



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Maladies infectieuses

**PROCÉDURES RELATIVES À LA
DÉMARCHE DE NOTIFICATION AUX
PARTENAIRES DES PERSONNES INFECTÉES
PAR LE VIH**

NICOLE TURCOTTE
RADEGONDE NDEJURU
SEREIKITH CHHENG
CAROLE CHARLAND
ALIX ADRIEN

JANVIER 2000

**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

*Garder notre
monde en santé*

**PROCÉDURES RELATIVES À LA
DÉMARCHE DE NOTIFICATION AUX
PARTENAIRES DES PERSONNES INFECTÉES
PAR LE VIH**

NICOLE TURCOTTE
RADEGONDE NDEJURU
SEREIKITH CHHENG
CAROLE CHARLAND
ALIX ADRIEN

JANVIER 2000

Une réalisation de l'unité Maladies infectieuses
Centre universitaire de santé McGill, mandataire

Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Unité Maladies infectieuses
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 3M1
Téléphone : (514) 528-2400
Télécopieur : (514) 528-2452
Adresse internet : www.santepub-mtl.qc.ca

© Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2000)
Tous droits réservés

Dépôt légal : Xe^e trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-214-1



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Procédures relatives à la démarche de notification aux partenaires des personnes infectées par le VIH	9.00\$	
	NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN 2-89494-214-1		

DESTINATAIRE

Nom

Organisme

Adresse

No

Rue

App.

Ville

Code postal

Téléphone

Télécopieur

**Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la
Direction de la santé publique de Montréal-Centre**

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

*Garder notre
monde en santé*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
I LA NOTIFICATION AUX PARTENAIRES : PRINCIPES ET APPROCHES	10
1.1 DÉFINITION DU VIH	10
1.2 DÉFINITION DE LA TERMINOLOGIE ET DES STRATÉGIES DE NOTIFICATION	10
1.2.1 Définition	10
1.2.2 Stratégies de notification VIH.....	11
1.2.2.1 Faite par le cas-index « patient referral ».....	11
1.2.2.2 Faite par le dispensateur de soins « provider referral ».....	12
1.2.2.3 Notification conditionnelle « conditional referral ».....	12
1.3 PRINCIPES CONCERNANT LA NOTIFICATION AUX PARTENAIRES	13
1.3.1 Principes généraux	13
1.3.2 Principes opérationnels	13
1.4 APPROCHES.....	14
1.4.1 L'offre de service.....	15
1.4.2 Les conditions d'une notification réussie.....	16
II LA DÉMARCHÉ DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES (SEXUELS, DE PARTAGE DE MATÉRIEL D'INJECTION) DES PERSONNES AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC DE VIH.....	17
2.1 LES ÉTAPES DE LA DÉMARCHÉ.....	17
III PROCÉDURES.....	22
3.1 LES OBJECTIFS DE LA NOTIFICATION AUX PARTENAIRES.....	22
3.1.1 <i>Après du demandeur</i>	22
3.1.2 <i>Après du cas-index</i>	22
3.1.3 <i>Après du partenaire</i>	23
3.2 ÉVALUATION DES DEMANDES DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES	23
3.2.1 <i>Demandes de soutien à la notification avec accord préalable du cas-index</i>	25
3.2.2 <i>Demandes d'information</i>	25
3.2.3 <i>Demandes de soutien aux intervenants d'une autre région</i>	26
3.2.4 <i>Demandes de localisation d'un cas-index</i>	26
3.2.5 <i>Demandes d'aviser un cas-index des résultats au test de dépistage du VIH</i>	26
3.2.6 <i>Demandes reliées à une problématique 3PN</i>	27
3.3 LES MODALITÉS D'INTRODUCTION AUPRÈS DES DIFFÉRENTS ACTEURS	27
3.3.1 <i>Après du demandeur</i>	27
3.3.1.1 Modalité d'introduction.....	27
3.3.2 <i>Après du cas-index</i>	28
3.3.2.1 Modalité d'introduction au téléphone.....	28
3.3.2.2 Modalité d'introduction d'une entrevue en face-à-face	28
3.3.3 <i>Après des partenaires</i>	28
3.3.3.1 Modalité d'introduction au téléphone.....	28
3.3.3.2 Modalité d'introduction en face-à-face.....	29
3.4 LES OUTILS D'INTERVENTION SER-VIH, LEUR UTILISATION	29
3.4.1 <i>Questionnaire demandeur (infirmière, médecin, intervenant d'un organisme communautaire, ou autre intervenant du réseau de la santé)</i>	29
3.4.2 <i>Questionnaire cas-index</i>	29
3.4.3 <i>Questionnaire partenaire</i>	29
3.4.4 <i>Questionnaire enfant</i>	30
3.4.5 <i>Questionnaire don d'organe</i>	30
3.4.7 <i>Cahier de bord (Outils de collecte de données qualitatives)</i>	30
3.5 CONDUITE GÉNÉRALE / DÉLAIS ET FRÉQUENCE D'INTERVENTION	31

3.5.1	<i>Ouverture de dossier</i>	31
3.5.2	<i>Notes au dossier</i>	31
3.5.3	<i>Fermeture de dossier</i>	31
3.5.4	<i>Modalités de communication avec les demandeurs, les cas-index et les partenaires</i>	32
3.5.4.1	Modalités de communication avec les demandeurs	32
3.5.4.2	Modalités de communication avec les cas-index	32
3.5.4.3	Modalités de communication avec les partenaires	32
3.5.4.4	Règles particulières pour les adolescents cas-index ou partenaire	32
3.5.5	<i>Messages téléphoniques</i>	33
3.5.6	<i>Lettres</i>	33
3.5.7	<i>Suivi des cas</i>	33
3.5.7.1	Partenaire	33
3.5.7.2	Cas-index	34
3.5.7.3	Demandeur	34
3.5.7.4	Notification d'un partenaire qui serait dans la période fenêtre	34
3.5.7.5	Notification d'un partenaire susceptible d'être en primo-infection	35
3.5.7.6	Notification d'un partenaire exposé à un cas-index connu résistant aux traitements	35
3.5.8	<i>Modalités de référence aux ressources du réseau de la santé et services sociaux ainsi qu'aux réseaux communautaires</i>	35
3.5.9	<i>Sécurité des intervenants spécialisés en notification aux partenaires</i>	36
3.5.10	<i>Limites d'intervention</i>	36
3.5.11	<i>Gestion des dilemmes</i>	37
3.5.11.1	Recours aux discussions d'équipe	37
3.5.11.2	Patients difficiles à rejoindre	37
3.5.11.3	Refus de notifier certains partenaires	38
3.5.11.4	Protection des partenaires devant certaines motivations d'un cas-index à notifier	38
3.5.11.5	Situations où les besoins des cas-index ou de leurs partenaires dépassent les mandats reliés au soutien à la notification	39
3.5.11.6	Identification d'une situation 3PN lors d'une intervention de soutien à la notification	39
3.5.11.7	Besoin de soutien des intervenants	39
3.5.12	<i>Les enjeux légaux et éthiques du rôle de consultant en santé publique</i>	40
IV	DROIT ET ÉTHIQUE	41
4.1	LE CONTEXTE LÉGAL	41
4.2	LE CODE D'ÉTHIQUE	43
	BIBLIOGRAPHIE	45

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 ⇨ Les instruments d'intervention

- I Outils d'intervention
- II Textes et modalités d'introduction auprès des différents acteurs
- III Règles générales applicables aux modalités de communication avec les différents acteurs
- IV Lettres-type

ANNEXE 2 ⇨ Habiletés

ANNEXE 3 ⇨ Histoires de cas

ANNEXE 4 ⇨ Interprétation des tests de laboratoire

ANNEXE 5 ⇨ Éléments de formation

- I Habiletés d'entrevue
- II Méthode de gestion de crise

ANNEXE 6 ⇨ Matériel d'éducation

- I Le VIH et les modes de transmission
- II Les différents types de condom
- III Mode d'utilisation du condom
- IV Condom féminin
- V Digue dentaire
- VI Usage de drogue par injection
- VII Comment nettoyer le matériel d'injection
- VII Résumé des activités sexuelles et risque de transmission du VIH

ANNEXE 7 ⇨ Bottin des ressources

ANNEXE 8 ⇨ Comité d'aide aux intervenants

Introduction

Dans un contexte où la bataille contre l'épidémie d'infection au VIH est loin d'être gagnée, la nécessité de donner la possibilité au plus grand nombre de connaître leur statut sérologique et, peut-être, de bénéficier d'un traitement aux antirétroviraux efficace devient encore plus criante.

De plus, le besoin de mettre sur pied un projet pilote pour déterminer les modalités d'intervention et identifier les meilleures stratégies en ce qui a trait à la notification des partenaires des personnes infectées par le VIH est réitérée dans les « Orientations de la phase 4 (1997-2002) de la Stratégie de lutte contre le sida »¹.

Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux (Centre québécois de coordination sur le sida) a mandaté l'Unité de Maladies Infectieuses de la Régie régionale de Montréal-Centre pour mener un tel projet pilote. C'est dans cet esprit que le module de prévention et contrôle des MTS/sida, à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, a entrepris le projet pilote « SER-VIH » (« service de soutien à l'identification, au counselling et à l'éducation des partenaires d'une personne infectée par le VIH ») qui a débuté à l'été 1997 et qui s'est terminé en décembre 1998.

Ce projet pilote de notification aux partenaires des personnes infectées par le VIH se base sur des principes qui respectent la dignité et le libre arbitre de chaque individu.

Un service de notification aux partenaires des personnes infectées par le VIH est d'abord un service de soutien à la notification. Il se veut une extension des services offerts par l'équipe de soins du médecin. De plus, la notification est un processus dans lequel la personne infectée par le VIH s'engage sur une base volontaire. Ce processus s'appuie sur des principes et approches bien définies auxquels il faut se conformer.

Le modèle d'intervention, la méthode ainsi que les approches ont été adaptés et modifiés de ceux du « Partner notification » du Centers for Diseases Control (CDC) afin de tenir compte du contexte culturel québécois et de s'assurer de l'acceptabilité du processus de notification aux partenaires.

Le présent document est un produit engendré par ce projet pilote et il sert d'instrument de travail. Il vise à faciliter l'acquisition d'habiletés relatives aux interventions de la notification aux partenaires des personnes infectées par le VIH. Il est destiné à tous les intervenants qui oeuvrent, de près ou de loin, dans le domaine du VIH/sida et qui sont intéressés ou concernés par ce type d'intervention. Par conséquent, il s'adresse autant aux intervenants de 1^{re} ligne que ceux de 2^e ligne.

Il est, également, à noter que les démarches/procédures décrites dans ce document sont basées sur des expériences de SER-VIH vécues entre 1997 et 1999. Ainsi, il est possible qu'on ne puisse prévoir toutes les situations de cas. Lorsqu'un tel événement se présente, une discussion en équipe est suggérée afin de trouver la meilleure approche.

I La notification aux partenaires : principes et approches

1.1 Définition du VIH

L'infection à VIH se définit comme suit :

« Le VIH provoque une maladie progressive qui cause de graves problèmes de santé, (...).

Lorsqu'un test de sérodiagnostic du VIH est positif, cela signifie que la personne a été infectée et qu'elle peut transmettre le virus, qu'elle ait ou non des symptômes.

On trouve le VIH dans le sang, le sperme, les sécrétions prééjaculatoires et vaginales et le lait maternel.

Le VIH peut être transmis par relation sexuelle, partage de matériel d'injection de drogues, par le sang non analysé, et par une mère infectée au VIH à son enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

Des mesures précises peuvent permettre d'éviter ou de minimiser l'exposition au VIH ou la transmission du virus »².

1.2 Définition de la terminologie et des stratégies de notification

1.2.1 Définition

Notification aux partenaires : La notification aux partenaires des personnes infectées par le VIH est un processus par lequel les partenaires sexuels et d'échange de seringues d'une personne infectée sont identifiés, localisés, informés de leur exposition, évalués et conseillés en matière de prévention. Ce processus implique des activités de collecte et d'analyse d'information médicale et épidémiologique connue pouvant faciliter l'interaction avec le cas-index au cours de l'entrevue de notification, de la référence et du suivi des partenaires³.

Cas-index : « Individu chez qui on a diagnostiqué une infection à VIH ou le sida. Les partenaires sexuels et/ou les co-utilisateurs du matériel d'injection du cas-index sont les personnes à qui la notification doit être adressée. D'autres sujets pourraient entrer dans cette catégorie parce qu'ils ont eu des contacts étroits avec le cas-index par d'autres modes de transmission reconnus, par exemple, par la transmission périnatale (soit, de la mère infectée par le VIH au nouveau-né), les transfusions de sang ou de produits sanguins, les transplantations de tissus ou d'organes, ou l'échange de rasoirs ou d'autres instruments utilisés pour le perçage de la peau »⁴.

Partenaire : « Tout individu qui, pendant la période présumée d'infectiosité, a eu des rapports sexuels avec un cas-index ou partagé son matériel d'injection. Il est important de tenir compte non seulement des partenaires que le cas-index a pu infecter, mais aussi de ceux qui pourraient être à l'origine de l'infection du cas-index »⁴.

Période fenêtre : La période fenêtre est définie comme étant l'intervalle entre le moment d'infection et l'apparition d'anticorps du VIH. Suite à une infection au VIH, 93 à 97% des personnes produisent des anticorps du VIH dans les 3 mois suivant l'infection et 99% en produisent dans les 6 mois. Pour déterminer la période fenêtre, il faut évaluer l'activité à risque la plus récente.

Période d'infectiosité : « Période pendant laquelle il y a risque de transmission. Elle commence au moment où le cas-index est infecté par le VIH »⁴.

Diagnostic VIH positif : Un test positif doit être confirmé par un test de confirmation pour qu'il soit valide.

Recherche de contact (MTS) : « Stratégie couramment utilisée en santé publique, qui consiste à informer les partenaires sexuels des personnes atteintes d'une maladie transmissible sexuellement (MTS), à leur faire part des risques auxquels ils sont exposés et à leur offrir des services. On distingue trois types de recherche de contacts : la recherche simplifiée, officielle ou l'entente conditionnelle »⁴.

1.2.2 Stratégies de notification VIH

1.2.2.1 Faite par le cas-index « patient referral »

« Stratégie qui consiste à encourager les personnes infectées par le VIH à faire part à leurs partenaires de leur éventuelle exposition au VIH, sans intervention directe des pourvoyeurs de soins. Selon cette approche, le pourvoyeur de soins donne des conseils à la personne infectée par le VIH sur l'information à transmettre à ses partenaires et sur la façon de procéder.

La notification par le patient, dans le cas du VIH, se compare à la recherche de contacts simplifiée dans le cas des MTS »⁴.

« Le cas-index doit toujours sentir que le professionnel peut le supporter au besoin. Ainsi, le pourvoyeur de soins peut offrir, par exemple, d'être présent lors de l'annonce de la nouvelle au partenaire, offrir un counselling au besoin au partenaire qui est informé par le cas-index avec le support du médecin...

Avantages/inconvénients :

Cette stratégie ne coûte pas cher, responsabilise le cas-index et représente souvent pour lui la modalité la plus acceptable. Il s'agit toutefois d'une méthode difficile à contrôler et à évaluer, qui évidemment n'assure pas l'anonymat du cas-index et qui échoue avec les patients ou les dispensateurs de soins moins motivés »⁵.

1.2.2.2 Faite par le dispensateur de soins « provider referral »

« Stratégie selon laquelle les pourvoyeurs de soins ou d'autres intervenants en santé avertissent les partenaires d'une personne infectée par le VIH. Selon cette méthode, les personnes infectées par le VIH communiquent les noms de leurs partenaires aux pourvoyeurs de soins ou à d'autres intervenants en santé qui se chargent ensuite d'aviser directement les partenaires de façon confidentielle en maintenant l'anonymat du cas-index. Cette notification peut se faire dans le contexte des soins de santé primaires et avec la participation du cas-index et du pourvoyeur de soins ou d'un autre intervenant en santé.

La notification aux partenaires par le pourvoyeur de soins en cas de VIH est comparable à la recherche de contacts officielle dans le cas des MTS »⁴.

Avantages/inconvénients :

Cette stratégie exige plus de ressources. Elle peut créer un malaise dans la relation médecin-patient. D'autre part, elle préserve l'anonymat du cas-index (quoique dans certaines circonstances, les partenaires peuvent sans peine déduire l'identité de celui-ci) et prend en compte les situations où les cas-index, éprouvant par exemple de la peur ou de l'hostilité envers leurs partenaires, se sentent inaptes à informer ceux-ci. Elle est davantage préconisée lorsque la morbidité associée à la MTS en cause est élevée ou lorsqu'elle concerne des personnes appartenant à ce qu'il est convenu d'appeler des « noyaux de transmetteurs » (« core group members »). Enfin, elle se révèle plus facile à contrôler et à suivre mais demeure très dépendante de la qualité de l'information fournie par le cas-index au sujet de ses partenaires »⁵.

1.2.2.3 Notification conditionnelle « conditional referral »

« Le cas-index identifie ses partenaires au dispensateur de soins et s'engage à les notifier dans un laps de temps établi, d'habitude quelques jours. L'intervenant de santé, tout en sauvegardant l'anonymat du cas-index, entame le processus de notification auprès des partenaires qui n'ont pas été avertis après l'échéance de ce délai. La notification « négociée » représente un moyen terme au niveau des avantages et inconvénients des deux autres stratégies »⁵.

« La notification conditionnelle, dans le cas du VIH, est comparable à la recherche de contacts par une entente conditionnelle dans le cas des MTS »⁴.

« Le terme « conditionnel » implique donc à la fois l'établissement initial de l'identité de tous les partenaires et la mise en place d'un mécanisme de contrôle permettant de vérifier si les partenaires ont effectivement été examinés (par exemple, une carte de suivi que le partenaire remet lors de sa visite médicale). Le groupe de travail national sur les pratiques en santé communautaire (GTNPSC) propose le terme « notification négociée » afin d'englober les situations où la liste des noms des partenaires n'est pas dressée initialement; il entérine ainsi une application plus flexible de cette stratégie.

Avantages/inconvénients :

Des études suggèrent que les cas-index reconnaissent avoir eu un plus grand nombre de partenaires lorsqu'ils n'ont pas à nommer ceux-ci que lorsqu'ils ont à le faire »⁵.

1.3 Principes concernant la notification aux partenaires

Ce point traite des principes généraux qui entourent la notification aux partenaires ainsi que des principes opérationnels qui orientent l'intervention même de la notification aux partenaires.

1.3.1 Principes généraux

Les principes qui régissent la notification aux partenaires sont décrits ci-après. Pour qu'une notification aux partenaires soit acceptable, il faut qu'elle soit conforme à ces principes.

Les principes éthiques seront abordés plus loin, dans la section 4 « Droit et éthique ».

Les principes à respecter sont :

- respect de la dignité et des droits des individus;
- participation volontaire du patient sans préjudice à la qualité ni à l'accessibilité des services de soins;
- accès à des services de qualité sans égard à la participation du patient à la notification;
- respect de la confidentialité dans l'intervention;
- respect de la relation médecin-patient si la notification est faite par un tiers;
- intégration des activités de notification à un programme de prévention et de santé publique axée sur les MTS et le VIH/sida qui permette un suivi adéquat et accessible;
- disponibilité des ressources nécessaires pour répondre aux besoins créés chez le partenaire qui est notifié;
- obligation de ne pas nuire de la part de l'intervenant.

1.3.2 Principes opérationnels

Certains des principes qui guident la définition des paramètres de l'intervention de notification aux partenaires sont détaillés ci-après.

Respect de la relation médecin-patient :

- le médecin qui a reçu le consentement de son patient peut initier une demande de service de notification aux partenaires à n'importe quelle étape de la démarche;
- l'intervenant spécialisé en notification discutera des modifications qu'il souhaite apporter à l'entente prise avec le médecin avant de poursuivre sa démarche.

Participation volontaire :

- la participation des médecins, des cas-index et de leurs partenaires à une démarche de notification supportée par un intervenant spécialisé en notification est volontaire;
- la participation du cas-index à la démarche de notification aux partenaires et à l'entrevue avec un intervenant spécialisé est volontaire;
- l'acceptation du patient à une démarche de notification n'engage pas le patient à

d'autres interventions sans son accord;

- l'accessibilité aux services de santé doit être la même pour le cas-index qui refuse d'entreprendre une démarche de notification que celle du cas-index qui participe à la notification.

Confidentialité :

- tous les dossiers sont confidentiels;
- les noms des cas-index et des partenaires nommés ainsi que toute autre information identifiante ne doivent être utilisés que pour faciliter la localisation des personnes à notifier;
- en aucun cas le partenaire ne doit être informé du nom ou de l'identité du cas-index, de la date ou la période d'exposition, ni de toute autre information permettant d'identifier le cas-index.

Accessibilité :

Les services de notification aux partenaires doivent être disponibles et facilement accessibles à toutes les personnes dont la séropositivité est basée sur un résultat de test confirmé par un médecin.

Services de notification adaptés :

Le service de notification aux partenaires, le matériel éducatif et les procédures de notification doivent être ajustés selon les facteurs de risque et les caractéristiques socioculturelles des populations auxquelles nous nous adressons.

Assurance d'un service de qualité :

Une évaluation régulière de la performance des intervenants spécialisés en notification et du personnel impliqué dans le programme doit être faite pour assurer la qualité du service. Un guide de formation doit être établi et tout le personnel engagé dans le programme doit recevoir cette formation et bénéficier, au besoin, du support requis.

1.4 Approches

La notification est un processus dans lequel la personne infectée par le VIH s'engage sur une base volontaire. La définition de l'intervention s'appuie sur des principes qui impliquent :

- le respect de la dignité et le libre arbitre de chaque individu;
- la participation volontaire des cas-index à la démarche de notification et à l'entrevue avec un intervenant spécialisé;
- la planification des ressources nécessaires pour répondre aux besoins créés chez le partenaire qui est notifié.

La stratégie de notification retenue est la notification « négociée ». Les avantages de cette stratégie sont⁵ :

- il s'agit d'un juste milieu entre les deux autres types de stratégie;
- elle comprend les situations où la liste des noms des partenaires n'est pas donnée initialement ;

- « Des études suggèrent que les cas-index reconnaissent avoir eu un grand nombre de partenaires lorsqu'ils n'ont pas à nommer ceux-ci que lorsqu'ils ont eu à le faire »;
- il s'agit d'une application plus souple de la notification conditionnelle;
- « la notification négociée a l'avantage de moduler les interventions selon les besoins ».

Cette approche s'inspire du modèle déjà existant en Nopa-MTS.

1.4.1 L'offre de service

L'offre de service interpelle trois acteurs différents.

1. Au médecin

Lorsqu'un médecin reçoit un patient qui demande un test VIH, celui-ci :

- informe le patient lors du counselling pré-test de l'existence d'un service de notification aux partenaires qui peut l'aider dans sa démarche dans le cas où le test est positif;
- discute, lors des visites de suivi pour le counselling post-test, de la pertinence d'informer ses partenaires;
- identifie les partenaires exposés pour lesquels il serait souhaitable d'entreprendre une démarche de notification;
- décide de soutenir lui-même la démarche de notification de son patient ou lui propose, avec son accord, de le référer aux intervenants spécialisés;
- recueille le consentement de son patient à être référé au service de notification.

Le médecin qui a un patient séropositif peut, après discussion avec son patient, décider :

- d'assurer lui-même l'ensemble de la démarche de notification aux partenaires avec son patient;
- de référer son patient au service de notification pour qu'un intervenant spécialisé en notification entreprenne une démarche de notification avec celui-ci;
- d'assurer lui-même une partie de la démarche de notification et référer à l'intervenant spécialisé en notification un ou des partenaires identifiés comme ayant été exposés.

2. Au cas-index

Le cas-index peut :

- choisir d'informer lui-même ses partenaires exposés (dans ce cas, l'intervenant spécialisé offre au cas-index de l'aider à préparer avec lui le quoi dire et le comment faire);
- décider de demander aux intervenants spécialisés d'aviser tous ses partenaires exposés;
- choisir une formule combinée où le service de notification aux partenaires informe certains partenaires exposés et où le cas-index en informe certains autres;
- refuser l'intervention de notification assistée d'un intervenant spécialisé en notification.

3. Aux partenaires

Les partenaires rejoints par l'intervenant spécialisé sont :

- informés de leur probable exposition au VIH;
- supportés dans leur réaction face à l'annonce de leur exposition ;

- informés sur la disponibilité des tests de dépistage et les différentes façons d'obtenir le test;
- informés sur les comportements sécuritaires;
- référés selon les besoins de soutien identifiés.

Les partenaires rejoints qui choisissent d'être testés et qui obtiennent un résultat VIH + sont :

- informés sur les meilleures façons de protéger leur santé;
- informés sur les services de support qui existent (services médicaux, psychosociaux et communautaires).

1.4.2 Les conditions d'une notification réussie

Pour une notification réussie, il faut :

1. Créer un lien et un climat de confiance en s'assurant de :
 - répondre aux préoccupations du patient;
 - garantir la confidentialité;
 - respecter la dignité de la personne;
 - assurer la participation volontaire du patient.
2. Être sensible aux règles de communication verbale et non verbale :
Certains éléments de la communication non verbale peuvent faciliter ou freiner l'intervention :
 - l'organisation de l'espace (distance);
 - le langage du corps : le contact visuel, les expressions du visage, les mouvements du corps, les gestes, le toucher...

Il en est de même pour des éléments de la communication verbale; certains peuvent faciliter ou entraver notre communication.

Ainsi, la formulation de questions semi-ouvertes est recommandée. Cette technique d'entrevue encourage la personne à fournir de plus amples informations sur les sujets traités. La formulation des messages doit être brève; mettre l'accent sur les points prioritaires, utiliser un langage adapté et une intonation de voix appropriée.

3. Être conscient de nos attitudes et valeurs par rapport à la sexualité et le style de vie (e.g. : usage de drogue intraveineuse...) pour chaque histoire de cas
 - Qu'est-ce qui est acceptable pour moi? Pour les autres?
 - Qu'est-ce que je suis capable ou incapable d'entendre?
 - Ai-je une disponibilité personnelle dans l'écoute et l'échange sur la sexualité et le style de vie?
4. Avant d'entreprendre une procédure de notification aux partenaires, l'intervenant doit se sentir à l'aise pour discuter des sujets personnels tels que les valeurs culturelles qui peuvent être différentes des siennes.
5. Avoir une attitude dépourvue de tout jugement de valeur.

II La démarche de notification aux partenaires (sexuels, de partage de matériel d'injection) des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH

Cette section présente les étapes ainsi que les objectifs de la démarche de notification aux partenaires des personnes infectées par le VIH. Le processus de la notification comprend entre autres les activités de collecte et d'analyse des informations médicales et épidémiologiques connues pouvant faciliter l'interaction avec le cas-index au cours de l'entrevue de notification, de la référence et du suivi des partenaires.

L'examen rapide des partenaires sexuels et/ou de partage de matériel d'injection de drogue est mis de l'avant comme étant l'aspect le plus significatif de l'intervention de lutte contre la transmission d'une maladie contagieuse.

2.1 Les étapes de la démarche

La démarche de notification aux partenaires des personnes ayant un diagnostic positif de VIH comprend les étapes suivantes :

- 1) La collecte et l'analyse des informations.
- 2) L'entrevue initiale auprès du cas-index (lorsqu'il est connu).
- 3) L'éducation à la santé.
- 4) L'investigation et la localisation du partenaire à rejoindre.
- 5) L'intervention de notification auprès du partenaire :
 - les démarches pour contacter la personne et la prise de rendez-vous;
 - l'entrevue de notification auprès du partenaire
 - suivi de la notification et référence.
- 6) Suivi au demandeur (autre que cas-index) référant.

1) La collecte et l'analyse d'information

Cette étape débute avec la prise d'information lors de la demande de service.

L'intervenant spécialisé en notification revise les informations qu'il a recueillies auprès du demandeur et collecte les informations nécessaires à la conduite de l'entrevue de notification qu'il aura à mener auprès du cas-index (si l'intervenant a accès au cas-index) ou auprès du partenaire. Il vérifie aussi les informations disponibles quant aux précautions à prendre au moment d'entrer en contact avec le cas-index ou le partenaire.

N.B. : Lorsqu'on intervient auprès d'un partenaire, il est très important de faire référence aux seules informations recueillies auprès du partenaire dans la discussion.

Les informations recueillies sont en lien avec la démarche à entreprendre et concernent :

1. le contexte de dépistage du VIH;

2. les facteurs de risque;
3. la période d'infectiosité;
4. le contexte d'acquisition des partenaires;
5. la connaissance de l'environnement social;
6. les réactions du cas-index lors de l'annonce du diagnostic;
7. la précision des impacts possibles de la notification aux partenaires pour le cas-index et pour le partenaire;
8. les précautions à prendre pour entrer en contact avec les personnes tout en protégeant la confidentialité.

Ces informations sont importantes à connaître afin de nous permettre de bien préparer notre intervention.

2) L'entrevue initiale auprès du cas-index (lorsqu'il est connu)

L'entrevue est le pivot central d'un processus destiné à planifier une intervention efficace de la notification aux partenaires de la personne infectée. Elle implique un échange individualisé d'information visant à :

1. motiver le patient à prendre en charge la notification aux partenaires;
2. éduquer le patient à la diminution des risques et des comportements à risque;
3. réduire les risques de transmission ultérieure du virus;
4. donner au patient les outils pour gérer son infection actuelle;
5. réduire ses risques d'infection ultérieure à toute autre MTS;
6. réagir rapidement à toute manifestation ultérieure d'une MTS.

Les objectifs de l'entrevue auprès du cas-index sont :

1. d'identifier les partenaires de la période d'infection;
2. de décider qui fera la notification pour chaque partenaire nommé;
3. d'identifier les obstacles à la notification que pourrait rencontrer le patient;
4. de trouver des solutions adaptées;
5. d'établir les délais pour le suivi des partenaires informés par le patient.

Le déroulement d'une entrevue doit se faire dans une séquence qui permette de :

1. se présenter comme intervenant;
2. comprendre le tableau clinique du cas-index;
3. présenter la pertinence de la notification aux partenaires pour lui-même et pour les autres;
4. déterminer la période d'infectiosité;
5. évaluer les partenaires sexuels et/ou de partage de matériel d'injection de la période d'infectiosité;
6. établir une entente de notification pour chacun des partenaires à notifier;
7. établir des modalités de suivi.

3) L'éducation à la santé

La notification aux partenaires est une excellente technique pour atteindre un des plus importants objectifs du counselling auprès des personnes qui ont des comportements qui les

mettent à risque d'attraper le VIH. La notification permet une prise de conscience du niveau de risque réel pris par le client et ainsi modifier sa perception du risque d'être infecté.

L'éducation à la santé dans ce contexte vise à amener les personnes à adopter des méthodes de réduction de risque en tenant compte de ses habitudes d'acquisition des partenaires.

Tout le long de l'entrevue menée auprès du cas-index et/ou du partenaire, l'intervenant spécialisé en notification va recueillir des informations qui lui permettent d'établir le portrait du patient sur les aspects suivants : ses principaux facteurs de risque, son nombre de partenaires, ses types d'activités sexuelles, le contexte d'acquisition des partenaires, sa connaissance de la maladie, sa connaissance de l'utilisation des moyens de protection contre la transmission du VIH et la façon de les utiliser, sa connaissance sur la façon de se protéger lorsqu'il y a consommation de drogue avec partage de matériel.

Dans un court laps de temps, on cherche à :

- bien renseigner la personne sur l'infection à VIH;
- préciser les niveaux de risque associés aux différentes pratiques sexuelles/partage de seringues;
- explorer le sentiment de pouvoir exercer un contrôle sur les facteurs de risque;
- vérifier la motivation de la personne.

Une variété de façons de réduire les risques devrait être présentée pour permettre à la personne de prendre des décisions autonomes sur ses comportements sexuels ou de partage de matériel pour la consommation de drogue.

Le condom est certes un des moyens mis de l'avant pour la réduction des risques mais son utilisation demande l'acquisition d'habiletés qu'il faut explorer afin de donner un counselling personnalisé.

Chez des personnes ayant des comportements à haut risque, un dépistage régulier pourrait être recommandé. Ceci aurait l'avantage de maintenir un contact entre la personne et les services de santé et ainsi maintenir un suivi dans le counselling. Dans certains cas, des références vers des ressources spécialisées seront nécessaires.

4) L'investigation et la localisation du partenaire à rejoindre

L'investigation, par un intervenant spécialisé en notification, se fait dans le but de localiser et d'aviser les partenaires des personnes infectées au VIH.

Dans la plupart des cas, l'information est disponible pour rejoindre le cas-index/le partenaire. Cependant, pour certaines populations, il faut faire une recherche plus poussée de l'information.

Différentes sources de renseignement existent, entre autres, les bottins spécialisés, les institutions scolaires, les organismes gouvernementaux, les intervenants de milieu et les centres d'accueil (pour jeunes en difficulté, femmes violentées, personnes itinérantes...).

Suite à la localisation du partenaire, il est important de faire l'inventaire des ressources de son territoire qui peuvent offrir un support (médical, psychosocial...), leurs conditions d'accessibilité (jour/heures d'ouverture et lieu d'intervention) ainsi que les services offerts avant d'entreprendre une intervention de notification.

5) L'intervention de notification auprès du partenaire

- Les démarches pour contacter la personne et la prise de rendez-vous

Cette étape précède l'intervention elle-même.

Au moment de contacter le partenaire, il importe de reviser l'histoire de cas afin d'identifier les précautions à prendre au cours de l'intervention.

Les démarches doivent être entreprises à un moment où l'intervenant spécialisé en notification dispose du temps nécessaire pour rencontrer le partenaire dès la prise de contact. De plus, il importe de s'assurer de la disponibilité des ressources pouvant offrir un support et de la sécurité des personnes impliquées.

- L'entrevue de notification auprès du partenaire

L'entrevue avec le partenaire implique un échange individualisé d'information visant à :

1. informer le partenaire de son risque d'avoir été exposé au VIH (vous avez été nommé comme contact);
2. aider le partenaire à identifier ses comportements à risques;
3. éduquer le partenaire sur l'infection à VIH et les moyens de prévenir la transmission (sexe sécuritaire, comportement lors de partage de drogue ...);
4. encourager à consulter et à être testé pour le VIH ainsi que le conseiller sur les types de test disponibles et les enjeux de subir un dépistage (avantages/inconvénients).

Les objectifs de l'entrevue auprès du partenaire sont :

1. informer le partenaire sur le travail qu'on fait;
2. l'informer de son exposition au VIH;
3. rediscuter la signification de cette exposition et éduquer sur les modes de transmission;
4. évaluer les risques du partenaire;
5. le conseiller sur les démarches à entreprendre;
6. référer aux ressources médicales et communautaires selon les besoins.

Le déroulement d'une entrevue doit se faire dans une séquence qui permette de :

1. se présenter comme intervenant;
2. présenter la logique de la notification;
3. identifier les réactions à l'information et supporter le partenaire dans ses réactions;
4. faire le counselling approprié;
5. vérifier les connaissances à propos de l'infection et fournir les informations nécessaires;
6. identifier les besoins immédiats de support et, avec le consentement, référer vers les ressources du milieu;

7. proposer un délai pour le suivi de la notification et des démarches entreprises par le partenaire.

- Suivi de la notification et référence

Cette étape est importante puisqu'elle nous permet :

1. d'offrir au partenaire d'être évalué par son médecin traitant ou de le référer directement aux autres ressources répertoriées;
2. de lui remettre un feuillet d'information sur la maladie/l'infection;
3. de le mettre en contact avec toute autre ressource pouvant répondre aux besoins identifiés lors de l'entrevue de notification (groupes de support, médecins...).

6) Suivi au demandeur (autre que cas-index) référant

Il est important de faire un suivi au demandeur selon les modalités établies au moment de la prise de demande de service.

III Procédures

La procédure de la démarche de notification aux partenaires couvre les points suivants : les objectifs de la notification aux partenaires, l'évaluation des demandes de notification aux partenaires, les modalités d'introduction auprès des différents acteurs, les outils d'intervention ainsi que les délais et la fréquence d'intervention. Chaque point a sa propre spécificité qui est décrite plus loin.

3.1 Les objectifs de la notification aux partenaires

L'objectif général vise la diminution de la transmission du VIH.

Les objectifs spécifiques sont de :

1. supporter le patient infecté et son médecin traitant dans leurs efforts pour localiser et informer les partenaires qu'ils souhaitent notifier;
2. fournir aux partenaires identifiés et localisés l'information relative à leur exposition;
3. faire le counselling visant l'identification des comportements à risque spécifiques à cette personne et les mesures réalistes que cette dernière peut prendre pour réduire ses risques;
4. référer les partenaires notifiés qui le désirent aux ressources médicales, psychosociales et communautaires selon les besoins identifiés.

3.1.1 *Après du demandeur*

Définition du « Demandeur » : Un demandeur est la personne qui fait une demande au service de notification aux partenaires. Cela peut être un médecin, une infirmière, autre intervenant du réseau de la santé, un intervenant d'un organisme communautaire ou le cas-index lui-même.

1. Fidéliser les médecins et autres demandeurs à la pratique de notification;
2. Rendre accessible le service de soutien à la notification aux demandeurs qui désirent recevoir un support des intervenants spécialisés en notification.

3.1.2 *Après du cas-index*

Lors de son entrevue avec le cas-index, l'intervenant spécialisé avec le cas-index cherche à :

1. vérifier avec la personne si elle est au courant du résultat de son test de dépistage;
2. faire le counselling approprié;
3. préciser la période d'exposition et identifier ses partenaires sexuels ou utilisateurs de drogues intraveineuses qui auraient pu être exposés;
4. établir une entente de notification pour chaque partenaire identifié à risque;

5. faire une intervention éducative visant la réduction des comportements à risque et la réduction de transmission ultérieure du virus;
6. fournir les informations sur les ressources du milieu pour le suivi médical, le support psychosocial et les ressources d'accompagnement, selon les besoins;
7. faire la référence aux ressources s'il y a lieu.

3.1.3 *Après du partenaire*

1. Informer la personne de son exposition possible au VIH et l'encourager à être testée.
2. Faire le counselling approprié.
3. Faire une intervention éducative visant la réduction des comportements à risque et la possibilité de transmission ultérieure du virus.
4. Fournir les informations sur les ressources du milieu pour l'évaluation médicale, le support psychosocial et les ressources d'accompagnement selon les besoins.

3.2 Évaluation des demandes de notification aux partenaires

Suite au projet pilote SER-VIH, nous constatons que différents types de demandes sont adressés aux intervenants responsables de soutenir la notification aux partenaires. Les demandes peuvent dépasser le mandat de soutien à la notification pris dans son sens strict. La première étape du processus de notification, qui consiste à réunir l'information nécessaire, permet d'évaluer la nature de la demande, de s'assurer que les conditions et les principes éthiques et légaux sont respectés.

Lorsqu'une demande entre en conflit avec ces principes ou dépasse le mandat confié à l'intervenant spécialisé, celui-ci doit en informer le demandeur et en discute en équipe; et lorsque requis, acheminer la demande vers un service qui sera en mesure de soutenir le demandeur.

Afin de faciliter le traitement des demandes, nous avons établi la typologie suivante :

1. demandes de soutien à la notification avec accord préalable du cas-index;
2. demandes d'information;
3. demandes de soutien aux intervenants d'une autre région;
4. demandes de localisation d'un cas-index;
5. demandes d'aviser un cas-index des résultats au test de dépistage du VIH;
6. demandes reliées à une problématique 3PN*.

L'intervenant doit donc :

- déterminer la nature de la demande;
- situer la problématique; et
- vérifier si les conditions dans lesquelles cette demande est adressée permettent de mener une intervention.

* Personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions nécessaires pour prévenir la transmission du VIH et ne dévoilent pas leur séropositivité à leur(s) partenaire(s).

Conditions d'acceptabilité d'une demande de notification aux partenaires :

Les conditions suivantes doivent être rencontrées pour poursuivre le processus de notification :

1. Les demandes proviennent des acteurs suivants :
 - médecin traitant ou autre intervenant du réseau de la santé;
 - intervenant d'organisme communautaire;
 - cas-index lui-même.
2. La séropositivité du cas-index est confirmée (voir note plus loin).
3. Le cas-index a été informé du diagnostic d'infection au VIH.
4. Le cas-index est informé que la démarche de notification est une démarche volontaire.
5. Le cas-index a donné son accord préalable à la démarche entreprise par le demandeur.

Une des conditions, si l'intervenant spécialisé en notification n'a pas accès au cas-index, est de demander au demandeur d'évaluer les risques possibles reliés à la démarche de notification autant pour le cas-index lui-même, pour le partenaire à notifier ainsi que pour l'intervenant spécialisé.

Si toutes ces conditions sont rencontrées, les étapes suivantes de la notification peuvent être entreprises avec le cas-index directement ou par l'intermédiaire du demandeur.

Si certaines de ces conditions ne sont pas réunies mais qu'elles sont susceptibles de le devenir, l'intervenant doit informer le demandeur des conditions nécessaires pour poursuivre la démarche, assurer un suivi et éventuellement poursuivre le processus si les conditions le permettent.

Si la demande est adressée par des demandeurs autres que ceux cités ou s'il n'y a pas d'obtention préalable du consentement du cas-index, la demande de soutien à la notification ne peut être acceptée. Cependant, l'intervenant spécialisé doit vérifier s'il s'agit d'une demande liée à une problématique 3PN*. L'intervenant spécialisé doit alors collecter les informations selon la procédure 3PN.

Confirmation de la séropositivité :

Pour initier une intervention de soutien à la notification aux partenaires, le demandeur doit fournir une preuve suffisante de la séropositivité du cas-index afin de s'assurer qu'il s'agit réellement d'un cas de VIH positif.

Pour chaque personne référée, l'intervenant du service de soutien à la notification doit s'assurer de recevoir la confirmation que le cas-index a passé un test de dépistage pour le VIH et que le résultat est : un Western Blot, ou un Ag p24, ou un RIPA positif et confirmé.

L'intervenant spécialisé en notification considère avoir une preuve suffisante de la séropositivité lorsque :

1. le demandeur est un médecin reconnu pour son expertise dans le diagnostic et le traitement des personnes atteintes de VIH et qu'il confirme avoir eu accès au

* Personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions nécessaires pour prévenir la transmission du VIH et ne dévoilent pas leur séropositivité à leur(s) partenaire(s).

- rapport de laboratoire et connaît la date de prélèvement et le résultat d'un test de dépistage confirmé et répété;
2. le demandeur est un médecin peu expérimenté dans le diagnostic et le traitement du VIH mais nous fait la lecture par téléphone des résultats du test de laboratoire confirmant la séropositivité du cas-index;
 3. le demandeur est un intervenant du réseau de la santé et confirme que le client est suivi pour le VIH et nous transmet le nom du médecin traitant afin de confirmer le diagnostic selon les termes du point # 1 ou 2;
 4. le demandeur est un intervenant d'organisme communautaire et a reçu l'autorisation verbale ou écrite du cas-index de transmettre par écrit le rapport de laboratoire;
 5. le demandeur fournit les coordonnées du cas-index afin d'entrer en contact avec lui et confirmer les informations auprès du cas-index.

3.2.1 Demandes de soutien à la notification avec accord préalable du cas-index

Les demandes de soutien à la notification peuvent porter sur :

- le soutien à la démarche de notification même;
- la notification auprès du partenaire régulier;
- la notification auprès du nouveau partenaire;
- la notification auprès de l'ancien partenaire. Elles peuvent aussi inclure tous les types de soutien.

3.2.2 Demandes d'information

Les demandes d'information peuvent être de nature variée. Elles peuvent concerner les items suivants :

- procédures de notification;
- service de soutien à la notification;
- aspects éthiques et légaux;
- moyens de localisation d'un cas-index ou d'un partenaire;
- problématiques 3PN;
- autre.

3.2.3 Demandes de soutien aux intervenants d'une autre région

Ces demandes correspondent à un des objectifs du projet-pilote SER-VIH qui vise le partage des expériences de notification autant à Montréal que dans les autres centres urbains et en région : analyser les forces et faiblesses de chacun et, pour chaque région, identifier, parmi les modèles et outils développés, ce qui serait le plus pertinent. Ces demandes sont de types différents :

- demande d'information;
- demande de formation;
- demande de soutien à l'intervention.

3.2.4 Demandes de localisation d'un cas-index

Le médecin qui n'arrive plus à rejoindre un patient après lui avoir fait passer un test de dépistage de VIH (et dont le résultat du test est positif), peut faire une demande d'aide pour localiser ce patient. Ce type d'intervention relève normalement de la santé publique.

Dans ce cas, l'intervenant spécialisé en notification doit s'assurer que :

- le patient est au courant du fait qu'il a passé un test de dépistage pour le VIH;
- le médecin a entrepris toutes les démarches nécessaires pour tenter de rejoindre le cas-index.

L'intervention du service vise à localiser le patient afin de :

- l'informer du fait que son médecin cherche à le contacter;
- vérifier les motifs pour lesquels ce patient n'entre pas en contact avec son médecin (pas au courant, ne veut pas connaître le résultat du test...);
- l'encourager à communiquer avec son médecin traitant tout en respectant son choix;
- effectuer un suivi au médecin sur les résultats de notre démarche et le suivi attendu par lui.

3.2.5 Demandes d'aviser un cas-index des résultats au test de dépistage du VIH

En aucun temps, un intervenant spécialisé en notification doit aviser un cas-index du résultat de son test sans en avoir discuté avec les membres de son équipe de travail.

Normalement, la responsabilité de la communication des résultats au test de dépistage incombe au médecin traitant. Ce type de demande est plutôt exceptionnel et une intervention liée aux mandats de santé publique n'est envisagée que dans des circonstances particulières. Par exemple, une compagnie d'assurance qui a un résultat positif pour un client qui n'a pas de médecin traitant à qui communiquer l'information.

3.2.6 Demandes reliées à une problématique 3PN*

Les demandes reliées à une problématique d'intervention auprès de personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions nécessaires pour prévenir la transmission du VIH relèvent d'une politique d'intervention particulière et distincte de celle du soutien à la notification. Il s'agit de populations cibles différentes, ce qui a un impact sur l'orientation des interventions. Quoique nous ayons tous la responsabilité de nous protéger contre la transmission du VIH, nous devons respecter l'obligation légale et éthique de protéger les personnes qui ont des relations sexuelles ou des pratiques d'injection non sécuritaires avec des personnes séropositives quand celles-ci ne révèlent par leur statut.

Il peut s'agir :

- de personnes qui ignorent véritablement que leur comportement implique des risques pour d'autres personnes;
- de personnes qui ne peuvent pas modifier leur comportement parce qu'elles font l'objet de menaces physiques ou de coercition de la part de leur entourage;
- de personnes qui sont temporairement inaptes ou refusent temporairement de prendre des précautions parce qu'elles traversent une période de stress physique ou émotionnel;
- de personnes qui comprennent les dangers de transmission du VIH mais persistent à mettre leurs partenaires en situation de risque.

Un comité d'aide aux intervenants a été mis sur pied par l'intermédiaire de la santé publique afin de permettre une évaluation adéquate de ces situations, d'encourager et de faciliter la notification des partenaires et d'orienter les personnes concernées vers du counselling, du soutien et des services communautaires. L'intervenant spécialisé en notification qui reçoit la demande agit comme agent de liaison entre le demandeur et le comité. Il ne prend pas l'initiative d'agir seul dans ce type de demande. (Pour plus de détail, se référer à l'annexe 8.)

3.3 Les modalités d'introduction auprès des différents acteurs

Dans une démarche de notification aux partenaires, il s'avère important d'avoir des modalités bien établies sur les façons de s'introduire auprès des différents acteurs afin de faciliter la prise de contact avec les différents acteurs et de s'assurer qu'on donne les mêmes informations au départ.

3.3.1 *Auprès du demandeur*

3.3.1.1 *Modalité d'introduction*

La promotion du service de soutien à la notification aux partenaires se fait principalement auprès des médecins via le message inscrit sur le rapport de confirmation VIH+ du laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). De plus dans les cliniques à haut débit, des rencontres de promotion ont été faites.

* Personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions nécessaires pour prévenir la transmission du VIH et ne dévoilent pas leur séropositivité à leur(s) partenaires(s).

De façon générale, l'initiative de faire appel au service est prise par les intervenants directement impliqués avec les personnes infectées ou par les personnes infectées elles-mêmes. Au téléphone, l'intervenant spécialisé en notification, après s'être présenté, prend connaissance de la demande qui lui est faite, au besoin présente le service de notification aux partenaires et les différentes modalités de soutien à la notification offertes. Il recueille également les informations dont il a besoin pour faire l'intervention et fixe avec le demandeur les modalités de suivi. À de rares occasions, cette introduction peut être faite en face-à-face.

Pour plus de détails, se référer à l'annexe 1-IIA.

3.3.2 Auprès du cas-index

3.3.2.1 Modalité d'introduction au téléphone

L'introduction au téléphone a pour principal objectif d'obtenir un rendez-vous du cas-index.

L'entrevue auprès du cas-index se fait de préférence en face-à-face, mais peut aussi être faite au téléphone si le cas-index le préfère.

Le cas-index est avisé de notre implication mais il reste à créer un lien de confiance pour que la personne se sente rassurée. Le premier objectif est donc de créer un lien de confiance et le rassurer sur la confidentialité.

Pour plus de détails du texte d'introduction, se référer à l'annexe 1-IIB.

3.3.2.2 Modalité d'introduction d'une entrevue en face-à-face

Lors d'une rencontre en face-à-face avec le cas-index, il est important d'établir un lien de confiance avec celui-ci pour mener à bien l'intervention. On aborde la personne avec les préoccupations qu'elle a et on tente d'y répondre de façon appropriée.

On établit également les règles de conduite de l'entretien.

Pour plus de détails sur la démarche à suivre, se référer à l'annexe 1-IIB.

3.3.3 Auprès des partenaires

3.3.3.1 Modalité d'introduction au téléphone

Règle générale, les partenaires d'une personne infectée par le VIH sont avisés de leur exposition au VIH lors d'une rencontre en face-à-face. En de rare occasion, l'annonce peut être faite par téléphone. Le premier contact avec la personne à qui notifier se fait par téléphone et vise à prendre un rendez-vous avec la personne contactée. L'intervenant spécialisé en notification doit alors trouver une façon de s'introduire sans donner les informations complètes sur les motifs de son appel.

De préférence, il faut chercher à contacter le partenaire à un moment où l'intervenant spécialisé est disponible pour le rencontrer sur le champ si celui-ci tient à connaître la raison de son appel. De plus, il importe de chercher à rejoindre le partenaire au moment qui nous semble le plus propice pour le partenaire; cette information peut nous être fournie par le cas-index ou par le demandeur au moment de l'entrevue.

Pour plus de détails sur le texte d'introduction, se référer à l'annexe 1-IIC.

3.3.3.2 Modalité d'introduction en face-à-face

À l'arrivée au domicile, il importe de prendre le temps de s'identifier (présenter une carte d'identité) et de remercier la personne de nous recevoir.

Si nous sommes au domicile de la personne, respecter les règles de civisme et évaluer si nous sommes en sécurité.

Après avoir donné les explications que le partenaire demande et avoir discuté de la réaction de la personne face à cette nouvelle, l'intervenant spécialisé en notification cherche à compléter l'ensemble des éléments de la démarche de notification.

Pour plus de détails sur le texte d'introduction, se référer à l'annexe 1-IIC.

3.4 Les outils d'intervention SER-VIH, leur utilisation

Les outils d'intervention ont été développés afin de faciliter la préparation des interventions. Les différents outils sont présentés en annexe 1-I avec les explications sur leur modalité d'utilisation.

3.4.1 Questionnaire demandeur (infirmière, médecin, intervenant d'un organisme communautaire, ou autre intervenant du réseau de la santé)

Ce questionnaire est utilisé quand il y a une demande de service de notification aux partenaires. Il sert à collecter des informations portant sur le cas-index et ses partenaires. Pour plus de détails, se référer à l'annexe 1-IA.

3.4.2 Questionnaire cas-index

Ce questionnaire est utilisé pour la collecte d'information nécessaire à l'intervention de soutien à la notification aux partenaires. Pour plus de détails, se référer à l'annexe 1-IB.

3.4.3 Questionnaire partenaire

Cet outil de cueillette comprend deux sections :

1. une section est complétée avec le demandeur ou le cas-index pour recueillir les informations sur le partenaire;

2. une autre section est complétée avec le partenaire et sert à évaluer ses facteurs de risque ainsi que ses connaissances sur les moyens de protection, sur le VIH et ses modes de transmission.

Pour plus de détails, se référer à l'annexe1-IC.

3.4.4 Questionnaire enfant

Cet outil est utilisé lorsque des enfants sont nés dans la période probable d'infectiosité. L'intervenant spécialisé en notification recueille des informations pour vérifier si cet enfant a eu une évaluation médicale ou si le cas-index souhaiterait l'avoir. Dans ce cas, des références lui sont données pour que la personne puisse demander cette évaluation. Pour plus de détails, se référer à l'annexe1-F.

3.4.5 Questionnaire don d'organe

Cet outil est à compléter lorsqu'un don de sang, de sperme ou d'organe a été fait au cours de la période probable de l'infection.

Attention : La direction d'Héma-Québec doit être informée de l'identité de la personne VIH + qui a donné du sang, du sperme ou fait un don d'organe dans la période d'infectiosité. Le transfert de cette information doit être précédée d'une information et d'une autorisation explicite de la part de la personne séropositive pour le transfert de ses coordonnées. Les cliniques de fertilité et les hôpitaux devraient également avoir l'information.

Pour plus de détails, se référer à l'annexe1-IG.

3.4.6 Support à un intervenant pour la démarche de notification

Cet outil est utilisé dans différentes situations de demande d'aide, que ce soit pour des renseignements sur le service, les procédures de notification, la localisation d'un cas-index ou d'un partenaire, une demande d'intervention ou toute autre information. Pour plus de détails, se référer à l'annexe1-ID.

3.4.7 Cahier de bord (Outils de collecte de données qualitatives)

Le cahier de bord est un outil de collecte de données qualitatives qui révèlent les dimensions de l'intervention qui ne sont pas couvertes par les instruments de collecte de données sur ces thèmes. Pour plus de détails, se référer à l'annexe1-IE.

3.5 Conduite générale / délais et fréquence d'intervention

Cette partie nous donne des directives à suivre quant à la conduite générale du processus de notification.

3.5.1 Ouverture de dossier

Quand une demande entre, que ce soit une demande d'information ou une demande d'intervention pour une notification aux partenaires, un dossier est ouvert relativement à cette demande avec attribution d'un numéro de dossier. Le nom de la personne ne doit pas figurer sur le dossier.

3.5.2 Notes au dossier

Les notes au dossier comportent des principes suivants. Elles doivent être :

1. exactes (s'en tient aux faits);
2. confidentielles;
3. complètes;
4. pertinentes;
5. claires et concises.

Le point 2 est particulièrement capital dans les notes de suivi dans le cadre d'un programme de notification aux partenaires. Cependant, en ce qui concerne les informations nominales :

Pour le moment, les pratiques de santé publique veulent que les renseignements de cette nature soient nominales. Nous attendons que les avis légaux soient faits pour trouver une façon légale d'encore mieux protéger les informations nominales.

3.5.3 Fermeture de dossier

Quand une intervention est terminée, le dossier est classé, c'est-à-dire fermé. Dans les cas où l'intervention est toujours en cours mais qu'elle se trouve dans une impasse et que toutes les mesures nécessaires ont été entreprises, il serait important de discuter du cas en équipe avant de fermer le dossier.

Lors de la fermeture d'un dossier, la date et le motif de fermeture du dossier seront inscrits au dossier.

3.5.4 Modalités de communication avec les demandeurs, les cas-index et les partenaires

Cette section tente d'établir certaines règles pratiques afin de faciliter la prise de décision relative à une intervention et d'uniformiser les règles de pratique quotidienne. Les informations pratiques se trouvent en annexe 1-III.

3.5.4.1 Modalités de communication avec les demandeurs

On placera un premier appel au demandeur la journée même de la réception de la demande. Ce qui serait utile est de s'informer des journées de présence du demandeur de façon à pouvoir le contacter durant ces jours-là. Se référer à l'annexe 1-III pour ces modalités de communication.

3.5.4.2 Modalités de communication avec les cas-index

On placera un premier appel au cas-index dès qu'une demande a été reçue et après s'être assuré du consentement de celui-ci à participer à la démarche de notification ou à ce que l'intervenant spécialisé en notification le contacte. Se référer à l'annexe 1-III pour plus de détails.

3.5.4.3 Modalités de communication avec les partenaires

Les consignes à respecter lors d'une communication avec les partenaires sont :

1. Communiquer avec le partenaire à un moment où nous sommes disponibles pour le rencontrer sur le champ si celui-ci le désire et après s'être assuré que les plages horaire des services potentiellement nécessaires (psychologue, médecin, travailleur social...) au partenaire soient disponibles.

Ainsi, il convient d'éviter les interventions auprès du partenaire le vendredi compte tenu du fait que la fin de semaine les services potentiellement nécessaires sont ralentis ou absents.

2. Ne pas laisser de message téléphonique un jeudi soir (ou si on doit absolument en laisser un, il faut spécifier dans le message de nous rappeler le lundi suivant).

Les modalités de communication avec les partenaires ressemblent beaucoup à celles du cas-index. Se référer à l'annexe 1-III pour plus de détails.

3.5.4.4 Règles particulières pour les adolescents cas-index ou partenaire

Dans le cas où la personne cas-index ou partenaire est âgée de moins de 18 ans, certaines procédures spécifiques s'appliquent dans le but de protéger le plus possible encore la confidentialité. Se référer à l'annexe 1-III pour connaître ces mesures précises.

3.5.5 Messages téléphoniques

Lorsqu'on doit laisser un message téléphonique, plusieurs éléments sont à considérer afin d'évaluer si on peut laisser ou non un message. Se référer à l'annexe 1-III qui nous présente les critères pour laisser un message.

Un point important à se rappeler est la possibilité qu'une personne de la maison appelle au numéro laissé et identifie de cette manière le service, ou qu'il y ait présence d'un téléphone avec afficheur qui montre le numéro de téléphone ainsi que le service/l'organisme de l'intervenant spécialisé en notification.

Il faut en conséquence discuter, à l'intérieur de l'équipe du service de notification aux partenaires, des mesures à prendre afin de bloquer le numéro de téléphone (e.g. numéro confidentiel qui n'identifie pas le service/l'organisme ni le numéro de téléphone).

3.5.6 Lettres

Lorsqu'une situation exige une communication écrite, il faut garder, ici encore, le souci de préserver la confidentialité. Ainsi, il est préférable d'utiliser une enveloppe anonyme comportant une adresse de retour et un papier à en-tête officiel de l'organisme auquel le service de notification appartient.

Attention : Ne jamais mentionner les termes MTS ou VIH dans notre communication écrite.

La lettre est envoyée par courrier postal pour les cas réguliers.

Pour les exemples de lettre-type, se référer à l'annexe 1-IV.

3.5.7 Suivi des cas

Il est important d'assurer un suivi auprès des cas que nous conseillons.

Lorsque l'intervention le nécessite, l'intervenant spécialisé en notification discute de l'importance d'un suivi et détermine avec la personne concernée des modalités permettant de communiquer avec elle.

Le suivi doit se faire dans un délai raisonnable.

3.5.7.1 Partenaire

Après une notification faite à un partenaire, il est important de lui offrir un suivi. Ainsi, il convient de demander au partenaire que l'on a notifié la permission de le recontacter le lendemain ou quelques jours après la notification afin de s'assurer que ses besoins sont rencontrés.

En général, lorsque le partenaire a besoin d'un soutien après avoir été informé de son exposition possible au VIH, l'intervenant spécialisé en notification le supportera jusqu'à la prise en charge de celui-ci par un autre intervenant du réseau de la santé (soit, par exemple, en le référant de façon personnalisée à un service de dépistage si telle est la volonté du partenaire).

Le suivi auprès du partenaire peut aussi être effectué selon les besoins de celui-ci.

3.5.7.2 Cas-index

Il est important de noter qu'aucune information sera transmise au cas-index relativement au résultat d'une notification faite auprès de ces partenaires. Ainsi, lors d'un suivi fait auprès du cas-index, il faut s'assurer de ne transmettre aucune information concernant le partenaire ou les interventions menées.

3.5.7.3 Demandeur

Il est important d'établir avec le demandeur les ententes de suivi dès le départ. Le suivi fait auprès du demandeur se fera donc selon les ententes de suivi prises au début.

Il est important de mentionner au demandeur que nous avons comme principe de ne fournir, au cas-index, aucune information pouvant permettre à celui-ci de déduire les résultats de la démarche de notification faite auprès du partenaire.

3.5.7.4 Notification d'un partenaire qui serait dans la période fenêtre

Parfois, il arrive que nous ayons à faire des interventions auprès de partenaires qui ont de fortes chances d'être dans la période fenêtre selon les informations recueillies auprès du cas-index.

Lors de l'entrevue avec le partenaire, nous avons comme principe de faire référence aux seules informations données par le partenaire lors d'une intervention avec lui. Par conséquent, on ne peut lui mentionner ni quand, ni comment, ni où, ni par qui il a été exposé au VIH. Ainsi, il est important de mener les interventions auprès de ce partenaire de façon à évaluer son histoire sexuelle et/ou de partage de matériel d'injection de manière exhaustive de sorte que l'ensemble des facteurs de risque soient bien évidents pour lui-même. Il est aussi important d'élargir le temps couvert par la période d'entrevue pour éviter qu'une personne ou un événement spécifique soit pointé par le partenaire. L'intervenant spécialisé en notification peut donc décider d'agrandir la période couverte par l'entrevue afin d'éviter que les derniers partenaires soient identifiés.

Ce qui est essentiel dans ce genre de situation, c'est de bien adhérer à la règle selon laquelle on doit uniquement traiter des informations recueillies au cours de notre conversation avec le partenaire.

Dans ces cas, les recommandations générales quant au test de dépistage VIH chez un partenaire qui se trouve dans la période fenêtre seraient :

1. un test de dépistage VIH maintenant (comme dans n'importe quel autre cas);

2. conjointement avec le point 1, suggérer de répéter le test 3 mois après en lui spécifiant que du fait que nous ne savons pas exactement à quand remonte son exposition, il est préférable de répéter le test. (Voir le nota bene ci-après).

N.B. Porter une attention particulière aux personnes immunosupprimées. Parfois, le médecin peut vouloir considérer une période fenêtre plus longue pour ce type de clientèle.

3.5.7.5 Notification d'un partenaire susceptible d'être en primo-infection

Dans ce cas, on est en présence d'un partenaire qui se trouve dans la période fenêtre. L'approche privilégiée dans cette situation serait de recommander que le partenaire soit rapidement testé (s'il est d'accord bien entendu) et de lui demander si on peut contacter le médecin de son choix afin de le référer personnellement. Donc, si on a accès au médecin, on explique la situation au médecin en lui demandant de ne pas donner ces informations au partenaire (i.e. primo infection).

3.5.7.6 Notification d'un partenaire exposé à un cas-index connu résistant aux traitements

Dans le cas d'une référence d'un partenaire dont le cas-index a développé une résistance documentée au traitement, il est important :

- d'informer le médecin traitant du partenaire (demander au préalable la permission au partenaire de contacter son médecin) que le cas-index a une résistance;
- de proposer au médecin traitant du partenaire de nous rappeler pour l'informer du nom du médecin qui traite le cas-index (obtenir au préalable la permission du cas-index) dans le cas où le test de dépistage du partenaire est positif.

3.5.8 Modalités de référence aux ressources du réseau de la santé et services sociaux ainsi qu'aux réseaux communautaires

Avant d'entreprendre une intervention auprès d'un partenaire, on doit :

1. évaluer les besoins potentiels du partenaire à rejoindre qui seront créés suite à notre intervention;
2. s'assurer des ressources disponibles dans le cas où des besoins spécifiques du partenaire seront créés suite à la notification;
3. faire les démarches préalables pour identifier les modalités de référence en situation d'urgence;
4. faire une référence personnalisée.

Lorsqu'on fait une référence au réseau de la santé et services sociaux ou au réseau communautaire, il faut la faire de façon personnalisée.

Ainsi, on peut faire la référence directement à la personne appropriée par un contact téléphonique personnalisé.

3.5.9 Sécurité des intervenants spécialisés en notification aux partenaires

La sécurité des intervenants spécialisés en notification aux partenaires est primordiale dans le cadre d'une activité où ces intervenants ont à se déplacer afin de rencontrer le partenaire ou le cas-index.

L'intervenant spécialisé en notification doit toujours faire une évaluation du degré de la dangerosité d'intervention qu'il a à faire. L'obligation d'assurer sa sécurité prime sur l'intervention elle-même.

Les principes suivants s'appliquent lors d'une rencontre avec le partenaire/cas-index :

1. toujours informer un(e) collègue de travail du lieu et de l'heure prévus pour la rencontre avant toute intervention et le(la) recontacter une fois l'intervention terminée;
2. privilégier les rencontres de jour;
3. prendre des mesures particulières lors des rencontres de soir (ex. : se munir d'un téléphone cellulaire, ...);
4. ne pas entreprendre d'intervention la nuit;
5. si la personne auprès de qui on va intervenir est de sexe différent de l'intervenant, proposer à cette personne une rencontre dans un lieu public plutôt que privé;
6. évaluer la pertinence d'être accompagné d'un autre intervenant dans certains cas.

3.5.10 Limites d'intervention

Nous rappelons que l'objectif général du soutien à la notification vise la diminution de la transmission secondaire, cependant une série de principes éthiques et légaux régissent les limites à l'intérieur desquelles les interventions peuvent être menées (voir section 1.3). Comme nous l'avons souligné plus tôt, l'impact de ces limites sur le niveau d'atteinte des objectifs poursuivis représente une conséquence acceptée du respect des principes que nous adoptons.

Lors des communications auprès du cas-index, l'intervenant spécialisé en notification doit s'assurer du caractère volontaire de la démarche du cas-index et respecter le refus des partenaires devant l'offre d'information qui leur est faite. Les limites des interventions sont déterminées par le cas-index ou le partenaire avec le soutien de l'intervenant spécialisé. L'intervenant spécialisé en notification a le devoir d'expliquer la nature et les impacts possibles de chacune des interventions, de préciser qu'il s'agit d'une participation volontaire et d'obtenir à chaque étape le consentement du cas-index ou du partenaire.

Dans certaines situations, lorsque l'intervenant spécialisé en notification n'obtient pas de retour d'appel ou n'arrive pas à joindre un cas-index ou un partenaire, il n'est pas possible pour lui de savoir si ce non retour est la manifestation d'un refus, le résultat d'hésitation, d'empêchements temporaires, ou d'un échec au niveau de l'acheminement des messages.

Dans la mesure du possible, l'intervenant spécialisé doit tenter d'éclaircir la situation et de soutenir la personne dans sa décision.

Ces situations peuvent être en partie évitées lorsque l'intervenant spécialisé a déjà eu l'occasion de parler au cas-index ou au partenaire et d'obtenir son autorisation de le rappeler. Le cas-index ou partenaire peut mettre fin à cette entente n'importe quand.

Les situations dans lesquelles l'intervenant spécialisé tente de rejoindre une personne avec qui il n'a pas eu encore l'occasion de parler sont plus difficiles. L'intervenant doit prendre des décisions à partir du mandat des rôles et responsabilités de la santé publique et des modalités établies à l'intérieur de l'équipe (plan d'intervention). Les modalités établies (cf. annexe 1-III) sont alors appliquées à moins qu'il n'y ait une situation particulière soumise en discussion d'équipe.

Une description de certaines situations particulières est présentée au point 3.5.11.

3.5.11 Gestion des dilemmes

Comme il a été souligné tout au long de ce document, les interventions menées dans le cadre du soutien à la notification sont régies à la fois par la poursuite des objectifs et par des principes éthiques et légaux. Les limites d'intervention ne sont pas toujours évidentes et les définir pose quelquefois des dilemmes. Ces dilemmes peuvent être considérés comme des conséquences admises de l'application des principes éthiques qui rendent l'intervention de soutien à la notification acceptable. Certains de ces dilemmes peuvent être résolus ou évités.

Comme nous l'avons souligné au point 3.5.10, les limites de l'intervention sont déterminées par le cas-index ou le partenaire avec le soutien de l'intervenant. Cependant, il existe des situations particulières où il n'a pas été possible d'établir clairement ces limites. Nous proposons certaines avenues de solutions et de réflexions.

3.5.11.1 Recours aux discussions d'équipe

Le recours aux discussions d'équipe représente souvent une bonne façon de résoudre les situations problématiques. Il s'agit de faire appel aux autres membres de l'équipe, de discuter de la meilleure solution au problème. Il peut aussi s'agir, lorsque nécessaire, de partager avec eux l'analyse d'une situation délicate et la responsabilité du plan d'intervention qui en découle.

3.5.11.2 Patients difficiles à rejoindre

Il peut arriver que malgré les modalités de communication établies au point 3.5.4, l'intervenant spécialisé n'arrive pas à rejoindre un cas-index ou un partenaire. Il doit alors examiner la situation afin de déterminer s'il ferme le dossier ou s'il poursuit l'intervention à l'aide de mesures particulières. Il peut s'avérer nécessaire et approprié d'adopter ces mesures. Il est alors nécessaire de discuter en équipe des stratégies d'investigation, de localisation et de communication. Voici quelques exemples des pistes de recherche vers un plan d'intervention :

- vérifier si la personne refuse de répondre aux appels ou s'il y a d'autres obstacles à la communication;

- vérifier si on est arrivé à localiser la personne (est-ce que cette personne est déménagée, est-elle partie en voyage);
- si le demandeur est un intervenant de la santé, voir avec lui s'il a des informations supplémentaires permettant de rejoindre cette personne;
- envisager la possibilité d'une visite à l'entour du domicile afin de vérifier si la personne réside toujours à cet endroit;
- vérifier avec le concierge ou les voisins au besoin;
- voir avec les annuaires spécialisés si le numéro de téléphone et l'adresse correspondent au nom de la personne;
- vérifier si la personne a pris connaissance des messages ou du courrier qui lui a été adressé.

L'envoi de courrier recommandé permet de savoir si la personne a bien reçu la lettre.

3.5.11.3 Refus de notifier certains partenaires

Il arrive qu'un cas-index demande ou accepte du soutien afin d'informer un ou plusieurs partenaires mais qu'il refuse d'informer certains autres.

L'intervenant spécialisé :

- explique les motifs qui rendent la notification souhaitable;
- examine avec le cas-index ses réticences et les risques potentiels liés à la notification de ces partenaires;
- offre au cas-index de contacter le service de nouveau s'il change sa décision;
- se montre respectueux de la décision qui sera adoptée tout au long de l'intervention.

3.5.11.4 Protection des partenaires devant certaines motivations d'un cas-index à notifier

Il peut arriver que les motivations d'un cas-index à informer un partenaire de son exposition possible au VIH ne correspondent pas aux objectifs poursuivis par le service de soutien à la notification qui se résument à la volonté de transmettre une information importante et potentiellement utile pour la santé des partenaires concernés. Il peut arriver qu'un cas-index ait les motivations suivantes : désir d'entrer en contact avec un partenaire qui souhaite rompre les contacts, harcèlement, volonté de savoir si ce partenaire est à l'origine de la transmission de l'infection ou volonté de nuire.

L'intervenant spécialisé doit :

- discuter des motivations du cas-index;
- expliquer qu'aucun suivi ou information ne lui sera transmis au sujet des communications effectuées ou non auprès de son partenaire;
- vérifier la séropositivité du cas-index;
- s'assurer de ne transmettre aucune information concernant le partenaire ou les interventions menées au cas-index.

3.5.11.5 Situations où les besoins des cas-index ou de leurs partenaires dépassent les mandats reliés au soutien à la notification

Les personnes qui vivent avec l'infection au VIH doivent faire face à plusieurs difficultés. Souvent, elles ont peu de possibilités de parler de ces difficultés ou de leurs craintes. L'intervenant spécialisé en notification peut devenir un interlocuteur privilégié. Il n'est pas facile de déterminer les limites du soutien offert. Malgré les références à d'autres services, il est possible que les personnes auprès de qui l'intervention a été menée n'aient pas envie de faire appel à quelqu'un de nouveau. Ceci peut devenir exigeant et accaparant.

Quelques solutions suggérées :

- établir rapidement son rôle et les ressources qui serviront plus tard;
- effectuer des références personnalisées;
- tenter d'espacer graduellement les appels et informer la personne que l'intervention est terminée, mais qu'elle peut faire appel à l'intervenant spécialisé si elle en a besoin.

3.5.11.6 Identification d'une situation 3PN lors d'une intervention de soutien à la notification*

Une demande de soutien à la notification ainsi que l'information recueillie lors de cette demande ne peut servir à des interventions de type 3PN. Le demandeur ou un autre intervenant de la santé peut cependant effectuer une nouvelle demande qui sera à l'origine de l'ouverture d'un nouveau dossier, cette demande sera alors traitée selon les modalités propres à ce type de demandes.

3.5.11.7 Besoin de soutien des intervenants

L'intervention auprès de personnes vivant avec le VIH/sida peut avoir un impact sur le bien-être des intervenants s'ils n'ont pas accès à un soutien adéquat. Ceci a été abordé dans de nombreux articles. Le sida, comme objet de construction sociale, comporte une charge émotive importante. Il nous confronte à ce qu'il y a de plus profond en nous. Sa nature pandémique lui confère un caractère qui ouvre un espace à la peur du « qui sera le prochain » et du « moi peut-être »⁶. L'intervenant est confronté à toutes sortes de situations où il est nécessaire de négocier les implications de l'infection au VIH, les objectifs visant à diminuer la transmission et le respect des principes éthiques. C'est une démarche qui demande des ajustements constants et qui est susceptible de comporter des dilemmes non seulement au niveau de la gestion des interventions mais aussi des convictions, des désirs et des motivations propres à chaque intervenant. Les interventions de soutien qui comme celle-ci ont un cadre relativement mouvant comporte un niveau de stress potentiellement plus élevé. Il est donc important de prévoir des moyens de soutenir ces intervenants dans le développement de stratégies saines de protection.

* Personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions nécessaires pour prévenir la transmission du VIH et ne dévoilent pas leur séropositivité à leur(s) partenaire(s).

3.5.12 Les enjeux légaux et éthiques du rôle de consultant en santé publique

Lorsqu'un intervenant de première ligne fait appel aux services de la santé publique sur les problématiques de notification aux partenaires des personnes infectées par le VIH, l'intervenant qui donne un avis au demandeur doit s'assurer de bien expliquer les enjeux de la consultation avec information nominative.

Dans le cadre de la problématique 3PN : Il est important de garder les décisions relatives à l'intervention au niveau des établissements et des intervenants de première ligne, il faut donc que l'information transmise permette une étude de cas. Il ne s'agit pas d'un transfert de responsabilité d'intervention vers la santé publique. Cependant, lorsqu'il est nécessaire d'effectuer un transfert de leadership de la première ligne vers la santé publique, l'intervenant doit transmettre les informations nominales.

IV Droit et éthique

Il serait important de mentionner les deux principes qui suivent avant d'aborder la question des lois, droits et devoirs. Ces deux principes s'ajoutent à ceux déjà décrits au point 1.3 « Principes concernant la notification aux partenaires » :

- la reconnaissance du droit des partenaires des personnes infectées à être informés de leur exposition;
- la reconnaissance de la responsabilité de la santé publique dans le contrôle des maladies infectieuses.

4.1 Le contexte légal

À noter : les droits et devoirs décrits dans l'extrait ci-dessous s'appliquent aussi pour le VIH à l'exception de l'obligation pour le cas-index d'être traité. En effet, il n'y a aucune obligation d'être traité pour une personne infectée par le VIH.

Le texte suivant est extrait de « *Projet pilote NoPa : Évaluation d'un service de soutien à la notification aux partenaires de personnes atteintes d'une maladie transmissibles sexuellement (MTS) autre que l'infection à VIH* », Gilles Lambert et coll.⁷ :

« Plusieurs lois et règlements protègent la confidentialité des données nominales (et l'intégrité de la personne) tout en comportant souvent des dispositions qui autorisent et même prescrivent la divulgation d'information dans des circonstances particulières :

- Charte canadienne des droits et libertés (L.R.C. app. II, no 44);
- Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., C. C-12);
- Code civil du Québec, (L.Q. 1991 c.64) ;
- Loi sur les Services de santé et les Services sociaux (L.R.Q., c S-4.2);
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c A-2.1);
- Code des professions (L.R.Q., c C-26);
- Code de déontologie du médecin (L.R.Q., c. M-9, r.4).

D'autre part, on doit aussi se référer à la loi sur la Protection de la santé publique (L.R.Q. c. p-35, 1977) et à son règlement (décret 1557-97, 07.10.87 - 119 G.O. 11 6073) pour déterminer le contexte légal s'appliquant aux activités de NP*.

Au Québec, les devoirs et obligations spécifiques selon le type d'acteur impliqué dans la notification seraient les suivants :

Cas-index

- Obligation d'être traité : une personne atteinte d'une maladie vénérienne doit se soumettre à un traitement;
- Obligation d'identifier ses partenaires : aucune loi n'oblige une personne atteinte d'une

* NP : Notification aux partenaires

MTS à identifier ses partenaires;

- Devoir d'informer les partenaires antérieurs : il n'existe pas de loi obligeant une personne atteinte d'une MTS à informer ses partenaires antérieurs de leur exposition;
- Obligation de se conduire de façon à ne pas exposer autrui à la maladie : des recours sont possibles pour la personne qui a subi des dommages; ils s'exercent donc après le fait et non en phase préventive.

Partenaire

- Obligation d'être évalué : les partenaires sont libres de se soumettre ou non à une évaluation médicale;
- Obligation d'être traité : en l'absence d'une évaluation et d'un diagnostic précis, la seule exposition à une personne atteinte d'une MTS et la présomption d'infection qui en découle ne peuvent justifier une obligation de traitement.

Médecin traitant

- Obligation de déclarer la maladie : tout médecin doit déclarer au ministre ou au chef du département de santé communautaire du territoire les cas de maladie à déclaration obligatoire ou de maladie vénérienne dont il a connaissance;
- Obligation de déclarer une personne qui refuse le traitement : tout médecin doit déclarer le nom et l'adresse de toute personne qui refuse, néglige ou cesse de suivre le traitement requis pour une maladie vénérienne;
- Pouvoir et devoir d'informer les partenaires : dans certaines circonstances, le médecin traitant peut transgresser les dispositions générales concernant la confidentialité afin notamment d'informer des partenaires exposés. Par ailleurs, un devoir d'informer («duty to warn») incombe également au médecin traitant lorsque la vie d'une personne est en péril; en n'assumant pas ce devoir, le médecin traitant serait coupable de négligence criminelle.

Les conditions d'exercice de ce pouvoir et de ce devoir d'informer un partenaire sont balisées notamment dans des positions telles que celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 1989), de l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP 1989), de l'Association Médicale Canadienne (AMC 1989 et 1996) ou du comité consultatif national sur le sida (CCNS 1987); il s'agit de recommandations au sujet de la pratique médicale ou encore de positions éthiques mais non de dispositions légales.

Compte tenu de la morbidité et de la mortalité associées, ces aspects s'appliquent davantage à l'infection au VIH plutôt qu'aux MTS bactériennes courantes. (...)

Intervenant de santé publique

- Responsabilité de faire appliquer une obligation de traitement : le directeur de santé publique peut faire émettre une ordonnance de cour à l'encontre d'une personne qui refuse, néglige ou cesse prématurément le traitement d'une maladie à traitement obligatoire;
- Devoir d'agir pour contrôler une épidémie : le directeur de santé publique « doit prendre les mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion ou l'épidémie et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire ou un problème de nature infectieuse ou toxique, lui a été signalé » (article 38 du Règlement d'application

de la Loi sur la Protection de la santé publique);

Les directions de la santé publique constitueraient ainsi la seule instance à laquelle serait dévolu un devoir légal d'agir en notification. Certains croient que le concept de "mesures nécessaires" engloberait en effet la notification active des partenaires dans le cas de certaines MTS. Cependant, aucune jurisprudence ne confirme ou n'infirme actuellement une telle interprétation. La nature des mesures nécessaires et la sélection des problèmes de santé auxquels on doit les appliquer relèvent peut-être de la seule pratique et d'un consensus parmi les intervenants de santé publique et dans la société. (...) »⁷

4.2 Le code d'éthique

L'Association médicale canadienne a émis, en 1989, des lignes directrices en ce qui concerne le syndrome d'immunodéficience acquise. On y retrouve, entre autre, le point suivant « La confidentialité des rapports relatifs au patient et aux personnes avec lesquelles il a eu le contact :

L'AMC encourage le médecin traitant à retracer, dans la mesure du possible, toutes les personnes avec lesquelles son patient atteint a eu des contacts, et de les conseiller de façon confidentielle. Ces activités devraient être menées avec la collaboration et la participation du patient lui-même, pour faire en sorte qu'elles soient le mieux adaptées à la situation et efficaces, et qu'elles permettent ainsi de rejoindre le plus grand nombre de personnes qui sont exposées. L'AMC presse les organismes publics chargés des soins de santé de reconnaître et d'autoriser de telles activités, en modifiant au besoin certaines lois ou règlements.

S'il ne s'avérerait pas possible ou pratique de retracer les personnes avec lesquelles le patient atteint a eu des contacts, l'AMC recommande au médecin traitant de voir à ce que cette tâche soit confiée aux organismes publics chargés des soins de santé. Dans une telle éventualité, on veillera à conserver au maximum la confidentialité des renseignements et d'en faire un usage judicieux.

L'AMC rappelle aux médecins qu'il n'est pas nécessairement contraire à la déontologie médicale de révéler l'état de leur patient atteint à son conjoint ou à son partenaire sexuel lorsque le patient refuse de le faire lui-même. Une telle révélation serait acceptable du point de vue déontologique si toutes les conditions suivantes sont réunies : il y a lieu de croire que le conjoint ou le partenaire sexuel du patient atteint n'a pas de raison de croire qu'il est exposé à une infection par le VIH; le patient atteint a refusé d'informer son conjoint ou son partenaire sexuel de son état; le patient atteint a refusé l'offre du médecin de la faire en son nom; et le médecin a informé son patient de son intention de le faire. »⁸

Bibliographie

¹ Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de la santé publique, *Stratégie québécoise de lutte contre le sida - Phase 4 - Orientations 1997-2002*. 1997, p. 22.

² Association médicale canadienne, *Lignes directrices pour le counselling, sérodiagnostic du VIH*. 1995, p. 9.

³ Adrien A, Turcotte N, Champagne M et coll. *Projet pilote d'un service d'identification, de counselling et d'éducation des partenaires d'une personne infectée par le VIH (SER-VIH)*. (Document interne). Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Unité de Maladies infectieuses. Avril 1997.

⁴ Association canadienne de santé publique. *Notification aux partenaires dans les cas de VIH/sida. Cahier de travail*. Juin 1998, p. 4-6.

⁵ Lambert G, Massé R, Rémis R. « La notification aux partenaires (MTS) : un projet de démonstration dans les régions de Montréal-Centre et de Laval ». *Transmission, Bulletin d'information en Maladies Infectieuses*. Vol. 1, no 1, septembre 1993.

⁶ Felthman R, Savard S. « Réflexions sur le contre-transfert des intervenants et des bénévoles oeuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH ou le sida ». *Revue québécoise de psychologie*. Vol. 17, no 3; 1996, p. 133-153.

⁷ Lambert G, Matteau S, Ndejuru R, Remis R, Turcotte N, Desrocher D. *NoPa : Évaluation d'un service de soutien à la notification aux partenaires des personnes atteintes d'une maladie transmissible sexuellement (MTS) autre que l'infection à VIH*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et de Laval. Juin 1998, p.5-7.

⁸ « Le syndrome d'immunodéficience acquise : Une position de l'AMC ». *CMAJ*. Vol 140, January 1, 1989, p. 64C.

Annexe 1

Les instruments d'intervention :

- I Outils d'intervention
- II Textes et modalités d'introduction auprès des différents acteurs
- III Règles générales applicables aux modalités de communication
avec les différents acteurs
- IV Lettres-type

Note : Les politiques et procédures d'intervention de SER-VIH sont adaptés des outils développés dans le projet NoPa-MTS « Politiques et procédures de la démarche de notification aux partenaires d'une personne atteinte d'une MTS autre que l'infection à VIH ». Document interne. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Unité de Maladies infectieuses.

I LES OUTILS D'INTERVENTION ET LEUR UTILISATION

A) Questionnaire demandeur* (infirmière, médecin, intervenant d'un organisme communautaire, ou autre intervenant du réseau de la santé)

Provenance de la demande :

1. Le médecin ou l'intervenant de santé

Les éléments du formulaire de prise de demande doivent être remplis. Idéalement, l'intervenant spécialisé souhaite avoir accès au cas-index. Cependant, la démarche de notification peut être entreprise sans que l'identité du cas-index soit connue.

Lorsque l'intervenant spécialisé en notification peut avoir accès au cas-index, il demande au médecin de fournir :

- les coordonnées lui permettant d'entrer en contact avec ce dernier;
- les informations sur les modalités et les précautions à prendre lors de la prise de contact avec ce dernier.

2. L'intervenant d'un organisme communautaire

L'intervenant d'un organisme communautaire qui fait une demande au service de notification pour une personne atteinte de VIH doit :

- **avoir une preuve suffisante de la séropositivité du cas-index.**

S'il n'a pas de preuve de séropositivité ou si la preuve est insuffisante :

- **l'intervenant spécialisé en notification doit soumettre le cas à l'équipe de soutien à la notification pour discussion.**

3. Le cas-index

Lorsque la demande de notification est faite par un cas-index, l'intervenant spécialisé avisera le médecin traitant de celui-ci du fait qu'il entreprend une démarche de notification aux partenaires avec un de ses patients à la demande de ce dernier.

L'intervenant demandera au médecin de confirmer le diagnostic de séropositivité de ce patient.

Si le médecin refuse de confirmer le diagnostic, l'intervenant recueillera les informations qui lui permettront d'évaluer la situation auprès du cas-index.

* Note :

Lorsque les informations ne permettent pas d'obtenir **une preuve suffisante de la séropositivité**, l'intervenant spécialisé présente une étude de cas à son équipe qui prendra une décision sur les suites à donner à la demande.

Toutes les questions sont importantes et idéalement l'intervenant essaie de toutes les poser. Si les circonstances ne le permettent pas, il faudrait fixer au demandeur un rendez-vous téléphonique pour les compléter. **Les questions de confirmation de séropositivité sont essentielles.** D'autres sont importantes car elles nous permettent de déterminer la période de recherche de partenaires et les partenaires à prioriser.

SER-VIH: _____

2.1 Identification du cas-index

Nom, Prénom : _____

Date de naissance (a/m/j) : ____ / ____ / ____

Sexe : 1. M 2. F 98. N/S

Adresse : _____
n° rue appt. Municipalité - Code Postal

Téléphone : Rés. : (____) ____ - ____ Trav. : (____) ____ - ____

Modalités pour rejoindre ce/cette patient(e) (endroit, heure, personne ressource, précautions particulières...) (memo) :

Langue de communication: _____

SER-VIH: _____

2.2 Entrée/ProvenanceÂge du cas-index : _____ Sexe du cas-index : _____ 3^{ème} lettre code postal : _____

2.2.1 Date demande reçue (a/m/j) : _____

2.2.2 Nom\Prénom demandeur : _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Modalités pour rejoindre: _____

2.2.3 Statut du demandeur : _____

☐ **Médecin:** 1. généraliste ou 2. spécialiste

⇒ Si spécialité, laquelle ? _____

Quel est le contexte de pratique pour ce cas : _____

☐ **Non médecin :**

Quel organisme ? _____

Quelle fonction? _____

2.2.4 De quelle façon ont-ils eu l'information sur notre service ? _____

2.2.5 Niveau intervention demandé

☐ intervention avec cas-index☐ intervention auprès partenaires antérieurs☐ intervention auprès d'un nouveau partenaire d'un cas-index
déjà connu séropositif.

SER-VIH: _____

2.2.6 Présentation du service

Le SER-VIH est un service de support à la notification des partenaires des patients VIH positifs. C'est un service, ce qui veut dire que nous devons avoir une demande de votre part pour intervenir. Il est volontaire et votre patient doit avoir été mis au courant de notre intervention et avoir donné son accord. Il est confidentiel: on ne donne jamais aucune information aux partenaires permettant d'identifier votre patient. Nous pouvons intervenir à différents niveaux, selon votre préférence et celle de votre patient. Avez-vous des questions ? Je vais maintenant recueillir les informations dont nous avons besoin pour préparer notre intervention.

2.3 Test

2.3.1 Le patient a-t-il eu une sérologie pour le VIH ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, date des prélèvements

 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____

Quelle est la raison de la demande?

Quels sont les facteurs de risques?

2.3.2 Le patient a-t-il eu une sérologie négative dans le passé?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, date des prélèvements

 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____

2.3.3 Le patient a-t-il reçu un counselling pré-test?

☐ oui - ☐ non

2.3.4 Le patient est-il averti du résultat?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, demander les questions 2.3.4.1 à 2.3.4.3

⇒ Si non, passer à la question 2.3.4.4

2.3.4.1 Quand a-t-il été averti?

2.3.4.2 Quelle a été sa réaction à l'annonce du résultat? _____

SER-VIH: _____

2.3.4.3 Y a-t-il eu un counselling post-test:

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui: nombre de rencontres: _____

⇒ Si le patient n'est pas averti du résultat

2.3.4.4 Pourquoi le patient n'est-il pas averti du résultat?

Le patient est introuvable ☐Le patient ne répond pas aux tentatives pour le rejoindre ☐

⇒ Offre pour localisation

Le patient est localisable mais le médecin refuse de l'avertir ☐

⇒ Dans ce cas, encourager le médecin traitant à l'avertir lui-même

⇒ L'intervenante doit s'assurer que les résultats de la sérologie sont bien interprétés

Résultats:

Dates:

2.3.5 Résultat 1^{ère} sérologie :Date (a/m/j) **Elisa no 1** :Date (a/m/j) **Elisa no 2** :Date (a/m/j) **WB** :Date (a/m/j) **P24** :Date (a/m/j) **RIPA** :

Cas confirmés de séropositivité selon le labo ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si non, donner les explications nécessaires au médecin

2.3.6 Le patient a-t-il eu une seconde sérologie ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, quels sont les résultats:

Résultat 2^e sérologie :Date (a/m/j) **Elisa no 1** :Date (a/m/j) **Elisa no 2** :Date (a/m/j) **WB** :Date (a/m/j) **P24** :Date (a/m/j) **RIPA** :

⇒ Si non faite, est-elle prévue ?

☐ oui - ☐ non

SER-VIH: _____

⇒ Si non, suggérer au MD de la prévoir

⇒ Si le demandeur est médecin, demander les renseignements suivants:

2.3.7 CD4: valeurs et date _____ / ____ / ____
 Charge virale (si disponible) _____ / ____ / ____

2.3.8 Demande originant d'un non médecin :

2.3.8.1 Avons-nous une preuve de séropositivité ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, type de preuve:

☐ Rapport de laboratoire: transmis ☐lu au téléphone ☐☐ Autre, laquelle: _____

⇒ Si non, obtenir coordonnées du médecin ou du cas-index

Nom et coordonnées du médecin traitant qui assure le suivi pour l'infection au VIH:

Nom et coordonnées du cas-index: _____

⇒ Si les informations sont fournies par un demandeur non-médecin, ou si les informations sont incomplètes
 joindre la section concernant les tests au formulaire du cas-index

⇒ Si impossible d'obtenir ces coordonnées, prévoir un suivi avec le demandeur.

2.3.9. Preuve de séropositivité obtenue?

☐ oui - ☐ non

2.3.9.1 Est-elle suffisante pour procéder ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si non, référer au comité SER-VIH pour évaluation

prévoir un suivi avec l'intervenant - date (a/m/j)

_____ / ____ / ____

⇒ Si oui, compléter le reste du questionnaire

SER-VIH: _____

2.4 Évaluation de la période à couvrir par notification

2.4.1 Raison première de la consultation : _____

2.4.2 Le patient était-il :

☐ asymptomatique☐ symptomatique

⇒ Si symptomatique, décrire les symptômes: _____

⇒ Si le patient répond aux critères pour le sida, la déclaration a-t-elle été faite ?

☐ oui - ☐ non

2.4.3 Stade de la maladie _____

2.4.3.1 Primo infection?

☐ oui - ☐ non

Quand ? _____

⇒ Si oui, informer le médecin de l'étude sur la primo-infection.

2.5 État des démarches avec le cas-index

2.5.1 Le cas-index a-t-il été averti de notre implication ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si non, le demandeur doit l'avertir avant de poursuivre la démarche de notification

2.5.2 Le cas-index est-il hésitant à faire une démarche de notification ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si hésitant, proposer au demandeur de tenter d'obtenir l'accord du cas-index pour que SER-VIH le contacte pour le motiver

⇒ Si le demandeur ne donne pas l'accord, lui proposer d'en rediscuter avec le patient et effectuer un suivi téléphonique.

SER-VIH: _____

2.5.3 Avez-vous aidé à la notification de certains des partenaires ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, comment? _____

⇒ Si oui, pour quel type de partenaires?

Partenaire actuel	☐
Partenaire antérieur	☐
Partenaire occasionnel	☐
Partenaire régulier	☐
Conjoint	☐
Autre: _____	☐

2.5.4 Y a-t-il un risque lié au processus de notification ?

☐ oui - ☐ non

2.5.4.1 Pour le cas-index ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, nature du risque et partenaire(s) impliqué(s):

Nature du risque	Partenaire impliqué

2.5.4.2 Pour ses partenaires ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, nature du risque et partenaire(s) impliqué(s):

Nature du risque	Partenaire impliqué

2.5.4.3 Pour l'intervenant ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, nature du risque et partenaire(s) impliqué(s):

Nature du risque	Partenaire impliqué

Les risques sont-ils suffisants pour cesser le processus de notification?

☐ oui - ☐ non

SER-VIH: _____

2.6 Évaluation du SER-VIH

Peut-on recommuniquer avec le demandeur pour l'évaluation de notre intervention ?

☐ oui - ☐ non

Dans quel délai?

Fixer une date:

_____/_____/_____

2.7 Suivi du processus de notification

2.7.1 Le demandeur veut-il un suivi de notre démarche ?

☐ oui - ☐ non

2.7.2 De quelle façon ?

2.8 Décision

Est-ce que cette demande est retenue pour la notification?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si non, amener la demande en discussion d'équipe

2.9 Temps utilisé

2.9.1 Temps total utilisé pour l'intervention avec le demandeur

B) Questionnaire cas-index

L'outil «Cas-index» comprend trois principales sections : la consultation médicale, l'évaluation générale des partenaires et le counselling. Dans la première partie, l'intervenant spécialisé en notification va compléter les informations au sujet des tests subis, des symptômes et autres manifestations cliniques. Il va aussi chercher à identifier tous les facteurs de risque associés à l'activité sexuelle et aux autres activités tels que le tatouage, le body piercing...

Lors de l'évaluation générale des partenaires, l'intervenant spécialisé veut avoir un tableau d'acquisition des partenaires sexuels et ceux de partage de matériel d'injection. Il évaluera également les activités à risque avec les différents partenaires.

Il est important de procéder de façon systématique pour permettre au cas-index de se rappeler le plus possible de partenaires. Ne pas hésiter à lui mentionner des circonstances ou des événements qui pourraient l'aider à se retrouver dans le temps.

Le counselling auprès du cas-index est également à privilégier car parfois l'intervenant spécialisé en notification est le premier à qui le cas-index parle de son état. L'intervenant veillera à avoir avec lui des références pour que le cas-index puisse recevoir un support tant médical, psychosocial que communautaire.

Il faudrait également demander si on peut recommuniquer avec lui ultérieurement en cas de besoin.

SER-VIH: _____

3.1 Identification du cas-index

Nom, Prénom : _____

Date de naissance (a/m/j) : ____ / ____ / ____

Sexe : 1. M 2. F 98. N/S

Adresse : _____
n° rue appt. municipalité code postal

Téléphone : Rés. : (____) ____ - ____ Trav. : (____) ____ - ____

Modalités pour rejoindre ce/cette patient(e) (endroit, heure, personne ressource, précautions particulières...) (memo) :

Langue de communication : _____

Si la demande provient de la famille ou de la personne elle-même, ajouter les questions suivantes :

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____
n° rue appt. Municipalité Code PostalEst-il au courant de la demande de notification ? ☐ oui - ☐ non

SER-VIH: _____

3.2 Consultation médicale

Âge du cas-index : _____ Sexe du cas-index : _____

3^{ème} lettre code postal : _____

3.2.1 Quelle était la raison pour laquelle vous aviez consulté un médecin ? _____

Y avait-il des symptômes ou des manifestations cliniques : _____

3.2.2 Quelle a été votre réaction à l'annonce du résultat ? _____

3.2.3 Antécédent(s) (s'il s'agit d'une femme) : _____

1- Êtes-vous enceinte ? ☐ oui - ☐ nonSi oui, prenez-vous de l'AZT ? ☐ oui - ☐ nonSi non, connaissez-vous les options de traitement pour la femme VIH séropositive enceinte ?

Expliquez à la patiente l'importance de la prise d'AZT.

2- Avez-vous des enfants ? ☐ oui - ☐ non

Si oui, combien ? _____

Quels âges ? _____

⇒ Compléter le formulaire "Enfants" pour ceux nés durant la période couverte par la notification.

⇒ Si le demandeur n'est pas médecin, ou si les informations qu'il a fournies sont incomplètes compléter les informations au sujet des tests avec l'aide du cas-index. Vérifier pages 3,4,5 et 6 du formulaire du demandeur.

3.2.4 Facteurs de risque autres que sexuels :

☐ - transfusion sanguine avant nov. 1985☐ - problèmes de coagulation sanguine☐ - UDI☐ - tatouage _____, body piercing _____, acupuncture _____, électrolyse _____☐ - voyage à l'étranger☐ - prostitution, H - H _____, H - F _____☐ - greffe d'organe ou transfusion☐ - autre : _____

SER-VIH: _____

3.2.5 Facteurs de risque associés à l'activité sexuelle :

Histoire sexuelle :

1. Date du début des relations sexuelles _____ / _____ / _____

2. Nombre de partenaires au cours des dernières 5 années : _____

3. Parmi les partenaires ceux qui (nombre) :

- UDI : _____

- Prostitution : _____

- Bisexuel : _____

4. Relations sexuelles en échange de drogue

☐ oui - ☐ non,

⇒ Si oui, quelles drogues _____

5. Relations sexuelles en échange d'argent

☐ oui - ☐ non,

⇒ si oui:

donné _____ , reçu _____

6. Relations sexuelles:

- sous l'effet de la drogue

☐ oui ☐ non,

- ou de l'alcool

☐ oui ☐ non,

- ou les deux

☐ oui ☐ non

7. MTS antérieures

☐ oui - ☐ non.

⇒ Si oui, précisez lesquelles: _____

SER-VIH: _____

3.3 Évaluation générale des partenaires

L'infection avec le VIH s'attrape lors des relations sexuelles ou en échangeant du matériel d'injection avec une personne contaminée. Quand on est infecté, on peut être de nombreuses années sans avoir de symptôme. C'est important de bien identifier les partenaires sexuels et ceux avec lesquels vous avez partagé du matériel d'injection ou de la drogue injectable pour qu'ils soient informés de leur exposition, voient un médecin, soient évalués et traités. Je comprends que c'est un sujet délicat et je vous rappelle que ces informations sont tout à fait confidentielles. Ça va ?

3.3.1 Avez-vous une idée depuis combien de temps vous êtes infecté(e) ? ☐ oui - ☐ non

Si oui, quand ? _____ / _____ / _____

Qu'est-ce qui vous fait croire que vous avez
été infecté(e) à ce moment ? _____

3.3.2 Avez-vous déjà eu des tests pour le VIH dans le passé ? ☐ oui - ☐ non

Si oui, quand et quels sont les résultats ? _____

⇒ L'infirmière de SP doit déterminer la période couverte par la notification et la justifier: _____

Date du début de la période couverte par la notification: _____ / _____ / _____

SER-VIH: _____

Date du début de la période couverte par la notification: ____/____/____

3.3.3

Partenaires sexuels

-Avec combien de personnes différentes avez-vous eu une relation sexuelle avec pénétration (dans la bouche, l'anus ou le vagin) entre la date déterminée et aujourd'hui ?

-Quand avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme ou une femme pour la dernière fois ? _____ -Comment s'appelle cette personne? -C'est un homme ou une femme ? -Environ quel âge a-t-elle ? -Quand avez-vous eu une relation sexuelle pour la 1^{ère} fois avec cette personne ? -Entre aujourd'hui et la date déterminée, environ combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles avec cette personne ?
- Avez-vous partagé du matériel d'injection avec elle ? Si oui, combien de fois avez-vous partagé du matériel d'injection?

· Mise à part _____ (prénom du ou des partenaires nommés), avec quelle autre personne avez-vous eu des relations sexuelles? Comment s'appelle cette personne..?

3.3.4

Partenaires de partage de matériel d'injection

Avec combien de personnes avez-vous partagé du matériel d'injection entre la date déterminée et aujourd'hui ?

· Mise à part _____ (prénom du ou des partenaires nommés), avec quelle autre personne avez-vous échangé du matériel d'injection? -Comment s'appelle cette personne ? C'est un homme ou une femme ? Environ quel âge a-t-elle ? Quand avez-vous eu échangé du matériel d'injection pour la 1^{ère} fois avec cette personne ? - Entre aujourd'hui et la date déterminée, environ combien de fois avez-vous échangé du matériel d'injection avec cette personne ?

Répéter cette étape autant de fois qu'il est nécessaire pour faire le tour de tous les partenaires.

Prénom	S e x e	A g e	Contacts sexuels				Partage de matériel d'injection				No. SER- VIH
			Nombre total: _____				Nombre total: _____				
			Cont. sexuel	# fois	Date début rel.	Date fin rel. sex.	Parta. serin.	# fois	Date début partage	Date fin de partage	

⇒ Pour chaque partenaire REMPLIR LE FORMULAIRE « 4. PARTENAIRE »

Synthèse partenaires

Médecin: . dénombrés _____ connus avisés _____ . connus testés _____

SER-VIH: . dénombrés _____ connus avisés _____ . connus testés _____

SER-VIH: _____

☐ oui - ☐ non

3.3.5 Avez-vous fait un don de sang, de sperme ou d'organe ?

⇒ Si oui, remplir formulaire don sang\organe\sperme

3.4 Counseling du cas-index

3.4.1 Avez-vous des questions à poser au sujet de l'infection par le VIH ?

☐ oui - ☐ non

Lesquelles ?

3.4.2 Besoin de références ?

☐ oui - ☐ non

Support communautaire\psychosocial ?

☐ oui - ☐ non

Si oui, références données ?

Suivi médical ?

☐ oui - ☐ non

Si oui, références données ?

_____**3.5 Évaluation du service**

3.5.1 Peut-on recommuniquer avec vous à une date ultérieure pour l'évaluation de notre projet ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, fixer une date:

_____/_____/_____

3.6 Évaluation de l'intervention

3.6.1 Date de référence du cas-index

_____/_____/_____

3.6.2 Le cas-index a-t-il été rejoint?

☐ oui - ☐ non

3.6.3 Le cas-index est interviewé ?

☐ oui - ☐ non

Date : (A/M/J)

_____/_____/_____

3.6.4 Le cas-index nous réfère-t-il des partenaires?

☐ oui - ☐ non

3.6.5 Combien ?

3.6.6 Temps total pour cas-index

C) Questionnaire partenaire

La section A est complétée lors de l'entrevue avec le cas-index et comprend les informations que nous donne le cas-index sur ce/cette partenaire. Ce questionnaire est complété autant de fois qu'il y a des partenaires. Pour chacun, l'intervenant spécialisé détermine avec le cas-index le lien avec ce partenaire, les dates d'exposition, les risques au niveau des relations sexuelles et de partage de matériel d'injection ainsi que la démarche de notification déjà entreprise.

Une évaluation du processus de notification est faite afin de ressortir tous les risques: perte d'anonymat, violence,... et déterminer ensuite la modalité de notification retenue pour ce partenaire.

Dans le cas où la notification est faite par le cas-index lui-même, l'intervenant spécialisé en notification veillera à lui offrir du support soit des conseils, une mise en situation et au besoin la présence d'un professionnel de la santé lors de la notification.

Dans le cas où la notification est faite par le service de notification, l'intervenant spécialisé en notification remplit la fiche d'identification du partenaire en y annotant toutes les informations lui permettant de localiser cette personne et les précautions à prendre lors de l'intervention.

La section B* est complétée lors de l'entrevue avec le partenaire et sert à évaluer tous les facteurs de risque de ce partenaire ainsi que ses connaissances, l'utilisation des moyens de protection et ses aptitudes à les utiliser, ceci afin de procéder à un counselling le plus approprié. D'autre part, on recommandera un test de dépistage ainsi que des conduites à suivre pour se protéger et protéger les autres.

L'intervenant spécialisé veillera à identifier les besoins du partenaire afin de lui donner des références utiles tant pour le test de dépistage, les références médicales, que pour les références psychosociales et communautaires.

* À la question 4.4.1 « Avez-vous déjà passé une sérologie pour le VIH ? », si la réponse est affirmative et que le partenaire a eu un dépistage VIH négatif antérieurement (après son contact avec le cas-index selon la date du dépistage fournie par le partenaire et la période d'exposition donnée par le cas-index): il est important de poursuivre l'intervention avec le partenaire indépendamment de cette information qu'il vient de nous donner et ceci dans le but de préserver la confidentialité des informations fournies par/sur le cas-index. Il est important de se rappeler un des principes qui guident notre intervention avec le partenaire: de faire référence aux seules informations données par le partenaire lors d'une intervention avec lui. Donc, on ne peut lui mentionner ni quand, ni comment, ni où, ni par qui, il a été exposé au VIH.

SECTION A

No SER-VIH: _____ - _____

#part. _____

4.1 Exposition et facteurs de risque

Date du début de la période couverte par la notification: ____/____/____

Nom, prénom	S.	A g e	Contacts sexuels			Partage de matériel d'injection		
			# fois	Date début rel.	Date fin rel. sex.	# fois	Date début partage	Date fin de partage

4.1.1 Risque au niveau des relations sexuelles

La possibilité de s'infecter dépend du nombre de relations sexuelles et du genre d'activités sexuelles qu'on a, entre aujourd'hui et _____ (la période déterminée).

Lors de vos rel. sex. avec ce
partenaire est-ce qu'il y a eu ?

À quelle fréquence avez-vous utilisé le condom
lors de ces activités (N/D : 9) ?

.pénétration pénis-vagin 0. non 1. oui 8. NSP

1. Jamais 2. À l'occasion 3. 1 fois sur 2 4. Plupart du temps 5. Toujours

.pénétration pénis-anus 0. non 1. oui 8. NSP

1. Jamais 2. À l'occasion 3. 1 fois sur 2 4. Plupart du temps 5. Toujours

.amour oral: bouche pénis/vulve 0. non 1. oui

1. Jamais 2. À l'occasion 3. 1 fois sur 2 4. Plupart du temps 5. Toujours

.pénétration et partage d'objets sexuels 0. non 1. oui

1. Jamais 2. À l'occasion 3. 1 fois sur 2 4. Plupart du temps 5. Toujours

4.1.2 Quel est le lien que vous avez ou que vous aviez
avec ce(cette) partenaire (durant la période déterminée)
Est-ce que c'était ?

époux-conjoint (vivez, avez vécu), chum-blond(e) régulier (actuel, ancien),
ami(e), amant-maitresse, aventure, cadeaux, argent, drogues
(reçus, donnés), viol, inceste...

Si aventure/occasionnel,
demander spécifiquement si prostitution

préciser le contexte de rencontre

La possibilité de s'infecter dépend aussi de certaines habitudes liées à l'injection de drogues, notamment du
partage de matériel d'injection.

Nombre maximum de personnes impliquées au cours d'un partage de matériel d'injection: _____

4.2 Résultat de la notification

4.2.1 Savez-vous si cette personne est déjà connue séropositive ?

☐ oui - ☐ non

Si oui, nom du médecin traitant: _____

4.2.2 Avez-vous déjà averti vous-mêmes ce partenaire ou le médecin l'a-t-il fait ?

☐ oui - ☐ non

Si oui, A-t-il besoin de plus d'information sur le VIH ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si non, stop notification

SECTION A

No SER-VIH: _____ - _____

#part.

⇒ Si oui, rencontrer partenaire pour compléter counselling.

4.2.3 Le processus de notification peut-il être dangereux pour le cas-index, pour ce partenaire ou pour l'intervenant ?

☐ oui - ☐ non

4.2.3.1 Pour le cas-index ?

☐ oui - ☐ non

Quel est ce risque ? _____

4.2.3.2 Pour le partenaire ?

☐ oui - ☐ non

Quel est ce risque ? _____

4.2.3.3 Pour l'intervenant ?

☐ oui - ☐ non

Quel est ce risque ? _____

4.2.4 Le risque est-il suffisant pour cesser le processus de la notification ?

☐ oui - ☐ non

4.2.5 Le processus de NoPa risque-t-il de causer une perte d'anonymat pour le cas index ?

☐ oui - ☐ non

En est-il conscient ?

☐ oui - ☐ non

Désire-t-il malgré tout poursuivre le processus de notification.

☐ oui - ☐ non

4.2.6 Ce partenaire est-il retenu pour la NoPa ?

☐ oui - ☐ non

Selon quel critère ? _____

4.2.7 Quelle modalité de notification a été retenue pour le partenaire ?

☐ 4.2.7.1 Notification par cas index

☐ seul et sans support.

☐ seul mais après conseils et mise en situation.

☐ en notre présence ou celle d'un intervenant de première ligne.

Peut-on prévoir un suivi de la notification ?

☐ oui - ☐ non

Selon quelle modalité et quand ? _____

☐ 4.2.7.2 Notification par SER-VIH

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, remplir la fiche d'identité

No SER-VIH: _____ - _____
#part. _____

4.3 Fiche d'identification partenaire

Introduction notification

Une personne qui a eu un contact avec une personne infectée par le VIH (le virus du SIDA), peut avoir été infectée elle aussi et l'ignorer parce qu'elle n'aura pas de signes de sa maladie pendant plusieurs années. Si elle sait qu'elle a été exposée, elle pourra consulter un médecin et recevoir des soins pour être dépistée et recevoir des médicaments pour retarder l'apparition du sida et éviter des complications. C'est donc important de s'assurer que tous les partenaires qui auraient pu être exposés soient informés et consultent un médecin.

Vous avez le choix, vous pouvez contacter vous-mêmes ce/cette partenaire ou je peux le faire. C'est important que cela soit fait. Si vous décidez de le/la contacter, je peux aider à vous préparer à lui parler et le/la convaincre de consulter un médecin. J'aimerais pouvoir vous rappeler après pour savoir comment ça a été. Si vous décidez de me demander de le/la contacter, vous pouvez être certain que jamais votre nom ne sera prononcé.

Demande de coordonnées

Je vais prendre le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de ce/cette partenaire. Encore une fois, je tiens à vous rappeler que ce que vous me dites restera confidentiel, je n'en parlerai à personne.

Alors ce partenaire s'appelle :

Nom, Prénom du partenaire _____

0. inconnu 1. connu _____

Où habite-t-il ?

Adresse :

0. inconnu 1. No./rue/ville 2. rue/ville 3. ville _____

N°

rue

appt

municipalité

code postal

À quel numéro de téléphone peut-il être rejoint

Téléphone : Rés. : (_____) _____

Autre tél. : (_____) _____

0. inconnu 1. connu _____

Descrip. _____

Situation particulière (prostitution, drogue intraveineuse, etc..) _____

Quelles précautions doit-on prendre lors de notre intervention ? _____

⇒ Si coordonnées inconnues incertaines:

Seriez-vous quand même en mesure de le/la rejoindre?

(ami commun, lieu de travail, lieu hbt. fréquenté)

0. non

1. oui

Lieu de travail/école... : _____

Caractéristiques au besoin : Statut marital : _____

Résidence : seul ☐ avec parents ☐ avec ami/époux ☐ avec cas-index ☐ itinérant ☐

Langue d'usage : Taille _____ Poids _____ Couleur des yeux _____ Des cheveux _____ De la peau : _____

Commentaires sur autres caractéristiques et modalités pour rejoindre le partenaire (lieu, heure, personne ressource, précautions particulières): _____

Partenaire jugé retraçable (retraçable par le CI) :

Accord du CI de transmettre coordonnées PA à notification:

☐ oui - ☐ non

☐ oui - ☐ non

SECTION B

No SER-VIH: _____ - _____
#part.**4.4 Intervention de notification**

⇒ Se présenter et expliquer au partenaire les raisons de la rencontre

4.4.1 Avez-vous déjà passé une sérologie pour le VIH ?

☐ oui - ☐ non

Quand ? (a\m\j) _____ / _____ / _____

Résultat :

☐ positif ☐ négatif

4.4.2 Avez-vous déjà pensé être à risque pour le VIH ?

☐ oui - ☐ non

4.4.3 Facteurs de risque

S e x e	Contacts sexuels					Partage seringues				
	Nombre de partenaires sexuels dans la dernière année: _____ Nombre de partenaires sexuels dans les 5 dernières années: _____									
	orogéni.	pénis- vagin	pénis- anus	Fréquence d'utilisation du condom					Nbre de fois	Nbre personnes
				1. Jamais	2. À l'occasion	3. 1 fois sur 2	4. Plupart du temps	5. Toujours		
				1. Jamais	2. À l'occasion	3. 1 fois sur 2	4. Plupart du temps	5. Toujours		
				1. Jamais	2. À l'occasion	3. 1 fois sur 2	4. Plupart du temps	5. Toujours		

4.4.4 Autres facteurs de risque:

☐ - transfusion sanguine avant nov. 1985☐ - problèmes de coagulation sanguine☐ - UDI☐ - tatouage _____, body piercing _____, acupuncture _____, électrolyse _____☐ - voyage à l'étranger☐ - prostitution, H - H _____, H - F _____☐ - greffe d'organe ou transfusion☐ - autre : _____

No SER-VIH: _____ - _____

#part.

4.4.5 ⇒ Procéder au counselling approprié:

.évaluation des connaissances

.évaluation de l'utilisation de moyens de protection, et des aptitudes nécessaires à leur utilisation

.recommandations pour le test de dépistage

.recommandations au sujet des conduites à suivre pour se protéger et protéger les autres

Décrire en quoi le counselling a consisté : _____

4.5 Identification des besoins du partenaire

4.5.1 Besoin de référence psychosociale
Laquelle ?

☐ oui - ☐ non

4.5.2 Besoin de référence médicale
Laquelle ?

☐ oui - ☐ non

4.5.3 Le partenaire a-t-il l'intention de passer une sérologie pour le VIH ?

☐ oui - ☐ non

4.5.4 Besoin de référence pour sérologie VIH
Laquelle ?

☐ oui - ☐ non

4.5.5 Quel matériel lui a été remis ? _____

4.6 Évaluation du service

4.6.1 Peut-on recommuniquer avec ce partenaire dans 3-6 mois pour l'évaluation de notre projet ?

☐ oui - ☐ non

⇒ Si oui, fixer une date :

_____/_____/_____

ENQUÊTE INTERVENTION- VIH
SECTION B

4. PARTENAIRE **P**

No SER-VIH: _____ - _____
#part.

4.7 Évaluation de l'intervention

4.7.1 Le partenaire est-il localisé ?

Date (a\m\j) :

☐ oui - ☐ non

_____/_____/_____

4.7.2 Le partenaire a-t-il été rencontré ?

Date (a\m\j) :

☐ oui - ☐ non

_____/_____/_____

4.7.3 Le partenaire a-t-il accepté de recevoir du counselling ?

☐ oui - ☐ non

4.7.4 Nombre de contacts d'intervention

Temps de localisation

Temps utilisé pour le suivi

Temps total utilisé pour le partenaire

D) Support à un intervenant pour une démarche de notification

Il est complété pour toute demande dont le demeurant :

- pratique sur le territoire de l'Île de Montréal et fait une demande d'information sur le service offert, sur la notification;
- fait une demande de support au service de soutien à la notification pour le conseiller à partir d'une histoire de cas pour laquelle il prépare une intervention de notification;
- travaille dans une région autre que Montréal-Centre.

Cet outil nous sert à colliger toute l'information décrivant l'aide fournie aux intervenants : les avis et conseils donnés, la conduite à tenir, les recommandations sur un plan d'action et les modalités de suivi au besoin.

SER-VIH: _____

Date de la demande : _____

6.1 Identification et coordonnées de l'intervenant(e)

Nom, Prénom: _____

Organisme : _____

Adresse : _____

n°	rue	appt.	Municipalité	Code Postal
----	-----	-------	--------------	-------------

Téléphone : Rés. : (____) ____ - ____ Trav. : (____) ____ - ____

Type d'intervenant(e): _____

Lien avec le cas-index: _____

6.2 Renseignements sur le cas-index

Sexe : _____ Âge : _____

À quelle communauté culturelle il s'identifie : _____

6.3 Type de la demande d'aide

- ☐ Renseignement sur procédures de notification
- ☐ Renseignement sur moyen de localisation
- ☐ Localisation d'un cas-index / d'un partenaire
- ☐ Renseignements sur le service
- ☐ Aspects éthiques & légaux
- ☐ Demande d'intervention
- ☐ Autre : _____

De quelle façon avez-vous eu l'information sur notre service? _____

6.4 Description de la demande

Vérifier si :

- 1) le partenaire connaît le statut VIH positif du cas-index
- 2) présence de consentement mutuel à la relation sexuelle
- 3) milieu médical est associé à cette demande

6.5 Contexte de la problématique

6.6 Description de l'aide fournie

6.7 Suivi de la démarche de l'intervenant(e)

Préciser l'entente du suivi qui a été établie

SER-VIH: _____

6.7 Suivi de la démarche de l'intervenant(e) (suite)

6.8 Temps utilisé pour l'intervention

Signature de l'intervenant(e): _____

E) Cahier de bord (Outils de collecte de données qualitatives)

Dans cet outil, on y retrouvera relatés des événements particuliers qui suscitent un dilemme pour l'intervenant spécialisé en notification aux partenaires tels que l'approche, l'acceptabilité et les particularités de l'intervention. Ce cahier contiendrait également les solutions trouvées face à des situations particulières.

I. GUIDE D'UTILISATION

LE JOURNAL DE BORD SERT À COLLIGER DES INFORMATIONS QUALITATIVES QUI RÉVÈLENT DES DIMENSIONS DE L'INTERVENTION QUI NE SONT PAS COUVERTES PAR LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES SUR CES THÈMES:

1. Les manières d'introduire l'intervenant et le service à des moments cruciaux. Ex: la prise de rendez-vous, la visite à domicile, etc... (l'acceptabilité de l'intervention, l'approche)
2. Les particularités de l'intervention (intervenant spécialisé de même culture ou non...)
3. Les difficultés et dilemmes rencontrés (description des questionnements et inconforts de l'intervenant face à certaines situations, les approches et solutions trouvées)

II. JOURNAL DE L'INTERVENANT SPÉCIALISÉ

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

F) Questionnaire enfant

G) Questionnaire don d'organe

5.1 Identification de l'enfant

Nom, Prénom : _____

Date de naissance (a/m/j) :

Sexe : 1. M 2. F 98. N/S LL

Adresse : _____

n° rue appt. Municipalité

____ - ____

Code Postal

Téléphone : Rés. : (_ _ _) [] [] [] - [] [] [] [] Trav. : (_ _ _) [] [] [] - [] [] [] []

Modalités pour rejoindre ce/cette patient(e) (endroit, heure, personne ressource, précautions particulières...) (memo) :

Langue de communication : _____

5.2 Âge de l'enfant :

5.3 A-t-il/elle déjà eu une évaluation médicale ?

☐ oui - ☐ non

5.4 Le cas-index est-il le tuteur légal de l'enfant ?

☐ oui - ☐ non

5.4.1 Si oui, le cas-index est-il d'accord pour un suivi médical
et/ou sérologie ?

☐ oui - ☐ non

A t-il besoin d'aide pour arranger le suivi ?

☐ oui - ☐ non

Si oui, quelles ressources lui sont données :

5.4.2 Si non, qui en est le tuteur légal ?

☐ Père

☐ Mère

☐ Famille d'accueil

☐ Autre

5.4.3 Le cas-index va-t-il communiquer avec le tuteur légal
de l'enfant pour lui demander d'arranger un suivi
médical pour l'enfant ?

☐ oui - ☐ non

Si non, le cas-index nous donne-t-il l'autorisation
de communiquer avec le tuteur légal pour arranger
un suivi médical pour l'enfant ?

☐ oui - ☐ non

5.5 Temps total utilisé pour l'intervention pour cet enfant :

5.6 Pouvons-nous recommuniquer avec ce cas-index
pour l'évaluation de notre service ?

☐ oui - ☐ non

(Remplir une formule pour chaque organisme ou organe concerné)

7.1 Quel genre de don :

☐ sperme

☐ sang

☐ organe

7.2 Le cas-index nous donne t-il la permission de communiquer avec l'organisme concerné ?

☐ oui - ☐ non

7.3 Coordonnées de l'organisme :

Date(s) du don :

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

7.4 Suivi auprès de l'organisme :

Les receveurs du don ont-il été rejoints ?

☐ oui - ☐ non

Y avait-il des receveurs séropositifs ?

☐ oui - ☐ non

Combien ?

Était-il au courant de leur séropositivité ?

☐ oui - ☐ non

Combien ?

7.5 Temps total consacré à l'intervention :

II TEXTES ET MODALITÉS D'INTRODUCTION AUPRÈS DE DIFFÉRENTS ACTEURS



A) Auprès du demandeur



Modalité d'introduction au téléphone

Identification

Bonjour Dr / M., Mme _____ (*nom du demandeur*).

Je suis _____ (*nom de l'intervenante*), _____ (*profession*). Je travaille _____ (*nom de l'organisme pour lequel on travaille*) au service de soutien à la notification aux partenaires.

Nous avons reçu un message au sujet d'un(e) de vos patient(e)s (ou d'une personne) que vous vouliez référer à notre service.

Présentation du service de notification aux partenaires

_____ (*nom de l'organisme pour lequel on travaille*) offre un service de soutien à la notification des partenaires des patients VIH positifs. C'est un service, ce qui veut dire que nous devons avoir une demande de votre part pour intervenir. Il est volontaire et votre patient doit avoir été mis au courant de notre intervention et avoir donné son accord. Il est confidentiel: on ne donne jamais d'information aux partenaires concernant votre patient. Nous pouvons intervenir à différents niveaux selon votre préférence et celle de votre client.

Au besoin : présentation de différents niveaux d'intervention

L'intervenant spécialisé en notification peut offrir un support au cas-index qui veut lui-même aviser ses partenaires; il peut intervenir auprès d'un nouveau partenaire, d'un cas-index séropositif déjà connu ou alors, intervenir auprès des partenaires antérieurs.

Prise de demande de service

J'aimerais maintenant recueillir les informations dont nous avons besoin pour préparer notre intervention.

Compléter l'instrument « Questionnaire Demandeur ».

Prévoir un autre rendez-vous téléphonique avec le demandeur si des informations sont manquantes.



B) Auprès du cas-index



1. Modalité d'introduction au téléphone

Identification

Bonjour M/Mme _____ (*nom du cas-index*).

Je m'appelle _____ (*prénom et nom de l'intervenante*).

Je vous appelle au sujet d'une information personnelle.

Mais avant, je veux être certain(e) que je m'adresse à la bonne personne :

- quelle est votre date de naissance ?
- quelle est votre adresse ?
- vérifier toutes les autres informations disponibles...

Est-ce que vous pouvez me parler maintenant ? (*êtes-vous seul(e) sur la ligne ? y a-t-il des gens autour de vous ?*)

Motif de l'appel

Je suis _____ (*profession*).

Je travaille à l'équipe _____ (*nom de l'organisme pour lequel on travaille*).

Je vous appelle suite à la demande que nous avons reçue de la part de votre médecin. Un de vos tests est positif. Vous savez de quoi il s'agit ? Votre médecin vous a-t-il avisé que j'allais prendre contact avec vous ?

Au besoin : présentation du service

Nous offrons un service de support à la notification des partenaires, c.-à-d. que nous allons ensemble identifier les partenaires qui seraient susceptibles d'être infectés et nous allons voir comment les aviser. Vous pouvez les aviser vous-même ou me demander de les aviser sans que votre nom soit mentionné.

Je vous appelle donc aujourd'hui pour voir avec vous à quel moment je pourrai vous rencontrer et discuter de vos partenaires pour voir qui informer, comment et par qui les informer. A quel moment pourrai-je vous rencontrer ?

Au besoin :

Offrir des informations complémentaires sur le VIH, le service de soutien à la notification aux partenaires...

Dans la mesure du possible, prendre un rendez-vous immédiatement plutôt que de remettre à un autre moment.

Se présenter au rendez-vous avec le cas-index muni de l'outil cas-index et de quelques copies de l'outil partenaire ainsi que de quelques numéros de références.

2. Modalité d'introduction en face-à-face

Une fois en présence du cas-index, la démarche suivante devrait être suivie :

Identification

- Se présenter en déclarant son nom, sa profession, son lieu de travail et montrer une carte d'identité du travail avec photo
- Faire préciser le nom du cas-index

Observation

- Vérifier si les renseignements en notre possession correspondent à la description initiale
- Observer l'endroit de rencontre pour s'assurer de la protection de la confidentialité des renseignements, i.e. pas d'autre personne dans les pièces environnantes
- Être attentif à sa propre sécurité (e.g. s'assurer que la personne ne nous barre pas la sortie...)

Motif de l'entrevue

- Informer le cas-index des raisons de l'entrevue
- Répondre aux questions préalables
- Faire l'entrevue et remplir le questionnaire « Cas-index» et « Partenaire»



C) Auprès des partenaires



1. Modalité d'introduction au téléphone

Bonjour, j'aimerais parler à _____ (nom de la personne que l'on cherche à rejoindre). Vous êtes bien _____ (répéter le nom).

Je suis _____ (prénom de l'intervenant). Je suis _____ (nom de la profession de la personne qui fait l'appel). Est-ce que vous pouvez me parler maintenant?

Motif de l'appel

Je vous appelle parce que j'ai une information importante pour votre santé à vous transmettre. Et j'aimerais vous rencontrer personnellement pour en discuter avec vous.

Quand vous serait-il possible de me rencontrer ? Je suis disponible maintenant ou à un autre moment qui vous conviendra. Je peux me rendre à votre domicile ou à tout autre endroit qui vous conviendrait davantage.

Au besoin : Si beaucoup de méfiance

Ou si partenaire insiste pour savoir pourquoi on veut le rencontrer

Il s'agit d'information que je ne veux pas transmettre par téléphone pour des raisons de confidentialité. Également, parce que je tiens à m'assurer que je m'adresse à la bonne personne.

Au besoin : Si insiste davantage

(Je travaille en santé publique et c'est notre façon de travailler). Ce qui est important pour moi, c'est que vous soyez informé pour que vous puissiez prendre une décision éclairée. Je suis prêt à vous rencontrer maintenant pour vous en parler.

Quand vous serait-il possible de me rencontrer ? Quel endroit vous conviendrait le mieux ?

Au besoin : Informations relatives à la provenance des renseignements

Votre nom a été nommé comme contact d'une maladie infectieuse. Je ne peux pas vous dire qui a mentionné votre nom, c'est confidentiel. Je ne peux pas vous donner plus de renseignements à ce sujet-là. Vous comprendrez que je doive respecter la confidentialité avec cette personne autant qu'avec vous.

Note 1 : si vous choisissez de rencontrer le partenaire dans les locaux d'une clinique, assurez-vous de prendre un local qui n'a pas d'affiche sur le VIH car cela identifie le sujet dont vous souhaitez traiter avant que vous ayez bien préparé votre entretien.

Note 2 : si vous avez l'impression que ce partenaire ne vous rappellera pas ou ne veut pas vous rencontrer, évaluer la possibilité de l'informer par téléphone.

2. Modalité d'introduction en face-à-face

À l'arrivée au domicile, il importe de prendre le temps de s'identifier (présenter une carte d'identité) et de remercier la personne de vous recevoir rapidement. Ne pas oublier que nous sommes chez la personne.
Jeter un coup d'œil sur les lieux, évaluer si vous êtes en sécurité.

Bonjour, vous êtes _____ (*nom du partenaire*)?

Je suis _____ (*nom de l'intervenante*), infirmière en santé publique. (*Lui montrer notre carte d'identité*).

D'abord, je vous remercie de me rencontrer si rapidement. Je voudrais aussi vous dire que notre conversation demeurera confidentielle.

Je travaille comme infirmière en santé publique, dans le secteur des maladies infectieuses. Ce sont des maladies qui peuvent se transmettre d'une personne infectée à une autre qui ne l'est pas. Quand une personne attrape une maladie infectieuse, une infirmière de santé publique parle à la personne malade pour connaître toutes les personnes qu'elle a rencontrées pendant sa maladie.

Donc, l'infirmière prend les numéros de téléphone de ces personnes pour les informer de leur exposition et leur conseiller de voir un médecin. Est-ce que ça va?

On fait ça pour différentes maladies. Moi, je travaille dans le domaine des maladies qui se transmettent sexuellement.

Si je viens vous rencontrer aujourd'hui, c'est que j'ai de bonnes raisons de croire que vous avez été en contact avec une personne qui a un diagnostic de VIH + soit par des relations sexuelles sans condom soit par de l'échange de matériel de drogue injectable.

Au besoin : *Si partenaire demande à connaître l'identité du cas-index*

Je ne peux pas vous dire qui m'a donné votre nom. Mais c'est une personne qui pense assez à vous pour vouloir que vous en soyez informé afin que vous puissiez prendre des mesures nécessaires pour votre santé. C'est une information confidentielle, il en va de même pour notre conversation.

Après avoir donné les explications que le partenaire demande et avoir discuté de la réaction de la personne face à cette nouvelle, l'intervenant spécialisé cherche à compléter l'ensemble des éléments de la démarche de notification.

III MODALITÉS DE COMMUNICATION AVEC LES DEMANDEURS, LES CAS-INDEX ET LES PARTENAIRES

A) Modalités de communication avec les demandeurs

Lors des premiers contacts avec un demandeur :

1. Faire un premier appel la journée même de la réception de la demande.
2. Lorsque le message est laissé à la secrétaire, attendre 24 heures et faire une relance.
(S'informer des journées de présence du demandeur et replacer un appel ce jour-là)

B) Modalités de communication avec les cas-index

1. Placer un premier appel dès qu'une demande a été reçue et après s'être assuré du consentement du cas-index à ce qu'un intervenant spécialisé en notification le contacte.
2. Établir les modalités de rencontre/d'entrevue (entrevue téléphonique, face-à-face) si le cas-index est présent.
3. Le cas-index est absent et il y a un répondeur ou quelqu'un de l'entourage :
 - 3.1 Laisser un message général indiquant le nom de l'intervenant spécialisé en notification et le numéro de téléphone (les heures d'ouverture peuvent être mentionnées lorsque nécessaire).
 - 3.2 Accorder un délai de 24 heures avant de faire une autre tentative à un moment différent de la journée. Faire, au besoin, 3 appels téléphoniques en laissant un message.
 - 3.3 Envoyer une lettre-type (enveloppe anonyme et papier à en-tête au nom de l'organisme pour lequel on travaille) si aucun retour d'appel.
 - 3.4 Accorder un délai de 5 jours ouvrables à partir de la date de l'envoi de la lettre. Envoyer une 2^e lettre si aucune réponse.
 - 3.5 Accorder un autre délai de 5 jours ouvrables à partir de la date d'envoi de la 2^e lettre. Après ce délai, faire un appel téléphonique. Si toujours absent, discuter de nos stratégies d'investigation, de localisation et de communication en équipe.
4. Le cas-index est absent et il n'y a pas de répondeur ni personne de l'entourage :
 - 4.1 Refaire quelques tentatives à différents moments dans la même journée et les jours suivants. En s'accordant un délai de 5 jours ouvrables au cours desquels des appels sont placés à divers moments de la journée dont au moins 1 fois le soir.
 - 4.2 Envoyer une lettre-type (enveloppe anonyme et papier à en-tête au nom de l'organisme pour lequel on travaille) si toujours absent.
 - 4.3 Accorder un délai de 5 jours ouvrables à partir de la date de l'envoi de la lettre. Envoyer une 2^e lettre si aucune réponse.
 - 4.4 Accorder un autre délai de 5 jours ouvrables à partir de la date d'envoi de la 2^e lettre. Après ce délai, faire un appel téléphonique. Si toujours absent, recontacter le

demandeur pour discuter de nos stratégies d'investigation, de localisation et de communication.

N.B. Lorsque la lettre fait l'objet d'un retour à l'expéditeur, noter l'information au dossier.

C) Modalités de communication avec les partenaires

1. Placer un premier appel dès qu'une demande a été reçue et que l'intervenant spécialisé est disponible pour rencontrer le partenaire immédiatement si besoin*.
2. Procéder pour convenir d'un rendez-vous si le partenaire est présent. Si le partenaire refuse de nous rencontrer, explorer les motifs du refus.

3. Le partenaire est absent et il y a un répondeur ou quelqu'un de l'entourage :

3.1 Laisser un message général indiquant le nom de l'intervenant spécialisé en notification et le numéro de téléphone (ligne confidentielle dédiée aux cas-index/partenaire).

3.2 Accorder un délai de 24 heures avant de faire une autre tentative à un moment différent de la journée. Faire, au besoin, 3 appels téléphoniques en laissant un message.

3.3 Envoyer une lettre-type (enveloppe anonyme et papier à en-tête de l'organisme pour lequel on travaille) si aucun retour d'appel.

3.4 Accorder un délai de 5 jours ouvrables à partir de la date de l'envoi de la lettre. Envoyer une 2^e lettre si aucune réponse.

3.5 Accorder un autre délai de 5 jours ouvrables à partir de la date d'envoi de la 2^e lettre. Après ce délai, faire un appel téléphonique. Si toujours absent, discuter de nos stratégies d'investigation, de localisation et de communication avec le cas-index/demandeur pour vérifier les coordonnées ou pour obtenir tout autre renseignement complémentaire qui favoriserait la communication avec le partenaire.

4. Le partenaire est absent et il n'y a pas de répondeur ni personne de l'entourage :

4.1 Refaire quelques tentatives à différents moments dans la même journée et les jours suivants. En s'accordant un délai de 5 jours ouvrables au cours desquels des appels sont placés à divers moments de la journée dont au moins 1 le soir.

4.2 Si toujours absent, discuter de nos stratégies d'investigation, de localisation et de communication avec le cas-index/demandeur pour vérifier les coordonnées ou pour obtenir tout autre renseignement complémentaire qui favoriserait la communication avec le partenaire.

* Éviter les interventions auprès du partenaire le vendredi compte tenu du fait que la fin de semaine les services potentiellement nécessaires pour répondre aux besoins du partenaire sont ralentis ou absents. Ne pas laisser de message téléphonique un jeudi soir (ou si on doit absolument en laisser un, il faut spécifier dans le message de nous rappeler le lundi suivant).

D) Règles particulières pour les adolescents cas-index ou partenaire*

Ces procédures s'appliquent à toute personne âgée de moins de 18 ans.

1. Placer un premier appel dès que l'autorisation de procéder est donnée. Attendre après 15h30 pour faire les appels.
2. Le cas-index/partenaire adolescent est absent et il y a un répondeur :
 - 2.1 Faire d'autres tentatives le jour même et les jours suivants. Évaluer la pertinence de laisser ou non un message selon les consignes du médecin ou selon les circonstances (voir plus loin « Critères pour laisser un message »).
 - 2.2 Si aucun message n'est laissé, accorder un délai de 5 jours ouvrables pour tenter de le rejoindre au numéro de téléphone disponible.
 - 2.3 Si à aucun moment, on a pu parler avec l'adolescent ou quelqu'un de son entourage, communiquer avec le demandeur pour déterminer comment rejoindre l'adolescent.
 - 2.4 Lorsque l'adolescent n'est pas rejoint après ce délai, discuter des suites à donner au dossier avec la coordonnatrice de l'équipe du service de notification.
3. Quelqu'un de la famille répond mais l'adolescent à qui l'on veut parler est absent :
 - 3.1 Juger de la pertinence de laisser un message ou non. Si un message est laissé, le faire à la manière des adolescents.
 - 3.2 Accorder un délai de 24 heures avant de replacer un appel. Replacer des appels pour un maximum de 3 jours ouvrables.
 - 3.3 Lorsque l'adolescent n'est pas rejoint après ce délai, recontacter le médecin ou la personne désignée pour identifier d'autres manières de procéder.
 - 3.4 Lorsque les démarches restent infructueuses, des mesures plus soutenues pour localiser et rejoindre une personne séropositive ou ayant été exposée au VIH peuvent être nécessaires.

Ces décisions sont prises après discussion avec la coordonnatrice de l'équipe du service de notification.

Les mesures particulières peuvent être:

- l'envoi d'une lettre enregistrée / courrier rapide;
- une visite dans son entourage;
- un effort d'investigation et de localisation plus grand;
- une plus grande persistance à réaliser l'entrevue;
- recueillir le nom de l'école fréquentée pour intervention en milieu de vie.

* Tiré des Politiques et procédures NoPa-MTS. Aucune expérience vécue avec SER-VIH quant à une situation impliquant un adolescent mais ces règles sont présentées ici à titre d'information et dans le cas où une telle situation se présente, il serait important d'en discuter en équipe.

E) Messages téléphoniques

Critères pour laisser un message

Plusieurs éléments entrent en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'évaluer si l'on peut ou non laisser un message.

Des indices de grande prudence :

1. l'adolescent à qui l'on veut parler pour lequel on ne connaît pas l'histoire
ou
pour lequel on a des consignes de faire attention;
2. la personne à qui l'on veut parler est de sexe différent de celle qui a enregistré le message;
3. la formulation du message et l'emploi du je ou du nous.

IV LETTRES-TYPE

A) *Lettre au cas-index ou à un partenaire*

Montréal, le _____

Madame/Monsieur _____

J'aimerais communiquer avec vous afin de vous transmettre des informations importantes pour votre santé.

S'il vous plaît, contactez-moi au numéro suivant _____ entre _____
et _____ et demandez _____.

J'attends votre appel et je vous remercie.

Bien à vous,

Signature de l'intervenante, profession

AA/bb

B) Lettre à un organisme (Cette lettre sera envoyée après un premier contact téléphonique avec un responsable du service)

Montréal, le _____

Objet: Demande d'accès à de l'information permettant de localiser une personne

Madame/Monsieur _____

Tel que convenu, je vous fais parvenir le nom et la date de naissance de la personne avec laquelle je cherche à entrer en communication afin de l'informer d'une exposition à une maladie infectieuse grave qui peut porter atteinte à sa santé et à celle des personnes de son entourage.

Je souhaite rejoindre cette personne rapidement. Il s'agit de _____
né(e) le _____ de sexe _____.

Vous pourrez me rejoindre au numéro de téléphone _____ ou m'envoyer un fax
au numéro de télécopie confidentielle suivant: _____.

Je vous remercie à l'avance.

Bien à vous,

Signature de l'intervenante, profession

EE/ff

Annexe 2

Habiletés

LES HABILITÉS NÉCESSAIRES

1. Les rôles de l'intervenant spécialisé en notification*

C'est souvent celui qui joue un rôle central et diversifié dans la procédure de notification aux partenaires.

En tant qu'**interviewer**, l'intervenant spécialisé en notification recueille des renseignements auprès du cas-index et de ses partenaires. Les questions qu'il pose doivent être claires et éviter le jargon ainsi que toute expression inconnue ou inadaptée au plan culturel.

L'intervenant spécialisé en notification joue un rôle de **conseiller** à temps partiel du moins, quelle que soit la façon dont le client le perçoit. Il a recours aux techniques d'écoute active et se veut encourageant. Dans certains cas, il est possible que le client ait besoin d'un suivi pour obtenir davantage de soutien et de counselling.

En tant qu'**éducateur**, dans ses entrevues avec le cas-index ou le partenaire, l'intervenant spécialisé dispense un enseignement utile en matière de santé. Il lui faut évaluer les connaissances de ses clients et leur transmettre les principaux renseignements sous une forme simple et directe. À cet égard, les brochures, fascicules ou feuillets d'information peuvent être utiles. Les graphiques, les aides visuelles et les démonstrations pratiques complètent utilement les matériels imprimés. Amener le client à poser des questions sur sa situation constitue un élément important de son apprentissage.

Les intervenants spécialisés en notification sont des **personnes ressources** pour les autres professionnels de la santé en matière de notification aux partenaires. Les médecins, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux et d'autres intervenants peuvent n'être que rarement confrontés à la problématique du VIH/sida et pourront donc avoir besoin des connaissances des intervenants spécialisés. Les intervenants spécialisés peuvent organiser des séances d'éducation formelles ou informelles, préparer des trousseaux de ressources contenant une information utile (brochures, formulaires, instructions, etc.) pour répondre aux besoins d'information, et offrir leur aide ou leur suivi par téléphone dans les cas difficiles.

Les travailleurs de la santé publique sont légalement habilités à **faire appliquer les règlements** relatifs à la notification aux partenaires dans les cas de VIH/sida. Ils doivent donc bien connaître la législation de leur province ou territoire qui s'applique à leur travail.

2. Les habiletés de l'intervenant spécialisé en notification

Afin de remplir adéquatement les tâches qui lui sont assignées, l'intervenant spécialisé devra posséder des connaissances et des habiletés dans divers domaines définis ci-après afin de tenir compte de la complexité d'une intervention touchant un sujet aussi intime que celui des habitudes de vie sexuelle des individus avec lesquels l'intervenant spécialisé aura à travailler.

* Association canadienne de santé publique, *La notification aux partenaires dans les cas de VIH/Sida, cahier de travail*. Juin 1998.

2.1 L'intervenant spécialisé en notification devra avoir des connaissances sur :

1. Le VIH, ses modes de transmission, le temps d'incubation, les signes et symptômes, leurs traitements et leurs effets, les tests de laboratoire (leur sensibilité, leur spécificité et leur interprétation);
2. Les enjeux éthiques et juridiques d'une intervention en notification aux partenaires concernant les rôles, les obligations et les droits respectifs des parties suivantes :
 - la santé publique;
 - les patients;
 - les médecins;
 - les partenaires sexuels.

2.2 L'intervenant spécialisé en notification devra avoir des habiletés au niveau :

1. Des techniques d'entrevues et des pratiques de counselling concernant :
 - les aspects psychologiques et émotifs reliés à l'expression et l'expérimentation de la sexualité;
 - les aspects psycho-sociaux impliqués dans l'entrevue portant sur la sexualité selon les caractéristiques des divers sous-groupes sociaux et des populations d'origine culturelle variée (multi-ethnicité, homosexualité, utilisateurs de drogue intraveineuse).
2. Des techniques de notification des partenaires :
 - les capacités à analyser les informations et à mener des activités d'investigation;
 - les capacités à cartographier socialement un lieu;
 - le souci de développer des techniques et des méthodes de travail sécuritaires.

2.3 L'intervenant spécialisé en notification devra avoir développé des habiletés à :

2.4

1. Observer le langage non verbal :
 - le langage du corps (contact visuel, distance physique);
 - les expressions du visage;
 - le silence;
 - les encouragements à poursuivre.
2. Utiliser certaines techniques d'entrevue qui favorisent la communication :
 - donner des informations claires;
 - utiliser des questions ouvertes;
 - la reformulation des idées exprimées;
 - la vérification des perceptions ressenties (observation du langage corporel);
 - la technique du miroir (écho de la sensation);
 - relever les contradictions;
 - mettre l'accent sur les aspects positifs en repositionnant dans leur contexte respectif les aspects négatifs;
 - recentrer;
 - résumer le tout.

3. L'intervenant devra posséder des qualités personnelles telles que :

- le professionnalisme;
- la persévérance dans l'effort à retracer une personne contact;
- une aptitude à ne pas juger;
- des aptitudes en communication et en counselling;
- une capacité d'écoute active;
- de la diplomatie et de l'affirmation de soi (assertiveness);
- une capacité à parler avec le patient dans un langage qu'il peut comprendre;
- une capacité à prioriser.

Annexe 3

Histoires de cas

HISTOIRES DE CAS

Les histoires de cas suivantes ont été élaborées à partir de dossiers menés par SER-VIH. Il s'agit d'exemples qui offrent un aperçu concret de la diversité des demandes et des situations d'intervention. Dans le cadre du projet pilote SER-VIH, des entrevues d'évaluation de l'intervention de notification ont été réalisées avec des personnes qui ont fait appel au service. Les histoires de cas décrites ci-dessous sont tirées du *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)*. Adrien A, Turcotte N, Charland C, Chheng S et coll. Janvier 2000. Les appréciations décrites sont tirées de cette évaluation. Nous présentons 6 histoires de cas qui illustrent les aspects suivants :

- 1) Notification par le cas-index avec soutien d'une intervenante spécialisée en notification
- 2) Notification effectuée par une intervenante spécialisée qui protège l'anonymat du cas-index
- 3) Localisation d'un cas index, et soutien à la notification
- 4) Soutien à la notification à des intervenants d'une autre région
- 5) Informations au sujet des aspects éthiques et légaux de la notification
- 6) Informations au sujet des limites d'intervention dans une problématique 3PN (personnes séropositives qui ne prennent pas les précautions nécessaires pour prévenir la transmission du VIH et ne dévoilent pas leur séropositivité à leur(s) partenaire(s))

1) Notification par le cas-index avec soutien d'une intervenante spécialisée en notification

Demande d'une femme qui souhaite aviser son époux du fait qu'elle est infectée par le VIH.

Situation

- Son médecin lui a dit qu'il était nécessaire de notifier son conjoint
- Elle n'arrive pas à se décider à aviser son conjoint. Depuis plusieurs mois, elle vit beaucoup d'angoisse
- Depuis son diagnostic, elle utilise des moyens de protection lors des relations sexuelles (condom)
- Elle a cherché pendant plusieurs mois une ligne d'information téléphonique pour parler de ses inquiétudes
- Elle a reçu les coordonnées du service de soutien à la notification par l'intermédiaire d'une infirmière de la clinique qu'elle consulte

Intervention

L'intervenante spécialisée en notification a rencontré la cas-index. Lors de l'entrevue, deux partenaires susceptibles d'être notifiés ont été identifiés : le conjoint actuel et un partenaire antérieur. À ce moment, la cas-index souhaitait notifier d'abord son conjoint actuel et demandait de réfléchir avant d'envisager de notifier le partenaire antérieur. L'intervenante spécialisée a discuté avec elle de la signification de la relation avec son conjoint, des implications de la notification, de ses craintes. Différents scénarios et mises en situations ont été imaginés autour de ces implications et des façons d'annoncer la mauvaise nouvelle. Suite à la rencontre avec l'intervenante spécialisée, la cas-index a avisé son conjoint à l'intérieur de moins d'une semaine. Immédiatement après la notification, le couple a

demandé à l'intervenante spécialisée de le rencontrer pour répondre à ses questions. Lors de cette rencontre, l'intervenante spécialisée a effectué un counselling entourant l'infection au VIH, les moyens de protection, les traitements, les tests de dépistage. Elle a référé le conjoint à un service de dépistage anonyme et offert du soutien et de l'accompagnement tout au long des périodes d'attente des résultats et suite aux résultats. L'intervenante a proposé à deux reprises à la cas-index de rediscuter de la possibilité d'envisager de notifier le partenaire antérieur. Après discussion avec l'intervenante, la cas-index a décidé de ne pas notifier ce partenaire parce qu'elle est convaincue qu'elle sera identifiée par le partenaire qui travaille dans le même milieu qu'elle et qu'alors elle ne pourra plus garder cette information confidentielle.

Appréciation du cas-index

La cas-index dit qu'elle aurait eu beaucoup de difficultés à passer au travers de la notification seule. Elle vivait beaucoup d'angoisse depuis plusieurs mois. Une de ses craintes était reliée au chagrin et à l'inquiétude qu'elle allait susciter chez son conjoint. Selon elle, deux aspects du soutien ont rendu la notification envisageable: le fait d'en discuter avec l'intervenante spécialisée et de pouvoir compter sur elle après la notification pour obtenir du soutien pour elle-même et son conjoint. Pour elle, il est très important que le fait qu'elle soit séropositive ne soit pas connu par personne d'autre que son conjoint et les intervenants de la santé impliqués. Elle dit qu'elle a compris que l'intervenante spécialisée aurait trouvé souhaitable qu'elle fasse notifier le partenaire antérieur mais qu'en même temps il était clair que sa décision serait respectée.

2) Notification par une intervenante spécialisée en notification qui protège l'anonymat du cas-index

Demande d'un homme qui a obtenu récemment un diagnostic d'infection au VIH. Il souhaite qu'un intervenant de la santé avise un partenaire antérieur sans dévoiler son identité.

Situation

- Il a averti les amis les plus proches de son intention de passer un test de dépistage pour le VIH après avoir été malade
- Ses amis ont attendu les résultats avec lui
- Il s'est senti soutenu par eux tout au long de ses démarches
- Rapidement après avoir reçu le diagnostic, il a notifié son partenaire actuel et tous ses partenaires antérieurs, sauf un
- Il avait peur de la réaction de ce partenaire, notamment des risques de violence

Intervention

Le partenaire a été rencontré et avisé par l'intervenante spécialisée en notification. Il a reçu un counselling pré-test et a été référé à un centre de dépistage.

Appréciation du cas-index

Pour lui, la notification était une obligation sociale et morale importante, le fait d'hésiter à aviser un des partenaires le préoccupait. Il a hésité à faire appel à la santé publique, parce qu'il considérait préférable d'aviser lui-même son partenaire, sans intermédiaire. Une semaine après avoir obtenu la référence à SER-VIH, il a choisi la notification anonyme. Il dit qu'il s'est senti soulagé de confier la notification à quelqu'un d'autre et de ne plus s'inquiéter à ce sujet. Il était déjà bien informé au sujet de l'infection au VIH, bien soutenu, n'avait pas besoin des intervenantes pour d'autres motifs que la notification.

3) Localisation d'un cas-index et soutien à la notification

Demande d'une infirmière de localiser un patient, de l'inciter à se présenter à son prochain rendez-vous médical et au besoin de l'accompagner, afin qu'il obtienne les résultats à un test de dépistage du VIH qui est positif.

Situation

- Il a été averti du fait que parmi les tests demandés figurait un test de dépistage du VIH
- Il fait usage de drogue par voie intraveineuse
- Il ne s'est pas présenté à ses rendez-vous chez le médecin

Intervention

L'intervenante spécialisée en notification a pris les informations disponibles auprès de l'infirmière. A discuté du cas avec la coordonatrice de l'équipe SER-VIH. Il a été convenu de téléphoner au patient et de lui demander pourquoi il n'est pas allé à son rendez-vous. Le patient a répondu qu'il ne s'est pas rendu à son rendez-vous parce qu'il n'avait pas de moyens de transport mais qu'il s'y rendra le lendemain. Suivi effectué par l'infirmière, le patient s'est rendu à son rendez-vous et a reçu le diagnostic de séropositivité. L'intervenante spécialisée en notification demande à l'infirmière d'offrir au patient de le rencontrer afin de discuter de notification des partenaires.

Trois semaines plus tard, l'infirmière communique l'accord de son patient à rencontrer l'intervenante spécialisée. La rencontre a permis :

- d'effectuer le counselling post-test;
- de mener l'entrevue auprès du cas-index;
- d'identifier 2 partenaires dont une seule est localisable;
- de référer à un médecin spécialisé dans le traitement du VIH.

La partenaire a été localisée et une lettre lui a été envoyée lui demandant de communiquer avec l'intervenante spécialisée. Cette partenaire a répondu, elle avait été avisée par le cas-index et elle attendait les résultats d'un test de dépistage. Elle était très inquiète et avait besoin d'informations supplémentaires.

Pendant la période où des interventions ont été menées, le cas-index a eu une nouvelle partenaire régulière. Le cas-index l'a notifié et lui a remis le numéro du service. Elle a téléphoné, elle était inquiète parce qu'elle avait eu des relations sexuelles non protégées avec le cas-index. Le counselling sur l'infection au VIH et les moyens de protection a été effectué au téléphone. Elle a été référée à un centre de dépistage anonyme. Lors d'un appel de suivi, elle a dit qu'elle avait pris rendez-vous.

Appréciation du cas-index

Même s'il n'avait pas eu l'intention de se rendre au rendez-vous médical avant de parler à l'intervenante spécialisée, il dit que le fait qu'il ait été incité à le faire était une bonne chose compte tenu de la gravité de l'infection au VIH. Il dit ne pas avoir reçu de soutien et d'information avant de rencontrer l'intervenante spécialisée en notification et que celle-ci l'a beaucoup aidé. Il est content de la référence à un médecin spécialisé et du support offert à ses partenaires. Il dit qu'il a reçu des explications sur les moyens de protection et la manière de les utiliser, mais éprouve beaucoup de difficultés à se souvenir de ces moyens; il dit qu'il informe systématiquement toutes ses partenaires avant d'avoir des relations sexuelles.

4) Soutien à la notification à des intervenants d'une autre région

Demande d'un médecin conseil en MTS (maladies transmissibles sexuellement) à la santé publique d'une autre région que Montréal-Centre pour obtenir du soutien en matière de notification anonyme.

Situation

Un médecin traitant travaillant en CLSC souhaite avoir l'expertise de l'Unité de santé publique pour notifier un partenaire d'une de ses patientes VIH+ qui souhaite que son identité ne soit pas dévoilée au partenaire. L'Unité de santé publique concernée ne possède pas cette expertise.

Entente de service

L'entente de service et le partage des responsabilités et des interventions a été établie de façon à favoriser le rôle de support-conseil de SER-VIH.

1. Le rôle des intervenants de la région d'où provient la demande

Une intervenante de 1^{ère} ligne a été identifiée et a agi en tant qu'interlocutrice privilégiée. Cette intervenante connaissait bien le milieu et le cas-index. Cette intervenante a :

- mené les démarches préparatoires à l'intervention (entrevue auprès du cas-index);
- fourni les informations médicales nécessaires à l'évaluation de la période d'infection;
- identifié les ressources de référence et un lieu d'entrevue.

Il a été prévu qu'elle pourrait être présente lors de la notification et éventuellement assurer le suivi du partenaire au besoin.

2. Le rôle de SER-VIH

• Recueillir certaines informations nécessaires à l'intervention (moment du diagnostic, preuve de séropositivité, valeur des CD4 et charge virale)

- Fournir le questionnaire cas-index
- Faire l'entrevue avec le partenaire
- Faire le counselling pré-test VIH
- Référer aux ressources et services adéquats
- Effectuer le suivi aux demandeurs

Intervention

Le partenaire a été contacté par téléphone. Il était réticent mais a accepté de rencontrer les intervenantes. Le partenaire a été rencontré au CLSC de la région. Les facteurs de risque ont été évalués. La notification a été réalisée. Le partenaire avait déjà été avisé par le cas-index. Le counselling a touché les aspects suivants: l'infection au VIH, l'adoption de comportements de protection, des recommandations concernant une consultation pour un test de dépistage au CLSC. Des références psychosociales du CLSC ont été offertes. Le partenaire accepte qu'on lui fixe un rendez-vous pour un test de dépistage et une entente a été convenue avec lui pour un rendez-vous téléphonique suite aux résultats du test afin d'effectuer un suivi.

Un suivi a été réalisé auprès des deux médecins demandeurs.

Trois semaines plus tard, lorsque le médecin a voulu confirmer la date du dépistage auprès du partenaire, celui-ci a dit qu'il n'était plus intéressé. Une intervenante de SER-VIH a communiqué avec le partenaire et a offert son support s'il changeait d'avis.

5) Demande d'information au sujet des aspects éthiques et légaux de la notification

Demande d'un travailleur social qui veut savoir quelles sont ses obligations face aux partenaires d'un de ses clients qui est séropositif.

Situation

- L'organisme est une maison de transition pour détenus en processus de réinsertion sociale
- Le travailleur social ne sait pas si le cas-index a avisé sa partenaire
- Dans le processus de réinsertion, chaque personne du réseau social du détenu est évaluée

Aide fournie

- Principes de l'intervention auprès d'une personne séropositive et position de l'Unité de santé publique
- Éclaircissement des objectifs du travailleur social: vérifier si la partenaire est informée de l'infection au VIH du cas-index et s'assurer que la conjointe connaît les risques et consent à des relations sexuelles
- Conseils:
 - vérifier auprès des corporations professionnelles quant à son obligation dans un tel contexte;
 - proposer une rencontre au couple afin d'évaluer les besoins et aborder le sujet de la prévention des MTS et Sida;
 - élaborer le plan d'intervention selon les informations recueillies.

Le couple a été rencontré et il s'est avéré que la partenaire avait été notifiée et qu'elle consentait aux relations sexuelles.

6) Demande d'intervention de la santé publique dans une problématique 3PN

Demande d'un médecin qui souhaite une intervention auprès d'un homme qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une de ses patientes sans l'aviser qu'il se sait infecté par le VIH.

Situation

Une de ses patientes est venue le consulter après avoir eu des relations sexuelles sans protection avec un homme séropositif sans que celui l'ait averti de son statut sérologique. Ce sont des amis communs qui l'ont avisé. Elle refuse de donner des informations qui permettraient d'identifier le cas-index, le médecin traitant ou un autre intervenant de la santé. Elle ne veut entreprendre aucune action contre le cas-index. Le médecin dit qu'il serait souhaitable de prendre des mesures pour empêcher le cas-index d'infecter d'autres personnes, éventuellement d'impliquer la police dans ce dossier.

Intervention

Deux interventions ont été menées auprès de la partenaire par une intervenante spécialisée en notification. La partenaire est certaine que le cas-index ne représente pas un danger

pour les autres et que ce qui lui est arrivé représente un événement isolé. La partenaire refuse de transmettre toute information pouvant permettre d'identifier le cas-index. Ce cas ne rencontrait pas les conditions permettant d'intervenir auprès du cas-index. Un suivi a été effectué auprès du médecin afin d'expliquer en quoi consiste la politique 3PN et l'impossibilité d'aller plus loin.

Conclusion

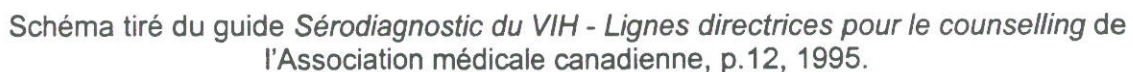
Ces histoires permettent d'illustrer rapidement certains aspects de l'intervention de notification, notamment :

- 4) la variété des demandes et des situations rencontrées;
- 5) la faisabilité des interventions de notification;
- 6) le fait que ces interventions peuvent répondre à des besoins ressentis par des intervenants des cas-index ou des partenaires;
- 7) le fait que les interventions peuvent nécessiter plusieurs contacts avec les personnes intéressées;
- 8) certaines des limites d'intervention.

Annexe 4

Interprétation des tests de laboratoire

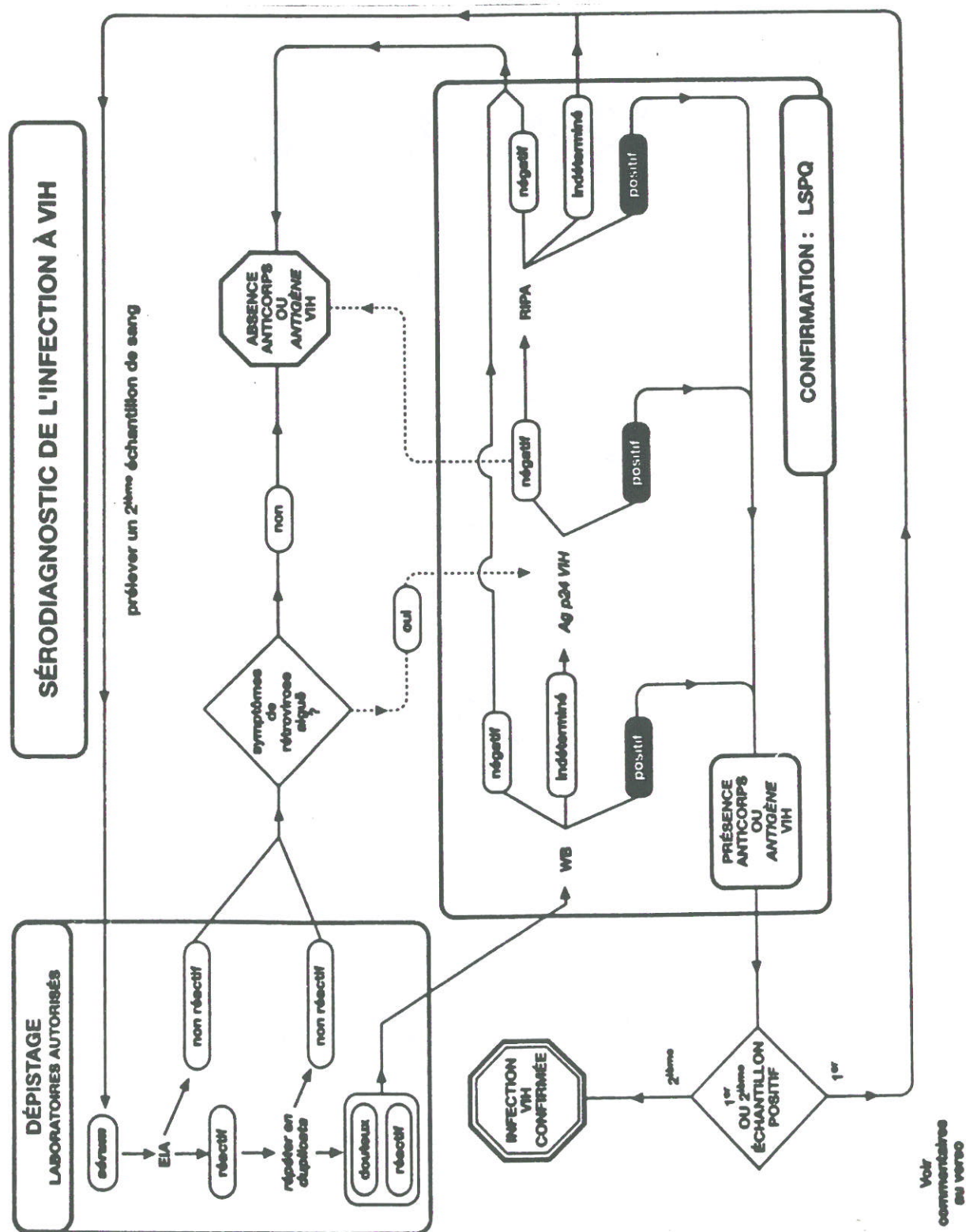
Le schéma suivant nous explique la signification des résultats des tests de sérodiagnostic standard ainsi que les étapes de laboratoire nécessaires pour l'analyse d'un test de sérodiagnostic.



A-75

Sérodiagnostic de l'infection à VIH

L'algorithme suivant est utilisé par le laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) (Tiré de *Sérodiagnostic de l'infection à VIH*, LSPQ, octobre 1996) :



Les commentaires suivants accompagnent l'algorithme du LSPQ de la page précédente (Tiré de *Sérodiagnostic de l'infection à VIH*, LSPQ, octobre 1996) :

COMMENTAIRES

- 1°) La méthode de choix pour diagnostiquer l'infection à VIH demeure toujours la détection des anticorps spécifiques.
- 2°) Les résultats **non réactifs** à l'EIA, **négatifs** au WB de même que ceux **indéterminés** au WB et associés à un RIPA **négatif** indiquent l'absence d'anticorps VIH décelables dans l'échantillon analysé.
- 3°) Une réaction **indéterminée** au WB ou au RIPA peut être attribuée à :
 - 1- une faible concentration d'anticorps VIH
 - 2- une réaction non spécifique.
- 4°) Une faible concentration d'anticorps VIH peut être observée :
 - 1- au début de la séroconversion
 - 2- chez les enfants nés de mères séropositives, lors de la perte des anticorps maternels
 - 3- au stade terminal du sida
 - 4- lors de certaines manipulations inadéquates de l'échantillon au laboratoire.
- 5°) La présence d'antigène p24 (Ag p24 VIH) peut être observée :
 - 1- lors de l'infection aiguë
 - 2- de manière intermittente au cours de la progression de l'infection.
- 6°) Dans le cadre de ce programme, un résultat positif à l'Ag p24 VIH n'est émis qu'après une épreuve supplémentaire de blocage qui confirme la spécificité de la réaction.
- 7°) La prudence commande de confirmer la présence d'anticorps ou d'antigène dans un deuxième échantillon de sang avant d'établir le diagnostic d'infection à VIH. Ce deuxième échantillon devrait être identifié de la même manière que le premier.
- 8°) Ce guide général n'exclut pas la possibilité d'appliquer une approche différente au diagnostic lorsqu'elle est justifiée.
- 9°) Vous pouvez consulter le microbiologiste responsable du laboratoire d'analyse pour toute question concernant cet algorithme ou pour clarifier l'interprétation d'un résultat.
- 10°) Une personne infectée par le VIH n'a pas nécessairement le sida. Seul le sida, et non pas l'infection à VIH, est une maladie à déclaration obligatoire.
- 11°) Cet algorithme a été adopté par le Comité du programme provincial de diagnostic de laboratoire de l'infection à VIH.

Annexe 5

Éléments de formation
à l'entrevue de notification :
I Habilités d'entrevue
II Méthode de gestion de crise

I HABILITÉS D'ENTREVUE

Extrait d'une formation offerte par :

**NEW YORK STATE PREVENTION TRAINING CENTER
ROCHESTER CENTER FOR STD/HIV RISK REDUCTION TRAINING**

« INTERVIEWING SKILLS

1. Types of Questions

a. Closed/Leading Questions

- * Narrow, define, and point
- * Take the client down a certain path
- * Used to summarize and help client see what she's been saying
- * Allows counselor to make a commitment, decision, and move to the next phase, topic, or action
- * Can help the client avoid telling the whole story

Examples:

How many partners have you had in the last month?
6 months?

Do you have a regular partner?

When is the last time you had sex?

Have you ever used IV drugs? cocaine? alcohol?

Do you have sex with men, women, or both?

b. Paraphrasing of Closed Questions

- * Have the same purpose as closed questions
- * Trying to get the client to say less or stop talking about a particular topic

Examples:

So what you're saying is.....

In other words,

What I hear you saying is

INTERVIEWING SKILLS

c. Open-Ended/Broad Questions

- * Explore feelings and circumstances
- * Get or paint the picture/landscape
- * Helps define topic areas for further questioning

2. General principles of good interviewing

- a. It is most effective to start with open-ended questions and proceed to more closed questions.
- b. You can use either open-ended or closed questions to ask about either content or feelings; but usually open-ended questions are more effective to ask about feelings and closed questions are more effective for getting the facts.
- c. The more sensitive the interview topic, the more important it is to start with open-ended questions.
- d. Asking only closed-ended questions about sensitive topics is offensive to clients and does not help establish rapport.
- e. Often it is helpful to explain the reason for asking the question - need to know rationale.

INTERVIEWING SKILLS

3. Suggestions of open-ended questions to begin medical interview

(Follow up with more specific, close-ended questions)

1) Reason for clinic visit -

Open-ended: What brings you into clinic today?
 What can we do for you today?

Closed: Did someone tell you to come to the clinic

2)Review of Systems -

Open-ended: How is your health in general?
 Do you have any concerns about your health?

Closed: Do you have burning, discharge, itching, abdominal pain, etc.

3)Contraceptive/condom use -

Open-ended: What has your experience been with condom use?
 How do you think your partner feels about using condoms?
 How would you describe your pattern of using condoms?

Closed: Do you use condoms sometimes, always, or never?
 Do you use condoms every time you have sex?

4)Sexual history -

Open-ended: What is your partner situation right now?
 Tell me about your current relationship?
 Tell me about your partner ? partners?
 How do you feel about your current relationship?
 How would you describe your relationship with
 your current partner?
 What do you think your partner is doing?

Closed: When is the last time that you had sex?
 Do you have sex with men, women, or both?

**NEW YORK STATE PREVENTION TRAINING CENTER
ROCHESTER CENTER FOR STD/HIV RISK REDUCTION TRAINING**

INTERVIEWING SKILLS

5) Pre-test Counseling, including providing information, risk assessment, and risk reduction counseling -

A. Assessing STD/HIV Knowledge Levels: - WHAT DO YOU KNOW?

- Open-ended: Tell me what you know about HIV/AIDS?
 I don't want to bore you, so why don't you tell me what you already know about HIV/AIDS.
 What have you heard about HIV/AIDS?
 Why do you think we talk to everyone about HIV in an STD clinic?
 Provide information selectively
- Closed: Let me give you some information about HIV/AIDS.....blah,blah,blah

B. Assessing the Client's Perception of Risk: ARE YOU WORRIED?

- Open-ended: Are you worried about getting HIV/AIDS?
 What worries you about HIV/AIDS?
 If people get HIV the same way they get STDs, how does this affect you?
 What does it have to do with you ?
 What do you think about your chances of getting HIV?
 What do you think you might be doing that would put you at risk for getting an STD or HIV?
- Open-ended: Sexual history:
 What is your partner situation right now
 Tell me about your current relationship.
 Tell me about your partner? partners?
 How do you feel about your current relationship?
 How would you describe your relationship with your current partner?
 What do you think your partner is doing?

**NEW YORK STATE PREVENTION TRAINING CENTER
ROCHESTER CENTER FOR STD/HIV RISK REDUCTION TRAINING**

INTERVIEWING SKILLS

B. Assessing the Client's Perception of Risk: ARE YOU WORRIED?

Closed: Are you monogamous?
Do you have multiple partners?
Are you sexually active?
When is the last time that you had sex?
Do you have sex with men, women, or both?
How long have you been seeing your regular partner?
When is the last time that you had sex with someone other than your regular partner?
Do you ever have sex for money?
Does your partner have other partners?
Do you have sex with people who you don't know?

Open-ended: Drug history:
What's your experience been with drug use?
What about alcohol?
Do you think this is a problem for you? (Follow-up, closed-ended)
How does your drug/alcohol use relate to your pattern of getting STDs?
Can you tell me about your partner's drug use?
How does your partner's drug/alcohol use relate to your chances of getting an STD or HIV?
What does drug use have to do with HIV?
What does cocaine use have to do with HIV?

Closed: Are you an IVDU ? Is your partner an IVDU?
Do you use cocaine?
Does your partner have a problem with drugs?

C. Transition Client from Past to Present and Future Risk

1. There are two main reasons to take the HIV test -
one is to find out if you have been infected
the other is to spend some time talking about how you
can avoid getting STD/HIV in the future.

D. Negotiate Options for STD/HIV Risk Reduction:

- WHAT COULD YOU DO TO REDUCE YOUR RISKS?

Open-ended: What would you change about your behavior so that you don't run the risk of getting an STD or HIV in the future?
What are you doing now that you would like to change?
How do you think your sex life puts you at risk for getting HIV?
What's your plan to avoid getting HIV in the future?
How do you think you could avoid getting an STD when you go out?

E. Complete Staging

F. Deliver an SOC Intervention

G. Develop a Plan of Action (If Client Ready): - HOW ARE YOU GOING TO DO IT?

Open-ended: What have you tried in the past that has worked for you?
What is the scariest part (most difficult part) about changing?
How have you handled making decisions in the past?

Closed: When, where, how will you do this?
What will you say ? Who will you say it to?
What do you think will happen?
What do you think their response will be?
What will you do if things don't go very well? »

II MÉTHODE DE GESTION DE CRISE

« Crisis »

Les éléments de formation présentés dans cette partie sont extraits des références suivantes :

- « 1. Behaviour Levels Lecture » - National Crisis Prevention Institute, Brookfield, Wisconsin
2. « ABC Formula » - Addiction Research Foundation, Toronto
3. Motivation, Attitude and Performance Training Program, St. Thomas.

Similar models in terms of Crisis Development are postulated in :

1. The Prevention and Management of Aggressive Behaviour, Queen Street Mental Health Centre, Toronto
2. The Arousal Cycle which focuses on the physiological responses to crisis escalation. »

« CRISIS »

« What do we mean when we talk about CRISIS ?

Description of one model of understanding CRISIS.

Trigger phase

1. Something happens, a threat is perceived, it can be the something can be internal or external. Our experience of a threat can be influenced by stress, memory, our own feelings of the threat and the environment what is actually going on. Our bodies start preparing to respond to the perceived threat.

(Each of us will react differently to situations that we feel threatened in).

Escalation Phase

2. The body turns on the arousal system, adrenalin gets pumped into the blood stream and has immediate affects on breathing, an increase; heart rate and blood pressure, an increase; muscle tension, jaw, neck, shoulders, hands tense up; increase in volume and pitch; changes in eye behavior, become more intense. The body is getting ready to respond.

The Crisis Phase

3. The body has prepared itself for flight or fight. Our bodies are ready, our minds are not, our judgement has been impaired, we are less able to reason.

People who are pumped up are not thinking straight. (People in crisis need to be addressed in simple direct, and in a nonprovocative manner)

The Recovery Phase

4. This phase begins once some action to resolve the crisis has taken place. Crisis takes a lot of energy and it takes time for reasoning/judgement to return. Adrenalin takes some time to leave the blood system.

The Post-Crisis Depression Phase

5. Physiologically speaking the body responds by a decrease in heart rate, lower BP, slack muscles and volume and pitch of voice change. Depending on what happened in the Crisis phase, guilt, regret and depression may ensue.

What Can you do to defuse a crisis situation

REMAINING CALM

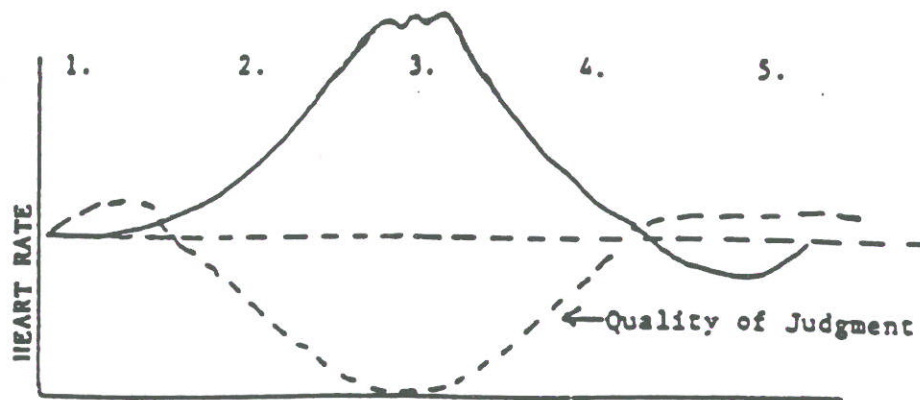
LISTENING

listen openly
show understanding
paraphrasing
summarizing
attend position

RESTRAIN

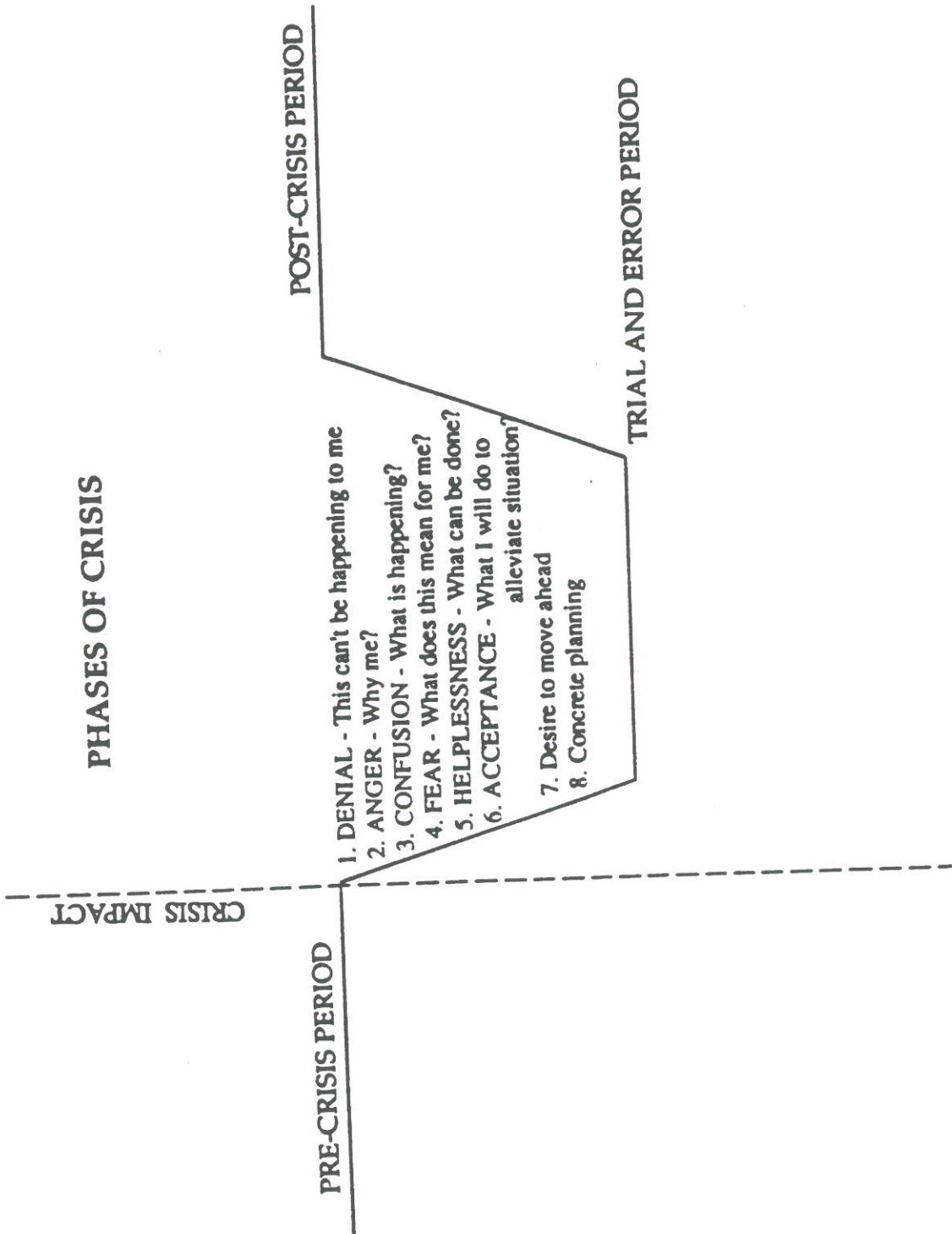
What shouldn't you do?

The Arousal Cycle



1. The Trigger Phase. This is the event which triggers the rest of the cycle. You perceive a threat at some level and your physiological systems begin preparing to meet it. A Trigger is created/influenced by both internal factors (memory, level of stress and subjective perception) and external factors (stimuli from the environment).
2. The Escalation Phase. During this phase the body's arousal systems prepare for a crisis. The body prepares to attack or defend by dumping adrenalin into the blood stream. Physiological symptoms include :
 - a. Increased respiration. (rapid breathing)
 - b. Increased heart rate and blood pressure
 - c. Muscle tension. (note: jaw, neck, shoulders and hands)
 - d. Increase in voice volume and pitch
 - e. Changes in eye behaviour
3. The Crisis Phase. This phase begins with the « fight or flight » crisis. The body has maximized its preparation and a physiological imperative is issued: Take Action! Unfortunately our quality of judgment has been significantly reduced by this point and decisions are made without benefit of our best reasoning. People in the crisis phase are highly volatile and need to be addressed in simple, direct and non-provoking statements.
4. The Recovery Phase. Once some action has been taken to resolve the crisis phase, the body begins to recover from the extreme stress and expenditure of energy. Unfortunately the adrenalin does not leave the blood stream all at once so the level of arousal tapers off until normal limits are reached. Quality of judgment returns as reasoning begins to replace the survival response.

The Post-Crisis Depression Phase. After normal physiological limits have been attained, the body enters a short period in which heart rate, etc. slip below normal levels to regain homeostasis (balance). During this phase, awareness/energy returns to the forebrain allowing an assessment of what has just occurred. This often leads to feelings of guilt, regret and emotional depression.



Reference: Daryl Wernham, M.Sw., CTI Workshop, Geneva Park, 1986

ACTIVE LISTENING - MICRO SKILLS

Four skills of active listening are particularly important in conflict situations. Use of these skills will help defuse emotional arousal in the other parties and will help provide the information everyone needs to effectively resolve the conflict. Implicit in every intervention is the ability to communicate to others involved in the conflict that you are concerned about their feelings and needs, and that you want to hear their view of the situation and their ideas for solutions.

ATTENDING BODY LANGUAGE

It is important to use attentive body language when listening in a conflict situation. This includes facing the other person, using non-threatening body language, non-challenging eye contact, maintaining an open posture, while respecting personal space. The use of a supportive body position is also important.

REFLECTION OF FEELING

In **Reflection of Feeling**, the goal is to identify the essence of the individuals feeling, to formulate and express a response that indicates that you understand, using your own words. NOTE: While « parroting » is not recommended, it will nonetheless be perceived as genuine IF YOU MEAN IT.

PARAPHRASING OF CONTENT

In **Paraphrasing**, the intervenor's goal is to determine the basic message in the clients statement/s or expression, and to concisely re-phrase it.

SUMMARIZING: FEELINGS AND CONTENT

It is important to reflect back to others in a conflict what you hear them saying about both facts (content) and feelings. This communicates to them that you are listening and gives you a chance to check out if you are hearing them correctly.

« You are really angry because you can't get to sleep. »

« You think that Mr. Jones cut the tree down to get revenge. »

« You were embarrassed because your boss might have heard what I said. »

(Reference: Addiction Counselling Manual. Addiction Research Foundation. Toronto, 1987.)

DE-FUSING STRATEGIES

Goldstein and Rosenbaum (1982) identify six behaviours which help de-fuse hostile confrontations by modelling high interpersonal empathy and win-win problem solving:

1. Remain calm yourself.
2. Encourage talking.
3. Listen openly.
4. Show understanding.
5. Reassure the other person.
6. Help the other person save face.

What other behaviours and strategies might we want to add to this list ?

MANAGING HOSTILITY

DEALING WITH THE HOSTILE INDIVIDUAL

ANGER

The word anger comes to us in a variety of forms from other languages. It is derived from Old Norse « anger », which meant affliction. The Latin term « ad fligere » is to strike at and the German « Arger » is the noun of Arg, which meant wicked.

What is important in all of these languages is that anger does not mean the same thing as **HOSTILITY**. Essentially, anger is synonymous with uneasiness, resentment and displeasure.

Anger is a secondary emotion and is often fed by stress, frustration and discomfort. It can be short-lived and can be effective in dealing with situations in which anxiety and uncertainty are prevalent. Anger mobilizes the body alarm system in a similar way that the fight and flight response does.

HOSTILITY

Where anger can be a protective device by the system, hostility is deep-rooted and may be the end result of the sum of deprivations, rejections, repeated punishment and self-hate. Whereas aggression can serve some purpose, hostility tends to be expressly destructive. It can be seen as the motivating force towards injury, destruction and violent behaviour to self and others.

The evolution of hostility in a person is complex, but will involve some of the following factors during various stages of development:

- a fixed sense of childhood inferiority
- blocked development of maturity
- impossible levels of expectation
- the frustration of non-achievement of status
- intolerable internal irritations and self-doubts
- parental affection imbalance with incongruent signals about self-worth, security, significance, and loving

STRESS

Stress is the body's non-specific response to changes. The body mobilizes a complex stress response system which prepares the system to fight or flee. High levels of chronic stress will feed anger and hostility, creating a problem of intolerance.

UNDERSTANDING AND RESPONDING TO CRISIS DEVELOPMENT:
A SUMMARY OF VARIOUS MODELS

CRISIS DEVELOPMENT

INTERVENTION PRINCIPLES

<..... **INTEGRATED EXPERIENCE**>

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. ANXIETY/DISTRESS | 1. SUPPORTIVE/ENGAGING/ENQUIRING |
| | |
| 2. DEFENSIVE/AGGRESSIVE | 2. DIRECTIVE/CONFRONTING |
| | |
| 3. PHYSICAL ACTING OUT
PERSON
(DISPLAYED BEHAVIOUR) | 3. DISENGAGE/TEAM RESTRAINT |
| | |
| 4. TENSION REDUCTION/
RECOVERY
(POST CRISIS) | 4. THERAPEUTIC RAPPORT |

NOTE: Variations of this model are found in all crisis prevention training. The model provides only a general framework for responding to a developing crisis situation. »

« REFERENCES

1. Behaviour Levels Lecture » - National Crisis Prevention Institute, Brookfield, Wisconsin
2. « ABC Formula » - Addiction Research Foundation, Toronto
3. Motivation, Attitude and Performance Training Program, St. Thomas.

Similar models in terms of Crisis Development are postulated in :

1. The Prevention and Management of Aggressive Behaviour, Queen Street Mental Health Centre, Toronto
2. The Arousal Cycle which focuses on the physiological responses to crisis escalation. »

Annexe 6

Matériel d'éducation:

- I Le VIH et les modes de transmission
- II Les différents types de condom
- III Mode d'utilisation du condom
- IV Condom féminin
- V Digue dentaire
- VI Usage de drogue par injection
- VII Comment nettoyer le matériel d'injection
- VIII Résumé des activités sexuelles et risque de transmission du VIH

I LE VIH ET SES MODES DE TRANSMISSION

Ce qui suit est tiré de la brochure *L'infection par le VIH et le sida. Le sida, ça vous touche de toute façon !*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, 1994.

Qu'est-ce
que le **SIDA**?

LE SIDA, ou syndrome d'immunodéficience acquise, est la manifestation la plus grave d'une infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Le VIH :

- détruit le système de défense du corps humain, le rendant incapable de lutter contre les maladies et les infections;
- favorise le développement d'autres maladies qui peuvent, à plus ou moins long terme, entraîner la mort.

Le VIH n'a pas de préférence quant à l'orientation sexuelle, la couleur de la peau ou l'âge des personnes qu'il peut affecter. C'est donc dire qu'hommes et femmes de toutes les origines ethniques, aussi bien homosexuels qu'hétérosexuels, doivent adopter les comportements préventifs appropriés pour l'éviter. Comme on ne peut pas guérir le sida, la **PRÉVENTION** demeure, à ce jour, le seul moyen efficace de lutte contre le VIH.



Comment
le **VIH** se
transmet-il?

LE VIH se transmet par les
relations sexuelles,
par voie sanguine et
de la mère à son bébé.



**1 La transmission par
les relations sexuelles :**

Le principal mode de transmission du VIH
est la relation sexuelle anale ou vaginale
avec une personne infectée par le VIH.



En favorisant l'entrée de sperme, de sécrétions
vaginales ou de sang menstruel dans le corps
de la ou du partenaire, la pénétration anale
ou vaginale permet au VIH de s'introduire
dans le système sanguin et de s'installer dans
l'ensemble du corps. La présence d'autres
MTS facilite la transmission du VIH.

Tiré de *L'infection par le VIH et le sida. Le sida, ça vous touche de toute façon !*,
Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de
coordination sur le sida, 1994.

2 La transmission par voie sanguine :

La transmission sanguine du VIH est très fréquente lorsque des personnes partagent du matériel d'injection déjà utilisé pour consommer des drogues (cocaïne, héroïne, stéroïdes, etc.). En se piquant, elles risquent de s'injecter le VIH directement dans le sang.



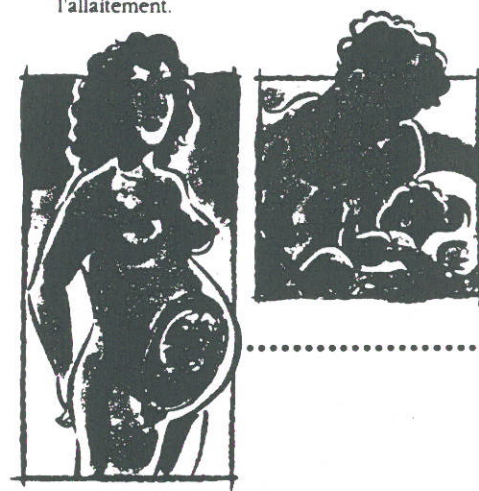
Les aiguilles utilisées pour les tatouages et le perçage d'oreilles peuvent aussi transmettre le VIH si elles ne sont pas stérilisées.

Depuis 1985, les risques d'être infectés par le VIH pour les personnes qui reçoivent du sang sont minimes. En effet, la Croix-Rouge s'assure que tous les dons de sang sont analysés et que le sang contaminé est éliminé.

Toutefois, pour ce qui est des transfusions sanguines reçues entre 1978 et 1985, les risques étaient beaucoup plus importants. Précisons qu'il n'y a **AUCUN RISQUE** de s'infecter en **DONNANT DU SANG** puisqu'une nouvelle aiguille est utilisée chaque fois.

3 Transmission de la mère à son enfant :

Une mère vivant avec le VIH peut le transmettre à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement, et plus rarement, durant l'allaitement.



Tiré de *L'infection par le VIH et le sida. Le sida, ça vous touche de toute façon !*,
Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de
coordination sur le sida, 1994.

- N.B. : 1. La Croix-Rouge est maintenant remplacée par Héma-Québec.
2. Durant l'allaitement, une mère infectée par le VIH peut transmettre le VIH à l'enfant.

Les activités qui
ne transmettent
pas le **VIH**.

LE VIH ne survit pas dans
l'air ni dans l'eau. Il
n'est donc pas contagieux,
contrairement à la
grippe ou à la varicelle
(picote). Les activités de la
vie quotidienne ne présentent
PAS DE RISQUE DE TRANSMISSION.

LE SIDA, ça vous touche de toute façon !

Exemples d'activités
qui ne transmettent
pas le VIH :



Tiré de *L'infection par le VIH et le sida. Le sida, ça vous touche de toute façon !*,
Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de
coordination sur le sida, 1994.

II LES DIFFÉRENTS TYPES ET CARACTÉRISTIQUES DE CONDOM

LES CONDOMS, C'EST COMME DES JEANS, IL FAUT QUE TU TROUVES TA SORTE!

ORDINAIRE LUBRIFIÉ

Sensation de douceur qui élimine la friction et réduit les bris.

ORDINAIRE NON LUBRIFIÉ

Pour ceux et celles qui préfèrent ajouter eux-mêmes du lubrifiant. Le condom non lubrifié est aussi utile pour les relations orales.

ULTRA-SENSIBLE

Léger, plus mince, pour un contact presque naturel avec autant de résistance.

COLORÉ ET AVEC LUBRIFIANT DE SAVEUR

Pour plus de fantaisie. Variété de saveurs pour tous les goûts! Ils peuvent toutefois causer des irritations.

NERVURÉ

De petites lignes permettent d'augmenter les sensations du ou de la partenaire.

TEXTURÉ

Pour augmenter les sensations du ou de la partenaire.

GALBÉ

Resserré au bout du pénis pour mieux faire tenir le condom. Donne plus de confort pour les hommes non circoncis.

PLUS LARGE

Offre plus de confort à ceux qui se sentent serrés dans un condom.

PLUS RÉSISTANT

Parois plus épaisses pour mieux résister aux bris surtout lors des relations anales.

AVEC SPERMICIDE

Utilisé dans un but de contraception.

SPERMICIDE, OUI OU NON ?

On trouve sur le marché plusieurs produits qui contiennent du nonoxynol : c'est un spermicide pour empêcher la grossesse. On le retrouve dans les gelées lubrifiantes, des mousses vaginales et dans plusieurs condoms lubrifiés. Il ne semble pas que les condoms lubrifiés avec du nonoxynol offrent une meilleure protection contre les MTS et le sida que ceux enduits d'un lubrifiant soluble à l'eau. Le nonoxynol n'est pas recommandé s'il cause des irritations dans le vagin et particulièrement déconseillé lors des relations sexuelles anales ou orales.



Tiré de la brochure *Je t'aime, je capote*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, 1998.

N.B. : Il est important de conseiller aux gens d'utiliser les condoms en latex afin de prévenir la transmission du VIH car ceux faits de membranes de peaux d'ovin n'offrent pas une barrière protectrice efficace. En effet, le VIH peut traverser ces membranes naturelles. Cependant, le Guide sécurisexe (p. 28, 1994) mentionne que les personnes allergiques au latex peuvent se servir d'un condom en membrane de peau d'ovin mais recouvert ensuite par un condom en latex si la personne allergique est le partenaire qui donne ou utiliser un condom de latex en-dessous si la personne allergique est le partenaire qui reçoit. Une autre solution pour les personnes allergiques au latex serait d'utiliser un condom féminin qui est fait de polyuréthane.

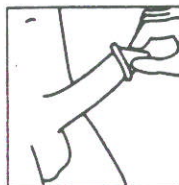
III MODE D'UTILISATION DU CONDOM

Cette illustration sur la façon d'utiliser un condom est tirée de la brochure *Les femmes et le sida. Options pour les femmes à l'ère du sida*, publiée par la Stratégie Nationale sur le sida.

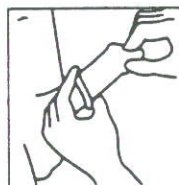
LE CONDOM VOUS PROTÈGE AINSI QUE VOTRE PARTENAIRE CONTRE LES MTS ET LE SIDA



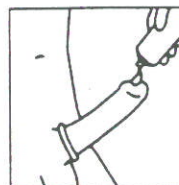
- Achetez des condoms en latex lubrifiés.
- Vérifiez la date d'expiration.
- La chaleur et la friction peuvent endommager les condoms. Placez-les dans votre poche de veston ou dans votre sac à main.
- Ouvrez l'emballage avec soin pour ne pas briser le condom.



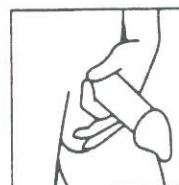
- C'est à l'un ou l'autre des partenaires de mettre le condom sur le pénis avant tout contact génital.
- Pincez le bout du condom avec vos doigts pour enlever l'air et laisser de la place au sperme pour empêcher que ça brise.



- Déroulez le condom jusqu'à la base du pénis.



- Utilisez plutôt un lubrifiant à base d'eau comme la gelée K-Y ou Lubafax. Ça empêche le condom de se briser. Évitez la vaseline et les produits à base d'huile.



- Après l'éjaculation, retirez le pénis pendant qu'il est encore dur en tenant bien la base du condom.
- Enlevez le condom; attention de ne pas répandre le sperme.
- Jetez-le à la poubelle.
- N'utilisez pas deux fois le même condom.

IV CONDOM FÉMININ

Le condom féminin a fait son entrée sur le marché nord-américain récemment. Les personnes allergiques au latex peuvent utiliser ce condom puisqu'il est fait de polyuréthane.

Le guide de démonstration d'utilisation suivant est tiré de Healthlink et enda. « Les condoms ». *Action contre le sida, Bulletin d'échange d'expérience et d'information pour la lutte contre le SIDA*. Numéro 36/37, octobre 1997/mars 1998, p.17.

Comment utiliser le condom féminin

- 1 Ouvrir l'enveloppe contenant le condom avec précaution



- 2 Tenir le petit anneau (à l'extrémité fermée du condom) entre le pouce et le majeur (certaines femmes préfèrent enlever le petit anneau avant l'insertion pour se sentir mieux à l'aise).



- 3 Chercher la position la plus confortable, soit en se couchant, en s'asseyant les genoux écartés, ou en se tenant debout avec une jambe posée sur un tabouret. Serrer le petit anneau et l'introduire dans le vagin en le poussant aussi loin que possible avec les doigts.



- 4 Introduire un doigt dans le condom et pousser le petit anneau à l'intérieur aussi loin que possible (Il est aussi possible d'insérer le condom en le déroulant autour du pénis en érection avant la pénétration)



- 5 S'assurer que la partie du condom avec l'anneau extérieur est à l'air libre. Cet anneau s'aplatira sur le corps dès que le pénis s'introduit dans le condom.



- 6 Immédiatement après le rapport sexuel, il faut sortir le condom en tordant doucement l'anneau extérieur, et en tirant le condom vers l'extérieur pour s'assurer que le sperme ne coule pas



- 7 Après usage, jeter le condom à un endroit sûr et approprié.

V DIGUE DENTAIRE

Les digues dentaires sont des carrés de latex utilisés par les dentistes pour isoler une dent. On peut aussi les utiliser pour diminuer plus encore les risques de transmission du VIH lors des activités de cunnilingus et d'anilingus même si ces activités comportent des risques de transmission théoriques et faibles. On peut également utiliser un condom coupé dans le sens de la longueur pour ces activités à la place de la digue dentaire.

Mode d'utilisation :

Digue dentaire

- Rincer d'abord à l'eau pour enlever la poudre qui la recouvre.
- Mettre un peu de gelée lubrifiante (à base aqueuse) dans le vagin ou sur l'anus.
- Placer la digue dentaire de sorte qu'elle recouvre complètement l'ouverture du vagin ou de l'anus.
- La tenir fermement en place avec les deux mains.
- Jeter la digue dentaire à la fin de l'activité.

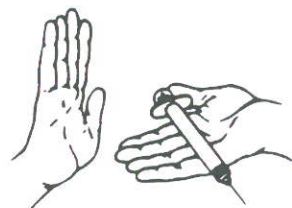
N.B. : On peut maintenant trouver dans certains magasins spécialisés dans la vente des condoms les digues dentaires très minces fabriquées spécifiquement pour les relations sexuelles.

VI USAGE DE DROGUE PAR INJECTION

Exemple de dépliant à l'intention des utilisateurs de drogue par injection en matière de prévention de la transmission du VIH.

**Si je me pique, le mieux c'est une SERINGUE NEUVE
et une CUILLÈRE que je ne PRÊTE JAMAIS.**

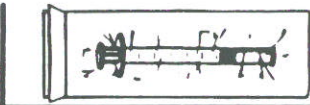
Si je les partage, l'eau de Javel aide à diminuer les risques.



Lorsque je prends des drogues ou des stéroïdes avec une seringue déjà utilisée, je risque de m'injecter le virus du sida.

Si je me pique :

- J'utilise toujours une seringue neuve.
- Je ne prête jamais mon matériel d'injection (seringue, cuillère ou bouchon, sachet, eau de rinçage et ouate).



**DES SERINGUES NEUVES,
C'EST FACILE À TROUVER**

Je peux trouver des seringues dans les centres d'échange, pharmacies, CLSC, hôpitaux et cliniques qui affichent ceci :



Plusieurs de ces endroits récupèrent les seringues usagées, je les rapporte.

**PAS DE SERINGUES NEUVES,
QU'EST-CE QUE JE FAIS?**

Je peux prendre la drogue sans me piquer ou bien je désinfecte mon matériel avec de l'eau de Javel.

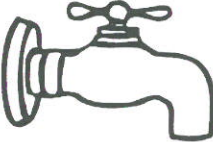
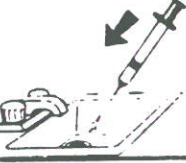
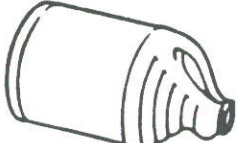
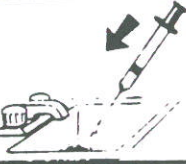
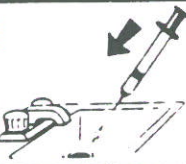
Chacun sa seringue, une idée fixe, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, 1994.

VII COMMENT NETTOYER LE MATÉRIEL D'INJECTION

**Pas de seringues
neuves...**

**Voici comment
nettoyer
le matériel
d'injection :**



1 ÉVACUER LE SANG	RINCER 2 FOIS AVEC DE L'EAU 	TREMPER LA CUEILLÈRE EN LA SECOUANT 	REMPILIR LA SERINGUE 	FRAPPER LA SERINGUE PLUSIEURS FOIS 	VIDER LA SERINGUE 
2 DÉSINFECTER	DÉSINFECTER 2 FOIS AVEC DE L'EAU DE JAVEL PURE 	30 SECONDES     30 SECONDES			
3 RINCER	RINCER 2 FOIS AVEC DE L'EAU 				

Tiré du dépliant *Chacun sa seringue, une idée fixe*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre de coordination sur le sida, 1994.

VIII RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS SEXUELLES ET RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

La description suivante est tirée du *Guide sécurisexe*, Société canadienne du sida (p.34 et 35), 1994.

Résumé des activités sexuelles évaluées par rapport aux risques de transmission du VIH

Baisers

Baisers sans échange de salive
Baisers avec échange de salive

Aucun risque
Risques théoriques seulement

Relations orales : Fellation

Donnée (insérer le pénis dans la bouche)

Avec condom

Sans condom

Risques théoriques seulement*

Risques théoriques seulement

Reçue (lécher ou sucer le pénis)

Avec condom

Sans condom, sans éjaculation

Sans ingestion de sperme

Avec ingestion de sperme

Risques théoriques seulement*

Risques théoriques seulement

Faibles risques

Faibles risques

Relations orales : Cunnilinctus

Donné, avec protecteur

Donné, sans protecteur et hors des menstruations

Donné, sans protecteur et durant les menstruations

Reçu, avec protecteur

Reçu, sans protecteur

Risques théoriques seulement*

Faibles risques

Faibles risques

Risques théoriques seulement*

Risques théoriques seulement

Relations orales : Anilinctus

Donné (lécher l'anus), avec protecteur

Donné, sans protecteur

Reçu (se faire lécher), avec protecteur

Reçu, sans protecteur

Risques théoriques seulement*

Risques théoriques seulement

Risques théoriques seulement*

Risques théoriques seulement

Relations vaginopéniennes

Données, avec condom

Données, sans condom

Reçues, avec condom

Reçues, sans condom

Faibles risques*

Risques élevés

Faibles risques*

Risques élevés

Relations anopéniennes

Données, avec condom

Données, sans condom

Reçues, avec condom

Reçues, sans condom

Faibles risques*

Risques élevés

Faibles risques*

Risques élevés

Relations anodigitales et vaginodigitales

Données, avec gant
Données, sans gant
Reçues, avec gant
Reçues, sans gant

Risques théoriques seulement*
Risques théoriques seulement
Risques théoriques seulement*†
Risques théoriques seulement†

Relations anomanuelles et vaginomanuelles

Données («fisting»), avec gant
Données, sans gant
Reçues («fisted»), avec gant
Reçues, sans gant

Risques théoriques seulement*
Risques théoriques seulement
Risques théoriques seulement*†
Risques théoriques seulement†

Masturbation mutuelle

Se faire masturber, avec sperme ou sécrétions vaginales du partenaire
Se faire masturber, avec ou sans lubrifiant
Masturber son partenaire, avec gant
Masturber son partenaire, sans gant de latex

Risques théoriques seulement
Aucun risque
Risques théoriques seulement*
Risques théoriques seulement

Utilisation d'accessoires sexuels

Pénétration reçue, utilisation partagée
Pénétration reçue, utilisation non partagée
Pénétration reçue, appareil désinfecté

Risques élevés
Aucun risque†
Risques théoriques seulement

Contact avec des matières fécales

Défécation externe sur peau saine
Contact buccal avec des matières fécales

Aucun risque
Risques théoriques seulement

Urine

Urine reçue sur peau saine
Urine reçue à l'intérieur du corps

Aucun risque
Risques théoriques seulement

**Les condoms, les gants et les digues dentaires pourraient être defectueux, se déchirer ou ne pas être utilisés correctement.*

†Une inflammation ou un traumatisme des muqueuses pourrait favoriser la transmission du VIH si cette activité sexuelle était suivie d'une relation anopénienne ou vaginopénienne.

Tiré du *Guide sécurisexe*, Société canadienne du sida, 1994.

Le *Guide sécurisexe* définit les risques suivants :

1. Aucun risque : « Aucune activité sexuelle de cette catégorie n'a été identifiée comme voie de transmission du VIH . »
2. Risque théorique : Aucun cas rapporté (Preuve de transmission : Aucun)
3. Faible risque : Cas isolés d'infection rapportés (Preuve de transmission : Peu concluante)
4. Risque élevé : La majorité des cas rapportés (Preuve de transmission : Concluante)

Annexe 7

Bottin des ressources

AIDE RECHERCHÉE	OFFERTE PAR:	COMMENT LES REJOINDRE
DÉPISTAGE		
Dépistage anonyme et services psychosociaux	CLSC des Faubourgs CLSC Métro	☎(514)847-0644 ☎(514)934-0552
CLINIQUE		
Information ponctuelle sur diagnostic, traitement, post-exposition, suivi clinique	Consultation SIDA	☎(514)849-5520(pour Mtl) ☎1-800-363-4814
Parrainage par médecin expérimenté	Programme de tutorat sur le VIH/SIDA	☎1-800-363-4814
Information ponctuelle et/ou références femmes enceintes/enfants	Centre maternel & infantile sur le sida - Hôpital Ste-Justine	☎(514) 345-4536
Information sur les traitements VIH/sida	C.A.T.I.E.	☎1-800-263-1638
SANTÉ PUBLIQUE		
Soutien à la notification aux partenaires	DSP Montréal-Centre	☎(514)528-2400 poste 3840
Exposition professionnelle	DSP Montréal-Centre	☎(514)528-2400 (md de garde)
SUPPORT INDIVIDUEL		
Renseignements généraux	Info-sida Info Santé*	☎(514)521-7432 CLSC du quartier
Centre de crise	Le Transit	☎(514)282-7753
Aide, information, accompagnement aux personnes atteintes (français)	Comité des personnes atteintes du VIH (CAPVIH)	☎(514)521-8720
Help, information, caring and emotional support for infected people (anglais)	AIDS Community Care Montreal (ACCM)	☎(514)527-0928
Maisons d'hébergement	Table provinciale des maisons d'hébergement communautaires sida	☎(514)844-2477
Drogues	Drogues: aide et références*	☎(514)527-2626
Bénévoles accompagnateurs	Association des bénévoles accompagnateurs(trices)de personnes atteintes du sida (ABAAPAS)	☎(514)521-3345
SUPPORT COMMUNAUTAIRE		
Groupes communautaires	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA)*	☎(514)844-2477
Prévention sida (hommes gais)	Action Séro-Zéro	☎(514)521-7778
Support - gais/lesbiennes/bisexuels (14-25 ans)	Projet 10	☎(514)989-4585
Questions légales	Réseau juridique canadien VIH/sida	☎(514)451-5457

* Ces organismes peuvent vous donner les réponses à des questions spécifiques.

Aide et soutien aux proches de personnes vivant avec le VIH

Centre Pierre-Hénault

☎(514)273-8603

Accompagnement, support pour femmes éropositives

Centre d'action Sida Montréal (femmes)

☎(514)843-3636

Support & présence à l'enfant

Les enfants de Béthanie

☎(514)278-5331
☎(514)270-7451

Information support (personnes atteintes et leurs proches de la communauté haïtienne)

GAP-VIES

☎(514)722-5655
☎(514)722-0063

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Références générales en matière de santé, services sociaux et loisirs

Centre de référence du Grand Mtl

☎(514)527-1375

Annexe 8

Comité d'aide aux intervenants

COMITÉ D'AIDE AUX INTERVENANTS

DOCUMENT DE TRAVAIL NE PAS DIFFUSER
--

Responsable : Alix Adrien

Agente d'intervention : Sereikith Chheng

Module de prévention et contrôle des MTS/sida (MPC-MTS/sida)

Direction de la santé publique • Unité Maladies infectieuses

1301, rue Sherbrooke est

Montréal (Québec)

CANADA H2L 1M3

Tel: (514) 528-2400, poste 3840

Fax: (514) 528-2452

Juin 1999

Mission du comité

Le comité d'aide aux intervenants est un comité de professionnels et d'intervenants ayant une expertise et/ou une expérience de vie leur permettant de conseiller les intervenants aux prises avec des personnes séropositives qui, sans dévoiler leur statut, ont des relations sexuelles ou des pratiques d'injection sans prendre des précautions afin d'éviter la transmission du VIH. Le comité fait la promotion de l'approche à intervention graduée. Les intervenants sollicitent le comité sur une base volontaire et n'ont aucune obligation légale de suivre ses recommandations.

1. Introduction

Il semble y avoir unanimité, parmi les intervenants concernés, sur la nécessité d'avoir une approche commune sur la façon d'intervenir auprès des personnes séropositives qui, sans dévoiler leur statut, ont des relations sexuelles ou des pratiques d'injection sans prendre des précautions afin d'éviter la transmission du VIH. C'est ce constat qui a motivé, en 1995, les partenaires concernés de la région de Montréal à travailler à l'élaboration d'une politique d'intervention sur la question. Un comité *ad hoc* composé de personnes vivant avec le VIH, d'intervenants des communautés affectées par la maladie, de cliniciens, de travailleurs sociaux, d'un psychiatre, d'un bioéthicien, d'avocats et de professionnels de la santé publique a donc été constitué. Le développement de la politique a été aidé par une revue de la littérature sur les différentes approches utilisées dans le monde et une série d'entrevues réalisée auprès de divers intervenants des communautés montréalaises.

La politique a été présentée en juin 1996. Elle recommande d'une part, des actions de prévention et de soutien qui utilisent une approche globale envers les personnes vivant avec le VIH et, d'autre part, une aide concrète aux intervenants pour une gestion des cas favorisant l'approche à intensité graduée¹. Le comité d'aide aux intervenants (CAI) est un des outils de mise en application de cette politique et a comme mandat d'appuyer les intervenants aux prises avec ces cas.

En 1997 et 1998, un projet pilote a permis de définir les modalités de fonctionnement du CAI dont les principes généraux, les approches et les

1

Thompson D, Adrien A, Lambert G, Jürgens R et al. Réduction de la transmission du VIH par les personnes refusent de prendre les précautions nécessaires ou qui sont inaptes à le faire. Module de prévention et contrôle des MTS/sida. Unité des maladies infectieuses. Hôpital général de Montréal. Novembre 1995.

procédures. Il a également permis d'évaluer le processus de l'intervention elle-même.

Le présent document est destiné aux différents intervenants en contact avec des personnes vivant avec le VIH et vise à décrire les modes de fonctionnements du CAI, les services offerts et les principes qui guident ses actions.

2. Population visée

Les raisons qui poussent les personnes à ne pas prendre de précautions appropriées et à mettre ainsi leurs partenaires en situation de risque sont multiples. Il peut s'agir :

- (a) de personnes qui ignorent véritablement que leur comportement implique des risques pour d'autres personnes (problème de santé mentale, par exemple) ;
- (b) de personnes qui ne peuvent pas modifier leur comportement parce qu'elles font l'objet de menaces physiques ou de coercition de la part de leur entourage (violence domestique, menaces d'un proxénète, etc.) ;
- (c) de personnes qui sont temporairement inaptes ou refusent temporairement de prendre des précautions parce qu'elles traversent une période de stress physique ou émotionnel ; et
- (d) de personnes qui comprennent les dangers de transmission du VIH mais persistent à mettre leurs partenaires en situation de risque.

A propos de cette dernière catégorie, il est intéressant de noter que la notion de risque peut être différente selon différents groupes. La grande majorité des causes portées devant les tribunaux civils ou criminels à l'encontre de personnes qui "refusent ou sont inaptes" se sont produites en situation de relations sexuelles hétérosexuelles. Il s'agit également de la majorité de cas entendus par le CAI. Et cela, en dépit du fait que les hommes gais sont de loin les personnes les plus affectées par le VIH au Québec et au Canada.² Cela peut indiquer des différences culturelles majeures entre les populations hétéro et homosexuelles en ce qui concerne la perception de la responsabilité de la personne séropositive de dévoiler son statut et de la responsabilité de tous, infectés par le VIH ou non, de se protéger de cette infection.

3. Principes fondamentaux qui guident les actions du CAI

1) Le comité privilégie l'approche à intensité graduée dans les recommandations qu'il fera aux intervenants

Les interventions les plus efficaces sont généralement celles qui, tout en obtenant les modifications de comportement désirées, sont les plus accessibles et les moins contraignantes du point de vue des libertés individuelles. Des mesures volontaires

2 Centre québécois de coordination sur le sida, *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida), Québec, Cas Cumulatifs 1979 - 1998*, Mise à jour No. 1998-2, Montréal, le 31 décembre 1998.

ayant pour objectif une modification de comportement devraient donc être d'abord proposées : un counselling par des personnes ressources spécialisées et identifiées au préalable, un soutien communautaire ou un soutien individualisé de type accompagnement (buddy support). L'individu doit comprendre dès le début que le refus de coopérer et de suivre ces mesures volontaires sera perçu comme un indice possible de la poursuite de comportements non-sécuritaires et mener éventuellement à des actions plus coercitives (amendes, injonction ordonnant un counselling ou la détention).

Par ailleurs, même si elles demeurent peu fréquentes, il y a des situations pour lesquelles ces interventions plus coercitives sont nécessaires. Mais les fonctions de dissuasion et de punition qu'ont les sanctions pénales n'ont pas prouvé leur utilité pour la prévention du VIH. Dans ce contexte, les lois sur la santé publique peuvent présenter une alternative à la criminalisation car elles sont en général mieux adaptées aux particularités de chaque cas. Elles ont la souplesse désirée pour individualiser les interventions, sont respectueuses de la confidentialité et ont moins de chance de stigmatiser. Elles permettent, contrairement aux poursuites criminelles, de progresser de mesures moins coercitives aux mesures plus contraignantes. Nous pensons que des mesures coercitives imposées d'emblée peuvent nuire aux actions de prévention de plusieurs façons. En effet, ces actions coercitives peuvent³ :

- risquer d'augmenter la stigmatisation de toutes les personnes vivant avec le VIH alors que ces comportements sont le fait d'une minorité. Cela est particulièrement vrai dans un contexte de "guerre contre le sida", de "lutte contre la drogue", d'intolérance envers les minorités culturelles ou sexuelles;
- risquer d'inciter les personnes à risque de ne pas se faire tester. Ainsi, ces personnes se privent, non seulement des nouvelles thérapies maintenant disponibles, mais également se privent d'une occasion de recevoir une intervention de prévention personnalisée qui peut être offerte lors du contact avec le milieu de santé à l'occasion de cette demande de test. On peut également remarquer que l'aspect criminel de cet acte n'incitera pas les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas avoir des comportements sécuritaires à discuter de leur risque respectif avec leur partenaire, leur conseiller, leur médecin par crainte de poursuite ;
- risquer de favoriser l'installation d'un faux sentiment de sécurité dans la population en donnant le message erroné que le droit criminel est capable de protéger la population. Ceci va à l'encontre des messages de santé publique qui suggèrent aux individus que le maintien ou l'adoption de comportements sécuritaires est le meilleur moyen de se protéger et protéger les autres de l'infection au VIH.

2) Le droit à la sexualité pour les personnes vivant avec le VIH

Les personnes séropositives sont, elles aussi, sexuellement actives et peuvent le demeurer pendant de nombreuses années. Le principe d'autonomie de ces personnes inclut le droit à avoir des rapports sexuels.

3) Les personnes qui ont des relations sexuelles ou des pratiques d'injection non sécuritaires avec des personnes séropositives doivent être protégées quand celles-ci ne révèlent pas leur statut. Même si nous avons tous l'obligation de nous protéger contre la transmission du VIH, la Santé publique, pour des raisons éthiques et légales, doit s'assurer que ces situations ne se produisent pas. Il paraît acceptable de limiter le principe d'autonomie nommé précédemment lorsqu'on peut montrer que des individus ont des comportements qui mettent la vie d'autres personnes en danger.

4. Les services offerts par le CAI

Le CAI est composé d'un noyau permanent de membres ayant des expertises complémentaires. Il offre aux médecins cliniciens et aux intervenants un soutien pour résoudre ces situations complexes. Ces consultations peuvent avoir lieu sans que soit révélée l'identité du cas en question ou des informations permettant de l'identifier. En tout temps, le médecin ou l'intervenant reste maître du suivi du cas. Le CAI leur offre :

- des informations sur les plus récentes recommandations faites sur ces situations difficiles par les corporations et les associations professionnelles;
- les services d'un agent de liaison, travaillant à l'Unité Maladies infectieuses, pour évaluer les situations à risque, le contexte éthique, juridique et légal ; suggérer les références appropriées ; faciliter l'accès rapide à des ressources (ex. : un psychologue) ; et participer à une discussion de cas individuelle ou en équipe;
- la possibilité de discuter directement avec les membres du comité lors d'une de ses réunions, des cas difficiles. La présence de l'intervenant lors des discussions du CAI est fortement encouragée; elle permet de déterminer, avec lui, d'une façon créative, le type d'intervention pouvant répondre à ses besoins spécifiques. Les actions suggérées sont guidées par les principes déjà énumérés. Elles sont considérées dans le meilleur intérêt de l'individu et de la santé publique.

5. Principes opérationnels du CAI

- 1) Les membres du comité s'engagent à la confidentialité la plus stricte sur les cas soumis, les discussions, les recommandations et les décisions du comité. Cette obligation persiste même après la fin de leur mandat comme membre du comité.
- 2) Toutes les discussions et décisions du comité vont dans le sens d'aider les intervenants dans leur action mais sans se substituer à eux.
- 3) Le comité n'intervient pas directement auprès de clients. Il clarifie des enjeux. Il débat des valeurs associées au cas présenté et suggère des choix ou des

voies acceptables et disponibles pour les intervenants, les organisations et la société.

- 4) Les interventions proposées ne devront pas mettre en danger la sécurité des personnes concernées ni celle de leur entourage.
- 5) Les interventions proposées seront pondérées. Leur ampleur doit être proportionnelle au changement de comportement souhaité.
- 6) Les recommandations faites par le comité doivent favoriser l'application d'une approche efficace et raisonnable tout en restreignant le moins possible les droits et libertés de l'individu concerné.
- 7) Les recommandations du comité n'ont pas force de loi ; elles sont basées sur l'expérience individuelle et collective des membres du comité.
- 8) Parce que les difficultés rencontrées par les intervenants peuvent être influencées par des limites organisationnelles et structurelles de leur environnement, les recommandations du comité ne sont pas limitées au seul intervenant mais peuvent également s'adresser, avec la permission de l'intervenant, à des tiers. Le CAI peut suggérer à la santé publique des interventions sur les politiques et les programmes pouvant influencer et supporter les organisations et les acteurs dans les domaines pertinents, par exemple.
- 9) Les informations pertinentes doivent être vérifiées (séropositivité de la personne soupçonnée d'avoir ces comportements, par exemple). Avant d'intervenir dans la vie privée d'un citoyen, il faut avoir des motifs sérieux de le faire. Notre expérience a montré que les délations sont parfois non-fondées. Ainsi, le CAI ne traitera pas les dénonciations mais orientera ces appels vers des ressources de première ligne capable de faire ces vérifications.
- 10) Les interventions proposées doivent être cohérentes avec les autres interventions faites en matière de contrôle de la transmission de l'infection au VIH: prévention primaire, réorganisation de services, etc. L'intervention auprès de ces personnes requiert, en outre, la prise en compte de certaines problématiques de la vie courante (violence domestique, par exemple).

6. Expérience acquise par le CAI

Une quinzaine de cas avait été traitée par le CAI au milieu de 1999. Il s'agissait surtout de cas impliquant un risque de transmission hétérosexuelle. On note également un plus grand nombre d'individus ayant une diminution de capacité intellectuelle.

La qualité du climat de travail et le niveau élevé des discussions acquis après deux années de fonctionnement sont une des forces de ce comité. La stabilité du membership du CAI est un déterminant majeur du succès de sa démarche. Des activités complémentaires de formation continue sur des points d'éthique, juridique, sociaux, etc. comme des séminaires, l'abonnement à des documents d'intérêt ou la diffusion de textes ad hoc sont systématiquement entreprises afin de raffiner les habiletés de travail des membres.

On peut rejoindre l'agent de liaison au numéro suivant : (514) 528 2400, poste 3840.

