

Evidence Review

Notification aux partenaires

SEPTEMBRE 2013

Notification aux partenaires d'une infection au VIH: Analyse des données probantes et recommandations aux fins de l'amélioration du processus

Nicole Findlay, MPH
Université de Toronto

Introduction

La notification du VIH aux partenaires (NP pour le VIH) est obligatoire au Canada [1]. D'après les lignes directrices canadiennes sur les ITS, le médecin traitant est tenu de s'assurer que la NP a lieu, et les autorités de santé publique peuvent l'assister à cet égard. Les autorités sanitaires des provinces de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest ont toutes publié des lignes directrices sur la NP pour le VIH [2-5]. Toutefois, les lignes directrices sont non prescriptives et on sait que les pratiques provinciales en matière de notification aux partenaires diffèrent des politiques et de la législation[6], la majorité adoptant des procédures de recherche des contacts informelles et souvent volontaires qui respectent le droit à la vie privée et évitent les contraintes[7]. Par conséquent, il faut prendre des mesures pour aider les cas de référence à comprendre l'importance de la notification aux partenaires dans les cas de VIH et les faits probants au sujet de ses conséquences. Il faut prendre au sérieux les préoccupations exprimées par les cas de référence au sujet de possibles abus.

Bien que la notification soit obligatoire au Canada, peu de données ont été publiées sur la NP pour le VIH dans le contexte canadien. Une étude concernant les principes d'organisation et de mise en pratique des programmes canadiens de NP pour le VIH a été publiée en 1994 [8]. Cependant, il semble qu'aucune autre étude, antérieure

Principaux résultats

- Les programmes de NP pour le VIH ont été conçus pour permettre d'identifier les personnes porteuses du VIH non diagnostiqué et de leur notifier l'infection, afin de prévenir d'autres transmissions du virus au moyen de tests, de consultations et de traitements. Les principaux objectifs de la NP pour le VIH sont le repérage des cas et la modification des comportements à long terme [1-7].
- La notification par le patient s'avère le moyen le plus efficace d'annoncer l'infection aux partenaires primaires [2, 8-10]. Elle fait d'ailleurs intervenir moins de ressources humaines [10-12]. La notification par le prestataire de soins est la manière la plus pratique d'aviser les partenaires antérieurs et/ou occasionnels [2, 13, 14]. La notification par contrat paraît une option prometteuse. En effet, elle combine les avantages économiques de la notification par le patient avec la sûreté de la notification par le prestataire de soins, qui est subsidiaire [10, 11, 15].
- La comparaison des résultats des différentes études sur la NP pour le VIH n'a pas été simple. Il serait avantageux de disposer d'une norme de classement des résultats pour faciliter la surveillance, l'évaluation et les comparaisons entre pays [16]. Par ailleurs, il est important que la période d'intérêt — c'est-à-dire la période pendant laquelle

Con't on page 2



National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

Knowledge that's contagious!

Des savoirs qui se transmettent!

ou subséquente sur ce sujet, n'ait été publiée dans des revues à comité de lecture au Canada. Nous ne savons pas dans quelles conditions les programmes canadiens de NP pour le VIH ont été créés, et comment ils ont répondu à l'évolution de l'épidémie de VIH. Nous manquons de connaissances sur la pratique actuelle, la portée et l'efficacité de la NP pour le VIH au Canada, et leurs variations relatives suivant les régions ou le contexte local. L'absence de données

publiées sur la NP pour le VIH nuit aux progrès dans ce domaine. Une stratégie nationale de supervision et de coordination est donc nécessaire.

L'examen qui suit analyse les données probantes relatives à la NP pour le VIH publiées dans des revues à comité de lecture, et plus particulièrement leur application au contexte canadien actuel. Elle concerne surtout les objectifs, les méthodes et l'efficacité de la

Principaux résultats *continued from p. 1*

les patients dépistés signalent tous leurs partenaires — soit indiquée dans les rapports. Ceux-ci devaient également spécifier si les résultats ont été confirmés par un prestataire de soins ou transmis par le patient, si on a contacté les partenaires qui ont partagé les mêmes seringues et les partenaires sexuels, et si les partenaires non localisables ont été exclus des dénominateurs [1, 2, 15, 16].

- L'efficacité du repérage des cas varie considérablement suivant le type de programme de NP, la prévalence du VIH et la proportion estimée de cas de VIH non diagnostiqués [6, 17]. Cependant, elle est optimale lorsqu'elle porte sur les patients dépistés porteurs d'infections au VIH incidentes [2, 7, 17], qu'on ne contacte pas les partenaires séropositifs [2, 18], et que la notification s'adresse à des groupes désignés par des pairs [6-9]. Les méthodes de repérage des cas gagneraient en efficacité par la promotion des bienfaits des traitements comme outils de prévention [17, 19, 20].
- Il a été démontré que la NP pour le VIH peut entraîner des changements de comportements à court et à long terme, aussi bien chez les patients dépistés que chez les partenaires avisés [3-5]. L'analyse a révélé que ces derniers, qu'ils soient porteurs ou non du VIH d'après les tests, réduisaient significativement le nombre moyen de leurs partenaires sexuels et qu'ils utilisaient davantage le préservatif [3-5].
- Les programmes de NP pour le VIH sont rentables en ce qui a trait à la prévention et à la lutte contre le VIH, qu'il s'agisse des infections dépistées ou des infections évitées. Ils sont considérés comme économiques s'ils permettent de dépister un nouveau cas d'infection par le VIH en engageant moins de 30 000 \$ de dépenses [21]. Les études ont révélé que les programmes de NP pour le VIH coûtent moins de 25 % de ce montant limite [7]. On estime

leur coût à 6 100 \$ par infection prévenue, alors que le coût moyen de traitement d'une infection par le VIH se chiffre à 385 200 \$. Il appert que la NP pour le VIH rejoint en général un public moins vaste que les autres programmes de prévention du VIH, mais qu'elle a plus d'impact une fois l'information transmise [22, 23].

- Les difficultés inhérentes à la NP pour le VIH résultent de l'oubli ou du refus des patients dépistés d'aviser leurs partenaires, de l'absence de dépistage des partenaires, de la portée modeste des programmes et de l'impossibilité de localiser certains partenaires. Une des stratégies possibles consiste à se servir d'indices de rappel lorsqu'on demande de l'information sur les partenaires afin d'aider les patients dépistés à se souvenir d'eux [21-24]. Une autre stratégie repose sur l'utilisation de tests de dépistage du VIH portatifs et de tests rapides au moment de la notification pour faciliter cette étape chez les partenaires, notamment ceux pour qui il est difficile d'obtenir des soins médicaux [6, 17]. Par ailleurs, des programmes de NP pour le VIH ont été proposés aux prestataires de soins qui assurent la prise en charge des personnes porteuses du VIH, ce qui a permis de former des partenariats avec des organismes communautaires et d'augmenter la portée de ces programmes [17]. La stratégie de recours préventif aux traitements s'est révélée peu prometteuse quant à l'amélioration des résultats de la NP pour le VIH [2]. La relation patient-médecin entre les prestataires de soins médicaux et les patients dépistés est un meilleur facteur prédictif des effets plus probants de la NP pour le VIH que le traitement lui-même. L'utilisation d'Internet et des services de courriel offrent un autre moyen de rejoindre des partenaires jusque-là impossibles à localiser [24-29].

L'objectif de la présente analyse est de passer en revue les données publiées dans des revues examinées par des pairs au sujet de la notification du VIH aux partenaires (NP pour le VIH) en nous attachant particulièrement à son application au contexte canadien actuel. Il y est également question des résultats importants et des lacunes dans les connaissances afin d'orienter la création d'un programme canadien de NP pour le VIH.

notification. Il y est également question de certaines difficultés liées à cette pratique, et de certaines des stratégies utilisées pour les surmonter. Les implications éthiques et juridiques des cas de patients dépistés qui ne notifient pas leur infection à leurs partenaires ne sont pas abordées.

Méthodes

La logique booléenne utilisée dans les recherches bibliographiques était la suivante : (HIV OR AIDS OR HIV-1 OR HIV-2 OR "HIV infection" OR "sexually transmitted infection" OR "sexually transmitted disease") AND ("partner notification" OR "contact tracing") (VIH OU SIDA OU VIH-1 OU VIH-2 OU « infection au VIH » OU « infection transmissible sexuellement » OU « maladie transmissible sexuellement ») ET (« notification aux partenaires » OU « recherche des contacts »). Ces termes ont été saisis dans cinq bases de données : la Bibliothèque Cochrane (1 résultat), Ovid Medline (780 résultats), PsychINFO (105 résultats), EMBASE (1 121 résultats), Scopus (139 résultats). On a ainsi obtenu un total de 2 014 résultats uniques en langue anglaise. Plus de 91 articles pertinents ont été repérés grâce à l'analyse de titres et de résumés. Ces 91 articles ont été soumis à un examen exhaustif. Ont également été analysés 37 articles cités dans les listes de référence accompagnant les articles pertinents, et trois sources provenant des présentations soumises à la consultation du Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) : Une approche multi-méthodes destinée à relever les défis de la notification aux partenaires pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Canada.

Les sources ont été évaluées en fonction de deux priorités : des articles de recherche de qualité élevée examinés par des pairs, et la pertinence au regard du contexte canadien actuel. La qualité a été appréciée sur la base des recommandations formulées par Heller et ses collaborateurs dans leur article intitulé *Critical appraisal for public health: a new checklist* [9]. La pertinence vis-à-vis du contexte canadien actuel a été déterminée en fonction du lieu où s'est déroulée l'étude, de son intérêt pour les populations canadiennes à risque élevé et de son adéquation avec les réalités des services de santé et du système de santé publique canadiens. Les résultats des études effectuées aux États-Unis (É.-U.) ont été jugés applicables

au Canada. Bien que le Canada dispose d'un régime de santé universel, contrairement aux États-Unis, la majorité des services et des programmes de santé publique relatifs à la NP pour le VIH sont gratuits dans les deux pays [10-13]. De part et d'autre de la frontière, la déclaration de l'infection par le VIH est obligatoire, et des structures et des lignes directrices viennent encadrer le suivi et la NP [10, 12-14].

Les données probantes ont été extraites et analysées afin de répondre le plus exactement possible aux questions concernant les objectifs de la NP pour le VIH, le rôle du traitement rapide dans le cadre de la NP pour le VIH, l'efficacité de la NP dans la prévention et la lutte contre le VIH, et l'influence de la NP sur la modification des comportements à risque. De plus, la préférence a été accordée aux résultats publiés à partir de l'an 2000, car ceux-ci ont été estimés plus conformes au contexte actuel de prévention du VIH/sida dans lequel les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) sont disponibles, et où la plupart des provinces et territoires disposent de stratégies multisectorielles de lutte contre l'épidémie [1, 12, 13, 15, 16]. En conséquence, les données publiées avant 2000 ont été interprétées avec plus de précautions.

La structure des programmes de NP pour le VIH

Objectifs de la NP pour le VIH

Les objectifs déclarés de la NP pour le VIH concernent principalement la prévention de la transmission du VIH par le repérage des cas et la modification des comportements à long terme [15, 17-20]. Les programmes de NP ont été conçus pour identifier les personnes les plus susceptibles d'être porteuses d'une infection au VIH non diagnostiquée, et en particulier celles qui ont eu des contacts sexuels avec des personnes séropositives. Le but était d'inciter ces dernières à effectuer des consultations et des tests de dépistage, de manière à modifier leurs comportements et à prévenir la transmission du virus [14, 15, 17, 20-23]. L'autre objectif de la NP pour le VIH était d'augmenter le nombre de diagnostics de l'infection au VIH au stade initial, ce qui se justifiait au regard des répercussions sur la transmission du VIH, du pronostic des infections à VIH et du coût des traitements [24-26].

Compte tenu des objectifs assignés à la NP pour le VIH, les partenaires séropositifs n'ont pas été notifiés. On a donné la priorité aux partenaires dont le statut du VIH était négatif ou inconnu, notamment lorsqu'il était établi que des relations sexuelles non protégées avaient eu lieu [8, 27, 28]. C'était là une manière d'optimiser le potentiel de repérage des cas par la NP pour le VIH. C'est peut-être aussi une occasion perdue d'encourager des changements de comportement à long terme. Les recherches à venir devraient permettre de déterminer si la notification aux personnes infectées par le VIH du statut séropositif de leur partenaire est une stratégie rentable d'incitation à plus de diligence et de sûreté dans les relations sexuelles avec leurs partenaires actuels et futurs.

Types de notification

Notification par le patient

La notification par le patient requiert normalement moins de ressources humaines au sein du programme de NP pour le VIH que les autres types de notification, puisque les patients dépistés¹ contactent et avisent leurs partenaires eux-mêmes [15, 19, 29]. En général, les programmes font appel au personnel des services de santé pour demander aux patients dépistés de se souvenir des partenaires qu'ils ont eus pendant la période d'intérêt². Ces patients peuvent obtenir des conseils sur la meilleure manière de notifier l'infection à leurs partenaires [5, 19, 29], ou encore recevoir des appels téléphoniques de suivi et des cartes de contact ou de notification dans le cadre du programme de NP pour le VIH afin de faciliter le processus [30, 31].

La notification par le patient est optimale dans des conditions précises. D'après une étude ayant cherché à identifier les facteurs corrélés avec la notification réussie par le patient au moyen de la régression logistique, l'absence de partenaires sexuels occasionnels était l'un d'entre eux (RCC³ : 2,36; IC à 95 % : 1,37-4,09) [8]. Les patients dépistés ayant rapporté des relations sexuelles non protégées étaient par

ailleurs plus susceptibles d'effectuer la notification eux-mêmes (RCC : 2,08; IC à 95 % : 1,28-3,39). Un autre facteur corrélé était le nombre de partenaires localisables. Le rapport de cotes corrigé pour une notification réussie par le patient était de 0,86 (IC à 95 % : 0,76-0,94) parmi ceux qui avaient un partenaire localisable de plus (comparativement à ceux qui en avaient un de moins) [18]. Cette étude ne précise pas les types de partenaires (p. ex. principaux vs occasionnels) qui ont été effectivement contactés dans le cadre de la notification par le patient. Cependant, d'autres études semblent démontrer que la notification par le patient dépisté est un moyen plus efficace d'aviser les principaux partenaires actuels que les partenaires antérieurs ou occasionnels [5, 32, 33].

L'une des principales critiques concernant cette méthode de notification est que les patients dépistés exigent l'anonymat et qu'ils refusent la notification spontanée [34, 35]. Cependant, dans le cadre d'études publiées en 1992 et en 1998, 55 à 73 % des répondants étudiés ont accepté la notification spontanée, suivant la nature de leur relation avec leur partenaire, et selon qu'ils étaient des toxicomanes actifs [35-39]. Par ailleurs, des études postérieures à l'avènement des traitements HAART ont révélé que la notification par le patient était considérée comme un procédé acceptable par la majorité des patients dépistés [18, 36, 40]. Dans une étude de 2002, au sein de leurs groupes respectifs, 97 % des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), 96 % des hommes ayant des relations sexuelles avec des femmes, 94 % des femmes ayant des relations sexuelles avec des hommes et 97 % des toxicomanes, se sont déclarés en faveur de la notification spontanée [38]. Une étude de 2009 a révélé que les patients dépistés avisaient eux-mêmes 84 % de tous les partenaires localisables [18]. Cette méthode de notification paraît donc une option acceptable pour les patients dépistés aux États-Unis. Des études sont nécessaires pour établir ce qu'il en est dans le contexte canadien.

La plupart des recherches publiées sur la NP pour le VIH ayant comparé les types de notification sont antérieures à l'adoption des politiques systématiques nationales de prévention du VIH et à l'avènement du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) dans le milieu des années 1990 [13, 16, 18, 41]. Les données provenant de l'ère pré-HAART semblent

¹ La personne porteuse du VIH qui accepte de notifier l'infection à ses partenaires.

² La période pendant laquelle le patient dépisté doit déclarer tous ses partenaires sexuels.

³ 3 RCC = rapport de cotes corrigé.



indiquer que la notification par les patients était moins efficace que la notification par le prestataire de soins [36]. Toutefois, ces conclusions reposaient en grande partie sur deux petits essais contrôlés à répartition aléatoire (ECRA) réalisés dans les années 1990 [34, 35]. L'analyse en intention de traiter, l'insu et la comparabilité initiale de l'intervention par rapport au groupe témoin n'étaient pas bien définis dans ces deux ECRA [29, 34, 35]. En outre, l'insu de la répartition aléatoire était incertain dans l'étude de Landis [29, 34]. Pour ce qui est du caractère généralisable, la population de l'étude de Landis provenait d'un programme de service de santé publique américain, 69 % des patients dépistés étaient des hommes, et 35 % d'entre eux étaient des utilisateurs de drogues injectables (UDI) [29, 34]. La population de l'étude de Levy était des UDI recrutés à partir d'un service communautaire d'une région urbaine pauvre des États-Unis, à forte criminalité [29, 35]. Il s'agit des deux seuls ECRA concernant les types de notification de NP pour le VIH, et aucun autre n'a été effectué depuis l'emploi répandu du HAART [41]. Ainsi, compte tenu des progrès touchant le traitement du VIH et la sensibilisation à la maladie depuis l'an 2000, de l'acceptabilité de la notification par le patient et de ses avantages économiques potentiels, il faudrait réévaluer l'efficacité de cette méthode dans le contexte actuel.

Notification par le prestataire de soins

La notification par le prestataire de soins est la notification de l'infection aux partenaires découverts par l'entremise d'une tierce partie, généralement un prestataire de soins de santé [19, 29]. Si un prestataire de soins conseille au patient dépisté d'informer

ses partenaires de l'infection, mais qu'il s'en remet au patient pour qu'il s'en charge, il s'agit alors d'une forme de notification par le patient [27]. Dans le cas de la notification par un prestataire de soins, ce dernier doit non seulement entamer le processus de NP avec les patients dépistés, mais aussi être celui qui avise les partenaires.

D'après les études publiées avant 2000, la notification par le prestataire de soins est plus efficace que la notification par le patient [35, 36, 42-46]. Cependant, des études ultérieures réalisées pendant l'ère HAART semblent indiquer que la première méthode est plus efficace lorsqu'il s'agit d'aviser les partenaires occasionnels, et que la seconde l'est davantage dans le cas des partenaires principaux [18, 36]. L'un des mérites reconnus de la notification par le prestataire de soins, notamment avant l'époque du HAART, est que les patients dépistés préfèrent l'anonymat procuré par cette méthode, et qu'autrement ils ne complèteraient pas la NP [34, 35]. Cependant, les données probantes plus récentes ne semblent pas concluantes en ce qui concerne les préférences des patients. Dans le cadre d'une étude réalisée en 2001, 70 % des sujets ont opté pour la notification par le patient, et seuls 2 % ont eu recours à la notification par un prestataire de soins [47]. Dans une étude réalisée en 2003, 42 % des répondants ont privilégié la notification par le prestataire de soins pour son caractère anonyme [48]. Dans une étude de 2009, seuls 14 % des participants ont préféré confier la notification au prestataire de soins plutôt que de s'en charger eux-mêmes [18].

La notification par le prestataire de soins est une composante essentielle de la NP pour le VIH, notamment en raison de son efficacité à l'égard des partenaires occasionnels. Cependant, les programmes de NP peuvent bénéficier de l'adjonction d'autres méthodes comme la notification par le patient. Les patients dépistés semblent plus enclins à compléter le processus de NP pour le VIH en se chargeant eux-mêmes de la notification, notamment pour les partenaires primaires, ce qui peut permettre aux programmes de NP pour le VIH de réaliser des économies considérables.

Dans la mesure où le personnel des services de santé est responsable de la NP, il faut savoir à quel intervenant en particulier il revient de l'effectuer. Il peut s'agir du membre du service de santé à la clinique chargé de la supervision et de la protection

de la santé des patients dépistés, du médecin, de l'infirmière praticienne ou encore de l'infirmière du patient dépisté. Cependant, le prestataire de soins qui procède le plus souvent à la notification est le professionnel des services de santé publique dont la principale mission est d'aider à superviser et à protéger la santé du public [27, 49], par exemple les infirmières en santé publique ou d'autres membres du personnel d'organismes de santé publique assignés à la NP.

D'après les lignes directrices canadiennes, la NP incombe généralement aux infirmières et aux médecins, et elle est présentée comme relevant de la responsabilité des médecins traitants [4, 6, 12]. Cependant, d'après les données probantes provenant des États-Unis, les professionnels de la santé publique spécialement formés et rémunérés pour effectuer les NP, soit les spécialistes en intervention en cas de maladie (SIM), s'occupaient mieux de la NP que les médecins [27, 49, 50]. Une étude ayant comparé le travail des cliniciens communautaires avec celui des SIM de la ville de New York a révélé que ces derniers étaient plus efficaces pour retracer les partenaires et leur transmettre l'information [27]. Dans le cadre de cette étude, les patients dépistés qui ont confié la NP aux SIM ont reçu leur diagnostic dans des cliniques de traitement des ITS, alors que ceux qui ont eu recours à des cliniciens communautaires ont reçu le leur dans des établissements non spécialisés dans le traitement des ITS. Malgré certaines disparités entre les populations cliniques, les SIM ont découvert plus de partenaires par patient dépisté dans toutes les cohortes démographiques et tous les sous-groupes de risques⁴. Les cliniciens n'ont facilité l'ensemble du processus de NP que pour 47 % des partenaires découverts; ils ont fait suivre le complément d'information concernant les partenaires aux SIM. Lorsque le processus de NP était entièrement soutenu par des cliniciens, 71 % des partenaires découverts ont été avisés. Il faut noter cependant que les cliniciens n'ont notifié eux-mêmes l'infection qu'à 15 % de ces partenaires.



Les 85 % restants de ces notifications ont eu lieu par l'entremise du patient, c'est-à-dire que le clinicien a découvert les partenaires et que les patients dépistés les ont mis au courant de l'infection. Lorsque les cliniciens retraçaient les partenaires et transmettaient les renseignements pertinents aux SIM pour qu'ils se chargent de la notification, seuls 28 % de ces individus étaient avisés, car dans 53 % des cas, les coordonnées des partenaires fournies par les cliniciens étaient inexactes. Par conséquent, seuls 48 % de tous les partenaires dont le statut du VIH était inconnu et qui avaient été découverts par les cliniciens communautaires ont été informés, contre 71 % dans le cas des SIM.

Certains ont émis l'hypothèse que les SIM obtiennent de meilleurs résultats, car ils sont spécifiquement formés et rémunérés pour effectuer les NP [27]. En effet, cette intervention n'entrave pas leurs autres responsabilités cliniques ou de santé publique. Cependant, aucune étude n'a comparé les résultats des SIM de différents États ou organismes en fonction des styles de formation, de structure professionnelle ou d'entrevue. Aucune recherche analogue n'a été effectuée au Canada relativement aux résultats des NP suivant le type de prestataire de soins (médecin, infirmière praticienne, infirmière de santé publique ou autre professionnel de santé publique), de formation, de structure professionnelle ou d'entrevue.

Actuellement, d'après l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le médecin traitant est tenu d'entamer le processus de NP [12]. Cependant, compte tenu du succès des programmes américains

⁴ Les cohortes démographiques et les groupes de risque utilisés étaient les suivants : âge (13-29, 30-39, 40-49, 50+), sexe, race (noir, hispanique, blanc, autre/inconnu), catégorie de revenu du quartier de résidence (< 20 % sous le seuil de pauvreté, au moins 20 % au-dessus du seuil de pauvreté, inconnu), risque de transmission (HSH, UDI, hétérosexuel, autre/inconnu), VIH/sida concomitant (oui, non).

de NP pour le VIH faisant appel aux SIM, les responsables des programmes canadiens devraient envisager de former des intervenants de santé publique voués aux NP.

Notification en vertu d'un contrat

Dans le cadre de la notification en vertu d'un contrat, le patient dépisté accepte d'aviser ses partenaires dans un certain délai, mais s'il manque de le faire, le prestataire de soins complète le processus [15, 19, 51]. Les programmes de notification en vertu d'un contrat permettent de vérifier si le patient dépisté a bien informé ses partenaires, soit en laissant le patient dépisté le rapporter lui-même, soit en demandant au partenaire de se présenter à la clinique pour passer un test ou se soumettre à une consultation dans le délai accordé [15, 19, 34]. Les agents des programmes de notification en vertu d'un contrat doivent s'efforcer d'allouer assez de temps aux patients dépistés pour assimiler leur propre diagnostic et le notifier à leurs partenaires. Les recherches à venir sur ce type de notification devraient analyser et comparer les avantages des différents délais de déclaration.

La notification en vertu d'un contrat comporte un immense potentiel d'accroître la rentabilité économique de la NP pour le VIH. Elle combine en effet les avantages économiques de la notification par le patient avec la sûreté de la notification par le prestataire de soins à titre subsidiaire. Cependant, peu d'études ont comparé ce procédé avec la notification par le prestataire de soins et/ou par le patient [15, 19]. Cela doit faire l'objet d'autres recherches. Les lignes directrices relatives à la notification de l'infection aux partenaires des Territoires du Nord-Ouest et de l'Alberta recommandent une structure de notification en vertu d'un contrat pour les patients dépistés qui optent pour la déclaration spontanée [4, 5]. L'évaluation comparative de ces deux systèmes serait instructive.

Autres méthodes mixtes

Certains programmes offrent à leurs patients dépistés le choix de notifier eux-mêmes l'infection à leurs partenaires, ou de recourir à la notification par le prestataire de soins [19, 28]. Suivant cette approche, les patients dépistés peuvent désigner certains partenaires en vue de la notification par le patient, et d'autres aux fins de la notification par le prestataire

de soins. À l'instar de la notification en vertu d'un contrat, cette méthode peut s'avérer économique, car les patients peuvent choisir d'aviser eux-mêmes certains de leurs partenaires. La principale différence avec la notification en vertu d'un contrat est l'absence de solution subsidiaire. Les responsables des services de NP pour le VIH ne sont pas tenus d'aviser les partenaires désignés en vue de la notification par le patient lorsque celui-ci ne s'en est pas chargé. Il est possible que la mise en œuvre d'un tel système soit moins coûteuse que la notification en vertu d'un contrat. Les ressources humaines ne sont pas employées à vérifier les notifications effectuées par les patients ni à réassigner les partenaires non avisés à un service de notification par le prestataire de soins. Cependant, ces économies se font aux dépens du contrôle de la qualité.

Tests du VIH

Certaines études sur la NP pour le VIH indiquent la proportion de partenaires avisés qui ont passé un test de dépistage. D'après un examen systématique de neuf études américaines sur la NP pour le VIH, en moyenne 63 % des partenaires avisés ont effectué un test de dépistage du VIH [13]. Cependant, tous les objectifs de la NP pour le VIH ne sont pas atteints dès lors que le partenaire avisé passe un test : il faut encore qu'il reçoive les résultats des tests. Les études sur les tests généraux de dépistage du VIH et les programmes de counselling ont révélé que plus de 50 % des patients qui effectuaient un test de dépistage à la clinique de traitement des ITS ne revenaient pas chercher leurs résultats, et que 60 % de ceux qui obtenaient des résultats positifs ne se représentaient pas à la clinique [52, 53]. D'après des recherches ayant trait à la sensibilisation, 18 à 43 % des sujets qui ont passé un test de dépistage ne sont pas revenus par la suite [54]. Dans le cadre d'un autre essai, on a estimé que 10 à 27 % de la population à l'étude – composée d'HSH, d'UDI et d'hétérosexuels ayant consulté des cliniques de traitement des ITS – ne sont pas revenus chercher les résultats de leur test [55]. Ces études portaient sur les tests généraux du VIH et les programmes de counselling, et ne se rapportaient pas spécifiquement au contexte de la NP pour le VIH. Elles ont néanmoins suscité des préoccupations à l'idée que les partenaires ne reviennent pas s'informer des résultats de leur test.

Pour améliorer les résultats des tests de dépistage du VIH, certains programmes de NP pour le VIH ont introduit avec succès des tests portatifs, ce qui permet de les réaliser au stade de la notification. Cette initiative a eu des effets avantageux pour ceux qui étaient moins enclins à passer les tests ou qui pouvaient avoir plus de difficultés à obtenir des soins médicaux [56]. D'autres programmes de NP pour le VIH ont également proposé des tests rapides, et 94 % des clients concernés ont reçu leurs résultats. Même si des résultats positifs rapides devraient être suivis de tests de confirmation, cette approche est jugée rentable puisque le suivi des tests négatifs réclame alors moins de temps, et que l'obtention plus rapide des résultats peut permettre la notification plus rapide des comportements à risque [28]. Les tests portatifs et les tests rapides sont deux moyens prometteurs qui peuvent s'avérer particulièrement utiles pour la NP pour le VIH dans les collectivités éloignées du Canada.

Résultats

Comme le repérage des cas, la modification des comportements et la prévention sont des objectifs prioritaires de la NP pour le VIH, les résultats se rapportent le plus souvent à ces paramètres. Il s'agit notamment :

- du « nombre de patients à interroger pour détecter un nouveau cas de VIH » (NNTInouveau);
- du « nombre de patients à interroger pour détecter n'importe quel cas de VIH » (NNTI);
- du « nombre de nouvelles infections diagnostiquées par cas », aussi appelé « indice des cas traités », qui correspond à l'inverse du NNTInouveau;
- du « nombre global de partenaires infectés par le VIH ayant obtenu des services de counselling »;
- du « nombre de partenaires découverts aux fins de la NP » [54, 55].

L'autre paramètre recommandé, mais moins souvent évalué, concerne l'inquiétude des patients dépistés de faire l'objet de violences familiales à la suite de la NP [27]. La comparabilité des résultats entre les centres et au fil du temps dépendra de la méthode de mesure des résultats [49]. Par exemple, il est important de préciser s'ils ont été vérifiés ou rapportés par le patient, si les partenaires qui ont partagé des seringues avec le patient ont été inclus, ou si les partenaires non localisables et/ou porteurs du VIH

ont été exclus des dénominateurs [17, 18, 34, 49]. La manière de compiler les résultats peut donner lieu à de nombreuses divergences opérationnelles, ce qui peut rendre les comparaisons moins fiables.

L'autre facteur susceptible d'affecter la comparabilité des résultats mesurables est la détermination de la période d'intérêt. Une étude a défini cette période comme l'année ou les trois mois précédant l'obtention du dernier résultat négatif au test du VIH par les patients dépistés [21]. Dans une autre, il s'agissait des six mois précédant le diagnostic du VIH [18]. Certaines études ne font pas état de la période d'intérêt utilisée par les programmes de NP [56]. Les recherches futures concernant les résultats mesurables de la NP pour le VIH devraient préciser la période d'intérêt. Les autorités canadiennes gagneraient d'ailleurs à normaliser les principes relatifs à la période d'intérêt afin d'améliorer la comparabilité des résultats en question.

Il serait utile pour les chercheurs canadiens et les professionnels de la santé publique de convenir d'une norme de classification et de calcul des résultats. Aux États-Unis, les SIM se servent justement d'une norme de ce type pour distinguer les partenaires en fonction des critères suivants :

- antérieurement positifs;
- antérieurement négatifs, nouvellement positifs;
- antérieurement négatifs, encore négatifs;
- non testés antérieurement, nouvellement positifs;
- non testés antérieurement, nouvellement négatifs;
- non testés antérieurement, toujours non testés;
- renseignements insuffisants pour entamer des analyses;
- localisation impossible;
- localisés, refus du counselling et des tests;
- à l'extérieur de l'État ou de la province;
- autre [49].

Ce type de renseignements détaillés serait très utile pour l'évaluation des programmes canadiens. Il permettrait, entre autres, de déterminer la prévalence des tests antérieurs effectués parmi des groupes à risque élevé et l'acceptabilité des tests et des approches de counselling chez les partenaires avisés, et de savoir dans quelle mesure les renseignements incomplets concernant la localisation sont problématiques.

Efficacité de la NP pour le VIH

Efficacité du repérage des cas

La NP pour le VIH est utile pour le repérage des cas, car elle permet de rejoindre les personnes qui, autrement, ne passeraient pas de test de dépistage du VIH puisqu'elles ne savent pas qu'elles ont eu un contact sexuel avec une personne infectée. Une étude a révélé que 22 % des partenaires testés n'avaient jamais passé de test de dépistage du VIH, et que 41 % d'entre eux n'avaient aucune intention d'en effectuer un dans les six mois suivants [28]. Cependant, l'efficacité de la NP pour le VIH comme stratégie de repérage des cas dépend aussi de la prévalence du VIH dans la population, et de la proportion de cas de VIH non diagnostiqués. Plus la prévalence du VIH est élevée, plus les chances de dépister des cas sont élevées, mais à mesure que la proportion de cas de VIH non diagnostiqués diminue, le NNTInouveau est susceptible d'augmenter [28, 56]. Ainsi, le NNTInouveau des programmes de NP pour le VIH peut varier considérablement même lorsque les programmes possèdent des structures similaires. Une étude de 2001 portant sur plus de 500 000 habitants et plus de 200 cas de sida de 28 régions sanitaires des États-Unis a révélé un NNTInouveau moyen de 14, variant de 1 à 196 [58]. Compte tenu de cette variabilité, il est difficile de définir un NNTInouveau cible pour les programmes canadiens de NP pour le VIH.

Malgré les différences entre les programmes et les contextes d'application, la durée de l'infection par le VIH s'est avérée un bon facteur prédictif de l'efficacité du repérage de cas. Au Québec, de 2001 à 2005, les personnes porteuses du VIH ont transmis la moitié des nouvelles infections dans les six premiers mois suivant leur infection [59]. Par conséquent, il n'est pas étonnant de constater que la NP pour le VIH concernant les patients dépistés nouvellement infectés tend à fournir des NNTInouveau inférieurs à ceux qui se rapportent à la NP des patients dépistés dont l'infection remonte à plus longtemps [21, 27, 57, 60]. Une étude menée à San Francisco, dans laquelle 89 % des participants étaient des HSH, a révélé que l'efficacité du repérage des cas par le biais de la NP pour le VIH était maximale avec les infections aiguës incidentes [21]. Dans le contexte des infections aiguës, 25 % des partenaires identifiés

étaient nouvellement infectés, contre 13 % et 7 % dans les cas d'infections non aiguës et d'infections courantes de longue date, respectivement. Quoique souvent repérés, les patients dépistés porteurs d'infections aiguës sont plus difficiles à identifier. Il suffira d'accorder une attention particulière aux infections incidentes (aiguës et non aiguës) pour améliorer l'efficacité, notamment chez les populations où la proportion de cas de VIH non diagnostiqués est généralement inférieure. Un programme de NP pour le VIH de Los Angeles a indiqué que le NNTInouveau était passé de 179 à 26 lorsque l'analyse a été limitée aux patients dépistés ayant reçu leur diagnostic dans un délai de trois mois [28]. Notons toutefois que ce programme reposait sur la notification par un prestataire de soins. Une étude sur la notification par le patient a révélé que la proportion de patients qui avisaient tous leurs partenaires localisables augmentait lorsque le moment d'établissement du diagnostic était reculé jusqu'à six mois, que les sujets aient eu un seul ou plusieurs partenaires localisables [18].

Efficacité en ce qui a trait à la modification des comportements

La NP pour le VIH peut contribuer à changer les comportements à risque des patients dépistés et des partenaires avisés [61-63]. Une méta-analyse concernant l'impact de la sensibilisation à la séropositivité du VIH sur les modifications des comportements sexuels a indiqué que la prévalence des relations sexuelles anales ou vaginales non protégées (RAVN) avec n'importe quel partenaire était inférieure en moyenne de 53 % chez les sujets porteurs du VIH connaissant leur statut, par rapport à ceux qui l'ignoraient [17]. D'autres études ont révélé qu'après avoir reçu une NP pour le VIH, les partenaires avisés réduisaient le nombre moyen de leurs partenaires sexuels et utilisaient davantage le préservatif. Une étude de 1988 sur les HSH, où 24 % des sujets étaient des UDI, a établi qu'au moment de l'entrevue de suivi à six mois, les partenaires avisés ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH avaient réduit leur nombre moyen de partenaires de 82 % [62], alors que ceux dont le test était négatif avaient diminué en moyenne leur nombre de partenaires de 54 % [62]. Une étude de 1991 où 75 % des sujets étaient des HSH et 5 % des UDI a révélé qu'après une période de suivi de 30 mois,



la réduction du nombre moyen de partenaires était de 80 % chez les individus avisés dont le test de dépistage du VIH était positif [63], et de 50 % chez ceux qui avaient obtenu un résultat négatif [63]. Une étude de 2003 dans laquelle 60 % des sujets étaient des HSH a montré que l'utilisation du préservatif était plus répandue parmi les patients dépistés et les partenaires avisés que dans le groupe témoin [61]. Lors du suivi à six mois, le taux d'utilisation du préservatif était de 80 % parmi les patients dépistés faisant état de relations avec les partenaires avisés, et de 100 % chez les partenaires avisés rapportant des contacts avec les patients dépistés; il était de 50 % chez les patients dépistés décrivant des relations avec des partenaires non avisés, de 38 % chez les partenaires avisés signalant des rapports avec d'autres personnes, et de 30 % chez les témoins [61]. Les données probantes concernant les changements de comportement à court et à long terme après une NP pour le VIH ont presque 10 ans. Il se peut également qu'elles soient faussées par un biais de désirabilité sociale. Des études plus récentes sont nécessaires, en particulier dans le contexte canadien. Cependant, les données existantes démontrent que la NP pour le VIH peut promouvoir la modification des comportements à risque à court et à long terme chez les patients dépistés, les partenaires avisés qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH et ceux qui ont obtenu un résultat négatif.

Rentabilité

La rentabilité de la NP pour le VIH dépend du taux de positivité du VIH et du coût de la NP par personne jointe [64]. Elle peut être analysée sous deux angles : le coût requis pour prévenir une infection, et le coût de dépistage d'une nouvelle infection. Le coût moyen direct à vie des soins médicaux contre le VIH a été modélisé et estimé à 385 200 dollars US (\$ US) [65]. On peut donc postuler que les interventions qui préviennent une infection moyennant un coût inférieur sont rentables. D'après la modélisation analytique de décision de Coco, le seuil de rentabilité pour le dépistage d'une nouvelle infection est de 30 000 \$ US [66]. Les programmes de NP pour le VIH peuvent remplir ces deux critères.

Du point de vue de la prévention des infections, on estime que la NP pour le VIH coûte 250 \$ par personne jointe, et 6 100 \$ US par infection prévenue [64, 67]. Une étude a eu recours à la modélisation pour analyser la rentabilité de divers éléments des programmes de prévention du VIH en vue d'optimiser les dépenses liées à la prévention de l'infection à VIH. Elle a révélé que la NP pour le VIH était la deuxième stratégie de prévention la plus rentable après la présentation de séances vidéo uniques dans les cliniques de traitement des ITS. Cependant, la NP pour le VIH permettait d'atteindre le nombre le plus faible de sujets. D'après ce modèle, le nombre d'infections prévenues par la NP correspondait à 4 % du nombre de sujets joints dans le cadre de la NP, contre 0,07 % avec le counselling et les tests de dépistage [64, 67]. Par conséquent, bien que la NP ait permis de rejoindre moins de personnes, elle pouvait avoir plus d'impact pour les individus ainsi contactés.

Lorsqu'on analyse le coût de dépistage d'une nouvelle infection, la NP pour le VIH peut également s'avérer rentable. Une étude réalisée à San Francisco a révélé que le programme de NP pour le VIH concerné coûtait 7 081 \$ US par nouveau cas identifié à partir des cas dépistés de VIH incidents [21]. On a estimé que les SIM consacraient en moyenne huit heures à la NP pour chaque cas dépisté de VIH incident. Pour les patients dépistés porteurs d'une infection ancienne, il était rentable d'ajouter la NP pour le VIH à un programme existant de lutte contre la syphilis. Dans les cas des individus porteurs d'une infection ancienne déjà inscrits à des programmes

de lutte contre la syphilis, le coût additionnel de l'identification d'un nouveau cas de VIH était de 2 603 \$. Le temps additionnel moyen consacré par les SIM à la NP pour le VIH, dans le cadre de leurs activités de lutte contre la syphilis, n'était que d'une heure. Avec ces deux programmes, celui des cas incidents et celui des infections de longue date, le coût d'identification d'un nouveau cas au moyen de la NP pour le VIH était inférieur à 25 % du standard de rentabilité. Bien qu'il faille tenir compte des caractéristiques de la population de San Francisco avant de généraliser ces résultats pour en faire des objectifs de dépense, ces estimations démontrent que la NP pour le VIH peut être une stratégie rentable de repérage des cas.

Avantages supplémentaires de la NP pour le VIH

Le traitement comme outil de prévention

La NP pour le VIH peut accentuer les avantages du traitement comme outil de prévention en améliorant le repérage des cas et en réduisant ainsi la proportion de personnes séropositives qui n'ont pas reçu de diagnostic et donc bénéficié d'un traitement adéquat. Il s'agit d'un facteur important, car le traitement HAART diminue significativement l'infectiosité du VIH [68]. On a constaté en effet une réduction de 80 % de la transmission du VIH chez les couples hétérosexuels sérodiscordants qui suivaient un traitement [69]. Par conséquent, la NP du VIH peut augmenter l'intérêt du traitement en évitant à d'autres personnes séronégatives de contracter l'infection par le VIH.

Difficultés liées à la NP pour le VIH

Portée insuffisante

Compte tenu de l'efficacité possible de la NP pour le VIH dans la prévention et le repérage des cas, de nombreuses occasions risquent d'être manquées. En 2001, environ un tiers seulement des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH aux États-Unis ont bénéficié d'une NP [58]. De plus, dans une étude menée à Chicago et à Los Angeles, seuls 51 % des participants recrutés ont rapporté que le médecin qui leur avait prescrit un test de dépistage du VIH leur avait indiqué qu'il fallait notifier l'infection à leurs partenaires [58]. Au stade de la mise en œuvre

des programmes de NP pour le VIH au Canada, il faudra s'efforcer de rejoindre davantage de patients nouvellement diagnostiqués et de médecins prescrivant les tests, afin de ne pas renouveler ce problème.

Partenaires non localisables

Le nombre de partenaires non localisables est un facteur qui limite l'efficacité de la NP pour le VIH, en particulier dans le cas des HSH [58, 67]. Dans une étude où 75 % de la population d'HSH provenait de Chicago et de Los Angeles, 86 % des partenaires n'avaient pas été avisés, parmi lesquels seuls 11 % étaient localisables [18]. Dans une autre étude où 50 % de la population d'HSH provenait de Chicago, du Colorado, de Los Angeles, de la Louisiane, de San Francisco et du Wisconsin, seuls 29 % des clients dépistés avaient fourni des renseignements permettant de localiser leurs partenaires [28]. Dans 12 % des cas où les raisons invoquées pour expliquer la non-communication de ces renseignements étaient fournies, les noms des partenaires étaient inconnus [28]. Les évaluations des programmes canadiens de NP pour le VIH pourraient bénéficier d'une recherche concernant les raisons pour lesquelles les partenaires ne sont pas avisés ou ne sont pas localisables. L'aplanissement de cette difficulté permettrait d'améliorer l'analyse des données et d'orienter plus efficacement l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies futures. Ce serait le cas, par exemple, si nous savions que la majorité des partenaires sont non localisables parce qu'ils étaient des partenaires occasionnels trouvés sur un site Internet particulier ou par le biais des médias sociaux.

Patients dépistés refusant de notifier l'infection à leurs partenaires

Bien que l'acceptabilité de la NP ait considérablement augmenté depuis les débuts de l'épidémie de VIH, il reste encore des progrès à faire. En effet, certains patients dépistés ne se sentent pas tenus d'aviser leurs partenaires antérieurs ou occasionnels, et sont moins susceptibles de notifier leur infection à un partenaire occasionnel qu'à un partenaire primaire [70, 71]. Certains ne s'en acquittent pas, car leurs partenaires paraissaient en bonne santé [18]. Pour d'autres, la crainte des répercussions de la NP peut encore être un obstacle. D'après une étude réalisée en 2000, 24 % des répondants appréhendaient de notifier l'infection à leur partenaire [72]. De plus, une étude de 2009 a révélé que 8 %

des répondants ne consentaient pas à la NP par crainte de perdre leur anonymat ou de subir des représailles de la part des services de santé ou de leurs partenaires [18]. Une étude dans laquelle 91 % des patients séropositifs dépistés étaient afro-américains, et 78 % étaient hétérosexuels, a montré que les partenariats primaires étaient moins susceptibles de se dissoudre lorsque la NP avait été complétée [20], et qu'ils avaient moins tendance à se rompre que les partenariats occasionnels (RC : 0,34; IC : 0,19-0,59). Cependant, 24 % des partenariats ont souffert de sévices émotionnels au moins une fois dans les six mois suivant la NP [20]. On a rapporté des sévices physiques dans le même intervalle dans 9 % des partenariats. Par conséquent, il faut prendre des mesures pour aider les patients dépistés à comprendre l'importance de la NP pour le VIH et les données probantes concernant ses répercussions, et prendre au sérieux toute préoccupation liée à de possibles sévices.

Stratégies visant à améliorer la NP pour le VIH

Innovations dans le processus d'entrevue de NP pour le VIH

La qualité de l'information recueillie pendant l'entrevue avec les patients dépistés sera déterminante pour le nombre de partenaires localisables. Des recherches ont démontré que certains patients dépistés oubliaient réellement l'identité de leurs partenaires [73, 74]. Les indices de remémoration seront ici un outil efficace [73-75]. En effet, cette technique a permis aux patients dépistés de se remémorer le nom de 11 % à 21 % de partenaires additionnels : elle consiste à stimuler leur mémoire en mentionnant des caractéristiques individuelles de la personne (p. ex. cheveux bruns ou yeux bleus), des prénoms courants et des lieux de rencontre qui pourraient être associés à leurs partenaires antérieurs. L'application de cette technique n'est pas coûteuse, les autorités de santé publique n'auront qu'à compiler une liste d'indices susceptibles d'être pertinents pour la population desservie [73, 74]. Les intervenants du service de santé qui s'efforcent de retrouver le nom des partenaires pourront ensuite les incorporer dans l'entrevue, notamment lorsque les patients dépistés ont du mal à s'en souvenir [76].

Introduction de la NP pour le VIH dans les organismes communautaires

À Los Angeles, le ministère de la Santé a fourni à des organismes communautaires (OC) les moyens d'effectuer la NP pour le VIH et d'améliorer les orientations des patients vers les services de santé locaux [28]. Les cliniques de consultation médicale externes pour le VIH de trois OC ont engagé des agents de liaison pour la NP. Les conseillers et le personnel des OC ont également reçu une formation pour faciliter le processus de NP. Les nouveaux patients dépistés ont été recrutés dans le cadre des programmes anti-VIH des OC (p. ex. programmes de counselling et de test, services thérapeutiques, groupes de soutien et visites dans les pharmacies). Après l'entrevue, on a demandé aux patients dépistés d'emmener leurs partenaires dans les OC pour qu'ils puissent leur notifier l'infection en présence de l'agent de liaison de NP pour le VIH. Les patients dépistés pouvaient également fournir les coordonnées de leur partenaire directement au ministère de la Santé en vue d'une notification par le prestataire de soins [28].

Cette stratégie peut être particulièrement utile dans les collectivités canadiennes où les OC sont efficaces et influents, et où les taux d'incidence du VIH sont relativement élevés. Elle offre un moyen de surmonter les obstacles culturels et linguistiques à la NP pour le VIH. La participation des OC permettrait également de mieux rejoindre les patients dépistés qui ne font pas confiance aux autorités de santé locales, et en même temps de renforcer la communication, la collaboration et la coordination entre les ministères de santé publique et ces organismes. Cette stratégie pourrait être testée au Canada afin d'en évaluer son potentiel d'amélioration de la NP pour le VIH dans le contexte de notre pays.

Programme d'assistance pour la divulgation des partenaires

À San Francisco, le ministère de la Santé publique a mis en œuvre une nouvelle approche appelée « Partner Disclosure Assistance Program » (PDAP)/ Programme d'assistance à la divulgation des partenaires.[28]. Ils ont fait savoir que les employés de leur PDAP étaient disponibles pour contribuer au processus de NP en faisant appel à des agents de counselling et de test, à des prestataires de soins médicaux, à des OC desservant des clients infectés



par le VIH et aux médias locaux. Les personnes infectées par le VIH ont été encouragées à contacter le personnel du PDAP par téléphone ou par courriel pour obtenir de l'aide au sujet de la NP. Des tests de dépistage du VIH rapides et portatifs ont été mis à la disposition des usagers [28].

Cette stratégie a permis d'élargir la portée de la NP pour le VIH, et d'augmenter les ressources des prestataires de soins anti-VIH désireux d'inciter leurs clients à prendre part à la NP pour le VIH. Elle pourrait être particulièrement efficace dans les régions ou les collectivités canadiennes où les taux d'incidence de l'infection sont relativement élevés. Par exemple, le PDAP pourrait se concentrer sur des campagnes de sensibilisation locales grâce aux médias dans les régions où les taux d'incidence sont relativement élevés. Cette stratégie pourrait être testée au Canada afin d'évaluer son potentiel d'amélioration de la NP pour le VIH dans le contexte de notre pays.

Notification à un groupe désigné par des pairs

Afin d'identifier plus de personnes à risque élevé pour les besoins des tests et des services de counseling, certains programmes de NP cherchent en outre à obtenir des renseignements sur les réseaux socio-sexuels de leurs patients dépistés, et pas uniquement sur leurs partenaires sexuels [76, 77]. Cette approche repose sur les renseignements obtenus par l'analyse des réseaux sociaux dans le contexte de la transmission des ITS [78-80]. Ainsi, la NP n'a pas seulement pour but de divulguer l'infection aux personnes potentiellement infectées par le patient dépisté avant son diagnostic, elle vise également à contacter les personnes que ce dernier soupçonne d'être exposées à un risque élevé d'infection. Cette stratégie a été appelée « notification à un groupe désigné par des pairs ».

Ce type de notification peut réussir au Canada. Il a déjà été mis en place avec succès en Saskatchewan

à des fins d'amélioration du repérage des cas [81]. Dans le cadre d'études sur la NP pour le VIH, des cartes-cadeaux ont été offertes à des patients nouvellement infectés par le VIH et à des personnes séronégatives à risque élevé afin de recruter les membres de leurs réseaux socio-sexuels, y compris les utilisateurs de drogue(s), pour qu'ils se soumettent à des tests de dépistage du VIH et à des séances de counselling [82]. Il a été démontré que cette approche en réseau était rentable, en particulier lorsque les personnes recrutées se font dépister pour d'autres ITS. Une étude a révélé que chaque nouveau cas de

VIH détecté coûtait 4 929 \$ avec cette stratégie de NP pour le VIH, et 11 481 \$ avec les programmes communautaires de counselling et de test anti-VIH [83]. L'autre avantage de cette approche est qu'elle permet de caractériser les profils de transmission du VIH. Une étude ayant recruté les connaissances, les amis et les partenaires sexuels des patients dépistés a permis de reconstituer les réseaux sociaux à partir des numéros inscrits sur les cartes de notification qui leur avaient été remises [77]. La notification à un groupe désigné par des pairs s'avère prometteuse, et sa mise en œuvre devrait être envisagée à une plus vaste échelle.

Principales lacunes en matière de recherche et de recommandations

La présente analyse a permis de relever de nombreuses lacunes dans la recherche sur la NP pour le VIH au Canada. Pour rendre la NP pour le VIH plus efficace au Canada, une structure de supervision et de coordination doit être instaurée à l'échelle nationale. L'analyse des données fiables disponibles sur le sujet permet de formuler certaines recommandations pour la création de stratégies de NP pour le VIH au Canada :

- Documentation des politiques et pratiques existantes en matière de NP pour le VIH dans les provinces, les territoires et les régions sanitaires du Canada.
- Évaluation de la portée des programmes canadiens de NP pour le VIH.
- Évaluation des méthodes d'orientation des patients dépistés vers les programmes de NP pour le VIH.
- Création d'un groupe de travail pour établir une stratégie centralisée visant à améliorer la pratique de la NP pour le VIH au Canada, et en faciliter la mise en œuvre.
 - ~ Mise en place d'un programme ou d'un manuel de formation destiné au personnel des services de santé chargé de la NP pour le VIH.
 - ~ Mise au point et utilisation d'un système normalisé de classification des résultats.
 - ~ Création et utilisation d'une liste de vérification des rapports de NP pour le VIH.

Pour accroître son efficacité, la NP pour le VIH au Canada doit dépasser le cadre de la publication de lignes directrices et aller vers la divulgation de recherches descriptives et analytiques. L'ASPC a publié des lignes directrices sur la NP pour le VIH [1, 10].

L'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest l'ont fait également [2-5]. Ces lignes directrices sont utiles, mais il reste encore beaucoup à faire pour améliorer cette pratique. Il existe une seule étude dans une revue à comité de lecture sur le sujet au Canada et sa publication date de 1994. Il est difficile d'améliorer un système pour lequel la documentation et la recherche sont encore lacunaires. Les études descriptives et analytiques, et les rapports de NP pour le VIH au Canada sont essentiels. Voici les principaux domaines de recherche concernant la NP pour le VIH au Canada :

- Comparaisons entre la notification par le patient, la notification par le prestataire de soins et la notification en vertu d'un contrat, du point de vue des résultats, de la rentabilité et des facteurs de succès.
- Évaluation des changements de comportement à court et à long terme dus à la NP pour le VIH dans le contexte canadien.
- Évaluations comparatives de la notification à des groupes désignés par des pairs et de la NP axée sur les contacts sexuels connus des patients dépistés, sous l'angle de la rentabilité.
- Analyses ayant pour but de déterminer quels prestataires ou groupes de prestataires de soins sont le mieux placés pour effectuer la NP au Canada, ce qui comprend l'analyse de l'impact de stratégies de formation précises, du personnel spécialisé pour certaines ITS, des structures de travail et de rémunération, ainsi que des procédés et des lieux d'entrevue.
- Recherches visant à déterminer si la NP pour le VIH est associée à des sévices émotionnels et physiques dans le contexte canadien.

Prestataires de soins et traitements anti-VIH comme outils de prévention

La question de savoir si le traitement du VIH peut améliorer les résultats de la NP pour le VIH a déjà été examinée. Les données semblaient cependant indiquer que la relation patient-médecin était plus importante que l'éventuelle observance d'un traitement pour inciter les patients dépistés à effectuer la NP pour le VIH. Une étude de 2009 a observé que les patients qui avaient des prestataires de soins étaient plus susceptibles de notifier leur infection à leurs partenaires localisables que ceux qui n'en avaient pas [18]. En effet, les patients du premier groupe qui ont discuté avec leurs prestataires de soins de la nécessité de notifier l'infection à leurs partenaires étaient plus enclins à le faire que les seconds (RC : 3,03; IC à 95 % : 1,95-4,69). De plus, ceux qui avaient des prestataires de soins et qui n'ont pas discuté de la nécessité de notifier l'infection à leurs partenaires étaient aussi plus susceptibles de les aviser que les patients privés de prestataires (RC : 2,56; IC à 95 % : 1,50-4,39). Dans cette étude, la corrélation entre la notification de l'infection aux partenaires et le fait de suivre un traitement HAART était peu concluante. Le rapport de cotes de notification de l'infection aux partenaires, entre ceux qui suivaient un traitement HAART et ceux qui n'en suivaient pas, était de 2,41 (IC à 95 % : 1,34-4,35). Cependant, le rapport de cotes corrigé était de 1,07, ce qui n'est pas significatif (IC à 95 % : 0,53-2,18). Par conséquent, bien que la NP puisse améliorer la stratégie de traitement comme méthode de prévention, l'inverse ne se vérifie pas directement. La relation patient-médecin peut avoir plus d'impact sur l'amélioration des résultats de la NP que le traitement en soi.

La NP par Internet

La NP par Internet est conçue et mise en pratique pour compléter les programmes de NP existants [76, 84-88]. Elle consiste à signaler une exposition possible au VIH à des partenaires par le biais du courriel, de sites Web et d'applications Internet. Par exemple, les personnes infectées par le VIH peuvent accéder sur Internet à des outils leur expliquant comment notifier l'infection à leurs partenaires. Certains services de NP par Internet permettent aussi aux patients dépistés d'envoyer des courriels anonymes ou des cartes électroniques pour informer leurs partenaires. Ces services permettent d'aviser les partenaires non

localisables en tirant profit des programmes existants [76, 84-88]. Cette série du CCNMI présente une synthèse des données probantes consacrée à la NP par Internet. Nous vous invitons à la consulter pour plus d'informations sur le sujet.

Conclusions et recommandations

Cette analyse des articles examinés par des pairs a révélé que la NP pour le VIH était une stratégie efficace en ce qui touche au repérage des cas, à la modification des comportements et à la prévention du VIH et qu'il conviendrait de l'étudier plus en détail en vue de sa mise au point et de son application au Canada. Les principales limites de ces résultats sont les suivantes : la plupart des études n'ont pas été effectuées au Canada, et certaines sont si anciennes qu'elles n'ont peut-être aucune pertinence pour le contexte canadien actuel. Par ailleurs, de nombreuses études reposent sur des données autorapportées et non vérifiées et, compte tenu du caractère délicat du sujet, un grand nombre d'entre elles peuvent refléter un biais de désirabilité sociale, notamment si l'information a été recueillie dans le cadre d'entrevues.

Supervision et coordination à l'échelle nationale

La présente analyse a permis de relever de nombreuses lacunes dans la recherche sur la NP pour le VIH au Canada. Pour rendre la NP pour le VIH plus efficace au Canada, une structure de supervision et de coordination doit être instaurée à l'échelle nationale. L'analyse des données probantes disponibles sur le sujet permet de formuler certaines recommandations pour l'élaboration de stratégies de NP pour le VIH au Canada :

- **Documentation des politiques et pratiques existantes en matière de NP pour le VIH dans les provinces, les territoires et les régions sanitaires du Canada.** La documentation concernant les réalités de la NP pour le VIH au Canada est très lacunaire. Il est nécessaire de mieux comprendre le système actuel afin de prendre des décisions éclairées sur les meilleurs moyens d'améliorer la NP pour le VIH au Canada.
- **Évaluation de la portée des programmes canadiens de NP pour le VIH.** Les enquêtes sur la portée des programmes de NP pour le VIH aux

États-Unis ont été instructives, car elles nous ont permis de savoir si ceux-ci étaient plus efficaces dans les régions où le fardeau de la maladie était le plus lourd, et quelles sous-populations devaient être visées pour en élargir l'impact [58]. Des recherches sur les proportions de patients nouvellement diagnostiqués qui s'inscrivent à des programmes canadiens de NP pour le VIH seraient souhaitables aux fins de planification de la santé publique.

- **Évaluation des méthodes d'orientation des patients dépistés vers les programmes de NP pour le VIH.** Si la portée de la NP pour le VIH est effectivement insuffisante pour rejoindre des groupes de populations importants, il serait utile d'envisager des partenariats avec des OC pertinents, car l'expérience menée en Californie a été concluante [28].
- **Création d'un groupe de travail pour établir une stratégie centralisée visant à améliorer la pratique de la NP pour le VIH au Canada, et en faciliter la mise en œuvre.** Cette stratégie doit comprendre la création d'un programme ou d'un manuel de formation à l'intention du personnel de santé chargé de la NP pour le VIH. Elle doit également inclure le renforcement de la surveillance et de l'évaluation des programmes de NP pour le VIH par la mise au point et l'utilisation d'un système normalisé de classification des résultats. L'élaboration de programmes de formation sur la NP pour le VIH et la création d'une norme de classification des résultats sont en cours aux É.-U.; le Canada pourrait bénéficier de programmes équivalents et d'une coordination à l'échelle nationale [27, 49, 50, 89].
- **Création d'une liste de vérification des rapports de NP pour le VIH.** Compte tenu des obstacles révélés par l'évaluation des données probantes sur la NP pour le VIH dans cet article, il est également recommandé d'adopter une liste de vérification pour le rapport des méthodes de NP pour le VIH. Cette stratégie améliorera la surveillance, l'évaluation et la comparabilité des programmes de NP pour le VIH dans tout le Canada. Se reporter à l'Annexe 1 pour une suggestion de points à inclure dans une liste de vérification.

Principaux domaines de recherche future sur la NP pour le VIH au Canada

L'introduction d'une norme de classification des résultats et l'adoption répandue d'une liste de vérification pour la publication des rapports et des articles sur la NP pour le VIH établiraient les fondements de vastes améliorations dans la pratique de la NP pour le VIH au Canada. Elles faciliteraient les études analytiques futures concernant le processus de NP pour le VIH au Canada. Les résultats de cette recherche, de même que les normes de classification des résultats et de publication, pourraient permettre d'orienter la création de programmes et de manuels de formation, ainsi que de structures professionnelles axées sur la NP pour le VIH.

Voici les principaux domaines de recherche concernant la NP pour le VIH au Canada :

- **Comparaisons entre la notification par le patient, la notification par le prestataire de soins et la notification en vertu d'un contrat, du point de vue des résultats, de la rentabilité et des facteurs de succès.**
- **Évaluation des changements de comportements à court et à long terme dus à la NP pour le VIH dans le contexte canadien.**
- **Reproduction d'un programme de la Saskatchewan sur la notification à un groupe désigné par des pairs, et comparaison de sa rentabilité avec celui de la NP axée sur les contacts sexuels connus des patients dépistés.**
- **Études visant à déterminer quels prestataires ou groupes de prestataires sont le mieux placés pour effectuer la NP au Canada.** Cette recherche doit aussi porter sur l'impact de stratégies de formation spécifiques, le personnel spécialisé pour certaines ITSS, les structures de travail et de rémunération, ainsi que sur les procédés et les lieux d'entrevues.
- **Recherche visant à déterminer si les sévices émotionnels et physiques sont associés à la NP pour le VIH dans le contexte canadien.** Les données probantes tirées de cette recherche permettront de vérifier que les avantages de la NP pour le VIH en santé publique l'emportent sur les inconvénients pour les individus dépistés.

Pour accroître son efficacité, la pratique de la NP pour le VIH doit dépasser le cadre de la publication de lignes directrices et aller vers la publication de recherches descriptives et analytiques. L'ASPC a publié des lignes directrices sur la NP pour le VIH [1, 10]. L'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest ont en fait autant [2-5]. Ces lignes directrices sont utiles, mais il reste encore beaucoup à faire pour améliorer la NP pour le VIH au Canada. Il existe une seule étude dans une revue à comité de lecture sur le sujet au Canada dont la publication date de 1994. Il est difficile d'améliorer un système pour lequel la documentation et la recherche sont encore lacunaires. À cette fin, les études descriptives et analytiques, et les rapports de NP pour le VIH au Canada sont essentiels.

Remerciements

Le présent article de synthèse a été subventionné par le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses dans le cadre d'une série d'analyses de données probantes portant sur la notification des infections transmissibles sexuellement et des infections à diffusion hématogène aux partenaires. Il a été supervisé par la Dre Liviana Calzavara, professeure à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto, et directrice du Centre en recherche sociale (CRS) pour la prévention du VIH des IRSC. A également collaboré à cet article le Dr Robert Remis, professeur à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto et cochercheur au CRS.

Références

1. Santé Canada, Lignes directrices canadiennes sur les MTS, 1998.
2. CCPMI, Infections transmissibles sexuellement – Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts, 2009, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
3. BC Centre for Disease Control, Communicable Disease Control HIV-1, HIV-2 Counselling & Follow Up Policy, 2007, BC Centre for Disease Control.
4. Services, A.H., HIV Partner Notification Guidelines, 2010.
5. Northwest Territories Health and Social Services, Northwest Territories HIV/AIDS Manual for Health Professionals, 2006, Northwest Territories Health & Social Services.
6. Lunny, C.; Shearer, B.D. A systematic review and comparison of HIV contact tracing laws in Canada. *Health Policy*, 2011 Dec; 103 (2-3)111-123.
7. Jurgens, Ralf. HIV testing and confidentiality: Final report [Internet]. Toronto, ON: Canadian HIV/AIDS Legal Network & Canadian AIDS Society; 2006 [cited 2013 September 3]. Available from: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=282>
8. Rasooly, I., *et al.*, A survey of public health partner notification for sexually transmitted diseases in Canada. *Can J Public Health*, 1994. 85 Suppl 1: p. S48-52.
9. Heller, R.F., *et al.*, Critical appraisal for public health: a new checklist. *Public Health*, 2008. 122(1): p. 92-8.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Nationally Notifiable Infectious Diseases 2011. 2011; Disponible à l'adresse : http://www.cdc.gov/osels/ph_surveillance/nndss/phs/infdis2011.htm.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Partner Services Programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea and chlamydial infection., in *MMWR*2008. p. 1-83.
12. A.S.P.C, HIV Testing and Counseling: Policies in Transition?, 2006, Agence de la santé publique du Canada.
13. A.S.P.C, Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada. 2007; Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-iff/index-fra.php>.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Program operations guidelines for STD prevention. 2000; Disponible à l'adresse : <http://www.cdc.gov/std/program/>.
15. Hogben, M., *et al.*, The effectiveness of HIV partner counseling and referral services in increasing identification of HIV-positive individuals a systematic review. *Am J Prev Med*, 2007. 33(2 Suppl): p. S89-100.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Background of the CDC HIV Prevention Strategic Plan, 2001-2005. HIV Prevention Strategic Plan: Extended Through 2010 2007 [cité en 2011; Disponible à l'adresse : <http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/psp/background.htm>.
17. Marks, G., *et al.*, Meta-Analysis of High-Risk Sexual Behavior in Persons Aware and Unaware They are Infected With HIV in the United States: Implications for HIV Prevention Programs. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005. 39(4): p. 446-453.
18. MacKellar, D.A., *et al.*, Exposure to HIV Partner Counseling and Referral Services and Notification of Sexual Partners among Persons Recently Diagnosed with HIV. *Sexually Transmitted Diseases*, 2009. 36(3): p. 170-177 10.1097/OLQ.0b013e31818d6500.
19. Mathews, C., *et al.*, A systematic review of strategies for partner notification for sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS. *Int J STD AIDS*, 2002. 13(5): p. 285-300.
20. Kissinger, P.J., *et al.*, Partner Notification for HIV and Syphilis: Effects on Sexual Behaviors and Relationship Stability. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003. 30(1): p. 75-82.
21. Ahrens, K., *et al.*, HIV Partner Notification Outcomes for HIV-Infected Patients by Duration of Infection, San Francisco, 2004 to 2006. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007. 46(4): p. 479-484 10.1097/QAI.0b013e3181594c61.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Partner counselling and referral service to identify persons with undiagnosed HIV-North Carolina, 2001., in *MMWR*2003. p. 1181-1184.
23. Golub, S.A. and D. Indyk, HIV-Infected Individuals as Partners in Prevention. *Social Work in Health Care*, 2006. 42(3-4): p. 225-235.
24. Girardi, E., C.A. Sabin, and A.D. Monforte, Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2007. 46 Suppl 1: p. S3-8.
25. Mir, N., *et al.*, Partner notification in HIV-1 infection: a population based evaluation of process and outcomes in Scotland. *Sex Transm Infect*, 2001. 77(3): p. 187-9.
26. Golden, M.R., *et al.*, Partner Notification for HIV and STD in the United States:: Low Coverage for Gonorrhea, Chlamydial Infection, and HIV. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003. 30(6): p. 490-496.
27. Malave, M.C., *et al.*, Human immunodeficiency virus partner elicitation and notification in new york city: public health does it better. *Sex Transm Dis*, 2008. 35(10): p. 869-76.
28. Begley, E.B., *et al.*, Incorporating Rapid HIV Testing into Partner Counseling and Referral Services. *Public Health Rep*, 2008. 123(Suppl 3): p. 126-135.
29. Mathews, C., *et al.*, Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001(4): p. CD002843.
30. Oxman, A.D., *et al.*, Partner notification for sexually transmitted diseases: an overview of the evidence. *Can J Public Health*, 1994. 85 Suppl 1: p. S41-7.
31. Samayoa, B., *et al.*, Use of patient-delivered coupons as a vehicle for HIV partner notification: Results of a pilot study in Guatemala. *Preventive Medicine*, 2010. 51(5): p. 443-444.

32. Marks, G., *et al.*, Anal Intercourse and Disclosure of HIV Infection Among Seropositive Gay and Bisexual Men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994. 7(8): p. 866-869.
33. Wolitski, R.J., *et al.*, HIV serostatus disclosure among gay and bisexual men in four American cities: general patterns and relation to sexual practices. *AIDS Care*, 1998. 10(5): p. 599-610.
34. Landis, S.E., *et al.*, Results of a Randomized Trial of Partner Notification in Cases of HIV Infection in North Carolina. *New England Journal of Medicine*, 1992. 326(2): p. 101-106.
35. Levy, J.A. and S.E. Fox, The outreach-assisted model of partner notification with IDUs. *Public Health Rep*, 1998. 113 Suppl 1: p. 160-9.
36. Passin, W.F., *et al.*, A systematic review of HIV partner counseling and referral services: client and provider attitudes, preferences, practices, and experiences. *Sex Transm Dis*, 2006. 33(5): p. 320-8.
37. DePhillips, D., *et al.*, Attitudes toward mandatory human immunodeficiency virus testing and contract tracing: a survey of drug users in treatment. *J Subst Abuse Treat*, 1992. 9: p. 39-42.
38. Rogers, S.J., *et al.*, Partner notification with HIV-infected drug users: results of formative research. *AIDS Care*, 1998. 10(4): p. 415-29.
39. Hoffman, J.A. and H. Klein, Social policy implications of partner notification for substance abusers who test HIV positive. *Research in Social Policy*, 1998. 6: p. 17-18.
40. Carballo-Diequez, A., *et al.*, Intention to Notify Sexual Partners About Potential HIV Exposure Among New York City STD Clinics' Clients. *Sexually Transmitted Diseases*, 2002. 29(8): p. 465-471.
41. Golden, M.R., *et al.*, A controlled study of the effectiveness of public health HIV partner notification services. *AIDS*, 2009. 23(1): p. 133-135 10.1097/QAD.0b013e32831fb52f.
42. Pavia, A.T., *et al.*, Partner notification for control of HIV: results after 2 years of a statewide program in Utah. *Am J Public Health*, 1993. 83(10): p. 1418-24.
43. Lee, J.H., *et al.*, Voluntary human immunodeficiency virus testing, recidivism, partner notification, and sero-prevalence in a sexually transmitted disease clinic: a need for mandatory testing. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990. 17(4): p. 169-74.
44. Rutherford, G.W., *et al.*, Partner notification and the control of human immunodeficiency virus infection. Two years of experience in San Francisco. *Sex Transm Dis*, 1991. 18(2): p. 107-10.
45. Spencer, N.E., *et al.*, Partner notification for human immunodeficiency virus infection in Colorado: results across index case groups and costs. *Int J STD AIDS*, 1993. 4(1): p. 26-32.
46. Consultants, A.H., Persistence led partner notification program into vast network contact. *AIDS Alert*, 1995. 10: p. 73-75.
47. Schwarcz, S., *et al.*, Partner notification for persons recently infected with HIV: experience in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2001. 28(4): p. 403-4.
48. Golden, M.R., *et al.*, Support Among Persons Infected with HIV for Routine Health Department Contact for HIV Partner Notification. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003. 32(2): p. 196-202.
49. Katz, D.A., *et al.*, An evaluation of the reliability of HIV partner notification disposition coding by disease intervention specialists in the United States. *Sex Transm Dis*, 2009. 36(7): p. 459-62.
50. Hennessy, M., *et al.*, Designing partner-notification programs to maximize client participation: a factorial survey approach. *Sex Transm Dis*, 2002. 29(2): p. 92-9.
51. Mimiaga, M., *et al.*, Psychosocial and Behavioral Predictors of Partner Notification After HIV and STI Exposure and Infection Among MSM. *AIDS and Behavior*, 2009. 13(4): p. 738-745.
52. Hightow, L.B., *et al.*, Failure to return for HIV posttest counseling in an STD clinic population. *AIDS Educ Prev*, 2003. 15(3): p. 282-290.
53. Wiley, D.J., *et al.*, Failure to Learn Human Immunodeficiency Virus Test Results in Los Angeles Public Sexually Transmitted Disease Clinics. *Sexually Transmitted Diseases*, 1998. 25(7): p. 342-345.
54. Kinsler, J.J., *et al.*, Time trends in failure to return for HIV test results. *Sex Transm Dis*, 2007. 34(6): p. 397-400.
55. Sullivan, P.S., *et al.*, Failure to Return for HIV Test Results Among Persons at High Risk for HIV Infection: Results From a Multistate Interview Project. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004. 35(5): p. 511-518.
56. Bocour, A., *et al.*, Comparing HIV Partner Notification Effectiveness Between Blacks and Hispanics in New York City. *Sexually Transmitted Diseases*, 2010. 37(12): p. 784-788 10.1097/OLQ.0b013e328181e7107f.
57. Brewer, D.D., Case-finding effectiveness of partner notification and cluster investigation for sexually transmitted diseases/HIV. *Sex Transm Dis*, 2005. 32(2): p. 78-83.
58. Golden, M.R., *et al.*, HIV Partner Notification in the United States: A National Survey of Program Coverage and Outcomes. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004. 31(12): p. 709-712.
59. Brenner, B.G., *et al.*, High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis*, 2007. 195(7): p. 951-9.
60. European Partner Notification Study, G., Recently diagnosed sexually HIV-infected patients: seroconversion interval, partner notification period and a high yield of HIV diagnoses among partners. *QJM*, 2001. 94(7): p. 379-90.
61. Hoxworth, T., *et al.*, Changes in partnerships and HIV risk behaviors after partner notification. *Sex Transm Dis*, 2003. 30(1): p. 83-8.
62. Wykoff, R.F., *et al.*, Contact tracing to identify human immunodeficiency virus infection in a rural community. *JAMA*, 1988. 259(24): p. 3563-6.
63. Wykoff, R.F., *et al.*, Notification of the sex and needle-sharing partners of individuals with human immunodeficiency virus in rural South Carolina: 30-month experience. *Sex Transm Dis*, 1991. 18(4): p. 217-22.
64. Cohen, D.A., S.Y. Wu, and T.A. Farley, Comparing the cost-effectiveness of HIV prevention interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2004. 37(3): p. 1404-14.
65. Schackman, B.R., *et al.*, The lifetime cost of current human immunodeficiency virus care in the United States. *Med Care*, 2006. 44(11): p. 990-7.
66. Coco, A., The cost-effectiveness of expanded testing for primary HIV infection. *Ann Fam Med*, 2005. 3(5): p. 391-9.
67. Cohen, D.A., S.Y. Wu, and T.A. Farley, Cost-effective allocation of government funds to prevent HIV infection. *Health Aff (Millwood)*, 2005. 24(4): p. 915-26.
68. Cohen, M.S., *et al.*, Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011. 365(6): p. 493-505.
69. Castilla, J., *et al.*, Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in Reducing Heterosexual Transmission of HIV. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005. 40(1): p. 96-101.
70. Cason, C., *et al.*, The impact of laws on HIV and STD prevention. *J Law Med Ethics*, 2002. 30(3 Suppl): p. 139-145.
71. O'Brien, M.E., *et al.*, Prevalence and correlates of HIV serostatus disclosure. *Sex Transm Dis*, 2003. 30(9): p. 731-5.
72. Maher, J.E., *et al.*, Partner Violence, Partner Notification, and Women's Decisions To Have an HIV Test. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000. 25(3): p. 276-282.
73. Brewer, D.D., S.B. Garrett, and S. Kulasingam, Forgetting as a Cause of Incomplete Reporting of Sexual and Drug Injection Partners. *Sexually Transmitted Diseases*, 1999. 26(3): p. 166-176.
74. Brewer, D.D. and S.B. Garrett, Evaluation of interviewing techniques to enhance recall of sexual and drug injection partners. *Sex Transm Dis*, 2001. 28(11): p. 666-77.
75. Brewer, D.D., *et al.*, Randomized trial of supplementary interviewing techniques to enhance recall of sexual partners in contact interviews. *Sex Transm Dis*, 2005. 32(3): p. 189-93.
76. Hogben, M. and L.M. Niccolai, Innovations in sexually transmitted disease partner services. *Curr Infect Dis Rep*, 2009. 11(2): p. 148-54.
77. Mimiaga, M.J., *et al.*, Partner notification after STD and HIV exposures and infections: knowledge, attitudes, and experiences of Massachusetts men who have sex with men. *Public Health Rep*, 2009. 124(1): p. 111-9.
78. Klodahl, A.S., *et al.*, Social networks and infectious disease: The Colorado Springs study. *Social Science & Medicine*, 1994. 38(1): p. 79-88.
79. Woodhouse, D.E., *et al.*, Mapping a social network of heterosexuals at high risk for HIV infection. *AIDS*, 1994. 8(9): p. 1331-1336.

80. Rothenberg, R.B., *et al.*, Social network dynamics and HIV transmission. *AIDS*, 1998. 12(12): p. 1529-1536.
81. Opondo, J. Méthodes de recherche des contacts et de notification aux partenaires pour le VIH par les réseaux sociaux. in *Une approche multi-méthodes destinée à relever les défis de la notification aux partenaires pour les ITSS*. 2011. Toronto : Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.
82. Centers for Disease Control and Prevention, Use of social networks to identify persons with undiagnosed HIV infection - seven US cities, October 2003-September 2004, in *MMWR*2005. p. 601-605.
83. Golden, M.R., *et al.*, Peer referral for HIV case-finding among men who have sex with men. *AIDS*, 2006. 20(15): p. 1961-1968 10.1097/01.aids.0000247118.74208.6a.
84. Centers for Disease Control and Prevention., Using the Internet for partner notification of sexually transmitted diseases--Los Angeles County, California, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2004. 53(6): p. 129-31.
85. Hogben, M. and R. Kachur, Internet partner notification: another arrow in the quiver. *Sex Transm Dis*, 2008. 35(2): p. 117-8.
86. Mimiaga, M.J., *et al.*, Acceptability of an internet-based partner notification system for sexually transmitted infection exposure among men who have sex with men. *Am J Public Health*, 2008. 98(6): p. 1009-11.
87. Plant, A., *et al.*, Evaluation of inSPOTLA.org: An Internet Partner Notification Service. *Sex Transm Dis*, 2012. 39(5): p. 341-5.
88. Mimiaga, M.J., *et al.*, HIV and STD Status Among MSM and Attitudes About Internet Partner Notification for STD Exposure. *Sexually Transmitted Diseases*, 2008. 35(2): p. 111-116 10.1097/OLQ.0b013e3181573d84.
89. Centers for Disease Control and Prevention, Program Operations Guidelines for ST.

NCCID #146 ISBN # 978-0-9920071-7-1



National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

515 PORTAGE AVENUE, WINNIPEG, MB R3B 2E9
204.943.0051
NCCID@ICID.COM
WWW.NCCID.CA

La production du présent document a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.