

25574

WHO/GPA/ESR/89.2  
Original: Anglais  
Distr.: Générale

---

PROGRAMME  
MONDIAL DE LUTTE  
CONTRE LE **SIDA**

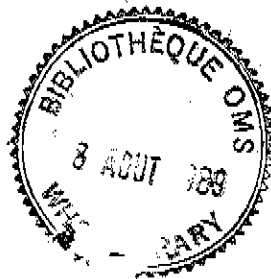
ET  
PROGRAMME  
DES **MST**

MALADIES SEXUELLEMENT  
TRANSMISSIBLES

---

RAPPORT DE LA CONSULTATION  
SUR LA NOTIFICATION AUX PARTENAIRES  
POUR LA PREVENTION DE L'INFECTION A VIH

GENEVE  
11 - 13 JANVIER 1989



ORGANISATION  
MONDIALE  
DE LA SANTE



RAPPORT DE LA CONSULTATION  
SUR LA NOTIFICATION AUX PARTENAIRES  
POUR LA PREVENTION DE L'INFECTION A VIH

Genève, 11-13 janvier 1989

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. INTRODUCTION .....	1
2. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	2
3. NOTIFICATION AUX PARTENAIRES POUR LA PREVENTION DE L'INFECTION A VIH .....	3
3.1 Introduction .....	3
3.1.1 Définitions .....	3
3.1.2 Programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et notification aux partenaires .....	4
3.1.3 Epidémiologie du SIDA et du VIH: aperçu de la situation mondiale .....	4
3.2 Expérience de la notification aux partenaires pour la prévention de l'infection à VIH .....	5
3.2.1 Belgique .....	5
3.2.2 Botswana .....	6
3.2.3 Canada .....	6
3.2.4 Costa Rica .....	7
3.2.5 Cuba .....	7
3.2.6 Japon .....	7
3.2.7 Norvège .....	8
3.2.8 Sénégal .....	8
3.2.9 Thaïlande .....	9
3.2.10 Union des Républiques socialistes soviétiques .....	9
3.2.11 Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord .....	9
3.2.12 Etats-Unis d'Amérique .....	10
3.2.13 Yougoslavie .....	11
3.2.14 Résumé de l'expérience acquise dans les pays ayant fait rapport sur la question .....	11
3.3 Questions juridiques, éthiques, culturelles et politiques .....	11
3.4 Surveillance et évaluation des programmes de notification aux partenaires .....	12

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Table des matières (suite)	<u>Page</u>
4. CONCEPTION ET MISE EN OEUVRE DE PROGRAMMES DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES .....	12
4.1 Objectifs .....	12
4.2 Principes .....	12
4.3 Variables clés .....	13
4.3.1 Epidémiologie .....	13
4.3.2 Ressources .....	13
4.3.3 Environnement local .....	13
4.3.4 Activités existantes de prévention et de lutte contre le SIDA .....	13
4.4 Méthodes .....	14
4.4.1 Questions concernant le programme .....	14
4.4.2 Questions concernant le patient .....	14
4.4.3 Questions concernant les partenaires .....	15
4.5 Evaluation .....	15
4.5.1 Paramètres quantitatifs .....	15
4.5.2 Paramètres qualitatifs .....	15
4.5.3 Activités visant à garantir la qualité .....	15
5. RECHERCHES NECESSAIRES .....	16
REFERENCES .....	19
ANNEXE 1: Liste des participants .....	21

## 1. INTRODUCTION

La Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA a un triple objectif: 1) prévenir la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH); 2) réduire l'impact personnel et social de l'infection à VIH; et 3) unifier les efforts nationaux et internationaux de lutte contre le SIDA. L'Assemblée mondiale de la Santé et l'Assemblée générale des Nations Unies ont lancé un appel à tous les pays afin qu'ils élaborent des programmes nationaux d'action préventive et de lutte contre le SIDA conformément à la Stratégie mondiale.

Selon cette Stratégie, la clé de la prévention de l'infection à VIH réside dans l'information et l'éducation, qui doivent être complétées par l'action des services de santé et d'action sociale compétents et déployer leurs effets dans un milieu social favorable et non discriminatoire. La Stratégie préconise l'établissement de programmes d'information et d'éducation visant la population en général et des groupes cibles particuliers, notamment les personnes que leur comportement expose à un risque accru d'infection à VIH. En outre, elle souligne la nécessité de protéger les droits et la dignité des personnes infectées par le VIH.

Durant l'année écoulée, de nombreux pays ont manifesté un intérêt croissant pour la notification aux partenaires en tant que méthode permettant de cibler l'information sur les personnes les plus exposées à l'infection à VIH, à savoir les partenaires sexuels des personnes infectées par le VIH et les toxicomanes qui partagent leur matériel d'injection. La notification aux partenaires s'apparente à la "recherche des contacts", que l'on peut définir comme consistant à identifier les partenaires sexuels de personnes atteintes de MST, à les orienter par des conseils et à les traiter, dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST). L'infection à VIH présente toutefois d'importantes différences par rapport aux autres MST.

Pour étudier le rôle de la notification aux partenaires dans la prévention de l'infection à VIH, une consultation d'une durée de 3 jours a été organisée par le Programme mondial OMS de Lutte contre le SIDA (GPA) et le Programme des maladies sexuellement transmissibles (VDT), du 11 au 13 janvier 1989, à Genève. Cette consultation a réuni au total 27 participants venus de 20 pays et comprenant des experts en santé publique et en épidémiologie, ainsi que des spécialistes des aspects biomédicaux et sociaux du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles (MST).

Les objectifs de la Consultation étaient les suivants:

- 1) Passer en revue les données d'expérience relatives à la notification aux partenaires dans le cadre des programmes de prévention du VIH, en accordant une attention particulière aux différents objectifs poursuivis, aux méthodes utilisées et aux moyens d'en mesurer l'efficacité;
- 2) Passer en revue et évaluer les données disponibles sur les coûts et les avantages des programmes de notification aux partenaires, en tenant compte des aspects sociaux, juridiques, politiques et éthiques de ces programmes;
- 3) Parvenir à un consensus concernant le rôle et l'intérêt éventuels de la notification aux partenaires dans le cadre d'un programme global de lutte contre le SIDA et établir une liste des points à étudier avant d'élaborer un programme de notification aux partenaires.

Le Programme mondial de Lutte contre le SIDA<sup>1</sup> a également défini d'autres questions qu'il conviendrait d'aborder avant d'envisager un programme de dépistage individuel ou de masse du VIH.

Le Dr J. Mann, Directeur de GPA, et le Dr G. Torrigiani, Directeur de la Division des maladies transmissibles, ont ouvert la réunion et souhaité la bienvenue aux participants. Le Dr N. Clumeck (Belgique) a été élu président de la réunion et le Dr G. Rutherford (Etats-Unis d'Amérique) a assumé la tâche de rapporteur.

La consultation a été divisée en trois parties. Les participants ont tout d'abord passé en revue l'expérience de 12 pays en matière de notification aux partenaires, ainsi que d'autres questions clés. Trois groupes de travail ont alors été chargés d'étudier certaines questions particulières posées par la notification aux partenaires, à savoir les objectifs et les principes (Dr J. Gallwey (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Président, et Dr D. Bradford (Australie), Rapporteur); les variables clés et les méthodes (Dr I. Blanca-Campos (Chili), Président, et Dr M. Rekart (Canada), Rapporteur); et l'évaluation, les recherches nécessaires et les recommandations (Dr A. Ndikuyeze (Rwanda), Président, et Dr J. Osborn (Etats-Unis d'Amérique), Rapporteur). Le troisième jour, tous les participants ont examiné et approuvé une déclaration de consensus.

## 2. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans de nombreux programmes de lutte contre les MST, la notification aux partenaires est, depuis de longues années, considérée comme une importante stratégie de santé publique. Avec l'apparition des tests de dépistage de l'infection à VIH, il est devenu possible d'utiliser la notification aux partenaires pour éduquer les partenaires sexuels des sujets infectés par le VIH et ceux des toxicomanes qui partagent leur matériel d'injection. Des programmes de notification aux partenaires ont été mis en oeuvre par certains pays dans le cadre de programmes globaux de lutte contre le SIDA, mais le rôle de la notification aux partenaires dans un programme d'action préventive et de lutte et ses modalités pratiques restent peu clairs.

Les participants à la Consultation ont conclu comme suit:

"Des programmes de notification aux partenaires devraient être envisagés, mais dans le contexte d'un programme global de lutte contre le SIDA. Cependant, la notification aux partenaires soulève des problèmes médicaux, logistiques, sociaux, juridiques et éthiques graves. Elle comporte des avantages et des risques potentiels, notamment la possibilité de contribuer à la prévention de la transmission du VIH et à une réduction de la morbidité et de la mortalité dues à l'infection à VIH, mais aussi celle de porter préjudice à l'individu et à la société et de faire négliger les autres activités de prévention et de lutte contre le SIDA. En outre, le coût des programmes de notification aux partenaires et leur contribution à la réalisation des objectifs de prévention et de lutte contre le SIDA dans une population et une zone données peuvent être très variables et sont difficiles à établir. Ainsi convient-il, dans le contexte d'un programme global de prévention et de lutte contre le SIDA, d'examiner attentivement et explicitement les objectifs et les principes fondamentaux de la notification aux partenaires, en même temps qu'un certain nombre de variables clés et d'aspects méthodologiques d'une importance cruciale avant de décider d'instituer ou non une procédure de notification aux partenaires. Les programmes de notification aux partenaires qui ne tiennent pas compte de ces éléments peuvent porter préjudice à l'individu et aller à l'encontre des efforts de prévention et de lutte contre le SIDA."

---

<sup>1</sup>Le dépistage de masse et le dépistage individuel dans les programmes de lutte contre le SIDA. Document OMS non publié WHO/SPA/INF/88.1.

La plus importante recommandation émise à l'issue de la consultation a été que les programmes nationaux de lutte contre le SIDA devaient étudier la possibilité d'entreprendre des activités de notification aux partenaires dans le contexte d'un programme global d'action préventive et de lutte contre le SIDA. Bien que cette notification puisse s'avérer utile dans certaines situations, la décision d'inclure un programme de notification aux partenaires dans les activités de lutte contre le SIDA ne devrait être prise qu'après examen soigneux d'un certain nombre de questions et de variables.

Les participants à la Consultation ont recommandé à l'OMS:

- a) d'apporter un soutien technique aux programmes nationaux d'action préventive et de lutte contre le SIDA qui souhaitent examiner les avantages et les inconvénients des programmes de notification aux partenaires;
- b) d'apporter un soutien technique, notamment par la fourniture de matériels de formation et la formulation de grandes orientations, aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA qui souhaitent entreprendre des activités de notification aux partenaires;
- c) d'élaborer des normes et des instruments uniformes pour la description, la comparaison et l'évaluation des programmes de notification aux partenaires;
- d) d'entreprendre une étude de faisabilité concernant la conception et la mise en oeuvre d'interventions expérimentales contrôlées pour déterminer dans quelle mesure la notification aux partenaires contribue à réduire la transmission du VIH;
- e) de faciliter l'échange d'informations sur la conception, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des procédures de notification aux partenaires dans le cadre des programmes globaux d'action préventive et de lutte contre le SIDA;
- f) de soumettre à une analyse critique les données d'expérience concernant la notification aux partenaires, en tant que composante de programmes globaux de lutte contre les MST, et sa contribution potentielle à l'action préventive et à la lutte contre les MST et le SIDA.

### 3. NOTIFICATION AUX PARTENAIRES POUR LA PREVENTION DE L'INFECTION A VIH

#### 3.1 Introduction

##### 3.1.1 Définitions

Pour les besoins de la Consultation, on a utilisé les définitions suivantes:

Notification aux partenaires: Gamme des actions de santé publique qui visent à informer les partenaires sexuels des personnes infectées par le VIH et les co-utilisateurs de matériel d'injection, à les conseiller au sujet des risques qu'ils encourent et à leur offrir des services. La notification aux partenaires peut se faire selon 2 méthodes principales: la notification par le patient et la notification par le dispensateur de soins.

Notification par le patient (sujet de référence): Méthode selon laquelle les personnes infectées par le VIH sont encouragées à faire connaître à leurs partenaires leur éventuelle exposition au VIH, sans intervention directe des dispensateurs de soins. Selon cette approche, le dispensateur de soins donne des conseils à la personne infectée par le VIH concernant l'information à transmettre à ses partenaires et les procédés à utiliser à cet effet.

Notification par le dispensateur de soins: Méthode selon laquelle les dispensateurs de soins ou les agents de 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 dispensateurs de soins ou autres agents de santé, qui se chargent alors d'aviser directement les partenaires de façon confidentielle. Cette notification peut s'effectuer dans le contexte des soins de santé primaires et se faire avec la participation du patient, aussi bien que du dispensateur de soins ou d'un autre agent de santé.

Sujet de référence (patient): Individu chez qui on a constaté une infection à VIH ou le SIDA. Les partenaires sexuels et les co-utilisateurs de matériel d'injection sont les personnes à qui la notification doit être adressée.

Période d'infectiosité: Période pendant laquelle il y a risque de transmission, c'est-à-dire à partir du moment où le sujet est infecté par le VIH.

Partenaire: Tout individu qui, pendant la période d'infectiosité, a eu des rapports sexuels ou partagé du matériel d'injection avec un patient.

### 3.1.2 Programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et notification aux partenaires

Historiquement, la recherche des contacts (notification aux partenaires) dans les programmes de lutte contre les MST a consisté, pour le patient ou pour le dispensateur de soins de santé, à identifier et déclarer les partenaires du sujet infecté. Cette notion a maintenant été étendue à l'octroi de conseils visant à faire évoluer le comportement du partenaire. Deux méthodes de repérage des partenaires ont été utilisées. La première est la recherche des contacts (définie dans le présent rapport comme étant la notification par le dispensateur de soins) qui est entièrement effectuée par du personnel qualifié et qui a pour but de permettre de découvrir les contacts initiaux qui sont à la source de l'infection et d'identifier les contacts secondaires à partir de la source plutôt qu'à partir du patient lui-même. Mais, tout en étant considérée comme un puissant instrument de réduction de la transmission des MST, cette méthode n'a pas fait l'objet d'une évaluation directe. Elle réclame un diagnostic précis, pose des problèmes de confidentialité des données, coûte fort cher et dépend d'une période d'incubation brève et définissable. La recherche formelle des contacts a donné surtout de bons résultats dans le cas de partenaires sexuels réguliers de sujets infectés. En revanche, la recherche simplifiée des partenaires (définie dans le présent rapport comme étant la notification par le patient) est effectuée par le patient qui localise son ou ses partenaires sexuels masculin ou féminin et fait en sorte qu'ils puissent être examinés. Le repérage des partenaires (notification aux partenaires) joue un double rôle de gestion individuelle des cas, dans la mesure où il permet d'éviter la réinfection, et de lutte contre la maladie. La recherche officielle des partenaires a surtout été utilisée pour lutter contre la syphilis et contre les infections à Neisseria gonorrhoeae productrice de pénicillinase.

### 3.1.3 Epidémiologie du SIDA et du VIH: aperçu de la situation mondiale

En janvier 1989, environ 130 000 cas de SIDA avaient été déclarés à l'OMS. La répartition de ces cas et les données fournies par les enquêtes sur la séroprévalence donnent à penser qu'il existe trois schémas pour l'infection à VIH:

Schéma I. Zones de forte incidence où la transmission passe essentiellement par les hommes homosexuels et bisexuels et les toxicomanes IV (pays occidentaux industrialisés)

Schéma II. Zones de forte incidence où la transmission passe essentiellement par les hommes et femmes hétérosexuels (Afrique au sud du Sahara, région des Caraïbes)

Schéma III. Zones de faible incidence (Asie, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Pacifique, Europe de l'Est)

L'Amérique latine semble être en train de passer du schéma I au schéma II.

Des modèles ont été élaborés par GPA afin d'estimer le nombre des victimes actuelles de SIDA et de l'infection à VIH et d'estimer le nombre des malades du SIDA en 1991 (Tableau 1).

Tableau 1  
Cas déclarés et estimés, 1988 et 1991, et  
infections à VIH estimées, 1988<sup>a</sup>

Zone	Déclarés	Estimés (1988)	Cas de SIDA Estimés (1991)	% déclaré	Nombre estimé de cas d'infection à VIH (en millions)
Afrique	20 905	200 000	575 000	10,5	2,5
Amériques	93 723	150 000	425 000	62,5	2,0
Asie	285	500	5 000	57,3	0,05
Europe	16 683	25 000	100 000	67,5	0,5
Océanie	1 180	1 500	6 000	78,7	0,03
Total	132 976	377 000	1 111 000	35,3	5,08

<sup>a</sup> Source: OMS/GPA.

### 3.2 Expérience de la notification aux partenaires pour la prévention de l'infection à VIH

#### 3.2.1 Belgique

En Belgique, il n'existe pas de politique de notification aux partenaires de sujets infectés par le VIH, mais cette méthode a été utilisée dans un hôpital universitaire qui a un grand nombre de malades du SIDA. Le but est d'informer ceux qui ne savent peut-être pas qu'ils sont exposés à l'infection par le VIH. Les sujets visés sont surtout des hommes et des femmes qui ont été exposés à la contamination par des rapports hétérosexuels et qui n'utilisent pas de drogue par voie intraveineuse. L'action est volontaire et strictement confidentielle; la notification par le patient est encouragée mais, si les patients le désirent, la notification par le dispensateur de soins est possible par l'intermédiaire d'un agent de la protection sociale. Celui-ci se met en relation avec les partenaires à qui il offre des informations, des conseils, une éducation concernant la réduction du risque et la possibilité de faire pratiquer des tests de dépistage.

Depuis 1986, sur 289 patients éligibles, 105 (36%) ont été retenus pour les besoins de l'enquête et 45 (43%) d'entre eux ont fait l'objet d'un dépistage de l'infection à VIH. Cinquante-deux pour cent des patients éligibles ont refusé et 38% ont mentionné des partenaires sexuels ailleurs qu'en Belgique. Sur ces 45 personnes, 35 étaient de souche européenne et 10 d'origine africaine; 27 (60%) étaient mariées. Elles ont mentionné 92 partenaires hétérosexuels (soit, en moyenne, 3 à 4 partenaires par patient au cours des 2 ou 3 dernières années, ce qui donne une fourchette de 1 à 350). Sur les 92 partenaires, 27 étaient mariés à des sujets de référence, dont 16 (59%) étaient séropositifs; 13 étaient des partenaires sexuels non mariés de sujets de référence, dont 5 (38%) étaient séropositifs; et 52 étaient des partenaires occasionnels de sujets de référence, dont 15 (29%) étaient séropositifs. L'utilité de la notification aux partenaires a été démontrée dans un sondage par grappes portant sur un homme et ses 17 partenaires féminines. Dix de ces femmes, y compris 7 qui n'avaient jusque-là fait l'objet d'aucun diagnostic, et l'un des dix partenaires masculins de ces femmes ont été trouvés séropositifs.

### 3.2.2 Botswana

Le Botswana vient d'adopter un système de notification aux partenaires de sujets infectés par le VIH afin de lutter contre la propagation de cette infection. Dans ce programme, l'accent est mis sur la confidentialité et l'anonymat des données et les noms des sujets et de leurs partenaires ne sont connus que du personnel du département de santé. Les sujets de référence sont des malades du SIDA et des donneurs de sang infectés par le VIH, identifiés par le moyen de programmes de dépistage chez les donneurs de sang; la méthode utilisée est celle de la notification par celui qui dispense les soins, le médecin de district se chargeant de la notification proprement dite et des conseils aux intéressés. La recherche porte sur les partenaires des trois années précédentes. Les principaux problèmes rencontrés sont la discrimination à l'égard des sujets infectés par le VIH identifiés dans le cadre de ce programme et les réticences des patients qui se montrent disposés à donner le nom de leurs partenaires hors mariage, mais non celui de leur conjoint. Aucune donnée n'est disponible pour l'instant.

### 3.2.3 Canada

Le Canada utilise généralement le système de la notification par le dispensateur de soins pour la syphilis et la gonococcie et celui de la notification par le patient pour les autres MST. Dans l'ensemble, les provinces où l'infection à VIH est sujette à déclaration nominale emploient le système de la notification par le dispensateur de soins, tandis que les provinces où ce système de déclaration n'existe pas recourent à la méthode de la notification par le patient. Le Comité consultatif national canadien de lutte contre le SIDA a recommandé d'utiliser la méthode de la notification par le patient et, sur demande, celle de la notification par le dispensateur de soins, par l'intermédiaire des départements de santé. Un certain nombre de problèmes possibles ont été constatés, à savoir: le manque de données concluantes sur l'efficacité de la notification par le dispensateur de soins, par comparaison avec la notification par le patient; inacceptabilité de cette méthode sur le plan politique; affaiblissement du courant d'activités de consultation et de dépistage; absence de thérapie; et, la plus grande partie des tests de dépistage étant pratiquée par l'intermédiaire des médecins, défaut, chez ceux-ci, d'aptitude à donner des conseils. En Colombie britannique, les résultats positifs des épreuves de dépistage du VIH sont renvoyés au dispensateur de soins avec un formulaire que les patients qui ne souhaitent pas faire connaître eux-mêmes leur partenaire peuvent utiliser pour donner la liste de leurs contacts, en envoyant cette liste pour suivi au programme provincial de lutte contre les MST. Ce type d'approche est encouragé notamment lorsque les partenaires sont des femmes en âge de procréer. Sur la cinquantaine de formulaires envoyés chaque mois, deux ou trois sont renvoyés. Ce programme est accepté et n'a pas affecté défavorablement les activités de conseil et de dépistage. En dix-huit mois de fonctionnement, 1 100 sujets séropositifs pour le VIH ont renvoyé 53 formulaires avec le nom de 75 partenaires. Sur ces 75 partenaires, 69 ont été localisés et ont bénéficié de conseils. Les deux tiers étaient

du sexe masculin et le tiers du sexe féminin; 25% étaient des hommes homosexuels, 25% des hommes bisexuels et 50% des hommes et des femmes hétérosexuels. Sur les 70% qui savaient courir le risque de contracter l'infection, 60% avaient déjà subi un test de dépistage; 30% savaient qu'ils couraient un risque, mais ne pensaient pas avoir contracté l'infection; et 15% ignoraient tout de leur exposition au risque.

#### 3.2.4 Costa Rica

Deux campagnes en faveur de la notification aux partenaires pour l'infection à VIH sont en cours au Costa Rica, l'une dans le cadre du Programme de Lutte contre les MST mis en oeuvre par le Ministère de la Santé et l'autre à l'occasion d'une étude universitaire de cohortes portant sur des hommes homosexuels et bisexuels. Dans le programme du Ministère de la Santé, les sujets de référence comprennent des cas déclarés de SIDA, des malades atteints de MST, des prisonniers, des donneurs de sang, des prostitué(e)s chez qui l'infection à VIH a été détectée lors de programmes de dépistage et des partenaires séropositifs identifiés grâce au programme. Ces sujets sont interviewés par un travailleur social qui notifie et conseille, à titre confidentiel, les partenaires sexuels qu'ils ont désignés, en donnant la priorité aux sujets mariés ou qui vivent avec un partenaire. Une quarantaine de chaînes de transmission ont été examinées et 200 partenaires infectés par le VIH ont été identifiés et ont, à leur tour, identifié 1 500 autres contacts, dont le tiers environ ont fait l'objet d'une investigation. Le coût de ces investigations s'est chiffré à peu près à US\$ 50 par partenaire notifié. Dans l'étude de cohorte, il est demandé aux hommes homosexuels et bisexuels infectés par le VIH d'encourager leurs partenaires à se faire conseiller et tester dans l'anonymat.

#### 3.2.5 Cuba

A Cuba, la notification aux partenaires tient une place importante dans le Programme national de Lutte contre le SIDA, la notification par le dispensateur de soins étant assurée par le personnel infirmier du Programme national de Lutte contre les MST. Les sujets sont identifiés par des programmes nationaux de dépistage qui ont permis de repérer 268 individus séropositifs, sur les 3 426 321 individus ayant subi le test du VIH depuis 1986. Les partenaires des individus infectés que l'on arrive à localiser sont informés et soumis au test du VIH et, en cas de résultat négatif, suivis tous les trimestres pendant un an afin d'éliminer toute possibilité de séroconversion tardive. Les conjoints sont suivis indéfiniment. En l'espace de trois ans, 1 317 partenaires sexuels ont été identifiés et 1 052 (80%) ont été examinés. Sur ces 1 052 personnes, 755 étaient des hétérosexuels (594 femmes et 161 hommes) et 562 des hommes homosexuels ou bisexuels. Quatre-vingt-dix-neuf partenaires infectés ont été identifiés, dont 6 femmes et 31 hommes qui avaient pour partenaires des hommes homosexuels ou bisexuels et 53 femmes et 9 hommes qui avaient des partenaires hétérosexuels. Les hommes homosexuels et bisexuels séropositifs avaient, en moyenne, 9 partenaires sexuels et les hommes et femmes hétérosexuels séropositifs 3,7 partenaires.

#### 3.2.6 Japon

La notification aux partenaires n'est pas couramment pratiquée au Japon. Une loi qui vient d'être adoptée fait obligation au médecin qui diagnostique l'infection à VIH de donner au patient les "instructions nécessaires" en matière, par exemple, d'hygiène de vie et de réduction du risque dans leurs habitudes sexuelles. Elle n'exige pas la notification aux partenaires, mais réclame du médecin qu'il signale le cas au gouverneur préfectoral. En fait, le médecin est censé dire à son ou ses patients d'inciter leurs partenaires à se faire tester pour le VIH. En même temps, le Gouvernement japonais met en place un réseau d'hôpitaux et de dispensaires où chacun est libre d'aller subir une épreuve de dépistage sans devoir révéler son nom. Exceptionnellement, le médecin qui soupçonne une personne de transmettre l'infection à VIH peut signaler le cas en donnant le nom de cette personne et d'autres détails au gouverneur préfectoral qui se met alors en relation avec l'intéressé.

3.2.7 Norvège

La direction de la santé à Oslo utilise, depuis avril 1986, la méthode de la notification aux partenaires dans le cadre de son programme de lutte contre le SIDA, afin de combattre la propagation du VIH et peut-être aussi de traiter les patients ou de diminuer le risque de contagion et aussi celui de complications grâce à un diagnostic et à un traitement précoces. Sur les 190 patients retenus pour participer à ce programme, 160 ont désigné au total 225 partenaires. Sur ces 225 partenaires, 172 ont subi l'épreuve du VIH et 65 ont été trouvés séropositifs. Les dispensateurs de soins ont envoyé par lettre recommandée une notification à 68 des 225 partenaires et, sur les 43 qui ont subi le test de dépistage, 3 ont été trouvés séropositifs. Sur les 65 partenaires séropositifs identifiés grâce à ce programme, 30 ont déclaré qu'ils ne seraient pas allés se faire examiner ou qu'ils n'avaient pas encore informé leurs partenaires du danger qu'ils couraient. Sur ces 30 partenaires qui semblaient être représentatifs de l'intérêt réel présenté par la notification aux partenaires, neuf étaient des hommes homosexuels ou bisexuels, 17 des toxicomanes IV et 4 des hétérosexuels. On a pu constater que le programme avait 3 effets bénéfiques: détection de sujets infectés par le VIH qui n'auraient, sans cela, pas été testés; octroi direct de conseils aux personnes exposés au risque, mais non infectés; et sensibilisation des sujets au risque de transmission.

3.2.8 Sénégal

Le Programme sénégalais de notification aux partenaires a un triple objectif: stopper l'infection à VIH tant que sa prévalence dans le pays reste faible et identifier les individus responsables de la transmission du VIH et tous les partenaires des individus infectés. Deux approches sont utilisées: une approche officielle fondée sur l'expérience acquise dans la lutte contre les MST et une approche simplifiée. D'une façon générale, on estime que l'approche simplifiée est meilleure, plus souple, moins stigmatisante et potentiellement plus efficace, car elle fait appel à l'aide du sujet lui-même. A Dakar, 15% des partenaires de malades atteints de MST ont été repérés, 2% des partenaires de prostitué(e)s et 4% des partenaires de donneurs de sang. La faiblesse des pourcentages chez les prostitué(e)s et les donneurs de sang s'explique, pense-t-on, par la crainte qu'inspirent la divulgation possible des données et la mise éventuelle au ban de la société. L'approche officielle est plus coûteuse, les patients peuvent perdre confiance et la confidentialité des données peut ne pas être respectée, exposant le malade à des réactions de rejet de la part de la société. L'approche généralement adoptée au Sénégal est résumée au Tableau 2.

Table 2

Estimation des coûts par contact séropositif pour le VIH repéré par le moyen d'un programme de dépistage, à Dakar (Sénégal)

Groupe	Séroprévalence pour le VIH	Risque de transmission	Méthode	Coût
Donneurs de sang	0,6%	+	Simplifiée	+
Prostitué(e) autorisées	12%	+++	Simplifiée	+++
Prostituées illicites	Néant	++++	Officielle	++++
Malades atteints de MST	2-3%	++	Simplifiée	++
Malades du SIDA/ Parasida	50%	+	Simplifiée	+

### 3.2.9 Thaïlande

Dans la lutte contre les MST, la méthode de la notification aux partenaires a été largement utilisée en Thaïlande. S'agissant de l'infection à VIH, elle a un triple objectif: conseiller les partenaires sexuels des sujets de référence de manière à réduire la transmission du VIH; faciliter la notification médicale des partenaires sexuels des sujets de référence, en cas de besoin; et suivre ces partenaires pendant un certain temps. Les sujets infectés par le VIH sont identifiés dans le cadre de programmes de dépistage du VIH; ils comprennent, en gros, quatre groupes: les toxicomanes IV, les prostitués du sexe masculin, les prisonniers et les prostituées du sexe féminin. La méthode de la notification par le patient est préférée à celle de la notification par le partenaire et la notification par le dispensateur de soins n'intervient qu'à la demande du sujet et avec son consentement éclairé. Une fois identifiés, les sujets de référence sont suivis dans toute la mesure du possible par le personnel du département de santé, pour qu'ils puissent bénéficier en permanence de conseils et d'une prise en charge médicale plus facile. Le coût du dépistage par la sérosurveillance se monte à US\$ 390 par personne, mais diminue dans des proportions appréciables lorsque la sérosurveillance est pratiquée dans les dispensaires. La notification, l'octroi de conseils et l'éducation d'un partenaire désigné par le personnel des services de santé revient à peu près à US\$ 15 par partenaire. A Bangkok, les sujets de référence ont nommé 129 partenaires: 29 partenaires de malades du SIDA, 31 de malades atteints de parasida et 69 de personnes infectées par le VIH. Sur les 129 partenaires, 71 étaient des étrangers impossibles à joindre; sur les 158 partenaires Thai, 25 ont pu être joints et 7 se sont révélés séropositifs (5 hommes homosexuels et 2 femmes hétérosexuelles). Par comparaison avec le taux de 80% de partenaires de malades atteints de MST localisés, ce taux de suivi est interprété comme signifiant que la notification aux partenaires est moins efficace lorsqu'elle s'applique à la lutte contre le SIDA.

### 3.2.10 Union des Républiques socialistes soviétiques (URSS)

En URSS, la notification aux partenaires est liée à une vaste action de dépistage du VIH et est légalement obligatoire pour tous les sujets infectés par le VIH. L'obligation légale d'informer ne s'applique toutefois qu'aux donneurs et aux receveurs de sang infecté et aux conjoints légaux, aux enfants et aux mères de sujets infectés. Le but essentiel de la notification aux partenaires est de donner des conseils aux sujets infectés par le VIH de façon à empêcher la propagation du virus, de traiter les sujets infectés si cela est possible et d'éduquer les partenaires non infectés de manière à limiter leur exposition à l'infection. Deux approches sont utilisées à cet effet: la notification par le patient et la notification confidentielle par le dispensateur de soins. D'une façon générale, les sujets de référence choisissent rarement la méthode de la notification par le patient et, s'ils le font, ils se bornent à signaler leur partenaire sexuel du moment. Environ 96% des partenaires ayant reçu notification acceptent d'être suivis par des spécialistes médicaux. L'utilité de la notification aux partenaires dans ce pays à faible prévalence est illustrée par des données provenant de plusieurs enquêtes épidémiologiques. Un homosexuel du sexe masculin, par exemple, a infecté 5 de ses 22 partenaires sexuels; ceux-ci ont, à leur tour, infecté 4 femmes qui ont eu, à leur tour, 2 nourrissons infectés. L'un des 5 partenaires infectés a contaminé 5 autres personnes par du sang transfusé et l'une de ces personnes a infecté son mari. Cette enquête a permis de repérer 16 partenaires infectés jusque-là non diagnostiqués.

### 3.2.11 Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord

Le Royaume-Uni a un système bien établi de dispensaires de médecine génito-urinaire pour le diagnostic, le traitement et la prévention des MST. La fréquentation de ces dispensaires est volontaire et confidentielle et la loi garantit le secret des dossiers. Une tendance se dessine à abandonner la méthode de la notification par le dispensateur de soins dans le cas des MST, à donner plus d'importance à l'éducation et à l'octroi de conseils et à recourir de plus en plus à la méthode de la notification par le patient pour des raisons de prix et, aussi ce qui est plus important, parce que cela aide le

patient à accepter la responsabilité de la prise en charge de l'infection. L'objectif premier de la notification aux partenaires dans le cas de l'infection à VIH est de permettre aux individus exposés à l'infection de recevoir individuellement des conseils concernant la réduction ou la suppression du risque. Les opinions diffèrent quant à l'importance qu'il y a à identifier les partenaires déjà infectés. L'accent est mis sur la notification par les patients de leurs partenaires du moment, avec certaines variations d'un dispensaire à l'autre dans l'importance donnée au dépistage du VIH chez les partenaires, bien que l'on encourage d'ordinaire ce dépistage chez les femmes. Grâce aux conseils qui leur seront donnés, on estime que virtuellement tous les sujets infectés seront à même de faire connaître leur partenaire sexuel stable du moment et que les toxicomanes IV seront également à même de faire connaître ceux avec qui ils partagent leur matériel d'injection. Pour des raisons qui tiennent à des différences locales de procédure, aux horaires de travail des conseillers de santé et à l'accent mis sur l'éducation et l'octroi de conseils, il est difficile de calculer le coût de ces opérations ou d'attribuer un recul éventuel dans l'incidence du VIH spécifiquement à la notification aux partenaires dans le cadre des activités générales de lutte contre le SIDA.

### 3.2.12 Etats-Unis d'Amérique

Depuis 1986, la notification aux partenaires est préconisée aux Etats-Unis pour la lutte contre la transmission du VIH par voie sexuelle et liée à la toxicomanie. Bien que l'accent soit mis avant tout, dans bien des Etats, sur la notification par le patient, des ressources suffisantes sont prévues pour intensifier la notification par le dispensateur de soins et, dans certains Etats, la notification par le dispensateur de soins est la méthode préférée pour la notification aux partenaires. Plus spécifiquement, les 50 Etats prévoient l'octroi de conseils aux patients infectés par le VIH vus par les centres de conseils et de dépistage anti-VIH, financés sur des fonds publics, concernant l'intérêt que les patients ont à informer du risque leurs partenaires sexuels ou ceux avec qui ils partagent leur matériel d'injection, s'ils font partie des toxicomanes. Dans les 50 Etats, la notification par le dispensateur de soins est possible sur demande et 15 Etats disposent de programmes qui encouragent la notification par le dispensateur de soins pour l'ensemble des patients. A San Francisco, en Californie, la notification par le dispensateur de soins vise plus particulièrement à prévenir la transmission périnatale et se focalise de ce fait sur les partenaires des hétérosexuels et bisexuels infectés par le VIH. Cinquante et un sujets de référence ont nommé 135 partenaires, dont 59 (44%) ont été interviewés et 34 (58%) ont subi une épreuve de dépistage, qui a donné des résultats positifs pour 7 d'entre eux (21%). Au Colorado, Etat qui privilégie la méthode de notification par le dispensateur de soins, 504 personnes infectées ont nommé 767 partenaires, dont 626 (82%) ont pu être repérés; sur ce nombre 546 (87%) n'avaient jamais été jusque-là soumis à une épreuve de dépistage du VIH. Sur ces 546 personnes, 429 (79%) ont accepté de subir le test de dépistage et de recevoir des conseils et 59 (14%) ont été trouvées séropositives. Des expériences analogues ont eu lieu en Idaho, où le suivi de 120 individus infectés par le VIH a conduit à diagnostiquer 23 partenaires infectés, et en Virginie, où la surveillance de 230 patients infectés par le VIH repérés dans les dispensaires anti-vénériens a conduit à diagnostiquer 44 partenaires infectés. En Caroline du Sud, l'étude du cas d'un homme homosexuel infecté par le VIH a permis de diagnostiquer 12 cas d'infection à VIH chez les partenaires de cet homme et les partenaires de ses partenaires. Dans la ville de New York, c'est la méthode de la notification par le patient qui occupe la première place mais la notification par le dispensateur de soins est possible sur demande. Sur les 166 partenaires interviewés dans le cadre de ce programme, 50 à 75% étaient avertis de leur exposition au risque, 50% avaient déjà demandé des conseils et subi des tests et 50% avaient déjà pris des mesures pour réduire le risque. Les sujets conscients du risque étaient essentiellement des femmes, uniquement exposées à la contamination par leurs relations avec un homme bisexuel. Parmi les toxicomanes IV qui avaient eu recours au programme, presque tous étaient en traitement. Environ 17% des personnes venues demander des conseils et se faire tester ont précisé avoir été envoyées par leur partenaire. Le coût varie de US\$ 810 par partenaire séropositif identifié, en Caroline du Sud, et US\$ 2 203, à San Francisco.

### 3.2.13 Yougoslavie

La Yougoslavie a ni politique officielle, ni législation, ni méthode particulière concernant la notification aux partenaires de l'infection à VIH; jusqu'ici, cette notification a été laissée à l'individu séropositif et à son médecin. Les manières de procéder ont donc été très diverses, allant du secret absolu à l'insistance pour que le partenaire soit informé. La façon d'informer le partenaire dépend de l'expérience, du contexte culturel et de la formation. Il y a, dans le pays, de très grandes différences entre les méthodes adoptées, qui vont de l'octroi de conseils au sujet séropositif, à qui décide ou non d'avertir son entourage à la notification obligatoire. En principe, la notification aux partenaires devrait être le produit d'une stratégie commune: elle devrait prendre en considération la situation psychosociale du sujet séropositif et être à la fois volontaire et confidentielle; elle devrait aussi, si possible, être faite par le séropositif lui-même; et il serait utile d'organiser une consultation commune du médecin, de l'intéressé et de son partenaire, afin de discuter de la situation. La notification aux partenaires devrait se faire dans l'intérêt du séropositif, de son ou ses partenaires et du public en général.

### 3.2.14 Résumé de l'expérience acquise dans les pays ayant fait rapport sur la question

L'expérience des 13 pays est résumée au Tableau 3.

### 3.3 Questions juridiques, éthiques, culturelles et politiques

Les questions soulevées par la notification aux partenaires sont, pour une bonne part, parallèles à celles que pose la pratique des tests de dépistage des anticorps anti-VIH. La notification aux partenaires présente-t-elle des avantages ou des inconvénients pour la personne notifiée? Si inconvénients il y a, y a-t-il des avantages prouvés ou probables pour la collectivité qui contrebalancent ces inconvénients? La notification par le dispensateur de soins conduira-t-elle à la discrimination? Aboutira-t-elle à l'alinéation des groupes qui courent le plus grand risque d'être infectés?

La seule certitude est que si l'on attend que la crise se produise avant d'examiner ces questions, des considérations de convenance politique l'emporteront sur des arguments humains et rationnels. Quelle que soit la forme prise par la notification aux partenaires, des questions d'éthique se posent avec une acuité grandissante à mesure que les approches deviennent plus agressives. Les critères pour la mise en oeuvre d'un programme de notification aux partenaires doivent reposer sur l'analyse soigneuse des risques et des avantages pour le patient, pour ses partenaires et pour la collectivité. Le principal problème n'en reste pas moins que les partenaires n'ont d'ordinaire n'exercent aucune influence, qu'ils sont avertis ou non de la situation. Sur le plan politique et culturel, le problème majeur est des pressions publiques ou politiques mal informées peuvent conduire à des actions inappropriées, discriminatoires, punitives ou juridiquement contreproductives. Qui plus est, la notification sélective par le dispensateur de soins peut être politique inacceptable, car elle peut épargner certains groupes et exercer une discrimination à l'encontre d'autres. Le plus grand problème est que la législation peut être nécessaire pour permettre la notification par le dispensateur de soins et l'absence de notification aux partenaires de la part du dispensateur et éventuellement aussi du patient peut être interprétée comme de la négligence coupable. Dans la détermination des stratégies en vue de la notification aux partenaires, il faut peser les avantages prouvés ou probables résultant de la prévention du VIH pour les individus ou la collectivité par rapport aux inconvénients prévisibles pour les individus; aucun effort ne devrait être négligé pour réduire le plus possible ces inconvénients. Les stratégies devraient être souples, humaines, rationnelles, appropriées à l'individu et à la collectivité et acceptables à la fois pour les groupes qui sont le plus exposés au risque et pour les dispensateurs de soins de santé.

### 3.4 Surveillance et évaluation des programmes de notification aux partenaires

Le but ultime des programmes de notification aux partenaires est de réduire la transmission du VIH au sein de la collectivité mais l'évaluation est malaisée, car la notification aux partenaires est conçue comme faisant partie intégrante d'un programme général de prévention et de lutte. En dépit de preuves montrant que la notification aux partenaires a bien fonctionné dans certaines flambées de MST, l'utilité de ce système contre les MST endémiques est beaucoup moins évidente et aucune évaluation systématique n'a jamais été entreprise. Pour répondre à la question fondamentale de savoir si un tel programme peut ou non donner des résultats, l'idéal serait un essai randomisé de notification aux partenaires, dans lequel les résultats seraient mesurés par l'incidence du VIH dans la collectivité tout entière. Cet essai serait toutefois extrêmement difficile à réaliser, qu'il s'agisse d'assortir les échantillons ou de mesurer les résultats. Un autre résultat plus facile à mesurer, mais moins exact, est le changement constaté, à l'échelle de la communauté, dans les comportements à haut risque ou la prévalence d'autres MST dans la collectivité (gonococcie ou syphilis, par exemple). C'est pourquoi la plupart des études publiées sur la notification aux partenaires se sont concentrées sur les résultats des opérations: nombre de patients ayant participé à l'enquête, patients identifiés et informés, partenaires infectés diagnostiqués et partenaires non infectés ayant reçu des conseils, etc. Il peut être important aussi d'avoir des profils de risque plus complets des sujets et de leurs partenaires, dans lesquels, en plus des informations démographiques habituelles, pourraient figurer la connaissance que le partenaire a du risque qu'il court, l'état génésique du partenaire et le caractère des rapports entre le sujet et son partenaire. La question se pose aussi de savoir dans quelle mesure la notification aux partenaires est efficace dans le repérage des partenaires occasionnels non désignés; l'incapacité à atteindre ce groupe d'individus réduit l'intérêt de la méthode. Il faudrait aussi mesurer le coût des programmes, mais celui-ci varie en fonction de la densité de la population, du coût de soins médicaux, de la séroprévalence et de la mesure dans laquelle le programme est intégré aux services cliniques.

## 4. CONCEPTION ET MISE EN OEUVRE DE PROGRAMMES DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES

### 4.1 Objectifs

La notification aux partenaires peut apporter une contribution à deux des objectifs de la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA, à savoir:

- (1) prévenir la transmission du VIH;
- (2) réduire l'impact personnel et social de l'infection à VIH.

Elle peut y contribuer en permettant de repérer les individus qui ont pu être exposés à l'infection à la suite de rapports sexuels ou en partageant du matériel d'injection et en informant ces individus des risques auxquels ils ont été exposés, de manière à pouvoir leur offrir des conseils et d'autres services.

### 4.2 Principes

La notification aux partenaires comme élément d'un programme global d'action préventive et de lutte contre le SIDA n'est acceptable que si les principes suivants sont observés. La notification aux partenaires devrait:

- 1) répondre aux objectifs de la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA et des programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
- 2) être pratiquée dans le respect des droits et de la dignité des partenaires et du patient;

- 3) s'insérer de façon équilibrée dans un programme global d'action préventive et de lutte contre le SIDA et être coordonnée dans le contexte des soins de santé primaires avec d'autres actions de santé publique, telles que les programmes de lutte contre les MST, la santé maternelle et infantile, la planification familiale et la prévention de la toxicomanie;
- 4) être volontaire <sup>2</sup> et non coercitive, les patients et leurs partenaires devant avoir la possibilité de bénéficier de tous les services offerts, qu'ils aient, ou non, la volonté de coopérer à l'application d'une méthode de notification aux partenaires;
- 5) être confidentielle, y compris pour ce qui concerne les dossiers écrits, les renseignements permettant de localiser les partenaires et, dans le cas de la notification par le dispensateur de soins, l'identité du patient. Cependant, lorsque le patient n'a eu qu'un seul partenaire, il se peut que son identité puisse être décélée;
- 6) être pratiquée seulement lorsque les patients et leurs partenaires peuvent bénéficier de services de soutien appropriés, comprenant au minimum la prestation de conseils sur les conséquences de l'exposition à l'infection, la possibilité de subir un test volontaire et confidentiel de dépistage du VIH, avec octroi de conseils avant et après l'examen sérologique, et des services de santé et d'action sociale appropriés; la qualité de ces services devra être assurée et faire l'objet d'un contrôle périodique.

#### 4.3 Variables clés

Avant de décider d'intégrer ou non la notification aux partenaires à un programme global d'action préventive et de lutte contre le SIDA, il convient de tenir compte d'un certain nombre de variables clés locales et nationales.

##### 4.3.1 Epidémiologie

La séroprévalence du VIH, la séro-incidence et les schémas de la transmission du VIH, les facteurs démographiques, et les connaissances, attitudes, croyances et pratiques des groupes de population concernés.

##### 4.3.2 Ressources

Financement, personnel, moyens de diagnostic et de gestion, compte tenu des tendances scientifiques et techniques en matière de diagnostic, de traitement et de prévention, et l'organisation des services de santé et d'action sociale.

##### 4.3.3 Environnement local

La législation pertinente, les considérations culturelles, les réalités politiques, le climat social, les craintes pour les droits de l'homme et les menaces qui pèsent réellement sur eux.

##### 4.3.4 Activités existantes de prévention et de lutte contre le SIDA

Ces activités comprennent les activités déployées dans le cadre de la lutte contre les MST et dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la planification familiale et de la toxicomanie.

---

<sup>2</sup>Dans les cas particuliers où le patient refuse d'informer ou de laisser informer un partenaire connu par le dispensateur de soins, celui-ci sera tenu de prendre une décision qui soit conforme à l'éthique médicale et à la législation pertinente.

#### 4.4 Méthodes

Compte tenu des objectifs du programme, des principes et des variables clés, il convient de se préoccuper explicitement des aspects méthodologiques suivants avant de mettre en oeuvre un programme de notification aux partenaires:

##### 4.4.1 Questions concernant le programme

- 1) Optera-t-on pour la notification par le patient, pour la notification par le dispensateur de soins ou pour une combinaison de ces deux méthodes ?

La notification par le patient est le point de départ naturel de la notification au partenaire; cependant, cette méthode peut se révéler impraticable pour certains patients et certains partenaires.

- 2) Quels seront les partenaires et les populations visés ?
- 3) Comment la notification aux partenaires s'articulera-t-elle avec les autres actions de prévention et de lutte contre le SIDA et d'autres programmes de santé publique pertinents ?
- 4) Comment la confidentialité sera-t-elle garantie à un patient et à ses partenaires et comment sera-t-elle assurée pour les dossiers ?

Le seul renseignement pertinent à consigner concernant les partenaires qui reçoivent la notification est la possibilité de leur exposition au VIH.

- 5) Comment les dispensateurs de soins participant aux activités de notification aux partenaires seront-ils formés et comment la qualité sera-t-elle assurée dans ce domaine ?
- 6) Etant donné que l'échange d'informations entre les pays est assez complexe et peut poser des problèmes particuliers, notamment en ce qui concerne la confidentialité, l'information au sujet des partenaires résidant dans d'autres pays sera-t-elle communiquée aux responsables de la santé publique de ces pays, lorsque le patient ne peut pas, ou ne veut pas, aviser ses partenaires ?

##### 4.4.2 Questions concernant le patient

- 1) Comment le diagnostic de l'infection au VIH sera-t-il confirmé ?
- 2) Comment le consentement éclairé du patient sera-t-il obtenu ?
- 3) Comment aura lieu l'entretien avec le patient ?
- 4) Comment et quand la question de la notification aux partenaires sera-t-elle soulevée ?
- 5) Quelle sera la partie de la période d'infectiosité qui sera retenue pour déterminer quels partenaires devront être avisés ?

On veillera à ce que la partie de la période d'infectiosité à retenir pour déterminer les partenaires à aviser soit aussi étendue qu'il est possible et utile.

- 6) Quels conseils donnera-t-on au patient concernant la communication de l'information à ses partenaires ?

#### 4.4.3 Questions concernant les partenaires

- 1) Quels partenaires devra-t-on informer ?
- 2) Comment les partenaires seront-ils informés ?
- 3) De quelle manière seront-ils conseillés?
- 4) Leur proposera-t-on à tous de subir un examen sérologique et, dans l'affirmative, dans quelles conditions ?
- 5) De quels services cliniques disposeront les personnes déclarées séropositives dans le cadre des programmes de notification aux partenaires?

D'une manière générale, les partenaires informés selon le schéma ci-dessus devraient avoir accès à des services de dépistage volontaire, de conseils et autres.

#### 4.5 Evaluation

Les risques et avantages de la notification aux partenaires et l'efficacité de cette démarche pour ce qui est de diminuer l'incidence de l'infection à VIH dans une communauté, n'ont pas été clairement établis. Il sera rarement possible d'évaluer directement ces risques et ces avantages dans le cadre d'une intervention expérimentale convenablement contrôlée. Faute de pouvoir apprécier ce qu'elle apporte aux programmes globaux d'action préventive et de lutte contre le SIDA, la véritable efficacité de la méthode de la notification aux partenaires ne peut pas être évaluée.

Les indicateurs de tendance de l'incidence du VIH, qu'ils soient directs et indirects, tels que les changements de comportement, la diminution de l'incidence d'autres MST et la progression ou non dans l'usage des préservatifs, permettent cependant de mesurer l'effet d'ensemble d'un programme global de prévention et de lutte contre le SIDA, dont la notification aux partenaires peut être une composante.

Pour évaluer l'efficacité des activités de notification aux partenaires et en assurer la qualité, il conviendrait, en outre, de surveiller divers paramètres permettant de se faire une idée de l'efficacité des programmes, dont les paramètres suivent:

##### 4.5.1 Paramètres quantitatifs

Les paramètres quantitatifs appropriés sont le nombre de patients, le nombre de partenaires identifiés, le nombre de partenaires avisés et conseillés, leur séroprévalence et le coût du programme.

##### 4.5.2 Paramètres qualitatifs

Les paramètres qualitatifs appropriés sont la satisfaction des participants, l'observance des participants et l'acceptabilité des activités pour eux. Sont compris dans les participants les patients, leurs partenaires et les dispensateurs de soins.

##### 4.5.3 Activités visant à garantir la qualité

Les activités visant à garantir la qualité comprennent notamment l'évaluation des ressources allouées à la prestation de conseils et au soutien, le niveau de formation du personnel, les clauses de confidentialité et les protections juridiques, le contrôle de la prestation de conseils (et, selon le cas, des actions de dépistage) et l'adéquation des mesures de suivi.

## 5. RECHERCHES NECESSAIRES

En ce qui concerne la recherche, la question essentielle concerne l'efficacité de la notification aux partenaires, en tant que composante d'un programme complet d'action préventive et de lutte contre le SIDA. Etant donné qu'il existe de grandes différences entre les pays en ce qui concerne l'épidémiologie du VIH et la disponibilité de données et de ressources pertinentes, il serait utile de mettre au point et de diffuser des méthodes uniformisées de collecte de l'information sur la conception et l'exécution des programmes, et plus particulièrement sur leurs objectifs, les variables clés, les méthodes à employer et l'évaluation. L'obtention de données uniformes ou comparables permettrait d'effectuer entre les programmes des comparaisons concernant le coût des opérations et la contribution apportée à la lutte contre le SIDA par le système de notification aux partenaires.

Entre autres informations scientifiques qui pourraient présenter de l'importance pour les programmes, il y a les informations concernant les facteurs qui peuvent influencer sur la transmission du VIH (stade de l'infection, coexistence avec d'autres MST, etc.) et les protocoles de traitement pour les débuts de l'infection à VIH.

Du point de vue social, la recherche pourrait aider à établir quels sont les comportements à risque et/ou les groupes ethniques ou culturels particuliers qui offrent des contextes spécialement favorables ou défavorables à la notification aux partenaires. Les enquêtes prospectives sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques de la population, des patients et des partenaires notifiés pourraient également fournir d'importantes informations pour l'évaluation.

Egalement dans le contexte des recherches nécessaires du point de vue social, il faut évaluer avec soin, par rapport au milieu local, l'effet de la notification aux partenaires sur les rapports avec les partenaires et sur la volonté des individus à participer à l'action préventive et à la lutte contre l'infection à VIH. A titre de corollaire, il serait utile de s'assurer si la recherche du VIH chez les partenaires notifiés est une composante utile ou efficace de la notification aux partenaires.

Tableau 3  
Résumé de l'expérience acquise dans les pays

Pays	Type de notification Patient	Dispensateur de soins	Total des partenaires infectés par le VIH	Nombre total (moyen de) partenaires désignés	Nombre localisé (%)	Nombre testé (%)	Nombre ayant connaissance d'un risque accru (%)	Nombre déjà testé (%)	Nombre ayant connaissance du risque, mais ne croyant pas avoir été contaminé (%)	Nombre n'ayant aucune connaissance du risque ni de la nature des compor- tements à risque
Belgique	+	+	45	92(2,0)	92(100)	92(100)				
Botswana	+	-								
Canada Colombie britannique	+	+	53	75(1,4)	69(92)		(70)	(60)	(30)	(15)
Costa Rica	+	+	40	200(5,0)						
Cuba	+	+	268	1317(4,9)	1052(80)					
E.U. (USA) San Francisco Colorado New York	+		51 504 166	135(2,6) 767(1,5)	59(44) 626(82)	34(58) 546(71)	(50 75)	80(10) (50)		
Japon	+	-								
Norvège	+	+	160	225(1,4)	172(76)					
Royaume-Uni	+	+								
Sénégal	+	+								
Thaïlande	+	+		129	25(19)	25(19)				
URSS	+	+								
Yougoslavie	+	+								

#### REFERENCES

- Adler, M.W., et al. Contact tracing for HIV infection. British medical journal, 296: 1420-1421 (1988).
- Association of State and Territorial Health Officials, National Association of Country Health Officials, United States Conference of Local Health Officers. Guide to public health practice, HIV partner notification strategies, Public Health Foundation, 122, Washington, D.C., (1988).
- Bayer, R., et al. HIV antibody screening: an ethical framework for evaluating proposed programs. Journal of the American Medical Association, 256: 1768-1774 (1986).
- Francis, D.P., et al. The prevention of acquired immunodeficiency syndrome in the United States. Journal of the American Medical Association, 257(10): 1357-1366 (1987).
- Gostin, L., et al. AIDS screening, confidentiality, and duty to warn. American Journal of Public Health, 77(3): 361-365 (1987).
- Kegeles, S.M., et al. Intentions to communicate positive HIV-antibody status to sex partners. Journal of the American Medical Association, 259(2): 216-217 (1988).
- Mills M., et al. The acquired immunodeficiency syndrome - infection control and public health law. New England Journal of Medicine, 314(14): 931-936 (1986).
- Rothenberg, R.B., et al. Strategies for management of sex partners. In: Holmes, K.K. et al., ed. Sexually transmitted disease. New York, McGraw Hill, p.965-972 (1986).
- Rutherford, G.W., et al. Contact tracing and the control of human immunodeficiency virus infection. Journal of the American Medical Association, 259(24): 3609-3610 (1988).
- United States Department of Health and Human Services. Recommendation for diagnosing and testing syphilis in HIV-infected patients. Morbidity and mortality weekly report, 37(39): 600-608 (1988).
- United States Department of Health and Human Services. Public health service guidelines for counselling and antibody testing to prevent HIV infection and AIDS. Morbidity and mortality weekly report, 36(31): 509-515 (1987).
- United States Department of Health and Human Services. Partner notification for preventing human immunodeficiency infection - Colorado, Idaho, South Carolina, Virginia. Morbidity and mortality weekly report, 37(25): 293-491 (1988).
- Programme spécial de Lutte contre le SIDA, l'Organisation mondiale de la Santé. Rapport de la réunion de l'OMS sur les critères relatifs aux programmes de dépistage du VIH. Document de l'OMS non publié WHO/SPA/GLO/87.2. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1987.

LISTE DES PARTICIPANTS

- H. Bijkerk, Geneeskundige Hoofdinspectie, van de Volksgezondheid, 2280 HK Rijswijk, Pays-Bas
- I. Campos Humana, Chef du Programme de Lutte contre le SIDA et les MST, Ministère de la Santé, Santiago, Chili
- D. Bradford, Lygon Medical Service, Carlton VIC 3053, Australie
- A. Chingono, psychologue et clinicien, Hôpital de Parirenyatwa (Annexe), Causeway, Harare, Zimbabwe
- N. Clumeck, Division des maladies infectieuses, Hôpital universitaire St Pierre, Bruxelles, B-1000, Belgique
- H. Curtis, Administrator, British Medical Association Foundation for AIDS, BMA House, Tavistock Square, Londres WC1H 9JP, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
- J. Dubois, Zentralstelle für Aids-Fragen, Office fédéral de la santé publique, 3001 Berne, Suisse
- J. Gallwey, Consultant Physician, Oxford Regional Health Authority, Harrison Department Radcliffe Infirmary, Oxford, OX2 6HE, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
- T. Inoue, Administrateur de programme, Secrétariat du ministre, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Tokyo 100, Japon
- J. Kirby, Chief, Programme Service Branch, Division of Sexually Transmitted Diseases, Center for Prevention Services, Centers for Disease Control, Atlanta GA 30333, Etats-Unis d'Amérique
- J. Kristoffersen, Fonctionnaire médical municipal, N-1473 Skarer, Norvège
- S. Lang, President, Gradski Komitet Za Zdrovstvo I Socijalnu Zastitu, 41000 Zagreb, Yougoslavie
- J. Lebas, Polyclinique médicale, Hôpital St Antoine, St Antoine 75571, Paris Cedex 12, France
- E. Maganu, Ministère de la santé, Gaborone, Botswana
- L. Mata, Institut de recherche en santé, Université du Costa Rica, San José, Costa Rica
- A. Ndikuyeze, Unité d'épidémiologie, CUSP, Butare, Rwanda
- A. N'Doye, Directeur du Programme MST et du Programme SIDA du Sénégal, Laboratoire de Microbiologie, Hôpital Le Dantec, Dakar, Sénégal
- J.E. Osborn, Dean, School of Public Health, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan 48109-2029, Etats-Unis d'Amérique

Annexe 1

V.V. Pokrovsky, Chef, Epidémiologie et Prévention du SIDA, Ministère de la santé publique de l'URSS, 111123 Moscou, Union des Républiques socialistes soviétiques

M. L. Rekart, Director, Division of STD Control, British Columbia Ministry of Health, Vancouver, British Columbia, Canada

H.D.C. Roscam Abbing, Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Gezondheidsrecht, Kapoensha 6200 MD Maastricht, Pays-Bas

G. Rutherford, Medical Director, AIDS Office, Department of Public Health, City and County of San Francisco, San Francisco CA 94103, Etats-Unis d'Amérique

R.L. Stoneburner, Department of Health, New York NY 10013, Etats-Unis d'Amérique

H. Terry-Molinert, Vice-Ministre de la Santé, Ministère de la Santé, La Havane, Cuba

K. Toomey, Division of Sexually Transmitted Diseases, Center for Prevention Services, Centers for Disease Control, Atlanta GA 30333, Etats-Unis d'Amérique

A. Traisupa, Directeur de la Division des maladies vénériennes, Département de la lutte contre les maladies transmissibles, Ministère de la Santé publique, Bangkok, Thaïlande

T. Vernon, Colorado Department of Health, Denver, Colorado 80220, Etats-Unis d'Amérique

Secrétariat de l'OMS

J. Mann, Directeur, Programme mondial de Lutte contre le SIDA

G. Torrigiani, Directeur, Division des maladies transmissibles, OMS, Genève

A. Meheus, Administrateur de programmes, Programme de Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, OMS, Genève

M. Carballo, Chef, Recherche sociale et comportementale, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

J. Chin, Chef, Surveillance, Prévision et Etude d'impact, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

S. Fluss, Chef, Législation sanitaire, Programme d'information sanitaire et biomédicale, OMS, Genève

A. Gromyko, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark

F.X. Hakizimana, Lutte contre la maladie, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, Congo

D. Heymann, Chef par interim, Appui et recherche épidémiologiques, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

S. Jatanasen, Lutte contre la maladie, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi, Inde

K. Kay, Assistante exécutive auprès du Directeur, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

Annexe 1

Secrétariat de l'OMS (suite)

N. Koinuma, Appui et Recherche épidémiologiques, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

R. Morrow, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, OMS, Genève

C.-H. Vignes, Conseiller juridique, OMS, Genève

R. Widdus, Chef, Coordination et développement du Programme, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève

F. Zaccarias, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, OMS, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique

= = =