». Les éléments entourant l'obligation légale de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels peuvent évoluer selon les jugements des tribunaux et les arrêts de la Cour suprême. Le Réseau juridique canadien VIH/sida propose des ressources, dont la trousse *La divulgation du VIH et le droit : une trousse de ressources pour les fournisseurs de soins*²¹.

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, en collaboration avec CATIE, a pour sa part produit le guide *Les implications juridiques et cliniques du non/dévoilement du VIH : Un guide pratique à l'intention des infirmières et infirmiers en sidologie du Canada*²². Ce guide s'adresse aux infirmières travaillant dans le domaine du VIH. Il présente les réalités auxquelles sont confrontés ces professionnels et des conseils pratiques concernant la divulgation du statut sérologique.

La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) et le Réseau juridique canadien VIH/sida peuvent assister les professionnels de la santé et les intervenants psychosociaux en leur donnant de l'information à jour et en guidant leur intervention. Toute personne vivant avec le VIH peut également se procurer de l'information auprès de différents organismes, dont la COCQ-SIDA et le Réseau juridique canadien VIH/sida (consulter l'outil *Ressources : intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang*, publié par le ministère de la Santé et des Services Sociaux en 2016).

20. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *Le counselling dans le contexte de la criminalisation de la non-divulgation du VIH*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012, 3 p.

21. Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida, le counseling doit comprendre des renseignements sur le droit criminel et le VIH (voir *Le counselling dans le contexte de la criminalisation de la non-divulgation du VIH*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012). Le Réseau précise que les professionnels qui effectuent le counseling ne sont pas autorisés à donner des conseils juridiques et ne devraient pas le faire. Cependant, ils devraient suivre l'évolution du droit et être en mesure de transmettre des informations justes au sujet de l'obligation de divulguer son statut sérologique à ses partenaires sexuels.

22. ASSOCIATION CANADIENNE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SIDOLOGIE et CATIE. *Les implications juridiques et cliniques du non/dévoilement du VIH : Un guide pratique à l'intention des infirmières et infirmiers en sidologie du Canada*, 2013, 21 p.

BIBLIOGRAPHIE

ADRIEN, Alix, et autres (2000). *Projet pilote d'un service de soutien à l'identification, au counselling et à l'éducation des partenaires d'une personne infectée par le VIH (SER-VIH)*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 110 p. + annexes. Également disponible en ligne :

<http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000025533.pdf>.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2015a). *Quebec HIV Prevalence and Incidence Estimates Used to Construct the 2014 National HIV Estimates: October 30, 2015*. [Communication personnelle].

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2015b). *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : personnes vivant avec le VIH/sida*, [En ligne].

[<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/people-personnes/index-fra.php>].

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2015c). *Résumé : estimations de l'incidence, de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 11 p. Également disponible en ligne : <http://www.catie.ca/sites/default/files/2014-HIV-Estimates-in-Canada-FR.pdf>.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2013). *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 51 p. Également disponible en ligne :

http://www.catie.ca/sites/default/files/FR_Guide-pour-le-depistage-et-le-diagnostic-de-linfection-par-le-VIH-2013.pdf.

ALBERTA. MINISTRY OF HEALTH AND WELLNESS (2011). *Public Health Notifiable Disease Management Guidelines: Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, [En ligne], janvier, 13 p.

[<https://open.alberta.ca/publications/human-immunodeficiency-virus-hiv>].

ASSOCIATION CANADIENNE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SIDOLOGIE et CATIE (c2013). *Les implications juridiques et cliniques du non/dévoilement du VIH : un guide pratique à l'intention des infirmières et infirmiers en sidologie du Canada*, s. l., Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie et CATIE, 21 p. Également disponible en ligne : <http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26451.pdf>.

AUSTRALASIAN SOCIETY FOR HIV MEDICINE (2010). *Australasian Contact Tracing Manual: A Practical Handbook for Health Care Providers Managing People with HIV, Viral Hepatitis, STIs and HIV-Related Tuberculosis*, 4th Edition, Darlinghurst (Australie), Australasian Society for HIV Medicine, 76 p. Également disponible en ligne : <http://www.healthinonet.ecu.edu.au/key-resources/promotion-resources/?lid=19950>.

BAILE, Walter F., et Estela A. BEALE (2001). "Giving bad news to cancer patients: matching process and content", *Journal of Clinical Oncology*, vol. 19, n° 9, 1^{er} mai, p. 2575-2577. doi : 10.1200/JCO.2001.19.9.2575.

BAILE, Walter F., et autres (2006). "Breaking bad news: more than just guidelines", *Journal of Clinical Oncology*, vol. 24, n° 19, 1^{er} juillet, p. 3217. doi : 10.1200/JCO.2006.06.2935. [Author reply].

BARKER, Gary (2011). "Partner notification and HIV: a case study", *HIV Nursing*, vol. 11, n° 4, hiver, p. 11. Également disponible en ligne :

<https://www.thefreelibrary.com/Partner+notification+and+HIV%3A+a+case+study.-a0284553415>.

BEGLEY, Elin B., et autres (2008). "Incorporating rapid HIV testing into partner counseling and referral services", *Public Health Reports*, vol. 123, n° supp. 3, novembre, p. 126-135. doi : 10.1177/00333549081230S315.

BELL, Gill, et John POTTERAT (2011). "Partner notification for sexually transmitted infections in the modern world: a practitioner perspective on challenges and opportunities", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 2, décembre, p. ii34-ii36. Également disponible en ligne : http://sti.bmj.com/content/87/Suppl_2/ii34.full.

BERGMAN, Joshua, et autres (2015). "Intensive HIV partner notification is effective in identifying new and previously diagnosed HIV infections in Edmonton, Canada", *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 29, n° 8, août, p. 419-422. doi : 10.1089/apc.2015.0033. [Letter to the Editor].

BERGMAN, Joshua, et autres (2011). "Outcomes following the introduction of HIV partner notification guidelines in Edmonton, Canada", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet. [19th Biennial Conference of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research, Health services and policy poster session 5: Partner notification, P5-S5.02].

BERNSTEIN, Kyle T., et autres (2014). "Partner services as targeted HIV screening: changing the paradigm", *Public Health Reports*, vol. 129, n° 1, Supp. 1, janvier-février, p. 50-55. doi : 10.1177/00333549141291S108.

BLOUIN, Karine, Sylvie VENNE et Gilles LAMBERT (2017). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2015 (et projections 2016)*, s. l., Institut national de santé publique du Québec, IX, 117 p. Également disponible en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2201>.

BOCOUR, Angelica, et autres (2013). "HIV partner services are associated with timely linkage to HIV medical care", *AIDS*, vol. 27, n° 18, 28 novembre 2013, p. 2961-2963. doi : 10.1097/QAD.0000000000000031. [Research Letters].

BOR, Robert, et autres (1993). "The meaning of bad news in HIV disease: counselling about dreaded issues revisited", *Counselling Psychology Quarterly*, vol. 6, n° 1, janvier, p. 69-80. doi : 10.1080/09515079308254494.

BRENNER, Bluma G., et autres (2007). "High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 195, n° 7, 1^{er} avril, p. 951-959. doi : 10.1086/512088.

BRITISH ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH AND HIV (BASHH) (2013). "2012 BASHH statement on partner notification for sexually transmissible infections", *International Journal of STD and AIDS*, vol. 24, n° 4, avril, p. 253-261. doi : 10.1177/0956462412472804.

BRITISH COLUMBIA. CENTRE FOR DISEASE CONTROL (BCCDC) (2007). "HIV-1, HIV-2 counselling and follow up policy", dans *Communicable Disease Control Manual*, Chap. 5, Sexually transmitted infections, HIV/AIDS, Section II, Vancouver, B.C. Centre for Disease Control, Version d'octobre, p. 1-28 Également disponible en ligne : <http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/communicable-disease-control-manual>.

CATIE (2017a). *Déclaration de CATIE sur l'utilisation du condom comme stratégie hautement efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH*, Toronto, CATIE [La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C], 8 p. Également disponible en ligne : <http://www.catie.ca/fr/prevention/declarations/condWHO>.

CATIE (2017b). *Déclaration de CATIE sur l'utilisation du traitement antirétroviral (TAR) pour maintenir une charge virale indétectable comme stratégie hautement efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH*, Toronto, CATIE [La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C], 8 p. Également disponible en ligne : <http://www.catie.ca/fr/prevention/declarations/tar>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) et autres (2014). *Recommendations for HIV Prevention with Adults and Adolescents with HIV in the United States, 2014*, Atlanta (Géorgie), U.S. Department of Health and Human Services, 238 p. Également disponible en ligne : <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/26062>.

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES MALADIES INFECTIEUSES (CCNMI) (2013). *Notification aux partenaires d'une infection au VIH : analyse des données probantes et recommandations aux fins de l'amélioration du processus*, Winnipeg (Manitoba), Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, 19 p. Également disponible en ligne :

<https://ccnmi.ca/publications/notification-aux-partenaires-dune-infection-au-vih-analyse-des-donnees-probantes-et-recommandations-aux-fins-de-lamelioration-du-processus/>.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL (2015). *Rapport final du projet pilote d'une offre d'accompagnement du réseau de santé publique pour l'intervention auprès des personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions pour prévenir la transmission du VIH*, Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 85 p.

CHEN, Miao-Jung, et autres (2013). "Using HIV testing history to measure the success of HIV partner services", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 40, n° 5, mai, p. 419-421. doi : 10.1097/OLQ.0b013e318283bfcf. [Note].

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE, AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2013). *Guide de procédures pour le service de notification de partenaires par Internet et message texte (ITS/VIH)*, 21 p. [Document inédit].

FUJIMORI, Maiko, et autres (2005). "Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan", *Psycho-Oncology*, vol. 14, n° 12, décembre, p. 1043-1051. doi : 10.1002/pon.917.

GOLDEN, Matthew R., et autres (2009). "A controlled study of the effectiveness of public health HIV partner notification services", *AIDS*, vol. 23, n° 1, janvier, p. 133-135. doi : 10.1097/QAD.0b013e32831fb52f.

GORBACH, Pamina M., et autres (2000). "To notify or not to notify: STD patients' perspectives of partner notification in Seattle", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 27, n° 4, avril, p. 193-200. Également disponible en ligne : http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2000/04000/To_Notify_or_Not_To_Notify__STD_Patients_.3.aspx.

GROUPE DE TRAVAIL IPPAP-VIH (2009). *Proposition d'un groupe de travail sur l'intervention préventive auprès des personnes infectées par le VIH et leurs partenaires (IPPAPVIH)*, Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Document de travail].

GROUPE DE TRAVAIL SIGNALEMENTS, TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES (TCNMI) (2017). *Cadre d'interprétation des signalements en maladies infectieuses*, 55 p. [Document inédit].

HIGHTOW-WEIDMAN, Lisa, et autres (2014). "No one's at home and they won't pick up the phone": using the Internet and text messaging to enhance partner services in North Carolina", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 41, n° 2, février, p. 143-148. doi : 10.1097/OLQ.0000000000000087.

HOGBEN, Matthew, et autres (2007). "The effectiveness of HIV partner counseling and referral services in increasing identification of HIV-positive individuals: a systematic review", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, n° 2, suppl., août, p. S89-S100. doi : 10.1016/j.amepre.2007.04.015.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2014). *Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, III, 51 p. Également disponible en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1812>.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2011). *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine*, [Montréal], Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, XXIV, 170 p. Également disponible en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/es/node/3525>.

LÓPEZ, Beatriz Villa (2007). « Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias = Recommendations for how to communicate bad news », *Nure Investigación*, vol. 31, novembre-décembre, 9 p. Également disponible en ligne : <https://studylib.es/doc/1075667/recomendaciones-dar-malas-noticias-beatriz-villa-lopez>. [Texte en espagnol et résumé en anglais].

MARKS, Gary, Nicole CREPAZ et Robert S. JANSSEN (2006). “Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA”, *AIDS*, vol. 20, n° 10, 26 juin, p. 1447-1450. doi : 10.1097/01.aids.0000233579.79714.8d. [Concise communication].

MCCLEAN, Hugo, et autres (2013). “2012 BASHH statement on partner notification for sexually transmissible infections”, *International Journal of STD and AIDS*, vol. 24, n° 4, avril, p. 253-261. doi : 10.1177/0956462412472804.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2017a). *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, XII, 129 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2017b). *Outils pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes du VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)*, [En ligne], Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 72 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001958/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2016a). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, mise à jour, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, [xii], 217 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2016b). *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000098/>]. [Feuille].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2016c). *La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH : guide pour les professionnels de la santé du Québec*, [En ligne], Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, XII, 153 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000733/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2016d). *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 5 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>]. [Feuille].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2016e). *Liste de dépliants et de brochures à l'intention des patients*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000101/>. [Feuille].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2016f). *Ressources : intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, [i], 13, [1] p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000093/>]. [Brochure].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2016g). *Vaccination et ITSS*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>. [Feuille].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2015c). *Carte de notification VIH*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001066/>. [Feuille].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2015d). *Dépistage du VIH : Je passe le test*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 8 volets, Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000547/>. [Dépliant].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2015e). *Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 9 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001062/>. [Brochure].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2015f). *Programme national de santé publique 2015-2025 : Pour améliorer la santé de la population du Québec*, [En ligne], Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 85 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2014a). *Estimation du risque associé aux activités sexuelles : intervention préventive relative aux ITSS*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 6 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000097/>]. [Feuille].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2014b). *Guide d'intervention : infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, [X], 339 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2014c). *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : guide pour les professionnels de la santé du Québec*, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, xii, 129 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000161/>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2013a). *Le VIH court toujours*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 26 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000255/>. [Brochure].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2013b). *Ouvrez les yeux : le dépistage des ITSS et du VIH, ça concerne tout le monde!*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 6 volets. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000267/>. [Dépliant].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2010). *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : l'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 73 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000779/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS). *La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, [À paraître].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2016). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang : supplément : dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, mise à jour d'avril, VIII, 143 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000092/>.

MYKHALOVSKIY, Eric (2011). "The problem of 'significant risk': exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure", *Social Science and Medicine*, vol. 73, n° 5, septembre, p. 668-675. doi : 10.1016/j.socscimed.2011.06.051.

NEW YORK STATE. DEPARTMENT OF HEALTH (2013). *HIV Reporting and Partner Notification Questions and Answers*, [En ligne]. Revised in november. [https://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/regulations/reporting_and_notification/question_answer.htm].

NORTHWEST TERRITORIES. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES (2006). *Northwest Territories HIV/AIDS Manual for Health Professionals*, s. l., Department of Health and Social Services, 90 p. Également disponible en ligne : http://yhssa.hss.gov.nt.ca/sites/default/files/hiv_aids_manual.pdf.

ONTARIO. COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES (2009). *Infections transmissibles sexuellement : recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts*, Toronto, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2009, 140 p. Également disponible en ligne : <https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/STIs%20Case%20Management%20Contact%20Tracing%20FR.pdf>.

ONTARIO. MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE (2008). *Guidelines for HIV Counselling and Testing*, Toronto, Ministry of Health and Long-Term Care, 34 p.

OUELLET, Estelle, et autres (2015). « Cost effectiveness of 'on demand' HIV pre-exposure prophylaxis for non-injection drug-using men who have sex with me in Canada = La rentabilité de la prophylaxie préexposition du VIH sur demande au Canada pour les hommes qui ne consomment pas de drogues injectables, mais qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes », *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology = Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, vol. 26, n° 1, janvier-février, p. 23-29. Également disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4353265/pdf/idmm-26-23.pdf>. [Texte en anglais et résumé en français].

PAYAN, Enna Catalina, et autres (2009). "Barriers and facilitating communication skills for breaking bad news: from the specialists' practice perspective", *Colombia Médica*, vol. 40, n° 2, avril-juin, p. 158-166. Également disponible en ligne : <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/638/673>. [Texte en anglais et résumé en espagnol].

QUÉBEC (2017a). *Loi sur la santé publique : RLRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} mars*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 36 p.

QUÉBEC (2017b). *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, r. 2, à jour au 1^{er} avril*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 9 p.

R. c. D.C., [2012] 2 RCS 626 (Jugements de la Cour suprême du Canada : 34094).

R. c. Mabior, [2012] 2 RCS 584 (Jugements de la Cour suprême du Canada : 33976).

RENAUD, Tamar C., et autres (2011). "The effect of HIV field-based testing on the proportion of notified partners who test for HIV in New York City", *American Journal of Public Health*, vol. 101, n° 7, juillet, p. 1168-1171. doi : 10.2105/AJPH.2011.300129.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA (2017). *La divulgation du VIH et le droit : une trousse de ressources pour les fournisseurs de soins*, [En ligne]. [<http://www.aidslaw.ca/site/hiv-disclosure-and-the-law-a-resource-kit-for-service-providers/?lang=fr>].

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA (2012a). *La non-divulgation du VIH et le droit criminel : analyse de deux récentes décisions de la Cour suprême du Canada*, [Toronto], Réseau juridique canadien VIH/sida, 10 p. Également disponible en ligne : http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/SCC_DecisionAnalysis-FRA.pdf.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA (2012b). *La non-divulgation du VIH et le droit criminel : implications pratiques des récentes décisions de la Cour suprême du Canada pour les personnes vivant avec le VIH : questions & réponses*, [Toronto], Réseau juridique canadien VIH/sida, 3 p. Également disponible en ligne : http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/SCC_DecisionQA-FRA.pdf.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA (2012c). *Le counselling dans le contexte de la criminalisation de la non-divulgation du VIH : respecter les standards éthiques et juridiques : liste de vérification*, [Toronto], Réseau juridique canadien VIH/sida, 2 p. Également disponible en ligne : <http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2014/02/Chapter4.2-FRA.pdf>.

ROTHER, Debra L., et autres (2006). "The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits: mechanisms and outcomes", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, Suppl. 1, janvier, p. S28-S34. doi : 10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x.

SCHNEIDER, John A. (2014). "Next-generation partner services: an HIV elimination strategy", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 41, n° 2, février, p. 149-150. doi : 10.1097/OLQ.0000000000000098.

SKARBINSKI, Jacek, et autres (2015). "Human immunodeficiency virus transmission at each step of the care continuum in the United States", *JAMA Internal Medicine*, vol. 175, n° 4, avril, p. 588-596. doi : 10.1001/jamainternmed.2014.8180.

STEBEN, M., D. TAYLOR et E. CHEUK (2013). "S06.3 MSM partner services: what works?", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 89, n° suppl. 1, juillet, doi : 10.1136/sextrans-2013-051184.0036. [STI and AIDS World Congress 2013, July 14-17, Vienna, Austria, S.06 – How does your partner know?].

TSEGA, Adey, Chi-Chi UDEAGU et Elizabeth M. BEGIER (2012). "A comparison of partner notification effectiveness in African-, Caribbean-, and United States-born HIV-infected Blacks in New York City", *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 26, n° 7, juillet, p. 406-410. doi : 10.1089/apc.2011.0313.

TURCOTTE, Nicole, et autres (2000). *Procédures relatives à la démarche de notification aux partenaires des personnes infectées par le VIH*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 45, A112, [8] p. Également disponible en ligne : https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/2-89494-214-1.pdf.

UDEAGU, Chi-Chi N., et autres (2012). "Impact of a New York City Health Department initiative to expand HIV partner services outside STD clinics", *Public Health Reports*, vol. 27, n° 1, janvier-février, p. 107-114. Également disponible en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234386/pdf/phr127000107a.pdf>.

UNAIDS (2014). *90-90-90 An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic*, s. l., Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 33 p. Également disponible en ligne : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf.

UNAIDS (2010). *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections: A UNAIDS Discussion Paper*, Genève, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 35 p. Également disponible en ligne : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2007_Combination_Prevention_paper_en.pdf.

UNITED KINGDOM. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (UK NICE) (2016). *HIV Testing: Increasing Uptake Among People Who May Have Undiagnosed HIV*, [En ligne], mis en ligne en décembre. [<https://www.nice.org.uk/guidance/ng60/chapter/Context>].

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USHHS), NATIONAL CENTER FOR HIV/AIDS, VIRAL HEPATITIS, STD, AND TB PREVENTION (2008). "Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, n° RR-9, 7 novembre, 83, 4 p. (Recommendations and Reports). Également disponible en ligne : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5709a1.htm>.

VAN AAR, Fleur, et autres (2012). "Current practices of partner notification among MSM with HIV, gonorrhoea and syphilis in the Netherlands: an urgent need for improvement", *BMC Infectious Diseases*, vol. 12, article n° 114, mis en ligne le 14 mai, 11 p. doi : 10.1186/1471-2334-12-114.

VANDEKIEFT, Gregg K. (2001). "Breaking bad news", *American Family Physician*, vol. 64, n° 12, 15 décembre, p. 1975-1978. Également disponible en ligne : <http://www.aafp.org/afp/2001/1215/p1975.pdf>.

WEBSTER, Tashonna R., Chi-Chi N. UDEAGU et Colin W. SHEPHARD (2012). "Partner services complement routine testing for early HIV diagnosis among older adults", *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 12, décembre, p. e6. doi : 10.2105/AJPH.2012.301053. [Online letter].

WILTON, James, et Logan BROECKAERT (2013). « La cascade du traitement du VIH : colmater les fuites afin d'améliorer la prévention du VIH », [En ligne], *Point de mire sur la prévention*, printemps. [<http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2013/cascade-traitement-vih-colmater-les-fuites-afin-ameliorer-prevention-vih>].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2015). *Consolidated Guidelines on HIV Testing Services. 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection*, Genève, World Health Organization, 163 p. Également disponible en ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2016). *Supplement Guidelines on HIV Self-Testing and Partner Notification: Supplement to Consolidated Guidelines on HIV Testing Services*, Genève, World Health Organization, 104 p. Également disponible en ligne : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251655/1/9789241549868-eng.pdf?ua=1>.