

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH/SIDA EN SUISSE

Septième rapport de synthèse 1999-2003

*Françoise Dubois-Arber, André Jeannin,
Giovanna Meystre-Agustoni, Brenda Spencer,
Florence Moreau-Gruet, Hugues Balthasar,
Fabienne Benninghoff, Karen Klaue, Fred Paccaud*

Etude financée par

Office fédéral de la santé publique, Berne
99.001343, 02.000227, 02.000781, 02.000782

Citation suggérée

Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, Benninghoff F, Klaue K, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse : septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003 (Raisons de santé, 90a).

Collaboration

Chercheurs qui ont collaboré à l'évaluation

Anne Dubois
Marie-Jo Glardon
Mary Haour-Knipe
Phi Huynh-Do
Daniel Kübler
Peter Neuenschwander
Yannis Papadopoulos
Margrit Schmid
Barbara So-Barazetti
Ralph Thomas

Remerciements

L'évaluation a bénéficié de l'excellente collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique à Berne, du travail important fourni par l'ensemble des chercheurs responsables des études et de la précieuse collaboration de Myriam Maeder, Kirsten Sandberg-Christensen, secrétaires de l'Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'IUMSP.

Il n'y aurait en outre rien à rapporter sans la coopération des nombreuses personnes qui ont accepté de participer aux différentes études, dans la population ou parmi celles qui ont des rôles professionnels.

Qu'ils soient tous ici très vivement remerciés !

Adresse pour correspondance

Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Unité d'évaluation de programmes de prévention
Rue du Bugnon 17
1018 Lausanne

Lien <http://www.hospvd.ch/iump/>

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	7
1.1	Stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse	7
1.2	Evaluation continue, approche et méthode	8
2	Les résultats de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse : situation fin 2002	11
2.1	Epidémiologie du VIH/sida en Suisse	11
2.1.1	Conclusions et recommandations	15
2.2	Population générale	17
2.2.1	Evolution du contexte	17
2.2.2	Connaissances des moyens de prévention et attitudes face aux personnes séropositives	17
2.2.3	Comportements sexuels et protection par les préservatifs	18
2.2.4	Stratégies de protection dans le couple	21
2.2.5	Problèmes dans l'usage de préservatifs	22
2.2.6	Test VIH	23
2.2.7	Influence des thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) sur la prévention	24
2.2.8	Conclusions et recommandations	25
2.3	Les adolescents et les jeunes adultes	26
2.3.1	Entrée dans la sexualité	26
2.3.2	Activité sexuelle	26
2.3.3	Stratégies de protection	27
2.3.4	Accidents de préservatifs et pilule du lendemain, interruptions volontaires de grossesse	29
2.3.5	Test VIH	30
2.3.6	Vulnérabilité	30
2.3.7	Conclusions et recommandations	31
2.4	Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	33
2.4.1	Proximité du VIH/sida	33
2.4.2	Recours au test de dépistage et prévalence du VIH	34
2.4.3	Activité sexuelle	34
2.4.4	Comportements préventifs et exposition au risque	35
2.4.5	Opinions sur les traitements antirétroviraux (HAART) et sur la prophylaxie post-exposition (PEP)	36
2.4.6	Stigmatisation/solidarité	38
2.4.7	Protection et relation de couple	38
2.4.8	Les jeunes homo/bisexuels	39
2.4.9	Comparaisons internationales	41
2.4.10	Conclusions et recommandations	43
2.5	Les consommateurs de drogues dépendants	45
2.5.1	Caractéristiques socio-démographiques des consommateurs dépendants	46
2.5.2	Evolution de la consommation	46
2.5.3	Exposition au VIH et protection	47
2.5.4	Prévalence du VIH et des hépatites	49
2.5.5	Comparaison internationale	49
2.5.6	Conclusions et recommandations	51
2.6	Les travailleurs du sexe en Suisse et en Europe	54
2.6.1	Protection et exposition au risque parmi les travailleuses du sexe	55
2.6.2	Protection et exposition au risque parmi les personnes travesties et transsexuelles	56
2.6.3	Protection et exposition au risque parmi les prostitués masculins	56
2.6.4	Protection et exposition au risque parmi les clients	57
2.6.5	Conclusions et recommandations	58

2.7	Les personnes vivant avec le VIH/sida	62
2.7.1	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	63
2.7.2	Consommateurs de drogues dépendants	64
2.7.3	La cohorte suisse VIH (<i>Swiss HIV Cohort Study</i>)	65
2.7.4	Eclairage sur les causes d'absence de la protection	67
2.7.5	Comparaisons internationales	68
2.7.6	Conclusions et recommandations	68
2.8	Migrants	70
2.8.1	Conclusions et recommandations	71
2.9	Surveillance de deuxième génération	72
2.9.1	Introduction	72
2.9.2	Situation actuelle du monitoring des indicateurs de processus et de résultats dans la perspective d'un système de surveillance de deuxième génération	72
2.9.3	Les enjeux dans la perspective d'un système de deuxième génération	74
3	La mise en œuvre du programme national VIH/sida 1999-2003	77
3.1	Bref rappel de la situation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida 1999-2003	78
3.2	Campagnes STOP SIDA	82
3.2.1	Place de la Campagne STOP SIDA dans la stratégie de prévention du VIH/sida	82
3.2.2	Organisation de la Campagne STOP SIDA	83
3.2.3	La stratégie de communication	83
3.2.4	Résultats	84
3.2.5	Conclusions et recommandations	84
3.3	Prévention VIH/sida et éducation sexuelle à l'école	85
3.3.1	Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école	86
3.3.2	Expérience de la prévention VIH/sida et de l'éducation sexuelle à l'école	90
3.3.3	Conclusions et recommandations	93
3.4	Les populations particulières	95
3.4.1	Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	96
3.4.2	Conclusions et recommandations	103
3.4.3	Les travailleuses du sexe	104
3.4.4	Conclusions et recommandations	112
3.4.5	Les travailleurs du sexe	113
3.4.6	Conclusions et recommandations	116
3.4.7	Les consommateurs de drogues	117
3.4.8	Conclusions et recommandations	120
3.4.9	Les jeunes en décrochage	120
3.4.10	Conclusions et recommandations	124
3.4.11	Les migrants	125
3.4.12	Conclusions et recommandations	128
3.4.13	Les personnes séropositives	129
3.4.14	Conclusions et recommandations	132
3.5	Rôle des médecins installés en pratique privée dans la prévention du VIH/sida	135
3.5.1	Rôle des médecins dans l'épidémie VIH/sida	137
3.5.2	Pratiques préventives	138
3.5.3	Attitudes et pratiques autour du test	141
3.5.4	Implication des libres praticiens dans la prise en charge des patients séropositifs	143
3.5.5	Prise en charge de patients séropositifs au cabinet médical	144
3.5.6	La prophylaxie post-exposition (PEP) au cabinet médical	146
3.5.7	Différences entre médecins	146
3.5.8	Souhaits en matière de formation continue	147
3.5.9	Comparaisons internationales	147
3.5.10	Conclusions et recommandations	148

4	Bilan et perspectives	152
	4.1 Dynamique de l'épidémie	152
	4.2 Dynamique de la mise en oeuvre du programme national	154
	4.2.1 La continuité comme orientation générale du programme national VIH/sida	154
	4.2.2 Le programme national comme poursuite et ancrage d'une politique publique substantielle dans un état fédéral	156
	4.2.3 Le contexte de la mise en oeuvre du programme national	157
	4.2.4 L'importance et le rôle du consensus	158
	4.2.5 Les fissures du consensus	159
	4.2.6 L'importance et le rôle du leadership national	161
	4.2.7 La dynamique dans les cantons	161
	4.2.8 La bienveillance et les potentiels de prévention	162
	4.2.9 Comparaisons internationales	162
5	Conclusions et recommandations générales	165
6	Annexes	170
	6.1 Annexe au chapitre : Introduction	170
	6.2 Annexe au chapitre 2.3 : Les adolescents et les jeunes adultes	174
	6.3 Annexe au chapitre 2.5 : Les consommateurs de drogues dépendants	175
	6.4 Annexe au chapitre 2.7 : Les personnes vivant avec le VIH/sida	176
	6.5 Annexe au chapitre 2.9 : Vers un système de surveillance de deuxième génération	177
	6.6 Annexe au chapitre 3.1 : Bref rappel de la situation de la mise en oeuvre du programme national VIH/sida 1999-2003	179
	6.7 Annexe au chapitre 3.4 : Les populations particulières	183

LISTE DES ABREVIATIONS

APiS	<i>Aids-Prävention im Sexgewerbe</i>
ASS	Aide suisse contre le sida
BRR	Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues
CHF	Unité monétaire suisse
CJE	Commission Jeunesse et école
CPC	Contraception post-coïtale
DDC	Direction du développement et de la coopération
ENPM	<i>European network male prostitution</i>
EPSS	Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la Prévention du Sida en Suisse
Europap/Tampep	<i>European intervention projects AIDS prevention for prostitutes/ Transnational AIDS-STD prevention among migrant prostitutes in Europe</i>
FELS	<i>Freundinnen und Eltern von Lesben und Schwulen</i>
FMH	Fédération des médecins suisses
FOS	Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie
GREAT	Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies
GRSA	Groupe de recherche sur la santé des adolescents
GSN	Groupe sida Neuchâtel
HAART	Traitements antirétroviraux hautement actifs
HeGeBe	<i>Heroingestützte Behandlung</i>
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IST	Infections sexuellement transmissibles
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
IVG	Interruption volontaire de grossesse
K&A	<i>Kontakt- und Anlaufstelle</i> (structure à bas seuil d'accès)
LOS	<i>Lesbische Organisation Schweiz</i>
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MSW	Prostitué de sexe masculin (<i>male sex worker</i>)
Natsal	Enquête nationale anglaise
ns	Statistiquement non significatif
ODR	Office fédéral des réfugiés
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS en anglais UNAIDS</i>
ORW	<i>Outreach workers</i>
PEP	<i>Prophylaxie post-exposition</i>
PLANeS	Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive
PMS	Programme migration et santé
ProCoRE	Prostitution collectif de réflexion
Profa	Fondation Profa (les spécialistes de la vie affective, de la sexualité, de la violence, Lausanne)
ProMeDro	Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue
PROVE	<i>Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln</i>
PVA	Personnes vivant avec le VIH/sida
SAMBAD	Statistique des traitements et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue
SBS	Structure à bas seuil d'accès
SHCS	<i>Swiss HIV cohort study</i>
SMASH	<i>Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health</i>
UEPP	Unité d'évaluation de programmes de prévention à l'IUMSP
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise

1 INTRODUCTION

1.1 STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH/SIDA EN SUISSE

La politique de lutte contre le VIH/sida en Suisse poursuit trois buts :

- prévenir de nouvelles infections ;
- atténuer les conséquences négatives de l'épidémie pour les personnes touchées ;
- encourager la solidarité.

La stratégie de prévention primaire mise en place dès 1986 à l'échelle nationale comprend des interventions à trois niveaux :

- des interventions destinées à informer et motiver l'ensemble de la population ;
- des interventions adressées à des groupes-cibles spécifiques (adolescents, toxicomanes, homosexuels, etc.) utilisant canaux et messages appropriés ;
- des interventions en profondeur, inscrites dans la durée et reposant sur l'interaction individuelle (conseil, transmission d'informations). Elles font appel à des personnes dont la situation ou le rôle en font des multiplicateurs potentiels de messages de prévention (médecins, parents, enseignants, etc.).

Cette stratégie¹ se réfère à un modèle d'intégration fondé sur la conviction que l'individu est capable d'apprendre et qu'on peut l'amener à adopter un comportement préventif : il s'agit donc d'informer (prise de conscience, transmission de connaissances), de motiver, d'aider à acquérir des compétences, d'encourager au maintien des acquis préventifs. Un tel modèle suppose le développement d'un environnement favorable à la prévention et à la prise en charge du VIH/sida. C'est pourquoi le développement de la solidarité et la lutte contre les discriminations sont parties intégrantes de la prévention. La stratégie est aussi pragmatique et privilégie le libre choix en indiquant les moyens de prévention à disposition, tout en tenant compte de la réalité de l'existence de comportements à risque. C'est ainsi qu'ont été promus l'usage de préservatifs en cas de comportements sexuels impliquant un risque potentiel de transmission du VIH ou l'usage de matériel d'injection stérile pour ceux qui s'injectent des drogues. Le maintien de comportements sans risque de transmission a aussi été encouragé : poursuite de la fidélité pour ceux qui sont déjà fidèles ou conseil de ne pas commencer à s'injecter des drogues, par exemple.

La stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse a été réaffirmée et adaptée aux besoins actuels par la publication du programme national VIH et sida pour 1999 à 2003². Ce programme est structuré autour de 14 objectifs nationaux dans 6 domaines : promotion de la santé (3 objectifs), prévention (5 objectifs), thérapie et diagnostic (1 objectif), conseil et soutien (1 objectif), développement du savoir et transfert de connaissances (3 objectifs), qualité (1 objectif). Chaque objectif est accompagné de la définition des jalons pour sa réalisation et des groupes-cibles importants concernés pour la mise en œuvre.

La planification de la réalisation du programme VIH/sida 1999-2003 s'est réalisée sous forme d'une collaboration entre l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et les acteurs nationaux (Aide Suisse contre le sida, Croix-Rouge suisse, etc.) et régionaux (cantons, antennes sida régionales, etc.).

1.2 EVALUATION CONTINUE, APPROCHE ET METHODE

Depuis 1986, l'OFSP a confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne la tâche d'évaluer de façon continue la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse. Le présent document représente la synthèse des activités d'évaluation couvrant la période 1999-2003 (huitième phase du programme d'évaluation)^a.

Le concept d'évaluation retenu consiste en une approche d'évaluation **globale**, capable d'appréhender les éléments de **mise en oeuvre** et de **résultats** de la prévention, ainsi que des éléments pertinents de **l'environnement social**.

Il s'agit de fournir en temps utile une information qui puisse contribuer à l'amélioration de la prévention du VIH/sida en Suisse et aider ceux qui la mettent en œuvre à prendre des décisions adéquates. L'évaluation accompagne la stratégie et se complète au fil du temps de nouvelles interrogations³.

Les **principales questions** de l'évaluation globale sont :

- **En relation avec les résultats de la prévention** : observe-t-on une amélioration des connaissances, des changements de comportement dans les domaines visés par la prévention (notamment comportement sexuel, modes de consommation de drogues, qualité du counselling, etc.). Voit-on émerger des attitudes de solidarité ou de peur ? La situation épidémiologique se modifie-t-elle ? Apparaît-il des effets secondaires, inattendus ou non désirés de la prévention ?
- **En relation avec la mise en oeuvre de la prévention** : quelles sont les activités de prévention qui se mettent en place, comment se développent-elles, avec quelles difficultés et réussites ? Sont-elles pertinentes par rapport aux besoins ? Y a-t-il des lacunes dans la couverture préventive (lacunes régionales, groupes spécifiques inégalement touchés, etc.) ? La prévention se développe-t-elle à tous les niveaux attendus ? Les autres acteurs de la prévention, partenaires de l'OFSP, tels que les cantons, les associations, certains groupes professionnels, les multiplicateurs sont-ils actifs et efficaces ? Y a-t-il des éléments qui garantissent la pérennité et la qualité de la prévention ?
- **En relation avec le contexte dans lequel se déroule la prévention** : l'environnement est-il favorable aux processus de prévention utilisés ? Quel rapport existe-t-il entre le contexte (l'environnement) et le progrès des mesures de prévention entreprises ?

Le programme d'évaluation est défini comme une succession de phases, d'une durée d'un an dans les premières années, de deux à trois ans par la suite. Chaque phase comporte 10 à 20 études complémentaires. La synthèse de ces travaux^b – organisée autour des objectifs de la stratégie

a Cf. Annexe 6.1.1, liste des précédents rapports publiés.

b Qui intègre aussi des données pertinentes provenant d'autres sources, nationales ou internationales.

et des questions d'évaluation qui en découlent – permet de juger globalement le développement et les effets de la prévention mise en place. Les domaines d'activité à évaluer sont choisis conjointement, à chaque étape, par l'OFSP et les évaluateurs. Pour chacun des domaines sont définies, en plus des questions générales telles que celles décrites plus haut, des questions plus spécifiques auxquelles l'évaluation tente de répondre. On trouvera donc dans chaque phase des études qui sont répétées régulièrement (monitoring d'activités ou de comportements), d'autres qui traitent d'un domaine déjà abordé précédemment mais en l'approchant sous un autre angle, des études nouvelles, etc. (cf. le tableau synoptique des études menées depuis 1987, en annexe 6.1.2). Il n'est cependant pas possible de rendre compte dans chaque phase de la totalité des actions de prévention (celles suscitées directement par l'OFSP et celles de ses partenaires). Des priorités sont donc établies. Il n'est pas non plus toujours possible d'individualiser les effets de chaque activité ou programme, compte tenu du foisonnement et de la diversité des actions.

L'OFSP, de son côté, mandate parfois directement d'autres institutions pour des évaluations de programmes particuliers ou des études complémentaires dont les résultats sont intégrés dans l'évaluation globale.

Les résultats de l'évaluation sont régulièrement restitués aux responsables de la prévention de façon à permettre – cela s'est produit à plusieurs reprises – des ajustements dans la stratégie de prévention.

Dans la phase 1999-2003 de l'évaluation, les **domaines qui ont été choisis comme prioritaires** sont les suivants :

Evaluation du déroulement du programme national VIH/sida et particulièrement des actions de prévention ou de l'émergence de multiplicateurs de messages (processus)

- Mise en œuvre du programme VIH/sida 1999-2003, avec en particulier :
 - monitoring et évaluation du processus de la mise en œuvre du Programme national (1999-2001) ;
 - analyse des outputs et étude de la durabilité des structures et activités existantes au niveau national et régional (2002).
- Etude des nouveaux partenariats entre acteurs de la stratégie de lutte contre le sida.
- Prévention et conseil individuel au cabinet médical (investigation de la durabilité, de l'ancrage d'une activité dans la pratique de routine d'une profession).
- Education sexuelle et prévention du VIH/sida à l'école dans les cantons suisses.
- Analyse des données existantes concernant le monitoring des structures à bas seuil d'accès pour les consommateurs de drogues.
- Revue^a des programmes de prévention et données de comportements concernant les travailleur(euse)s du sexe.
- Revue des programmes probants concernant les jeunes en général et les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) en particulier.

Evaluation de l'efficacité de la prévention (résultats)

- Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la Prévention du Sida en Suisse (EPSS 2000).
- Enquête 'Les hommes aimant d'autres hommes – 2000', sur les comportements des homo/bisexuels.

^a Limitée aux pays européens.

- Analyse des données existantes concernant les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse, en particulier de l'étude des structures à bas seuil d'accès.
- Vente de préservatifs.
- Réflexion pour un système de monitoring d'indicateurs de résultats de la stratégie de lutte contre le sida en Suisse, fonctionnant à long terme.

Evaluation du contexte dans lequel se déroule la prévention du VIH/sida

- Etude des besoins des personnes séropositives.

Les caractéristiques méthodologiques des différentes études entreprises dans cette phase de l'évaluation – par l'évaluation globale ou en complément à celle-ci – sont résumées en annexe 6.1.3. Chacun des domaines est traité dans les chapitres qui suivent. Les principales questions d'évaluation sont suivies d'une synthèse des données recueillies, d'une mise en perspective s'appuyant sur le contexte international lorsque cela est relevé pertinent et d'une présentation des conclusions concernant le domaine étudié assortie de recommandations. Des conclusions et recommandations intéressant l'ensemble de la stratégie apparaissent à la fin du rapport. Pour un complément d'information, on peut se référer aux rapports scientifiques des différentes études ou aux articles publiés, dont les références figurent à la fin de chaque chapitre.

Références bibliographiques

- 1 Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au sida. Prévention du VIH en Suisse: buts, stratégies, mesures. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1993.
- 2 Office fédéral de la santé publique. VIH et sida: programme national 1999 à 2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
- 3 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. AIDS 1999;13:2571-82.

2 LES RESULTATS DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DU VIH/SIDA EN SUISSE : SITUATION FIN 2002

Cette partie du rapport traite des résultats globaux de la stratégie de prévention du VIH/sida. Elle est introduite par un chapitre sur l'épidémiologie du VIH/sida en Suisse. Suivent des chapitres sur l'évolution de connaissances, d'attitudes et de comportements en rapport avec le VIH/sida pour diverses populations : population générale, adolescents et jeunes adultes, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), consommateurs de drogues dépendants, travailleurs du sexe, migrants, personnes vivant avec le VIH/sida. Cette partie du rapport concernant les résultats se termine par un chapitre consacré à la réflexion sur l'élargissement du système de surveillance.

Les chapitres concernant les résultats de la stratégie de prévention du VIH/sida répondent à des **questions d'évaluation communes** :

- Quelle est l'évolution des connaissances, attitudes et comportements dans les domaines visés par la prévention (notamment comportement sexuel, modes de consommation de drogues, qualité du counselling, etc.) ?
- Existe-t-il des groupes de population non ou insuffisamment touchés par la prévention (égalité d'accès pour tous) ?
- Voit-on émerger des attitudes de solidarité, de peur, de stigmatisation, de 'ras-le-bol' ?
- La situation épidémiologique se modifie-t-elle ?
- Apparaît-il des effets secondaires, inattendus ou non désirés, de la prévention ?

2.1 EPIDEMIOLOGIE DU VIH/SIDA EN SUISSE

Une surveillance de la situation épidémiologique concernant le VIH/sida en Suisse est effectuée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Quatre principales sources de données permettent un suivi de l'évolution de la situation épidémiologique^a :

- les déclarations des laboratoires de tests VIH positifs, comportant des informations sur le sexe, l'âge et le canton de domicile de la personne infectée ;
- les déclarations complémentaires des médecins traitants, disponibles pour un peu plus de deux tiers des cas, comportant des informations complémentaires comme le mode de transmission probable, la nationalité ou le stade de la maladie ;
- les déclarations des nouveaux cas de sida diagnostiqués par les médecins traitants, celles-ci étant complétées et validées par différentes procédures ;
- les certificats de décès.

D'autres informations fournies par les centres de dépistage anonyme, par les policliniques de dermatologie et par le service de transfusion de la Croix-Rouge suisse permettent de recenser, chez différen-

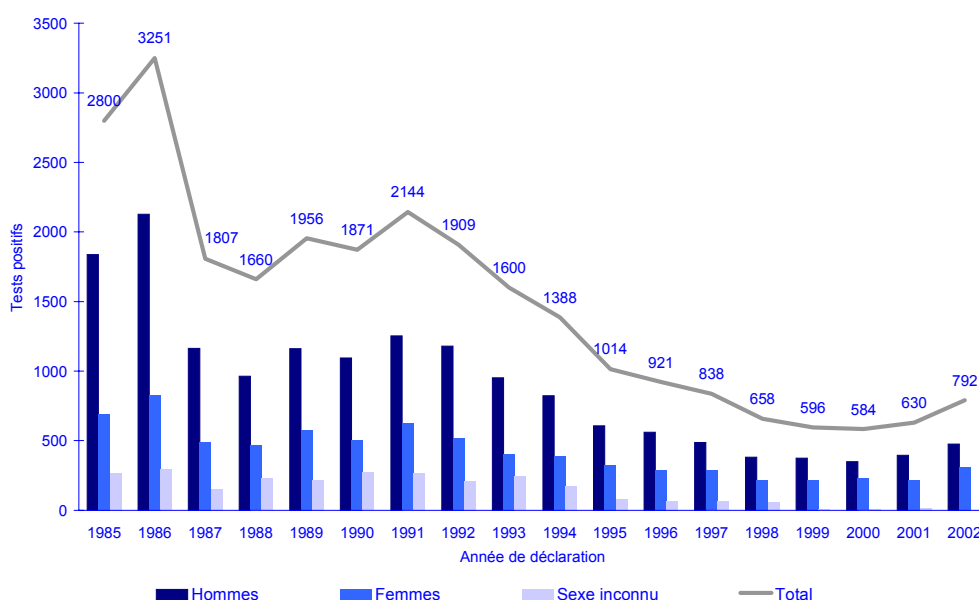
^a Les données épidémiologiques concernant le VIH/sida sont régulièrement publiées par l'OFSP et disponibles sur son site Internet : <http://www.bag.admin.ch/infekt/surv/aids/f/index.htm>. Au niveau européen, une surveillance est effectuée via le réseau EuroHIV coordonné par l'Institut de veille sanitaire : <http://www.eurohiv.org/>.

tes populations utilisatrices, la proportion des tests positifs par rapport à l'ensemble de tests effectués^a.

En suivant la situation depuis le début du recueil des données, on constate que les nouveaux cas de sida ainsi que les décès attribuables à la maladie ont augmenté jusqu'au milieu des années nonante et ont reculé depuis. En 2002, on dénombre moins de 200 nouveaux cas de sida et, depuis 2000, le nombre de décès par an semble se stabiliser autour de 100 à 120 cas. Ces baisses sont principalement imputées aux traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART).

Une autre situation prévaut par rapport à la déclaration des tests positifs au VIH (Figure 2.1). Depuis le pic enregistré en 1991, on avait vu une baisse constante mais ralentissant vers la fin des années nonante ; depuis, la tendance est à la hausse, avec une augmentation par rapport à l'année précédente de 8% en 2001 puis de 25% en 2002. Cette hausse est observée sur l'ensemble du territoire ; les agglomérations restent toujours plus touchées. De 2001 à 2002, les plus fortes augmentations ont été enregistrées dans les cantons de Berne et de Vaud.

Figure 2.1 Nombre de tests positifs au VIH par année de déclaration et par sexe



Source : OFSP

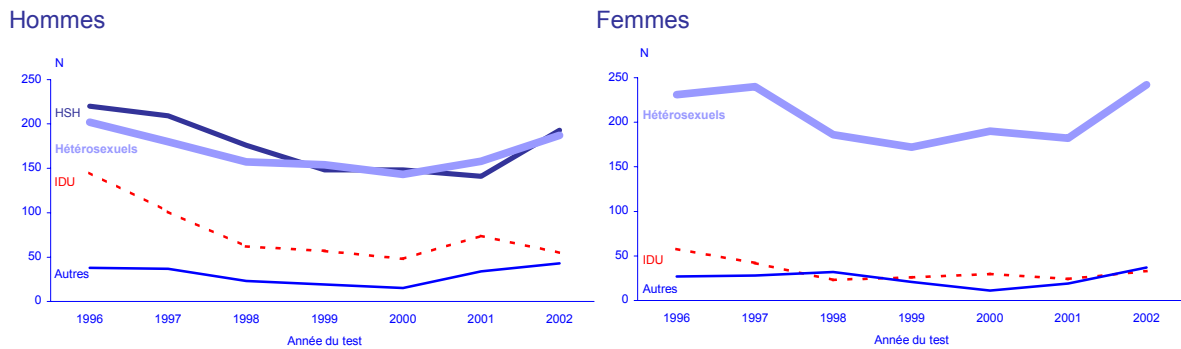
Que sait-on de la population testée positive pour le VIH ?

- Depuis 2000, la proportion de femmes, jusqu'alors en augmentation, semble s'être stabilisée autour de 40%.
- Le mode de transmission le plus fréquemment relevé depuis 1991 est le contact hétérosexuel. Néanmoins, les personnes infectées par contact homosexuel masculin ou par injection de drogues restent proportionnellement beaucoup plus touchées que celles infectées par contact hétérosexuel. Pour les cas de transmission hétérosexuelle, certaines informations sont disponibles concernant le partenaire sexuel avec lequel la personne a contracté le virus. La proportion de personnes dont le partenaire sexuel s'est infecté en s'injectant de la drogue est en

^a Il n'est pas possible de connaître cette proportion dans les déclarations des laboratoires puisque nous ne disposons pas des informations concernant le nombre total de tests effectués.

diminution depuis 1988, par contre les personnes nouvellement testées positives rapportant un partenaire originaire d'un pays où l'épidémie est généralisée est en augmentation^a.

Figure 2.2 Estimation du nombre d'infections VIH diagnostiquées en fonction du mode de transmission et du sexe (déclarations de médecins extrapolées au total des laboratoires)¹

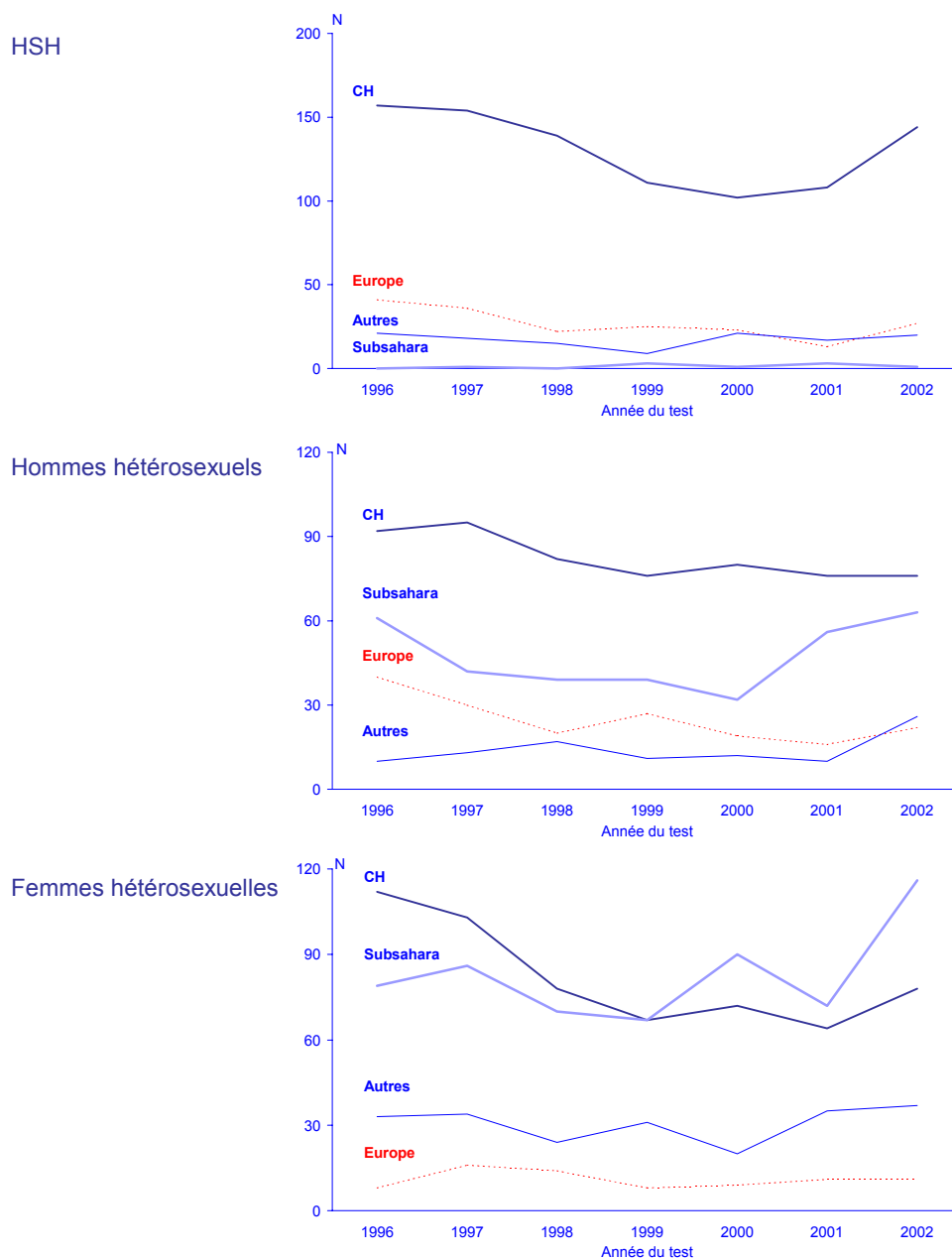


Source : OFSP

- En 2002, la hausse enregistrée se rapporte aux deux modes de transmission sexuelle (hétérosexualité et homo/bisexualité) (Figure 2.2).
- Depuis 1999, il est possible de distinguer, parmi les tests positifs déclarés, la proportion de primo-infections (phase initiale aiguë de l'infection). Pour 2002, on estime que, dans un cas sur six, il s'agit d'une primo-infection. Ce chiffre est en hausse par rapport à 2001.
- En ce qui concerne le pays d'origine des nouveaux cas, la situation se présente de façon différente selon le mode de transmission. Dans le cas des HSH, l'augmentation est observée chez les personnes de nationalité suisse (Figure 2.3). La hausse des cas de transmission hétérosexuelle concerne majoritairement les personnes originaires de la région subsaharienne de l'Afrique (pays caractérisés par une très haute prévalence du VIH/sida). Cette tendance est très prononcée chez les femmes : en 2002, presque la moitié des nouvelles infections décelées par voie hétérosexuelle concerne des femmes de cette provenance.

^a Ces données proviennent des déclarations complémentaires des médecins traitants. D'autres catégories de partenaire sexuel figurent sur la déclaration : connu VIH-positif, occasionnel, prostituée (partenaire féminin), bisexuel (partenaire masculin). Cependant, les tendances en ce qui les concerne sont moins claires. De plus, le système de hiérarchisation appliqué pour produire cette statistique rend difficile son interprétation (les médecins peuvent cocher plus qu'une catégorie mais seulement une d'entre elles est prise en compte pour l'analyse des données).

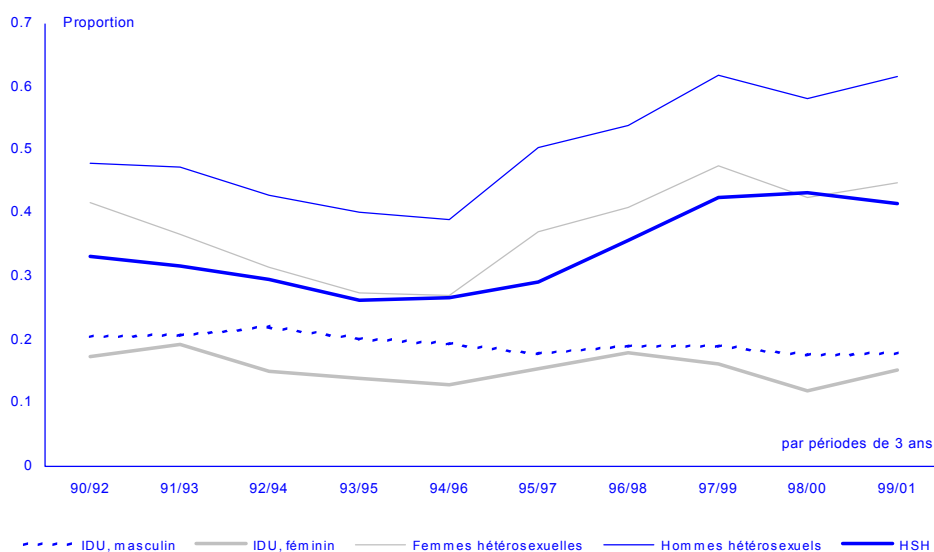
Figure 2.3 Estimation du nombre d'infections VIH diagnostiquées chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et chez les personnes hétérosexuelles infectées, par région (déclarations de médecins extrapolées au total des laboratoires)¹



Source : OFSP

- La période écoulée entre le test positif et le diagnostic du sida varie considérablement selon le mode de transmission. Jusqu'au milieu des années nonante, la période en question a progressivement augmenté dans tous les groupes. En ce qui concerne la transmission par injection de drogues, cette tendance s'est poursuivie, mais elle s'est inversée pour la transmission par voie sexuelle. La différence constatée n'est pas liée à d'autres facteurs tels que le sexe, l'âge ou la nationalité². Pour les années les plus récentes, plus de 60% des hommes et plus de 40% des femmes infectés par contact hétérosexuel ont appris leur diagnostic de sida au moment du test ; c'est également le cas pour plus de 40% des hommes infectés par contact homosexuel (Figure 2.4).

Figure 2.4 Proportion de personnes ayant un premier test VIH positif au moment du diagnostic sida, par période de 3 ans, selon le groupe de transmission, 1990-2001, Feuz & Gebhardt, 2002²



Source : OFSP

D'autres infections que le VIH sont sexuellement transmissibles ou liées à l'utilisation de drogue par injection. Les données concernant leur incidence apportent des informations complémentaires concernant les changements de comportements susceptibles d'influencer l'épidémie de VIH/sida. A noter que les hépatites, la chlamydia trachomatis (cause également de stérilité chez la femme), les gonocoques – particulièrement ces deux dernières – sont en augmentation¹. Malheureusement, en ce qui concerne ces infections, on ne dispose pas en Suisse de données de surveillance de la même qualité que pour le VIH³. Les pays européens bénéficiant de systèmes de surveillance performants pour la blennorragie et la syphilis ont constaté une recrudescence de ces IST ; la surveillance de ces maladies au niveau européen ainsi que celle de la résistance antimicrobienne s'avère nécessaire⁴. En Suisse, pour l'instant, aucune modification du système de surveillance des IST n'est planifiée ; d'ailleurs, la situation s'est plutôt dégradée depuis 1999 puisque, suite à de nouvelles dispositions légales, le germe responsable de la syphilis ne fait plus l'objet d'une déclaration obligatoire.

2.1.1 Conclusions et recommandations

Conclusions

- Les avancées thérapeutiques (HAART) des dernières années ont permis une meilleure maîtrise des effets du VIH sur la santé des personnes infectées : les cas de sida et de mortalité qui y sont associés ont reculé.
- Le VIH/sida en Suisse reste une épidémie de type concentré^a.

Recommandations

^a Défini par ONUSIDA comme une situation dans laquelle la prévalence du VIH est régulièrement au-dessus de 5% dans au moins une sous-population et en dessus de 1% chez les femmes enceintes des régions urbaines (cf. 6.5.1 en annexe).

Conclusions	Recommandations
<p>■ Le nombre à nouveau croissant des tests positifs au VIH est préoccupant car il suggère une augmentation de l'incidence de la contamination. Celle-ci concerne essentiellement les personnes contaminées par voie sexuelle (hétéro et HSH). Chez les hétérosexuel(le)s, la part des infections enregistrées chez les personnes originaires de la région subsaharienne est en augmentation, surtout dans la population féminine.</p> <p>■ La baisse de la mortalité et des nouveaux cas de sida couplée à l'augmentation de nouvelles infections fait que le nombre de personnes vivant avec le VIH (sans ou avec le sida) en Suisse est également en augmentation.</p>	<p>⇒ Il faut poursuivre les efforts de prévention et d'information de la population sur l'augmentation récente des tests positifs déclarés.</p> <p>⇒ Les connaissances sur les groupes particulièrement touchés devraient être approfondies et la prévention orientée en conséquence. La prévention doit être mieux adaptée aux spécificités des différents groupes, notamment des personnes provenant de la région subsaharienne.</p>
<p>■ Une proportion trop élevée des personnes infectées par voie sexuelle, particulièrement les hommes hétérosexuels, apprend sa séropositivité au moment du diagnostic du sida.</p>	<p>⇒ Il faut effectuer des recherches afin de mieux comprendre le recours tardif au test ; il faut améliorer l'information sur le test et apporter des modifications adaptées au dispositif de dépistage.</p>
<p>■ D'autres IST que le VIH seraient également en recrudescence ; d'importantes lacunes sont observées au niveau de la qualité des données disponibles en Suisse.</p>	<p>⇒ Il faudrait mettre en place un groupe de travail pour déterminer comment renforcer le système de surveillance des IST en Suisse. Il faut renforcer les collaborations au niveau européen.</p>

Références bibliographiques

- 1 Division épidémiologie et maladies infectieuses. Epidémiologie du VIH en Suisse: augmentation des tests VIH positifs en 2002. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 2003;(16):268-73.
- 2 Feuz M, Gebhardt, M. Time elapsing between the first positive HIV-test and AIDS diagnosis in Switzerland is decreasing [poster]. XIV International Conference on AIDS, Barcelona July 7-12 2002. Barcelona: International Aids Society (IAS); 2002. Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 3 Klaue K, Spencer B, avec la collaboration de Balthasar H. Santé sexuelle et reproductive en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 85).
- 4 Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? BMJ 2002;324(7349):1324-7. Available at: URL: PM:12039830.

2.2 POPULATION GENERALE

Ce chapitre présente les résultats les plus récents des enquêtes successives menées en Suisse depuis 1987 auprès de la population générale de 17 à 45 ans (EPSS)^a dans le cadre de l'évaluation de la stratégie de prévention du sida^{1,2}. Outre l'évolution des comportements sexuels et de protection du VIH, sont présentés quelques éléments du contexte (connaissance de personnes séropositives, peur du sida), les connaissances sur le VIH, certains thèmes particuliers tels que les stratégies de protection à long terme dans le couple, le test VIH et l'influence de l'existence des thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) sur la prévention.

Ces enquêtes téléphoniques auprès de la population résidente permettent d'apprécier l'évolution de la situation d'ensemble. Elles ne touchent toutefois qu'imparfaitement certains groupes particuliers de la population tels que les personnes de langue étrangère, les personnes très marginalisées, mobiles ou clandestines^b.

2.2.1 Evolution du contexte

Malgré une proximité croissante de l'infection qui se traduit par une augmentation de la proportion de personnes connaissant quelqu'un touché par le virus^c (passée de 13% en 1987 à 22% en 2000 chez les 17-30 ans et de 13% en 1989 à 33% en 2000 chez les 31-45 ans), la crainte liée au sida demeure, dans l'ensemble, relativement stable. En 2000, 29% des 17-30 ans (24% en 1987) et 15% des 31-45 ans (18% en 1989) déclarent avoir parfois peur de contracter le sida. Cette crainte augmenterait plutôt chez les jeunes et diminuerait chez les plus âgés. Elle est nettement plus marquée en Suisse romande (42% des 17-30) et au Tessin (43%) qu'en Suisse alémanique (24%).

En 2000, 38% des personnes interrogées ont entendu parler des HAART. Cette proportion varie beaucoup selon la région linguistique (71% en Suisse romande, 24% en Suisse alémanique, 30% au Tessin). Chaque région se rapproche de ce que l'on observe dans le pays voisin^d, probablement du fait de l'influence des médias des pays limitrophes. On verra plus loin l'influence de cette connaissance sur les comportements.

2.2.2 Connaissances des moyens de prévention et attitudes face aux personnes séropositives

L'usage de préservatifs est toujours le moyen de prévention le plus fréquemment cité spontanément (95% des 17-45 ans). Viennent ensuite la fidélité (25%), l'abstinence sexuelle (21%) et l'usage de seringues propres (11%). Il existe quelques différences régionales mineures : les Tessinois mentionnent moins souvent les différents moyens de se protéger dans le domaine sexuel – tout en mentionnant les préservatifs à plus de 90% – et un peu plus souvent les seringues. On trouve aussi des différences selon la formation scolaire avec des mentions plus fréquentes de

^a Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'Evaluation de la Prévention du Sida en Suisse (EPSS). Jusqu'en 1988, les échantillons ne comprenaient que des personnes de 17 à 30 ans de Suisse alémanique et romande (n=1200) ; depuis 1989, des personnes de 31 à 45 ans de ces régions ont été ajoutées (n=2400) et, depuis 1991, le Tessin est également inclus dans l'échantillon (n=2800). L'enquête a eu lieu en 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1994, 1997 et 2000.

^b D'autres stratégies d'enquête devraient être utilisées pour connaître les comportements de ces personnes (échantillons de convenance, *mapping*, études ethnographiques, etc.).

^c Personne séropositive, malade ou décédée du sida.

^d En France en 1998, 67% connaissaient l'existence des HAART, 22% en Allemagne en 1997 et 17% en Italie en 1998 (population de 18-49 ans).

protection chez les universitaires – avec toutefois la mention du préservatif à plus de 90% aussi chez les personnes avec un niveau de formation primaire.

Des stratégies de protection inefficaces (soin dans la recherche de partenaires) ou franchement erronées (prudence dans la vie quotidienne concernant le partage de la vaisselle ou des toilettes) sont rarement mentionnées (respectivement 8% et 3%) avec aussi un gradient social en faveur des personnes mieux formées qui les mentionnent moins fréquemment.

La confiance à l'égard des personnes séropositives quant à leur capacité de protéger autrui d'un risque de contamination^a est élevée mais en légère diminution (82% en 1990, 88% en 1997, 84% en 2000).

2.2.3 Comportements sexuels et protection par les préservatifs

La prévention du VIH/sida ne semble pas avoir eu d'effet majeur sur la sexualité en termes **d'activité sexuelle**. La médiane du nombre total de partenaires sexuels durant la vie reste globalement stable dans les différents groupes d'âge et de sexe. Chez les hommes de 17 à 30 ans, elle est passée de 4 en 1987 à 3 en 1997 et 4 en 2000 ; chez ceux de 31 à 45 ans, elle est passée de 6 en 1989 à 5 en 1997 et 2000. Cette médiane est restée à 2 chez les femmes de 17 à 30 ans et à 3 chez celles de 31 à 45 ans. On verra dans le chapitre suivant (adolescents et jeunes adultes) que la situation a évolué différemment chez les plus jeunes (17-20 ans).

En ce qui concerne la consommation de rapports sexuels tarifés (prostitution), le phénomène est plus complexe : en 2000, 2% des hommes de 17-30 ans (2% en 1987) et 2% des 31-45 ans (1% en 1989) disent avoir payé pour un rapport sexuel dans les 6 mois précédant l'enquête, ce qui semble dénoter une stabilité. Si l'on considère l'expérience sur la vie du contact avec la prostitution, entre 1989^b et 2000, on trouve une fluctuation sans tendance définie de 12% à 15% chez les 17-30 ans, de 18% à 23% chez les 31-45 ans. On ne note pas de différence systématique selon le niveau scolaire entre Suisses et personnes de nationalité étrangère.

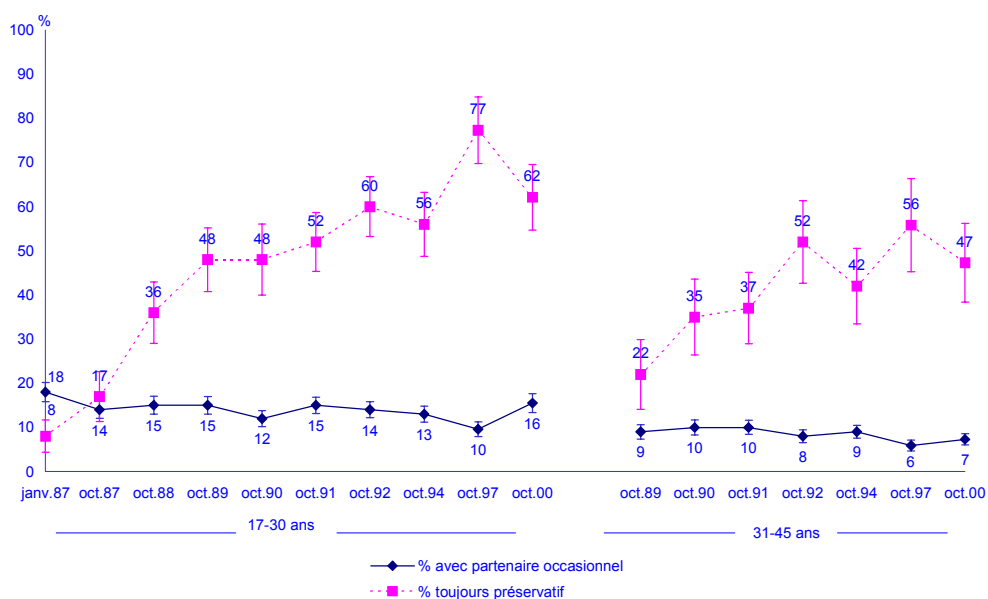
La proportion de personnes qui se mettent en situation de devoir prendre des décisions par rapport à la protection contre le VIH a peu évolué depuis 1987. Ainsi, la proportion de personnes qui déclarent en 2000 avoir eu des partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois est restée stable (16% pour les 17-30 ans, 7% pour les 31-45 ans) (Figure 2.5, ligne continue). La proportion de personnes ayant eu un nouveau partenaire stable dans l'année a légèrement diminué chez les 17-30 ans et est restée stable chez les 31-45 ans (respectivement 13% et 3%) (Figure 2.6, ligne continue).

Les comportements de protection dans les situations de risque potentiel (partenaires occasionnels, nouveau partenaire) ont beaucoup changé depuis le début de la stratégie de prévention du VIH/sida en 1987. Ainsi, l'usage systématique de préservatifs avec les partenaires occasionnels est passé de 8% en 1987 à 62% en 2000 chez les 17-30 ans et de 22% en 1989 à 47% en 2000 chez les 31-45 ans. Avec le nouveau partenaire stable, 40% des 17-30 ans avaient utilisé des préservatifs au moins au début de la relation en 1988, cette proportion est de 71% en 2000. En revanche, pour les 31-45 ans, cette proportion est dans l'ensemble restée assez stable (57% en 1989, 60 % en 2000).

^a Réponse oui ou plutôt oui à la question 'Pensez-vous que les personnes séropositives bien informées prennent des précautions pour ne pas infecter d'autres personnes ?'.

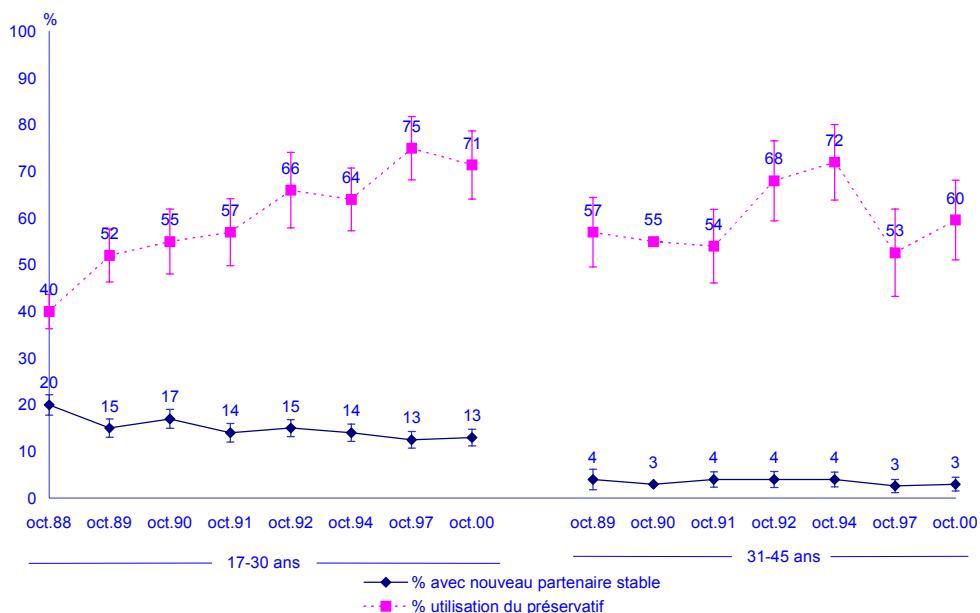
^b Le taux élevé de non-réponse à cette question en 1987 et 1988 ne permet pas d'interprétation sur les données antérieures à 1989.

Figure 2.5 Proportion de personnes ayant eu un/des partenaire(s) occasionnel(s) dans les 6 mois précédant l'enquête et utilisation de préservatifs dans ces situations, selon la classe d'âge (17-30 ans et 31-45 ans)



IUMSP/UEPP

Figure 2.6 Proportion de personnes ayant eu un nouveau partenaire stable dans l'année précédant l'enquête et utilisation de préservatifs avec ce partenaire, selon la classe d'âge (17-30 ans et 31-45 ans)



IUMSP/UEPP

Dans les deux situations, les jeunes se protègent mieux que leurs aînés. On note peu de différences selon les régions linguistiques dans la protection avec les partenaires occasionnels ; en revanche, les Alémaniques se protègent mieux que les Romands et les Tessinois avec le partenaire stable. Les personnes avec un niveau scolaire élémentaire se protègent un peu mieux que les

personnes de niveau scolaire supérieur avec leurs partenaires occasionnels mais c'est l'inverse qui est vrai avec les partenaires stables. En revanche, on note de sensibles différences entre hommes et femmes : en général, les hommes disent plus se protéger que les femmes. Toutefois, dans la relation stable, les jeunes femmes sont plus nombreuses à rapporter une prévention systématique (Tableau 2.1). Enfin, les jeunes étrangers^a se protègent un peu moins systématiquement que les jeunes Suisses avec leurs partenaires stables ou occasionnels.

Tableau 2.1 Différences hommes / femmes dans l'utilisation de préservatifs selon l'âge et le type de partenaire (2000)

Exposition au VIH et protection		Partenaire occasionnel 6 derniers mois		Utilisation de préservatifs		Partenaire stable pendant l'année		Utilisation de préservatifs
		n	%	% toujours	% jamais	n	%	% oui
17-30	Hommes	119	21	65	12	97	17	67
	Femmes	46	9	55	12	38	8	81
31-45	Hommes	82	10	55	24	29	4	68
	Femmes	37	4	29	49	21	3	48

* au moins au début de la relation

IUMSP/UEPP

L'évolution de la protection à la fin des années 90 n'est donc pas uniforme et l'interprétation la plus raisonnable est plutôt que la protection est stable ou en légère diminution. Notons qu'en 2000, une enquête sur les comportements sexuels menée en Suisse alémanique³ a montré des niveaux de protection élevés et proches de ceux de l'enquête EPSS 2000. Toutefois, chez les personnes de plus de 45 ans^b – classe d'âge non incluse dans l'EPSS – les taux de protection étaient nettement inférieurs. La proportion de personnes ayant des partenaires sexuels occasionnels était par ailleurs plus faible que dans les classes d'âge plus jeunes.

L'augmentation de l'usage de préservatifs – sur l'ensemble de la période 1987-2002 – est confirmée par la statistique de leur mise sur le marché. Ils sont passés de 7.6 millions d'unités en 1986 à 18.1 millions en 2002. Après quelques années de stabilité, une récente tendance à la hausse semble de nouveau se dessiner, elle est postérieure à la dernière enquête (2000) sur les comportements (Figure 2.7).

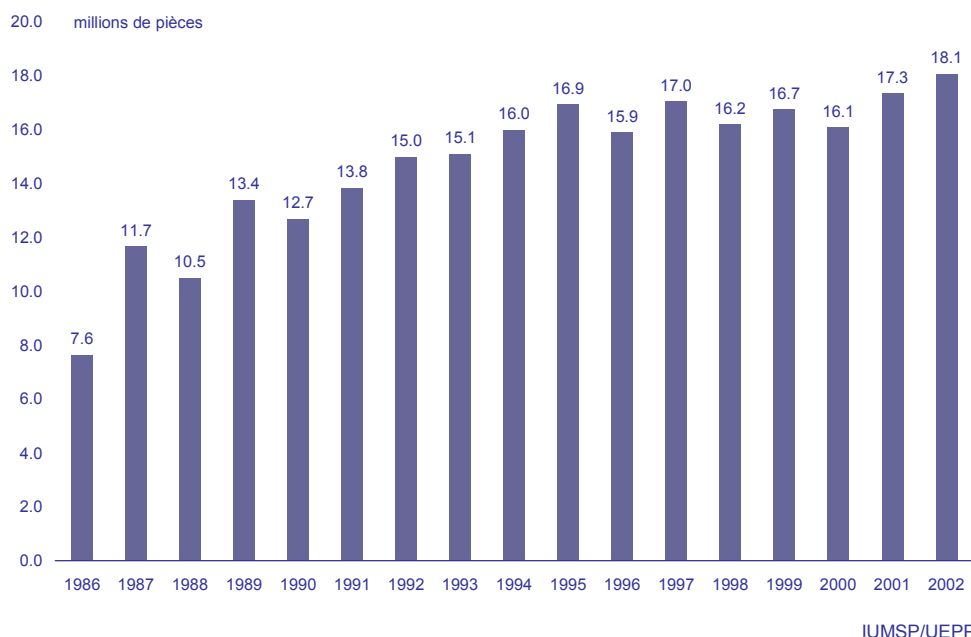
On trouve une évolution générale comparable⁴, avec les mêmes interrogations sur l'interprétation des données, en France⁵ et en Allemagne⁶, où l'impact des politiques de prévention en population générale fait l'objet d'enquêtes répétées (depuis 1987 en Allemagne, depuis 1992 en France⁷).

En France, la part relative des répondants déclarant avoir eu au moins deux partenaires au cours de l'année (multipartenaires) a diminué de façon continue et significative sur l'ensemble de la décennie. Chez les hommes, la proportion des multipartenaires est passée de 22% en 1992 à 10% en 2001 (de 9% à 6% chez les femmes). On n'observe pas de diminution dans les données allemandes : les valeurs sont restées globalement stables depuis le début des enquêtes (1987).

^a C'est-à-dire tous ceux n'ayant pas la nationalité suisse.

^b 46-65 ans.

Figure 2.7 Mise sur le marché de préservatifs en Suisse, estimation : plus de 80% du marché



Dans les deux pays, les comportements préventifs liés à l'utilisation du préservatif ont cessé d'augmenter et se sont stabilisés ou montrent des signes de faiblesse. Malgré cette impression de déclin, il est nécessaire de souligner que le niveau de protection demeure élevé et à des niveaux comparables dans les trois pays.

2.2.4 Stratégies de protection dans le couple

Dans l'enquête EPSS menée en 2000, on dispose d'indications pour 511 personnes sur la stratégie de protection adoptée au cours de la relation avec leur dernier partenaire stable^a (Figure 2.8).

Dans la plupart des cas (67%), les partenaires se connaissaient depuis plus d'un mois avant le premier rapport sexuel ; dans 7% des cas, ils s'étaient connus le jour même. Dans deux tiers des cas, on a parlé au sein du couple d'éventuels partenaires sexuels précédents ; la même proportion des couples a évoqué la contraception, la moitié le risque de VIH ou d'autres IST. Dans les trois quarts des cas, le thème des préservatifs a été abordé avant le premier rapport. Lors du premier rapport un peu moins des trois quarts des couples ont opté pour l'utilisation du préservatif (Figure 2.8). Un quart n'a pas utilisé de préservatifs dont 2% qui avaient préalablement fait un test. Au total, dans 72% des situations, on a affaire à une option de prévention 'sûre' au premier rapport.

Parmi ceux qui avaient utilisé un préservatif au premier rapport, 52% ont continué à le faire, 17% ont fait un test puis ont décidé d'arrêter l'usage de préservatifs, 21% ont abordé dans le couple la question de risques antérieurs avant d'abandonner le préservatif et 9% en ont arrêté l'usage sans avoir évoqué des risques éventuels dans le passé et sans avoir fait de test. 2% ont procédé autrement ou n'ont pas répondu.

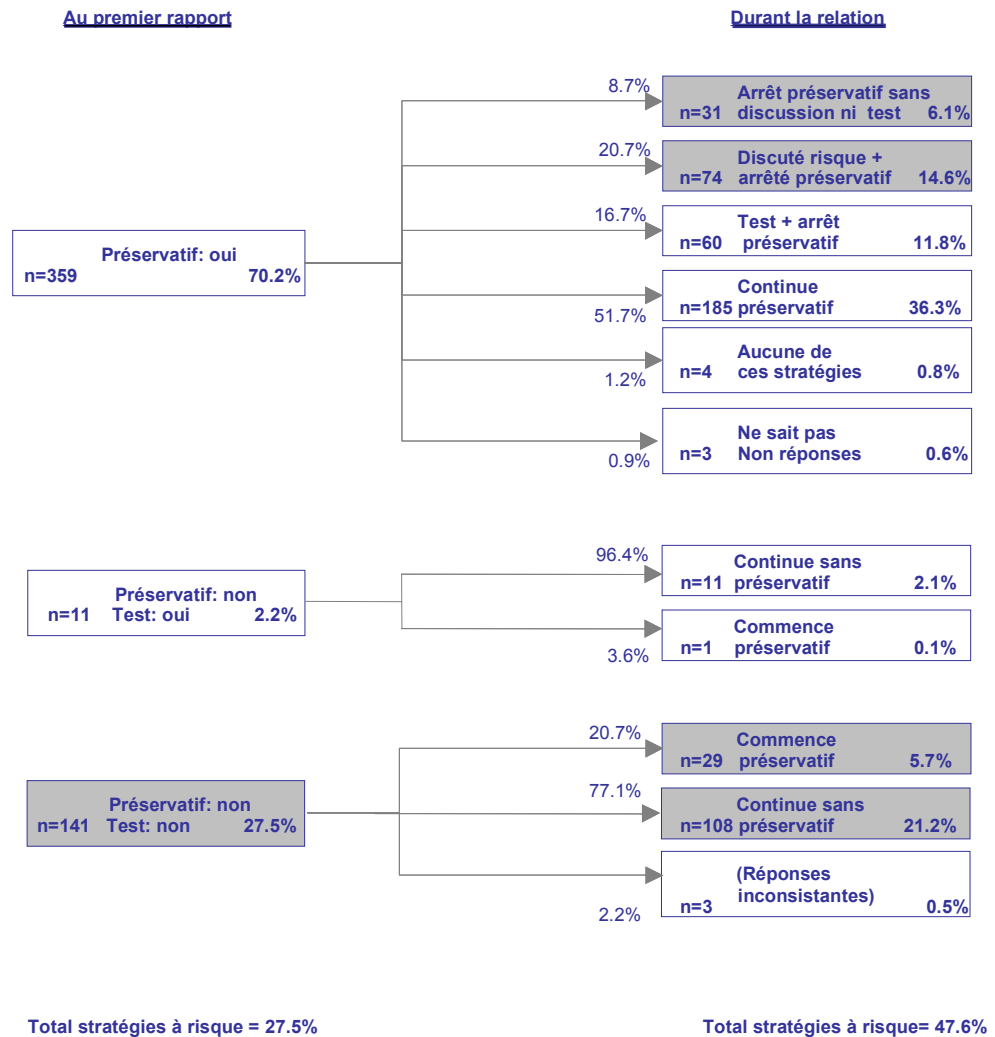
Parmi ceux qui n'avaient pas utilisé de préservatifs au premier rapport, environ trois quarts ont continué ainsi et un peu moins d'un quart a commencé par la suite à en utiliser.

Si l'on considère ce qui se passe au cours du temps dans le couple, on constate que les stratégies de protection 'sûres' (Figure 2.8, rectangles en blanc dans la colonne de droite) diminuent avec la

^a Dernier nouveau partenaire stable au cours des deux années précédentes.

durée de l'union. 54% des couples maintiennent une telle stratégie après les premiers rapports. Parmi ceux qui adoptent une stratégie peu sûre (abandon du préservatif sans test préalable) après avoir utilisé des préservatifs au début, on observe dans deux tiers des cas une tentative de clarification des risques passés avant la décision de ne plus utiliser de préservatif, témoignant certainement d'un souci (maladroitement géré) de protection.

Figure 2.8 Evolution de la protection dans la relation avec le nouveau partenaire stable. Population de 17-45 ans (n= 511), 2000



IUMSP/UEPP

2.2.5 Problèmes dans l'usage de préservatifs

Nonante pour cent de la population de 17 à 45 ans a déjà utilisé un préservatif au cours de sa vie (avec un gradient de génération : 95% pour les 17-20 ans, 81% pour les 40-45 ans). Parmi les utilisateurs, 28% en ont utilisé lors de leur dernier rapport sexuel. Dans environ 60% des rapports, c'est l'homme qui a posé le préservatif, dans 15% la femme et dans 20% les deux ensemble, les autres ne se souvenant pas. La concordance entre les réponses des hommes et des femmes est bonne. Un pour cent (2% en 1997) des personnes rapportent une déchirure du préservatif à l'occasion du dernier rapport et 3% un glissement (2% en 1997).

2.2.6 Test VIH

Une part non négligeable de la population a choisi de se soumettre à un test VIH^a au moins une fois au cours de la vie. Chez les personnes âgées de 17 à 30 ans, cette proportion est passée de 23% en 1992 à 38% en 2000 ; chez celles de 31 à 45 ans, de 23% à 46%. On note cependant une décélération de l'augmentation. En effet, les personnes ayant effectué leur premier test durant l'année de l'enquête représentaient 5% des 17 à 30 ans en 1992, 3% en 1994, 1997 et 2000 ; chez les 31 à 45 ans, ces proportions étaient respectivement 3%, 3%, 1% et 1%.

La proportion de personnes testées dans les 12 derniers mois (premier test ou répétition de test) est semblable en Suisse, en Allemagne et en France (entre 8 et 10%).

La plupart des tests^b sont effectués chez un médecin privé : médecin de famille (46%), gynécologue (24%), autre spécialiste (5%). 6% des tests sont pratiqués dans un centre de test anonyme, 9% en ambulatoire dans un hôpital, 5% lors d'une hospitalisation, 3% dans un laboratoire privé et 2% ailleurs. Cette répartition n'a pas subi de modification significative depuis 1994⁸. Les jeunes ont davantage recours au test anonyme (9% chez les 17-20 ans, 3% chez les 41-45 ans).

Dans l'ensemble, en considérant également les tests effectués lors de dons de sang, 63% de la population résidente de 17 à 45 ans en a effectué au moins un jusqu'en 2000.

Tableau 2.2 Proportion (%) de personnes testées pour le VIH* dans divers groupes de la population de 17 à 45 ans, 1992-2000

	1992	1994	1997	2000	n moyen
Ensemble de la population	48	57	59	63	~ 2800
Multipartenaires**					
hommes	62	69	70	76	~ 390
femmes	55	65	73	71	~ 390
17-30 ans	59	66	67	66	~ 410
31-45 ans	58	68	75	79	~ 380
Consommateurs de drogues par injection	79	79	98	83	~ 25
Contacts avec prostituées (vie)***	66	69	77	80	~ 240
Contacts homosexuels (vie)***	64	75	69	74	~ 50
Aucune de ces caractéristiques					
hommes	51	60	60	62	~ 910
femmes	33	44	46	51	~ 980
17-30 ans	39	50	48	46	~ 940
31-45 ans	44	53	58	64	~ 950

* y compris test lors de dons du sang

** quartile supérieur pour leur catégorie d'âge et de sexe

*** hommes seulement

IUMSP/UEPP

En Suisse, le test n'a pas fait l'objet d'une promotion particulière, notamment par des campagnes de masse. Pourtant, bon nombre de personnes se sont senties plus particulièrement concernées, probablement parce que leur style de vie les exposait potentiellement à une conta-

^a En dehors du don de sang.

^b Lieu du dernier test.

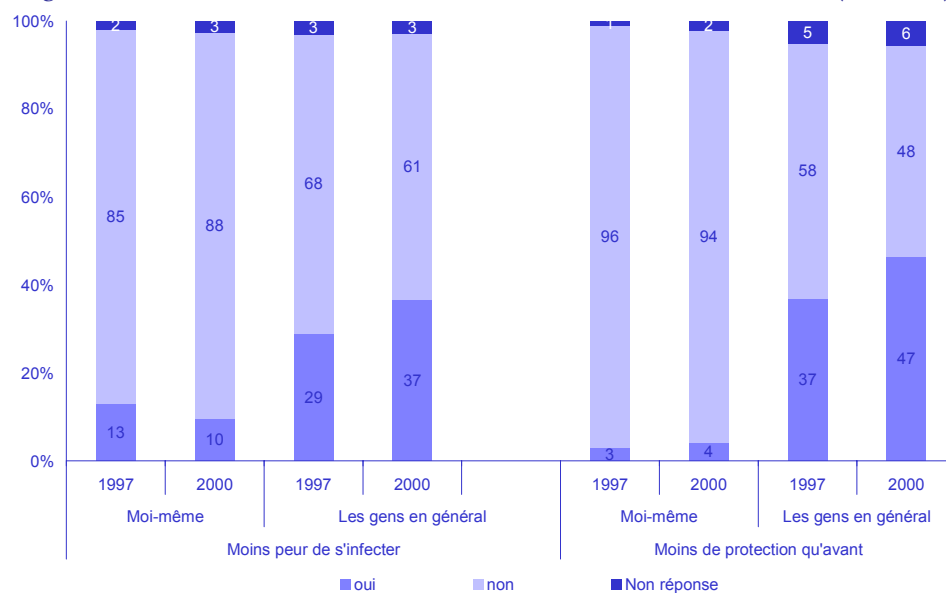
mination par le VIH. Ainsi, on constate que les personnes avec des partenaires multiples (en particulier les hommes et les 31-45 ans), les personnes ayant eu au cours de leur vie des contacts homosexuels ou avec des prostituées, ainsi que les personnes s'étant déjà injecté des drogues ont davantage eu recours au test (Tableau 2.2).

2.2.7 Influence des thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) sur la prévention

Dès l'arrivée des thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) en 1996, la question s'est posée de leur influence sur les comportements du public. C'est pourquoi on a cherché à savoir si la connaissance de l'existence de tels traitements influençait les représentations qui en découlent sur ses propres attitudes et comportements et sur ceux attribués à autrui (Figure 2.9).

Entre 1997 et 2000, on constate une diminution de la (faible) proportion de personnes qui pensent que l'existence des HAART a eu pour conséquence d'avoir une moindre crainte de s'infecter par le VIH. En revanche, davantage de personnes imaginent que les autres ont moins peur et l'écart entre ces deux représentations augmente. Cet écart entre ce que l'on pense pour soi-même et pour autrui est encore plus grand, et en augmentation, s'agissant des comportements : en 2000, 4% seulement de la population des 17-45 ans sont d'accord avec l'affirmation qu'eux-mêmes se protègent moins qu'auparavant du fait de l'existence des HAART mais 45% estiment que 'les gens en général' se protègent moins qu'avant.

Figure 2.9 Représentations des conséquences potentielles pour 'soi-même' et pour 'les gens en général' de la connaissance de l'existence des HAART 1997-2000 (n ~ 1100)



IUMSP/UEPP

L'existence d'une discrédance entre ce que l'on déclare pour soi et ce qu'on imagine concernant les autres pourrait être interprétée comme la préfiguration d'un relâchement plus général des comportements. L'évolution entre 1997 et 2000 en ce qui concerne les comportements déclarés doit en tout cas être prise au sérieux comme premier signe d'une éventuelle évolution défavorable et des avertissements en ce sens ont été lancés aux autorités de santé publique, avec un renforcement consécutif des campagnes médiatiques. En France, une évaluation menée en 2001-2002 a abouti à des réflexions similaires et à une injonction sur la nécessité de 'relancer' la prévention⁵.

2.2.8 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
■ L'interprétation la plus probable de l'évolution des comportements dans la population générale est la stabilisation, éventuellement un léger déclin.	⇒ Cette situation devra être suivie de près, d'autant plus que certains autres signaux d'alarme (situation internationale, évolution des nouveaux cas de VIH, évolution des IST) incitent à la prudence.
■ Toutefois, il faut rappeler que la population est généralement bien informée, que les niveaux de protection obtenus sont satisfaisants – même si des améliorations sont souhaitables, en particulier chez les adultes d'âge moyen/mûr. Ceci constitue un bon 'socle' de protection contre une diffusion généralisée du VIH dans la population générale.	⇒ Il convient donc de poursuivre les activités de prévention à couverture totale (campagnes médiatiques, éducation sexuelle/prévention du VIH en milieu scolaire) pour maintenir ces acquis, voire les renforcer.
■ Les populations chez lesquelles on observe le plus de nouveaux cas de VIH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, consommateurs de drogues par voie intraveineuse, migrants d'origine subsaharienne et leurs partenaires) ne représentent qu'une (très) faible partie des échantillons étudiés. L'appréciation de l'évolution de la protection dans ces populations n'est pas possible par le biais d'enquêtes dans la population générale.	⇒ Il faudra continuer / mettre sur pied des enquêtes spécifiques dans ces populations.

Références bibliographiques

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Konings E, Paccaud F. Increased condom use without other major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. *Am J Public Health* 1997;87:558-66.
- 2 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agostoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé 29).
- 3 Bruhin E, Werner M, Abel T, Müller F. Age and gender in the management of HIV-relevant sexual risks: theoretical background and first results of a population survey in the German speaking part of Switzerland. *Soz Präventivmed* 2002;47:388-98.
- 4 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- 5 Rollet C, de la Bretèche L, Bousquet F, Robin C, Le Bouler S. Conseil national de l'évaluation / Commissariat général du plan, editor. La politique de lutte contre le sida 1994-2000: rapport de l'instance d'évaluation présidée par Christian Rollet. Paris: La documentation française; 2003.
- 6 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, editor. Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2000: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids, eine Wiederholungsstudie. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2001. Available at URL: http://www.bzga.de/bzga_stat/studien/material/aids2000.pdf

- 7 Grémy I, Beltzer N, Vongmany N, Chauveau J, Capuano F. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France: premiers résultats des évolutions 1992, 1994, 1998, 2001 au 15 octobre 2001 (Rapport intermédiaire). Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS Ile-de-France); 2001.
- 8 Jeannin A, Dubois-Arber F, Paccaud F. HIV testing in Switzerland. AIDS 1994;8:1599-603.

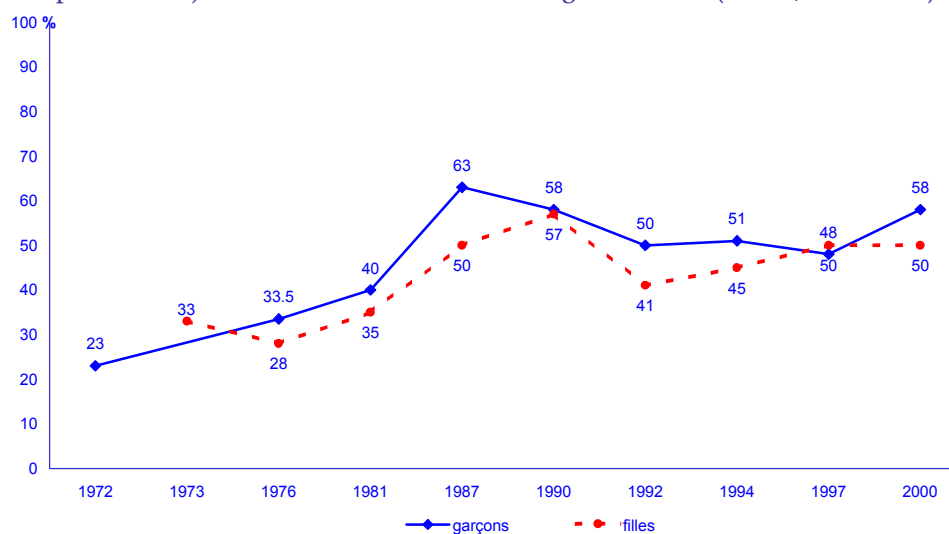
2.3 LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES

Ce chapitre présente principalement les résultats de l'EPSS pour la population de 17-20 ans^a. Ces résultats sont complétés par des résultats préliminaires issus de l'enquête nationale SMASH^b auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse, menée en 2002. La question de l'accès des jeunes à l'éducation sexuelle et/ou la prévention du sida à l'école est traitée plus loin dans un chapitre spécifique (3.3.2).

2.3.1 Entrée dans la sexualité

La proportion de jeunes sexuellement actifs à un âge donné (ici 17 ans) semble avoir repris sa tendance séculaire à la hausse ; cette tendance avait été brièvement interrompue au tournant des années 90, probablement en conséquence de la médiatisation du sida et de sa prévention. Sur l'ensemble de la période, les filles tendent à entrer un peu plus tardivement dans la vie sexuelle active que les garçons (Figure 2.10)

Figure 2.10 Proportion de jeunes sexuellement actifs à l'âge de 17 ans (Suisse, 1972-2000)^c



IUMSP/UEPP

2.3.2 Activité sexuelle

Entre 1987 et 1997, on avait observé une tendance à la diminution du nombre des partenaires chez les 17-20 ans. En particulier, la proportion des adolescents qui avaient eu 3 partenaires et

^a Environ 400 à chaque enquête (cf. chapitre 2.1).

^b SMASH: Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health⁵. Menée en 1992-93 et 2002 auprès d'adolescents de 15 à 20 ans en formation post-scolarité obligatoire. Environ 8000 participants à chaque enquête.

^c Les données proviennent de diverses études. Dès 1987, elles sont issues de l'EPSS (17-20 ans).

plus était passée de 33% en 1987 à 24% en 1997. En 2000, elle est remontée à 31%. La médiane est toutefois restée à 1 entre 1987 et 2000.

On observe la même tendance à une ré-augmentation récente pour ce qui concerne le fait d'avoir un nouveau partenaire sexuel dans l'année ou d'avoir un partenaire occasionnel dans les 6 derniers mois (cf. Figure 2.11 et Figure 2.12).

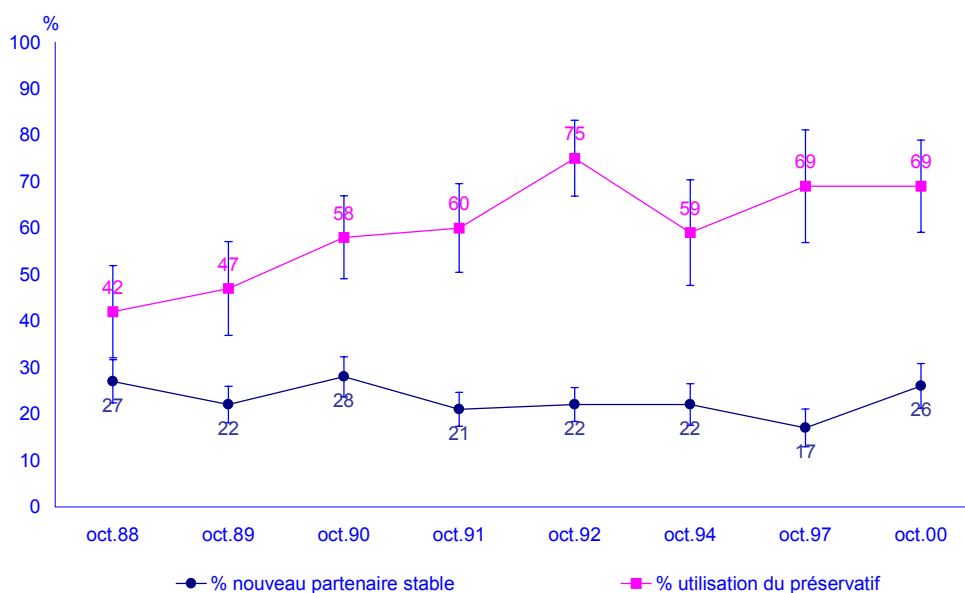
Ces données sont confirmées par l'étude SMASH^a qui permet de comparer le nombre de partenaires dans la vie, pour les filles et les garçons, entre 1992/93 et 2002 (cf. Figure 6.1 en annexe à ce chapitre^b).

Il est difficile d'interpréter ce qui n'est pour le moment qu'une tendance. Il est cependant possible que cela soit le corollaire de la reprise de la tendance séculaire à la hausse de la proportion d'adolescents sexuellement actifs à un âge donné (cf. 2.3.1).

2.3.3 Stratégies de protection

L'usage de préservatifs reste élevé : en 2000, 69% des 17-20 ans en ont utilisé dans leur nouvelle relation stable (Figure 2.11); l'usage de préservatifs avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s) est systématique pour 76%^c d'entre eux (Figure 2.12).

Figure 2.11 Proportion de jeunes (17-20 ans) avec un nouveau partenaire stable dans l'année et utilisation de préservatifs avec ce partenaire (1988-2000)



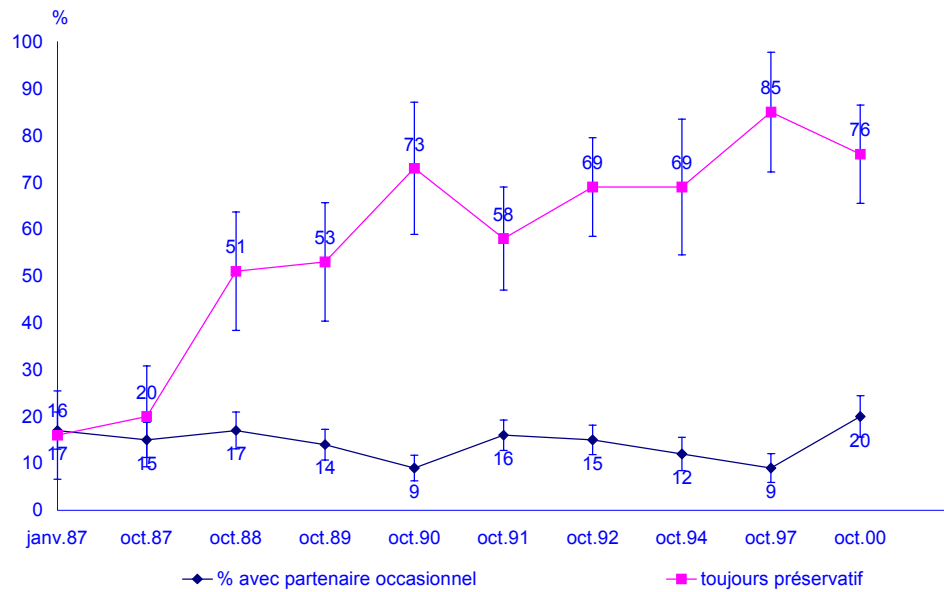
IUMSP/UEPP

^a Nous remercions le Pr. P-A Michaud de nous avoir communiqué des données préliminaires.

^b L'agrégation en classe d'âge est différente dans les deux études mais la tendance est la même.

^c Légère baisse par rapport à 1997 qui semble avoir été une valeur extrême.

Figure 2.12 Proportion de jeunes (17-20 ans) avec partenaire(s) occasionnel(s) dans les 6 derniers mois et utilisation de préservatifs dans cette situation (1987-2000)

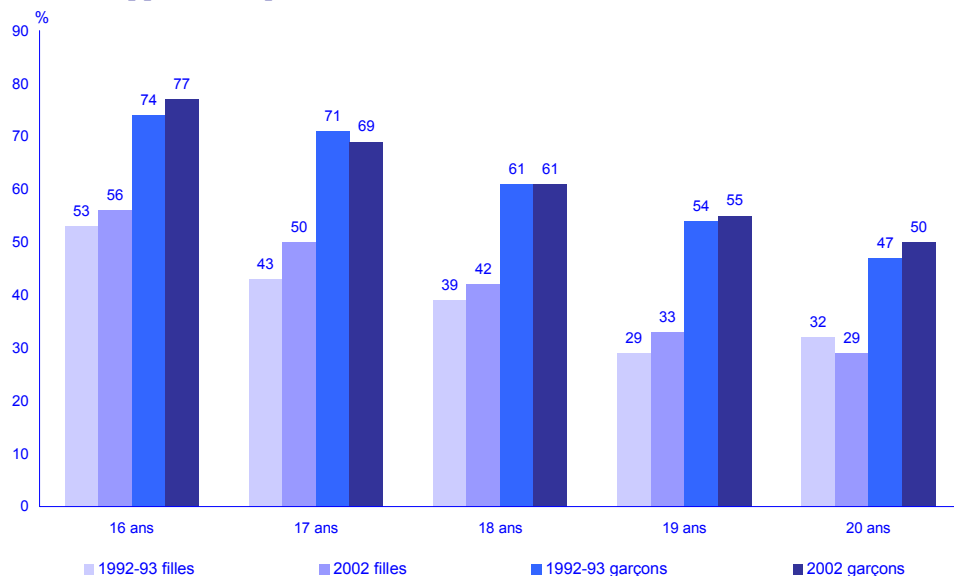


IUMSP/UEPP

L'enquête SMASH permet de confirmer la stabilité de l'utilisation de préservatifs chez les jeunes. En effet, on n'observe pratiquement pas de changement dans l'utilisation de préservatifs au dernier rapport entre les enquêtes de 1992/93 et 2002, quels que soient l'âge et le sexe considérés (Figure 2.13). Les taux d'utilisation décroissent avec l'âge et vont de 56% (16 ans) à 29% (20 ans) chez les filles ; de 77% (16 ans) à 50% (20 ans) chez les garçons. Il n'y a pas de différence notable entre apprenti(e)s et gymnasien(ne)s.

Ces données sont proches de ce que l'on observe en 2000 dans l'EPSS où 59% des adolescents de 17 à 20 ans ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (61% en 1997).

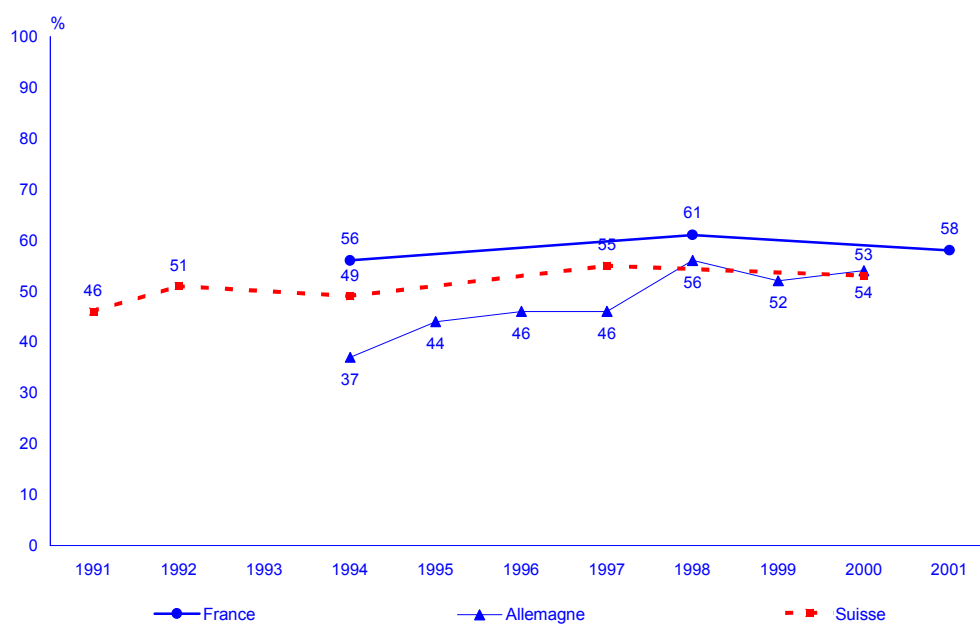
Figure 2.13 Proportion de filles et de garçons de 16 à 20 ans ayant utilisé un préservatif au dernier rapport, comparaison 1992/93-2002



Source : SMASH

On dispose de données comparatives avec la France et l'Allemagne concernant l'usage de préservatifs au dernier rapport chez les jeunes¹. La Figure 2.14 montre l'évolution de l'usage dans cette circonstance dans les trois pays pour les jeunes hommes de 18 à 24 ans^a. On constate une évolution convergente : augmentation d'ensemble avec stabilisation voire léger fléchissement dans les dernières années.

Figure 2.14 Utilisation de préservatifs au dernier rapport dans 3 pays européens* 1991-2001 (hommes 18-24 ans)



* Suisse 17-25 ans

IUMSP/UEPP

2.3.4 Accidents de préservatifs et pilule du lendemain, interruptions volontaires de grossesse

Les taux d'utilisation de préservatifs étant élevés chez les jeunes, il importe de se préoccuper de possibles conséquences négatives de l'usage de préservatifs à grande échelle. On doit ainsi s'interroger sur les accidents de préservatifs – rupture ou glissement – et sur ce que font les jeunes dans cette situation (connaissance et usage de la contraception post-coïtale/CPC ou 'pilule du lendemain'). Enfin, plus largement, si la maîtrise de la contraception était entravée par un usage croissant de préservatifs et d'accidents ou d'oublis dans leur utilisation, on pourrait voir apparaître une augmentation des grossesses non désirées chez les jeunes^b.

En 2000, parmi les jeunes de 17 à 20 ans qui ont utilisé un préservatif au dernier rapport (59%), seuls 2% ont fait l'expérience d'une rupture ou d'un glissement du préservatif. Ils étaient 6% en 1997.

Entre 57% et 86% des jeunes de 17 à 20 ans – selon la région linguistique – disent avoir entendu parler de la CPC à l'école dans des cours d'éducation sexuelle/prévention du VIH^c. Une étude

^a Pour la Suisse 17-25 ans.

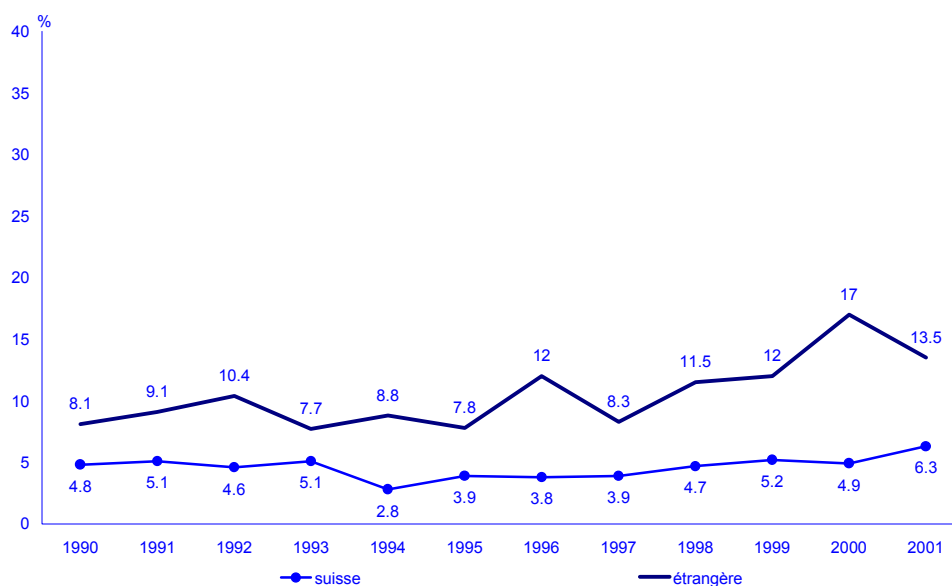
^b Il faut rappeler toutefois qu'une grande partie des IVG est due à un non-usage de contraception plutôt qu'à l'échec du contraceptif. Cet indicateur n'a qu'une relation indirecte avec les risques d'usage de préservatifs.

^c Cf. 3.3 'Prévention du VIH/sida et éducation sexuelle à l'école'.

menée en 1997 avait montré que 12 à 29% des filles de 15-20 ans – selon la région linguistique – y avaient déjà eu recours².

Enfin, si on ne dispose pas de données nationales sur les demandes d'interruption de grossesse (IVG) chez les jeunes, elles existent dans certains cantons. Ainsi, dans le canton de Vaud, entre 1990 et 2001, le taux de recours à l'IVG chez les jeunes, un des plus bas d'Europe, est resté stable ; en revanche, il a légèrement augmenté chez les jeunes étrangères (Figure 2.15). En Europe, le taux d'IVG est resté stable entre 5 et 25 pour mille selon les pays, entre 1985 et 1997³.

Figure 2.15 Taux de recours à l'IVG pour 1000 résidentes vaudoises de 14-19 ans, 1990-2001, selon la nationalité (suisse / étrangère)^a



IUMSP/Groupe de recherche sur la santé des adolescents (GRSA)

2.3.5 Test VIH

La proportion de jeunes de 17 à 20 ans qui ont déjà fait un test VIH (en dehors du don de sang) est stable : elle est de 14% en 2000 (11% en 1987, 15% en 1997)^b.

2.3.6 Vulnérabilité

On peut considérer que les jeunes insérés dans l'institution scolaire – obligatoire et universelle – font partie de la population générale^c. Ils ne représentent pas en tant que tels une population vulnérable. En revanche, les jeunes exclus de l'école ou d'un système de formation (on les appelle parfois 'jeunes en décrochage'^d) constituent une population spécifique et prioritaire car

^a Source : V. Addor. Interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans le canton de Vaud. Données 2001 et tendances 1990-2001. IUMSP août 2002. (Document non publié).

^b On ne s'attend pas à une accumulation de personnes testées compte tenu de l'étroitesse de la classe d'âge (données de prévalence équivalant presque à des données d'incidence pour une période de trois ans).

^c Et dans ce sens, les interventions comme l'éducation sexuelle ou à la santé en milieu scolaire – comme les campagnes médiatiques grand public – sont considérées, à condition qu'elles soient systématiques comme des activités potentiellement à couverture totale et adressées à tous.

^d Leur trajectoire allant dans le sens d'une désinsertion sociale est souvent individuelle. Ils ne constituent donc pas un segment de population stable et homogène, facilement identifiable.

ils se trouvent dans des situations particulièrement précaires. Il s'agit d'un critère de vulnérabilité primordial.

Une revue exhaustive des programmes de prévention VIH/sida à destination des jeunes⁴ montre que les groupes marginalisés et fragiles échappent à toutes les interventions préventives classiques. Cependant, il est difficile, voire illusoire, de vouloir établir une liste de facteurs de vulnérabilité, parce qu'une description adéquate de cette population doit prendre en compte les trajectoires personnelles (avec leur part de contingences) ancrées dans des contextes qui peuvent atténuer ou exacerber les difficultés.

Les jeunes 'en décrochage' ne peuvent pas toujours bénéficier d'une éducation sexuelle alors qu'ils sont souvent exposés à des situations menant à des pratiques à risque. Des échanges de seringues et des rapports sexuels non protégés dans des conditions de violence, pauvreté et chômage prêteraient très sérieusement les perspectives du futur alors que cette population aurait dû être repérée en amont avant d'être trop difficile à atteindre et à aider.

Si la désignation de groupes particuliers comporte toujours le danger d'une stigmatisation, cet écueil peut être limité par une prise de conscience et une attention particulière à ce danger. Il est certain que tout jeune en marge, migrant(e), jeune en quête d'orientation sexuelle, toxicomane, jeune placé(e) ou incarcéré(e), prostitué(e) peut être catégorisé comme faisant partie d'un groupe potentiellement vulnérable, sans qu'il s'agisse nécessairement d'une personne vulnérable. La revue mentionnée montre que pour les groupes marginalisés et fragiles qui échappent à toutes les interventions préventives classiques, c'est le travail de rue (*outreach programs*) ainsi que l'implication des acteurs communautaires qui s'avèrent les plus utiles.

2.3.7 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<ul style="list-style-type: none">■ Malgré une tendance récente – et qui demanderait confirmation – à l'augmentation de l'activité sexuelle (nombre de partenaires dans la vie), on n'observe pas de diminution de la protection chez les jeunes en Suisse.■ Les taux d'utilisation de préservatifs sont élevés, particulièrement au début de l'activité sexuelle.	<p>⇒ Il s'agit toutefois d'être vigilants puisque, dans d'autres pays, on a observé une ré-augmentation récente des infections sexuellement transmises chez les jeunes (USA, Royaume Uni).</p>
<ul style="list-style-type: none">■ La baisse d'utilisation de préservatifs avec l'âge suggère des adaptations de la protection (notamment dans les relations exclusives successives qui sont souvent l'apanage des jeunes), qui peuvent inclure, par exemple, le recours au test des deux partenaires et l'abandon de l'usage de préservatifs avec un autre choix contraceptif, des accords de protection, etc.■ Cependant les jeunes ont généralement une succession de relations stables et, avant de trouver un partenaire pour une (plus) longue durée de vie, ils vont se retrouver plusieurs fois dans des situations de changement de partenaire avec par conséquent le renouvellement de la question de la protection du VIH/sida.	<p>⇒ Il est important de les préparer à ces situations en leur donnant – à part un message clair et normatif d'utilisation générale de préservatifs avec la possibilité de recours à la CPC en cas d'échec ou d'oubli – des informations sur les possibilités qui existent de faire des choix plus individualisés et les contraintes qui en découlent ainsi que des informations sur les lieux où ils peuvent recevoir un conseil spécialisé. Il s'agit de tenir un discours adapté au niveau de diffusion concerné. Dans les campagnes médiatiques, le message général et normatif d'utilisation de préservatifs ne peut guère être nuancé. En revanche, dans les cours d'éducation sexuelle, l'information à donner aux jeunes doit inclure les alternatives au 'tout préservatif', de façon à ce que si des choix d'abandon du préservatif sont faits dans de jeunes</p>

Conclusions	Recommandations
	<p>couples, comme c'est le cas actuellement, cela se passe en connaissance de cause. On doit aussi aborder les thèmes de la négociation, des rapports de pouvoir, avec des approches sensibles au genre, etc. Enfin, le conseil individuel (particulièrement dans les centres de planning familial) est l'occasion privilégiée pour soutenir les jeunes dans leur(s) stratégie(s) de protection face au VIH et autres IST ainsi qu'aux grossesses non désirées. En conséquence, il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ De cibler les jeunes d'abord comme population générale, avec des activités à couverture totale : <ul style="list-style-type: none"> ■ campagnes de prévention grand public ; ■ renforcement, valorisation, généralisation et pérennisation de l'éducation sexuelle ; ■ facilitation de l'accessibilité aux centres de planning ou autres lieux de conseil à bas seuil aux jeunes en général, aux garçons en particulier. ■ De cibler les groupes particulièrement vulnérables comme les jeunes 'en décrochage', jeunes migrants, jeunes en quête d'orientation sexuelle, toxicomanes, jeunes placés ou incarcérés. ■ De renforcer des systèmes de sentinelle en milieu scolaire pour soutenir ceux qui sont en difficulté et assurer un suivi hors école ; mobiliser le tissu communautaire de soutien (intervenants sociaux, famille, autres personnes ayant accès à ces jeunes et susceptibles de fournir une éducation sexuelle informelle) et les pairs.

Références bibliographiques

- 1 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- 2 Narring F, Michaud PA, Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997. (Raisons de santé, 4).
- 3 Bajos N, Guillaume A. Reproductive health: Contraceptive practices and use of abortion among adolescents and young adults in Europe. Strasbourg: Council of Europe; 2003. (European Population Papers Series).
- 4 Klaue K. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 5 Narring F, Michaud PA. Methodological issues in adolescent health surveys: The case of the Swiss multicenter adolescent survey on health. *Soz Praventivmed* 1995;40:172-82.

2.4 LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES (HSH)

L'évaluation des résultats de la stratégie de prévention du VIH/sida chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) repose sur une enquête régulièrement répétée dans cette population en Suisse alémanique et en Suisse romande (enquête HSH, menée par l'IUMSP/UEPP).

Six enquêtes (1987¹, 1990-92²-94³-97, 2000⁴) permettent de suivre l'évolution des comportements préventifs des HSH en Suisse. Pour chacune de ces études des questionnaires ont été diffusés via la presse identitaire et les organisations homosexuelles. Entre 800 et 1200 questionnaires ont été retournés selon les années^a.

Il est impossible d'apprécier la représentativité de ce type d'échantillon auto-sélectionné puisque les enquêtes en population générale (EPSS) ne permettent pas d'établir un profil détaillé de la population homosexuelle^b. On estime néanmoins que les répondants, en tant que lecteurs de journaux ou membres d'organisations gais, appartiennent au segment de la population homosexuelle le plus affirmé du point de vue des préférences sexuelles, le mieux informé et le plus motivé en ce qui concerne la prévention^c. Les jeunes sont peu représentés dans ce type d'enquêtes. Il est possible que des biais de participation conduisent à surestimer les niveaux de protection sans pour autant affecter la validité des tendances temporelles.

Les principales caractéristiques socio-démographiques des échantillons se sont peu modifiées entre 1987 et 2000 (niveau d'éducation, lieu d'habitation, orientation sexuelle, affiliation communautaire). On note cependant un vieillissement assez marqué de la population répondante depuis 1997. La proportion de répondants de moins de 30 ans a en effet diminué de moitié environ entre 1994 et 2000^d. Les analyses ont donc été faites en stratifiant les données par âge. Pour simplifier la présentation des résultats il a été choisi de montrer les données agrégées en signalant d'éventuelles différences selon l'âge.

2.4.1 Proximité du VIH/sida

Depuis le début de l'épidémie, les HSH forment l'un des segments de population les plus touchés par le VIH/sida. De fait, la majorité des répondants déclarent connaître au moins une personne vivant avec le VIH/sida ou étant décédée des suites de la maladie. Cette proportion a continuellement augmenté entre 1987 et 1997 (de 59% à 78%). Elle est de 75% en 2000.

Depuis 1990, on observe d'importantes différences entre les répondants de trente ans ou plus et ceux n'ayant pas atteint leur trentième année. En 2000, 51% des moins de trente ans déclarent ne pas connaître de personne vivant avec le VIH/sida ou décédée des suites de cette maladie. Cette proportion est de 20% parmi les plus de trente ans. Ces différences pourraient s'expliquer non seulement par la transformation progressive des réseaux de sociabilité en fonction de l'âge,

^a En 1998, une autre enquête a été menée à Zurich sur la scène commerciale gaie (bars, saunas, etc.). Cf. à ce sujet Wang J et al 1999²⁴. En 1999, une enquête a également été réalisée en Suisse romande parmi des HSH de moins de 25 ans¹¹. Certains résultats de cette enquête sont présentés dans le présent chapitre (cf. 2.4.8).

^b Echantillons trop petits, classes d'âge insuffisamment étendues, probables biais de déclaration, entre autres.

^c La stratification des analyses selon le niveau d'éducation n'a cependant pas montré de différences significatives dans l'échantillon.

^d Une tendance similaire a été remarquée en France et en Allemagne dans le cadre d'enquêtes ayant un mode de recrutement identique.

mais aussi par un effet de génération, le nombre de nouvelles infections chez les homosexuels ayant fortement diminué au cours des années 1990.

2.4.2 Recours au test de dépistage et prévalence du VIH

En 1987, 57% des répondants avaient recouru au moins une fois dans la vie au test de dépistage du VIH. La proportion d'HSH testés a augmenté au fil des enquêtes pour atteindre 80% en 2000. Une proportion non négligeable des HSH n'ont pas d'information récente quant à leur statut sérologique pour le VIH. En 2000, 52% des répondants ont passé le test de dépistage au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion est plus faible que celle observée en 1994 (62%). On note ainsi une augmentation de la part des répondants qui ne possèdent pas d'information récente sur leur statut sérologique pour le VIH.

Parmi les répondants, le pourcentage de personnes séropositives a légèrement diminué entre 1987 (14%) et 2000 (11%). La prévalence du VIH est nettement plus élevée parmi les répondants de 30 ans et plus (2000 : 12%) que chez les moins de trente ans (2000 : 2%).

2.4.3 Activité sexuelle

Certaines caractéristiques de la vie sexuelle des HSH n'ont pas changé depuis le début des années 1990. Le nombre de partenaires se maintient à un niveau élevé. En 1987, au moins 50% des répondants déclaraient jusqu'à cinq partenaires sexuels dans les douze derniers mois. Dès 1997, le nombre médian de partenaires se situe dans la classe 6-10. Un tiers des répondants a eu plus de dix partenaires sexuels dans les douze derniers mois. D'une manière générale, les répondants de trente ans et plus déclarent davantage de partenaires sexuels que les moins de trente ans. On constate également que les répondants séropositifs ont une activité sexuelle plus importante que les répondants séronégatifs ou non testés.

Les modes de vie et les pratiques sexuelles se sont sensiblement modifiées au fil des enquêtes. La proportion de répondants déclarant un partenaire stable dans les douze mois précédant l'enquête est passée de 46% en 1987 à 72% en 2000. Près de 50% des relations déclarées stables ne sont pas exclusives. Cette proportion n'a pas évolué au fil des enquêtes.

On observe également une sensible augmentation de la fréquentation des lieux favorisant les échanges sexuels : en 2000, 53% des répondants fréquentent les saunas (contre 30% en 1987), 37% se rendent dans les parcs (24%) et 26% dans les toilettes publiques (18%). La recherche de partenaires passe également par la fréquentation de sites spécialisés sur Internet. En 2000, un tiers des répondants (33%) ont fréquemment ou occasionnellement utilisé ce moyen pour entrer en contact avec d'éventuels partenaires sexuels et 4% ont recherché des partenaires pour des rapports sexuels contre rémunération. Ces proportions sont nettement supérieures à celles observées chez les hommes de la population générale (respectivement 2% et 1%)^a.

S'agissant des pratiques sexuelles, on constate une augmentation de la proportion de personnes ayant pratiqué la pénétration anale avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois. Celle-ci est passée de 60% en 1992 à 69% en 2000. Avec le partenaire régulier, cette pratique est généralement plus répandue (75%). Cette fréquence est restée relativement stable au cours du temps.

^a On note également qu'Internet constitue une source d'information non négligeable en ce qui concerne le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles (34% des répondants recherchent fréquemment ou occasionnellement des informations par ce biais, contre seulement 6% des hommes de la population générale).

2.4.4 Comportements préventifs et exposition au risque

Les comportements préventifs sont mesurés à l'aide de deux indicateurs : l'usage du préservatif lors de la pénétration anale et le fait de recevoir du sperme dans la bouche lors de rapports bucco-génitaux, dans les douze derniers mois (Tableau 2.3). Dès 1992, les données sont distribuées selon le type de partenaire (stable *versus* occasionnel).

Tableau 2.3 Comportements préventifs dans les douze derniers mois lors de la fellation et de la pénétration anale en fonction du type de partenaire et de l'année de l'étude (en %, avec intervalle de confiance à 95%)

	1992 n=934	1994 n=1195	1997 n=1097	2000 n=918
Usage de préservatifs avec le partenaire stable	n=552	n=762	n=755	n=621
Pas de pénétration	24±4	23±3	21±3	25±3
Toujours préservatifs	33±4	36±3	40±4	32±4
Parfois/jamais préservatifs	43±4	41±4	39±4	43±4
Usage de préservatifs avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s)	n=764	n=815	n=787	n=669
Pas de pénétration	40±4	39±3	33±3	31±4
Toujours préservatifs	49±4	55±3	58±3	56±4
Parfois/jamais préservatifs	11±2	6 ±2	9 ±2	13±3
Sperme dans la bouche avec le partenaire stable	n=573	n=790	n=769	n=633
Pas de fellation	4 ±2	2 ±1	4 ±1	4 ±2
Pas de sperme dans la bouche	58±4	63±3	61±3	55±4
Sperme dans la bouche	38±4	35±3	35±3	41±4
Sperme dans la bouche avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s)	n=784	n=834	n=820	n=698
Pas de fellation	22±3	3 ±1	6 ±2	6 ±2
Pas de sperme dans la bouche	68±3	85±2	82±3	78±3
Sperme dans la bouche	10±2	12±2	12±2	16±3

IUMSP/UEPP

Depuis le début du suivi (1987), on note un niveau de protection élevé. Une large majorité de répondants ont adopté des pratiques sexuelles sûres (*safer sex*), soit par l'abstention de pratiques potentiellement à risques, soit par l'utilisation systématique du préservatif. C'est avec les partenaires occasionnels que les comportements préventifs sont les mieux établis : plus de 80% des HSH ne prennent aucun risque avec ce type de partenaire. En fin de période (1997-2000), on constate néanmoins que le niveau de protection a diminué, quel que soit le type de pratique : fellation ou pénétration (Tableau 2.3). Si l'on ne considère que les répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, le déclin apparaît de façon plus sensible : entre 1994 et 2000, la part de répondants qui ne se protègent pas systématiquement dans ces circonstances est passée de 10% à 19%, soit un pourcentage équivalent à celui enregistré en 1992.

Le relâchement des comportements sexuels sûrs est particulièrement perceptible parmi les répondants qui se rendent fréquemment ou occasionnellement dans les établissements de

consommation sexuelle (saunas et *backrooms*^a) ou dans les parcs et toilettes publiques. D'une part, ces répondants prennent plus de risques que les autres, d'autre part, la situation s'est aggravée entre 1997 et 2000. La proportion de clients plus ou moins réguliers des saunas gays déclarant ne pas toujours utiliser le préservatif lors de la pénétration anale est ainsi passée de 13% en 1997 à 21% en 2000.

Avec le partenaire stable, le répertoire sexuel est généralement plus étendu et la protection moins systématique qu'avec les partenaires occasionnels (Tableau 2.3). On remarque également une légère érosion des pratiques sûres en fin de période. Cependant, dans la plupart des situations, le renoncement au *safer sex* tient au fait que les deux partenaires savent qu'ils sont séronégatifs (cf. 2.4.7).

Les comportements préventifs déclarés par les répondants séropositifs sont sensiblement différents de ceux déclarés par les répondants séronégatifs ou non testés. Depuis 1992, on constate en effet que les répondants séropositifs déclarent davantage de rapports non protégés avec des partenaires occasionnels que les répondants non testés ou séronégatifs. S'agissant des répondants séropositifs, on constate que les comportements préventifs ont tendance à décliner entre 1997 et 2000, quel que soit le type de partenaire (cf. chapitre 2.5 : Les personnes vivant avec le VIH/sida).

S'agissant de la fréquence des expositions aux risques chez les trente ans et plus et les moins de trente ans, on ne constate aucune différence substantielle. On note cependant que le déclin des comportements préventifs est davantage perceptible chez les répondants plus âgés.

Enfin, en 2000, on note que 10% des répondants disent pratiquer la pénétration anale non protégée avec retrait avant éjaculation comme moyen de protection contre le VIH. En d'autres termes, une importante minorité d'HSH a adopté une stratégie de protection moins efficace que le *safer sex*. Cette stratégie constitue une réelle exposition au risque^b.

2.4.5 Opinions sur les traitements antirétroviraux (HAART) et sur la prophylaxie post-exposition (PEP)

Entre les deux dernières enquêtes (1997 et 2000), les connaissances relatives aux traitements antirétroviraux^c (HAART) se sont améliorées, la proportion de répondants qui n'en ont pas entendu parler étant passée de 25% en 1997 à 15% en 2000. En 2000, 54% des répondants s'estiment bien informés sur les 'nouveaux traitements', contre 31% qui se sentent mal informés mais qui connaissent leur existence.

S'agissant de la prophylaxie post-exposition (PEP), en 2000, un quart seulement de la population répondante s'estime bien informée, tandis que 45% n'en ont jamais entendu parler. Près de 30% en ont entendu parler mais s'estiment mal informés. Les francophones s'estiment mieux renseignés (33%) que les germanophones (23%) et les italophones (14%). On relève également que les universitaires et les répondants âgés de 30 à 49 ans sont sur-représentés parmi les

^a Lieux de consommation sexuelle, souvent en arrière-salle d'établissements, peu/pas éclairés et propices au sexe anonyme.

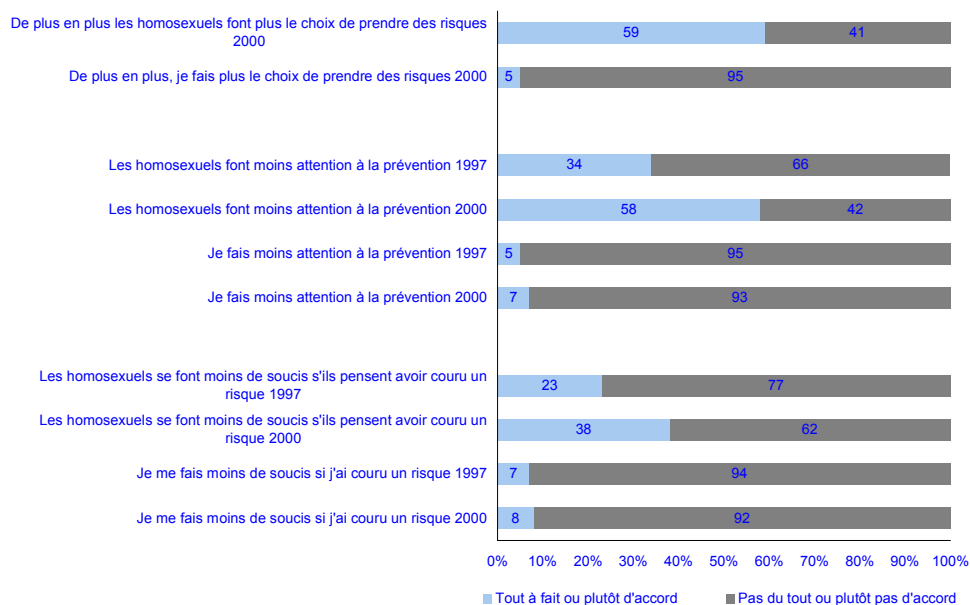
^b On notera que cette option a trouvé des défenseurs dans certains milieux de la prévention. En France, notamment, pays dans lequel l'association AIDES défend une stratégie dite de réduction des risques sexuels²⁵.

^c Les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART), apparus dans la deuxième moitié des années '90, ont permis d'obtenir des rémissions de longue durée dans l'infection par le VIH (allant jusqu'à rendre le virus indétectable dans le sang), sans guérison totale (le virus demeure dans certaines parties du corps). En conséquence, le nombre de nouveaux cas de sida et les décès dus au sida ont fortement diminué.

répondants qui se sentent bien informés. En ce qui concerne la connaissance du délai maximum pour demander une PEP, on n'observe pas de différence suivant les régions linguistiques. En revanche, on constate que les connaissances sont mieux établies parmi les répondants de formation universitaire. Concernant le délai maximum pour demander une PEP après une prise de risque, les répondants font preuve d'un excès de prudence : 36% estiment que le délai maximum est de 12 heures, alors qu'il est en réalité de 72 heures^a.

Près d'un répondant sur deux envisage de consulter un médecin pour recevoir la PEP en cas de risque d'infection lors d'un rapport sexuel. Dans les faits, un quart des répondants francophones se sont déjà trouvés dans une situation où ils se sont posés la question de la nécessité d'un traitement d'urgence (24%). Cette proportion est nettement inférieure parmi les alémaniques (12%) et les italophones (0%). On observe des écarts relatifs similaires en ce qui concerne les consultations médicales pour ce motif : 4% des francophones ont déjà pris contact avec un médecin pour la PEP, contre 2% des alémaniques et 0% des italophones.

Figure 2.16 Evolution des représentations et des comportements en relation avec les HAART entre 1997 et 2000



IUMSP/UEPP

Entre 1997 et 2000, les représentations des répondants par rapport au VIH/sida dans le nouveau contexte thérapeutique ont sensiblement évolué (Figure 2.16). En 2000, plus de la moitié des répondants (58%) pensent que, en raison des nouvelles possibilités thérapeutiques, les homosexuels font moins attention à la prévention. Cette proportion était nettement inférieure en 1997 (34%). En 2000, ils sont près de 60% à penser que, de plus en plus, les homosexuels s'exposent au risque de façon délibérée. Entre 1997 et 2000, on relève également une augmentation du pourcentage de répondants qui pensent que les homosexuels redoutent moins d'être infectés par le VIH (de 23% à 38%). Comme cela a également été observé pour la population générale, il y a forte discripance entre les comportements et les attitudes rapportés pour soi-même (maintien

^a Si l'on ne considère que les répondants ayant indiqué un délai, deux tiers d'entre eux sous-estiment le délai maximum.

du *safer sex*) et les comportements et les attitudes attribués à autrui. On note que l'écart est plus important en 2000 qu'en 1997, non pas parce que les comportements individuels ont changé, mais parce que les représentations des répondants par rapport au comportement d'autrui ont beaucoup évolué.

2.4.6 Stigmatisation/solidarité

En 2000, les répondants sont un peu moins nombreux à penser que la menace du sida renforce la solidarité entre les homosexuels (1992 : 58% ; 2000 : 51%). Depuis 1992, une large majorité de répondants a confiance dans le secret médical. En 2000, ils sont environ 80% à penser que les séropositifs peuvent être confiants par rapport au respect de la confidentialité. En revanche, environ 70% des répondants pensent que les personnes séropositives ont intérêt à ne pas dévoiler leur séropositivité pour éviter les discriminations. Ils sont autant à penser que celles-ci peuvent également être marginalisées dans la 'communauté' homosexuelle. Ces proportions sont restées stables entre 1992 et 2000. Enfin, on note une importante diminution de la perception de la violence sociale contre les homosexuels. En 1992, 70% des répondants estimaient que la violence à l'égard des homosexuels avait augmenté. Cette proportion s'élève à 36% en 2000.

2.4.7 Protection et relation de couple

La gestion du risque d'infection par le VIH dans le cadre des relations de couple est un thème commun à tous les groupes de population^a. Il est particulièrement important pour les HSH du fait de la prévalence élevée du VIH dans ce segment de population. On observe depuis plusieurs années que les pénétrations anales non protégées se produisent plus fréquemment entre partenaires d'une relation stable qu'entre partenaires de rencontre. Ces différences ne sont a priori pas surprenantes dans la mesure où le couple peut user de différentes stratégies dans la gestion du risque, alors que dans le cadre de relations occasionnelles, seules les règles élémentaires du *safer sex* devraient s'imposer. Cependant, tous les couples ne parviennent pas à établir une stratégie de protection qui soit en adéquation avec leur degré d'exposition au risque⁵, laquelle peut impliquer différentes formes de négociation entre les partenaires^b. D'une part, une proportion non négligeable des relations stables sont non exclusives (ou tendent à le devenir au cours du temps), d'autre part, les partenaires ne connaissent pas forcément leurs statuts sérologiques respectifs pour le VIH. La conjonction de ces deux facteurs expose le couple à un risque substantiel de transmission du VIH. Une étude de cohorte réalisée à Amsterdam a par ailleurs récemment montré que, pour les HSH de moins trente ans, le partenaire stable tend à être la source principale d'infection par le VIH⁶.

En Suisse, l'enquête de 1994 avait montré que 41% des couples qui pratiquaient la pénétration anale ne connaissaient pas leur situation par rapport au VIH, soit parce que l'un des membres du couple (ou les deux) n'étai(en)t pas testé(s), soit parce que l'un des membres du couple ne savait pas si son partenaire avait fait le test de dépistage. Cette proportion de couples à statut sérologique inconnu a diminué en 2000 (31%). La protection systématique par les préservatifs dans cette situation ne s'est que légèrement améliorée (1994 : 52% ; 2000 : 58%).

^a Généralement c'est dans le cadre du couple que l'activité sexuelle est la plus fréquente et que les enjeux affectifs peuvent influencer – positivement ou négativement – les décisions en matière de prévention.

^b Dans la littérature scientifique, on parle de *negotiated safety*²⁶, concept selon lequel les membres du couple se mettent d'accord sur une stratégie de protection si l'un ou l'autre des partenaires (ou les deux), ont des rapports avec des partenaires extérieurs au couple, par exemple : rétablir l'usage du *safer sex* au sein du couple après un contact à risque avec un partenaire occasionnel.

La problématique de la protection négociée a fait l'objet d'analyses détaillées à partir des données récoltées en 2000 en tenant compte de tous les paramètres d'exposition au risque⁷. Selon les résultats de cette analyse, 84% des couples se caractérisent par une gestion adéquate du risque d'infection. Au total, 74% des couples ont parlé du comportement à adopter lors d'éventuels rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. Dans la pratique, les comportements sont en adéquation avec le contenu des stratégies définies dans le cadre de la relation stable. Pour une minorité d'HSH, on relève notamment l'existence d'un cercle vertueux selon lequel les bons 'négociateurs' sont aussi ceux qui utilisent le mieux les préservatifs et qui parviennent de ce fait à éviter les prises de risque. Sur l'ensemble des couples de l'échantillon, 16% se distinguent par une gestion défectueuse du risque en raison de l'incertitude de l'un ou l'autre partenaire quant aux risques actuels ou passés. En d'autres termes, une importante minorité d'HSH a des contacts à risque dans le cadre de la relation stable. Cette proportion est légèrement supérieure à celles observées en Allemagne⁸ (12%) et en France⁹ (13%).

Comportements préventifs et statut sérologique des partenaires dans la relation stable

Le Tableau 2.4 présente l'évolution des comportements préventifs entre partenaires d'une relation stable en fonction de leur statut sérologique entre 1994 et 2000. En 2000, un quart des couples où les deux partenaires sont séronégatifs se protègent toujours lors de la pénétration anale. Cette proportion est inférieure à celle relevée lors des enquêtes précédentes. C'est dans les couples sérodiscordants que les comportements préventifs sont les plus consistants. Un peu plus de 80% d'entre eux se protègent systématiquement lors de la pénétration anale. Ce taux est resté stable au cours du temps. Dans les couples où l'un des partenaires (ou les deux) ne connaît pas son statut pour le VIH, les comportements préventifs se sont maintenus autour de 60% entre 1997 et 2000. L'évolution des comportements préventifs dans les couples où les deux partenaires sont séropositifs est plus difficile à interpréter en raison de très faibles effectifs et des écarts relativement importants observés entre les différentes vagues d'enquête.

Tableau 2.4 Utilisation du préservatif ('toujours') selon le statut sérologique des partenaires de la relation stable pour le VIH (en %, calculé à l'intérieur de chaque situation)

	1994		1997		2000	
	%	n	%	n	%	n
Les deux partenaires séronégatifs	33	262	35	278	26	253
Les deux partenaires séropositifs	50	12	64	14	44	9
Un partenaire séropositif, l'autre séronégatif non-testé ou de statut inconnu	85	53	85	53	83	46
Un partenaire ou les deux de statut inconnu*	51	238	61	210	59	142

Base : Répondants déclarant un partenaire stable dans les 12 derniers mois avec lequel ils pratiquent la pénétration anale.
Evolution non significative pour chacune des situations.

* Catégorie d'exclusion par rapport à la catégorie précédente.

IUMSP/UEPP

2.4.8 Les jeunes homo/bisexuels

Dans le cadre de l'évaluation globale de la prévention VIH/sida, les jeunes hommes attirés par d'autres hommes ont fait l'objet d'une étude supplémentaire¹⁰. Celle-ci s'est concentrée sur les jeunes de 15 à 20 ans, soit un segment de population extrêmement difficile à atteindre par les

enquêtes qui se servent de la presse homosexuelle comme principal moyen de diffusion des questionnaires. En effet, les jeunes de moins de 20 ans représentent à peine 1% des populations répondantes de 1997 et 2000. Une autre enquête menée en Suisse romande en 1999 auprès des jeunes homosexuels de moins de 25 ans¹¹ a permis d'améliorer les connaissances relatives à ce segment de population, mais même cet échantillon reste principalement composé de jeunes âgés de 20 à 25 ans. De fait, la plupart des analyses portant sur les jeunes homo/bisexuels se fondent sur des données qui ne représentent pas adéquatement les plus jeunes d'entre eux.

On sait néanmoins qu'une part importante des jeunes homo/bisexuels de moins de 20 ans a déjà débuté une sexualité active avec des partenaires de même sexe. En Suisse, au moins 50% des répondants de l'enquête HSH (2000) ont eu leur premier rapport homosexuel à 19 ans ou moins. Parmi les jeunes romands interrogés en 1999, l'âge médian au premier rapport avec une personne de même sexe se situe à 17 ans. Ce constat n'est pas sans soulever un certain nombre de questions du point de vue de la prévention, notamment en ce qui concerne les conditions dans lesquelles les jeunes homo/bisexuels débentent leur carrière sexuelle et les modes d'insertion dans les différentes composantes du monde homosexuel.

Les recherches portant sur les premières étapes de la trajectoire des jeunes homo/bisexuels montrent que la majorité d'entre eux débentent leur vie sexuelle active dans un contexte marqué par une transformation problématique des rapports familiaux, liée en partie au questionnement identitaire de ces jeunes. D'une part, l'environnement familial cesse – au moins pour un temps – de jouer son rôle de soutien et peut se transformer en un environnement hostile (vécu ou perçu comme tel). D'autre part cette absence de soutien n'est pas forcément compensée par les autres agents de socialisation que représentent les pairs et les intervenants des milieux de l'éducation, en raison de l'homophobie plus ou moins explicite ou latente qui subsiste dans la société. En conséquence, le début de la carrière sexuelle des jeunes homo/bisexuels s'inscrit en rupture avec les modes traditionnels d'entrée dans la sexualité. A ce titre, des recherches détaillées menées en France^{12,13} ont mis en évidence :

- la difficulté de trouver un/des partenaires dans les réseaux de sociabilité traditionnels, si bien que la recherche de partenaires se fait à l'extérieur de ces réseaux ;
- la génitalisation rapide et le caractère initiatique^a des premières relations sexuelles (alors que, chez les jeunes de la population générale, celles-ci sont précédées par le flirt et des pratiques d'attente) ;
- un écart d'âge généralement élevé entre les partenaires ;
- un nombre important de partenaires sexuels (proche des effectifs déclarés par les HSH de plus de 20 ans).

Sur le plan de la prévention du VIH/sida, des études françaises et allemandes ont montré que les jeunes de 16 à 20 ans tendent à déclarer davantage de contacts à risque que leurs aînés^{12,14}. Cet écart se réduit néanmoins rapidement puisque, passés 20 ans, les comportements préventifs tendent à se stabiliser à un niveau relativement élevé. Ces études montrent également que les jeunes ont plus de difficultés à utiliser le préservatif de façon adéquate. Ces observations suggèrent que l'adoption des comportements préventifs n'est pas immédiate mais nécessite un temps d'apprentissage. L'enjeu consiste dès lors à savoir dans quelle mesure les difficultés

^a On suggère ici que, dans certains cas, ce soit par le biais du premier rapport avec un partenaire de même sexe que s'effectue le contact avec le monde homosexuel. S'agissant des adolescents cependant, toutes les relations sexuelles avec des partenaires de même sexe n'ont pas la même signification, en particulier du point de vue de la construction identitaire¹³.

mentionnées représentent un réel danger d'infection par le VIH, en particulier lorsque l'on met en relation l'âge plus avancé des premiers partenaires sexuels et la distribution des taux de prévalence entre les différentes classes d'âge et les différents segments de la population HSH.

D'une manière générale, les jeunes homo/bisexuels tendent à privilégier les relations électives et la fidélité au sein du couple. Or, à l'instar de leurs pairs hétérosexuels, les jeunes homo/bisexuels ont tendance à s'engager dans des relations monogames successives. Cette instabilité relative, ajoutée au manque d'expérience et à la propension plus affirmée chez les jeunes à idéaliser la relation de couple peut faire obstacle à la mise en place d'une communication adéquate entre les partenaires en ce qui concerne le statut sérologique pour le VIH et la conduite à adopter avec d'éventuels partenaires occasionnels (cf. aussi 2.4.6).

Les difficultés inhérentes au processus de *coming out*, les tensions familiales, la confrontation à l'homophobie des pairs et l'homophobie intériorisée sont autant de facteurs qui conduisent à une forte dégradation de l'estime de soi¹¹. Aussi, les périodes de désespoir que traversent la plupart des jeunes homo/bisexuels peuvent-elles conduire à des prises de risques momentanées. L'étude menée en Suisse romande parmi les jeunes HSH de moins de 25 ans¹¹ n'a cependant pas montré de lien significatif entre les difficultés d'adaptation à l'orientation homosexuelle (développement identitaire) et les comportements à risque.

Attrance pour le même sexe et tentatives de suicide

Aussi bien la crainte ou l'expérience du rejet de la part de la famille que la confrontation avec l'homophobie sociale à l'extérieur de la cellule familiale exercent une influence extrêmement négative sur la santé psychique de ces jeunes. On constate une prévalence particulièrement élevée des tentatives de suicide (au cours de la vie) dans ce segment de population^a. En Suisse romande, un quart des répondants (24%) de l'enquête menée auprès de jeunes homo/bisexuels de moins de 25 ans déclarent en effet avoir tenté déjà de se suicider¹¹. Des taux de prévalence équivalents sont observés à l'étranger¹⁵⁻¹⁸. D'après les auteurs de l'étude romande, la moitié des tentatives ont été commises entre l'année qui précède et celle qui suit la première identification homosexuelle (16.6 ans). Pour deux tiers des répondants, ces tentatives étaient en relation avec leur orientation sexuelle et reflétaient non seulement une estime de soi fortement diminuée, mais aussi la crainte du rejet familial et de la stigmatisation par les pairs (insultes, harcèlement, brimades). A ce titre la sensibilisation des professionnels de l'éducation est, aux yeux de nombreux acteurs de la prévention, insuffisante¹⁹. On note par ailleurs que parmi les jeunes de 17-20 ans de la population générale, une personne sur deux n'a jamais reçu d'information sur l'homosexualité dans le cadre de l'enseignement scolaire^b.

2.4.9 Comparaisons internationales

Le pourcentage de personnes séropositives dans la population HSH (prévalence du VIH) a augmenté dans plusieurs pays européens vers la fin des années 1990 (Tableau 2.5).

^a A titre de comparaison, selon une étude réalisée aux Etats-Unis, le risque de mettre fin à ses jours serait 5 fois supérieur chez les homo/bisexuels que chez les hétérosexuels¹⁶.

^b Résultats de l'Enquête téléphonique périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse (EPSS), 2000 (cf. 3.3.2 : expérience de la prévention VIH/sida et de l'éducation sexuelle à l'école) .

Tableau 2.5 Etudes de prévalence du VIH et dépistage diagnostique chez les homo/bisexuels masculins (tous les âges) : prévalence en % de la population testée ; 1996-2000 (Résumé)

Pays	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Belgique*	1	4	1	2	2	-
Danemark**	-	-	-	-	15	10
France**	-	17	-	-	19	-
Allemagne**	11	-	-	15	-	-
Irlande**	-	-	-	-	5	-
Italie***	26	-	-	-	-	-
Pays-Bas (Amsterdam)***	14	12	10	12	17	15
Espagne (6 villes)***	-	-	-	13	10	10
<i>Barcelone</i>	-	-	16	-	18	-
Suisse**	-	11	-	-	11	-
Royaume-Uni***	9	8	7	6	8	-

* dépistage diagnostique ** étude basée sur l'auto-déclaration du statut sérologique *** étude de séroprévalence

Note : tous les chiffres ont été arrondis à l'unité supérieure

Source : EuroHIV, 2002²⁰

On relève une augmentation sensible des taux de prévalence aux Pays-Bas entre 1998 et 2000 (+7.4 points de pourcentages) et en Allemagne entre 1996 et 1999 (+4.5). Une augmentation moins importante est observée en France entre 1997 et 2000 (+1.7) et au Royaume-Uni (+2.6). En Suisse, la prévalence du VIH, déclarée dans les enquêtes HSH, est restée stable depuis 1992 (10-11%). En 2002, cependant, le dispositif suisse de surveillance du VIH enregistre une augmentation sensible des déclarations de nouvelles infections (incidence VIH) chez les HSH (cf. chapitre 2.1 : Epidémiologie du VIH/sida en Suisse).

D'une manière générale, la proportion d'homo/bisexuels séropositifs reste élevée dans la majeure partie des pays européens. Les augmentations observées seraient le signe d'un changement de tendance. Pour EuroHIV^a, celles-ci reflètent d'une part la baisse de la mortalité des personnes séropositives suite à l'introduction des 'nouveaux traitements', d'autre part, elles indiquent une 'poursuite de la transmission' parmi les hommes homo/bisexuels. Cette évolution est particulièrement perceptible dans les métropoles européennes, où les taux de prévalence sont plus élevés que les moyennes nationales²⁰.

Les résultats des enquêtes dans la presse gaie réalisées en France et en Allemagne depuis plus de dix ans montrent que les comportements préventifs ont atteint, au cours de la dernière décennie, des niveaux élevés et similaires à ceux observés en Suisse²¹. Les enquêtes réalisées entre 1999 et 2000, montrent cependant un fléchissement des pratiques sexuelles sûres. En France, la proportion de répondants déclarant des pénétrations anales parfois ou jamais protégées est passée de 10% en 1997 à environ 17% en 2000²². Ce déclin est particulièrement sensible chez les jeunes (25 ans ou moins) de la métropole (1997 : 18% ; 2000 : 31%), mais de plus faible amplitude en province. En Allemagne, les prises de risques avec les partenaires occasionnels^b ont augmenté dans des proportions proches de celles relevées en France (1996 : 11% ; 2000 : 15%)²³, idem pour la Suisse (1997 : 9% ; 2000 : 13%). D'une manière générale, on note que le niveau

^a <http://www.eurohiv.org/>.

^b Répondants déclarant utiliser souvent ou parfois le préservatif en dehors d'une relation stable.

d'exposition au risque a augmenté dans ces trois pays. Bien que cette augmentation soit préoccupante et doit être prise très au sérieux, elle n'est pas dramatique et ne semble concerner que certains segments de la population HSH.

2.4.10 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<p>■ Sur la base des analyses de l'enquête dans la presse gaie en 2000, on ne constate aucun bouleversement massif des comportements des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). On observe néanmoins un déclin des comportements préventifs, aussi bien avec les partenaires stables qu'avec des partenaires occasionnels.</p>	<p>⇒ Il faut donner un nouveau souffle à la prévention du VIH/sida en ciblant les messages et en les adaptant à la situation épidémiologique actuelle.</p>
<p>■ Les HSH qui fréquentent régulièrement ou occasionnellement les établissements de consommation sexuelle (saunas, <i>backrooms</i>) et/ou les espaces favorisant les rencontres sexuelles (aires d'autoroutes, plages, jardins et toilettes publics) tendent à prendre davantage de risques que les autres. La situation s'est péjorée entre 1997 et 2000.</p>	<p>⇒ Cette évolution plaide en faveur d'un renforcement des mesures de prévention dans les lieux favorisant ce type de rencontres.</p>
<p>■ Le recours au test de dépistage du VIH est sensiblement inférieur en 2000 par rapport au milieu des années nonante. La proportion de HSH qui n'ont pas une information récente sur leur statut sérologique est en augmentation.</p>	<p>⇒ Il faut davantage sensibiliser les HSH à la question du dépistage.</p>
<p>■ Le début de la carrière sexuelle des jeunes homo/bisexuels s'inscrit en rupture avec les modes traditionnels d'entrée dans la sexualité. La plupart d'entre eux évoluent dans un contexte où la prévalence du VIH est élevée (parmi les HSH) et sans avoir pu forcément bénéficier d'une prévention adéquate. De plus, chez les jeunes homo/bisexuels, le risque d'infection par le VIH s'ajoute à des problèmes psychosociaux directement liés à l'environnement social et familial. Ces problèmes sont la source d'un risque de suicide plus important chez les jeunes homosexuels que les jeunes hétérosexuels masculins.</p>	<p>⇒ Il faut veiller à ce que ces jeunes soient en relation le plus tôt possible avec des ressources qui leur permettent de gérer efficacement le risque d'infection par le VIH et de surmonter les difficultés familiales et sociales qui leur font face. L'école a un rôle fondamental à jouer dans ce domaine.</p>
<p>■ Trop de couples s'exposent à un risque important de transmission du VIH, car ils n'ont pas adopté/négocié de stratégie efficace de protection ou parce qu'ils ne parviennent pas à respecter les termes de l'accord dans la durée.</p>	<p>⇒ Il faut continuer à sensibiliser les HSH au fait que les couples ne sont pas à l'abri d'importantes expositions aux risques.</p>

Références bibliographiques

- 1 Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse: rapport de l'étude homosexuels, novembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1988. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 23.6).
- 2 Gruet F, Dubois-Arber F. Les homosexuels: étude 1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 82.8).
- 3 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. Les hommes aimant d'autres hommes: étude 1994. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.5).
- 4 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A. HIV/AIDS-related prevention behaviors among men having sex with other men in Switzerland, 1992-2000: a recent downturn? (in submission) 2003.
- 5 Moreau-Gruet F, Cochand P, Vannotti M, Dubois-Arber F. L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels: version abrégée. Lausanne: IUMSP; 1998. (Raisons de santé, 13).
- 6 Davidovich U, de Wit J, Albrecht N, Geskus R, Stroebe W, Coutinho R. Increase in the share of steady partners as a source of HIV infection: a 17-year study of seroconversion among gay men. *AIDS* 2001;15(10):1303-8. Available at: URL: PM:11426076.
- 7 Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F, Spencer B. Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *AIDS* 2001;15(8):1025-35.
- 8 Bochow M. The response of gay german men to HIV: the national gay press surveys, 1987-96. In: Rosenbrock R, Wright MT, editors. Partnership and Pragmatism: Germany's response to AIDS prevention and care. London: Routledge; 2001. p. 129-42.
- 9 Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. Sexual risk behaviour among gay men in a relationship. *AIDS* 1999;13:1407-11.
- 10 Balthasar H. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes hommes attirés par d'autres hommes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 11 Cochand P, Singy P. Développement identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. Lausanne: Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA); 2001. (Raisons de santé, 71).
- 12 Schiltz M-A. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH: la conquête de modes de vie. *Population* 1997;52(6):1485-538.
- 13 Lhomond B. Attirance et pratiques homosexuelles. In: Lagrange H, Lhomond B, editors. L'entrée dans la sexualité: le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris: La Découverte; 1997. p. 183-226.
- 14 Bochow M. Are younger German gay men more at risk from HIV? Results of a national survey in the gay press in Germany. *Cult Health Sex* 2000;2(2):183-95.
- 15 Adam P. Dépression, tentatives de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. In: Observatoire socio-épidémiologique du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis), editor. Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risques de suicide: état de la question et pistes de prévention (Synthèse de la journée d'étude organisée le 17 juillet 2001). Bruxelles: Facultés universitaires de Saint-Louis; 2001. p. 9-21.
- 16 Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *Am J Public Health* 2000;90(4):573-8. Available at: URL: PM:10754972.
- 17 Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. *JAMA* 1999;282(13):1291-2. Available at: URL: PM:10517437.
- 18 Schupp KLL, Hofsäss T. Sie liebt sie, er liebt ihn: Eine Studie zur psychosozialen Lage junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport - Fachbereich

- für gleichgeschlechtliche Lebensweisen; 1999. Available at: URL: [http:// www.senbjs.berlin.de/familie/gleichgeschlechtliche_lebensweisen/veroeffentlichungen/thema_veroeffentlichungen.asp](http://www.senbjs.berlin.de/familie/gleichgeschlechtliche_lebensweisen/veroeffentlichungen/thema_veroeffentlichungen.asp).
- 19 Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A, avec la participation de Ralph Thomas. Evaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003: l'utilisation des offres et du matériel. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
 - 20 European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2002. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2002. (No. 67).
 - 21 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
 - 22 Adam P, Hauet E. Résultats préliminaires de l'enquête presse gay 2000 sur la recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays. Paris: Institut de Veille sanitaire (InVS); 2001.
 - 23 Bochow M. Schwule Männer, AIDS und safer Sex. Berlin: AIDS-Forum DAH; 2001.
 - 24 Wang J, Twisselmann W, Somaini B, Dubois-Arber F, Office fédéral de la santé publique. Prévalence du VIH et comportements de protection et à risque auto-reportés chez les hommes homosexuels à Zurich en 1998. Bulletin de l'OFSP 1999;49:916-19.
 - 25 Taéron C. Prévention gay: "Vous avez un nouveau message". Le Journal de la Démocratie sanitaire 2002;(150-151):12-4.
 - 26 Kippax S, Noble J, Prestage G, Crawford JM, Campbell D, Baxter D, Cooper D. Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited. AIDS 1997;11(2):191-7.

2.5 LES CONSOMMATEURS DE DROGUES DEPENDANTS

Ce chapitre présente d'abord la situation socio-démographique des consommateurs de drogues puis l'évolution de cette consommation. Il traite ensuite de l'exposition au VIH et des comportements préventifs ainsi que de la prévalence du VIH et des hépatites. Des données internationales sont également présentées et discutées.

Les données nationales pour ce chapitre proviennent principalement des enquêtes auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès (SBS)^a. Quatre enquêtes nationales successives (1993, 1994, 1996, 2000)¹⁻³ ont été effectuées. Elles avaient pour buts d'identifier les caractéristiques des clients des SBS, de suivre l'évolution de leur insertion sociale ainsi que d'évaluer leur consommation, leur exposition aux risques et leur protection face au VIH et aux hépatites. Une enquête similaire a été conduite en 2002 auprès de la clientèle des locaux d'injection de Genève⁴ et de Bienne⁵ dans le cadre de l'évaluation de ces deux nouvelles structures.

On peut considérer que les clients des SBS représentent bien la population des usagers de drogues par voie intraveineuse, en particulier les plus précarisés d'entre eux^b. Les données des SBS sont comparées – lorsque les informations sont disponibles – aux statistiques obtenues auprès

^a Ces structures faciles d'accès, qui distribuent du matériel d'injection stérile, visent à maintenir l'état de santé des consommateurs de drogues qui ne sont pas prêts à entreprendre un traitement ou qui sont en phase de rechute.

^b Une étude nationale a montré que la majorité des consommateurs de drogues par injection utilisent les SBS et que peu de consommateurs de ce type sont véritablement 'cachés'²⁸.

d'autres populations de consommateurs de drogues^a : en traitement ambulatoire (statistique des traitements à la méthadone⁶ et des traitements à l'héroïne HeGeBe⁷), en traitement résidentiel (statistique nationale FOS⁸).

2.5.1 Caractéristiques socio-démographiques des consommateurs dépendants

La proportion de femmes est semblable dans les diverses populations de consommateurs de drogues. Elle se situe entre 23 et 30% (cf. Tableau 6.1 à l'annexe du chapitre). En revanche, l'âge moyen ou médian des consommateurs dans les différents types de structures varie. Il est plus élevé dans les SBS et dans les structures offrant une prescription médicale d'héroïne que dans les autres structures de traitement ambulatoire et dans les institutions de traitement résidentiel⁹.

On constate une tendance au vieillissement dans toutes les populations. Elle est particulièrement forte chez les usagers des SBS et des traitements avec prescription médicale d'héroïne. Dans les SBS, la proportion d'«injecteurs récents» (moins de 2 ans) est en diminution.

La situation du logement s'est un peu améliorée dans les dernières années. La proportion de personnes sans domicile fixe a diminué. L'accès au travail ne s'est en revanche pas amélioré. Les usagers des SBS apparaissent comme les personnes vivant dans les situations les plus précaires, tant du point de vue du logement que du travail.

2.5.2 Evolution de la consommation

Les données concernant la consommation proviennent essentiellement des enquêtes auprès de la clientèle des SBS. La plupart des usagers des SBS consomment par injection et la multiconsomption de drogues (principalement héroïne et cocaïne) est très importante. L'héroïne reste la substance consommée le plus régulièrement (plusieurs fois par semaine pour la moitié des personnes), même si la consommation semble diminuer un peu^b. Le nombre moyen d'injections par semaine semble être en diminution (19 en 1994, 14 en 2000). Par ailleurs, le nombre de personnes en traitement de méthadone fréquentant les SBS augmente^c (cf. Tableau 2.6).

Parmi les clients des SBS, les substances consommées dans le mois ne diffèrent guère entre les personnes en traitement à la méthadone et celles sans traitement : la majorité ont consommé des drogues dures et plus de la moitié ont consommé plusieurs substances. Par contre, la proportion de consommateurs réguliers diminue avec le traitement, particulièrement en ce qui concerne l'héroïne (55% de consommateurs réguliers d'héroïne chez les individus en traitement, 78% chez les personnes sans traitement, respectivement 33% et 44% pour la cocaïne en 2000). Les personnes suivant un traitement recourent également moins fréquemment à l'injection (11 injections en moyenne par semaine contre 20 chez les consommateurs sans traitement en 2000).

^a Ces populations ne sont pas complètement distinctes et se recouvrent partiellement, notamment pour ce qui concerne le secteur ambulatoire.

^b On compte très peu de consommateurs exclusifs de cocaïne dans la clientèle des SBS ; la cocaïne est le plus souvent consommée avec l'héroïne ou parallèlement à un traitement de substitution.

^c Les clients des SBS suivant un traitement à la méthadone ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population toxicomane en traitement, les SBS concentrent certainement ceux qui connaissent le plus de difficultés avec leur traitement.

Tableau 2.6 Evolution de la consommation des clients des SBS en Suisse : de 1993 à 2000³

	1993 N=1119	1994 N=907	1996 N=944	2000 N=924
Injection				
% injecteurs durant la vie	89	89	91	90
% injecteurs durant 6 derniers mois	85	▲85	86	79
% injecteurs récents (≤ 2 ans)	30	24	14	7
nombre moyen d'années d'injection	7	8	9	12
nombre moyen d'injections /semaine		▲19	18	▲14
Consommation durant la vie				
% consommateurs héroïne	99	▲99	99	▲98
% consommateurs cocaïne	82	▲91	92	▲88
% consommateurs cocktail	♣66	▲79	85	▲75
Substances durant le mois				
% multiconsommateurs	71	75	77	68
Fréquences durant le mois^a				
% consommateurs réguliers héroïne	61	63	67	54
% consommateurs réguliers cocaïne	23	27	31	27
% consommateurs réguliers cocktail	♣16	30	37	25
Type de traitement				
% traitement à la méthadone	35	45	45	56
% programme d'héroïne			11	4

▲ Données inexistantes pour Zurich
 ♣ Données inexistantes pour Berne
^a Consommation régulière = plusieurs fois par semaine

IUMSP/UEPP

2.5.3 Exposition au VIH et protection

Seules les enquêtes auprès de la clientèle des SBS permettent d'étudier les expositions aux risques chez les toxicomanes ainsi que leurs comportements préventifs. La proportion d'utilisateurs ayant récemment – dans les six mois précédant l'enquête – utilisé une seringue/aiguille déjà utilisée par quelqu'un d'autre est assez basse, autour de 10% avec peut-être une tendance à l'augmentation dans les dernières années^a (9% en 1994, 11% en 1996, 12% en 2000)^b (cf. Tableau 2.7). On notera toutefois que cette proportion varie selon les villes (5% à Bâle et 22% à Lausanne en 2000).

En revanche, le partage de matériel servant à préparer l'injection est beaucoup plus fréquent et pourrait peut-être expliquer le taux rapporté élevé d'infection par l'hépatite C. L'utilisation en commun de la cuillère et du filtre a un peu diminué entre 1996 et 2000 (en 2000, 51% ont partagé la cuillère et 38% le filtre durant les 6 derniers mois ; respectivement 68% et 46% en 1996).

Les usagers qui s'exposent à un risque d'infection en s'injectant avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre (appelé ici partage de seringue/aiguille) se différencient de ceux qui ne le font pas. Ils sont un peu plus jeunes et ce sont plus souvent des femmes. Leur état de santé est moins bon, ils vivent plus souvent dans des conditions précaires (sans travail, sans domicile fixe, sans formation) et ont plus souvent fait un séjour en prison au cours des deux dernières années. Ils consomment et s'injectent plus régulièrement de la cocaïne et ont une fréquence d'injection plus élevée.

^a En 1993, on observait un taux particulièrement élevé à Lausanne (39%) et à Genève (31%).

^b Tendance récente à la baisse à Bienne concernant le partage de seringue (16% en 2000, 4% en 2002) et à la hausse à Genève (12% en 2000, 18% en 2002).

La protection dans le cadre des relations sexuelles n'a connu aucune évolution significative ces dernières années et est encore insuffisante, surtout avec le(s) partenaire(s) stable(s). En 2000, plus de deux tiers des consommateurs de drogues se sont systématiquement protégés dans le cadre de relations sexuelles occasionnelles durant les 6 mois précédant l'enquête. C'est l'inverse qui est observé dans les relations stables : un peu moins d'un tiers des individus se sont systématiquement protégés. Dans la moitié des cas, le partenaire stable n'est pas consommateur de drogues.

La proportion de femmes ayant pratiqué la prostitution durant les 6 derniers mois semble en diminution. Le taux d'utilisation de préservatifs avec les clients est en légère diminution mais reste très élevé (83% d'utilisation systématique du préservatif en 2000). Les hommes sont proportionnellement moins nombreux à se prostituer et ils se protègent beaucoup moins dans ce cas (33% de protection systématique).

Tableau 2.7 Evolution de l'exposition au VIH et de la protection chez les clients des SBS en Suisse : de 1993 à 2000³

	1993 N=1119 %	1994 N=907 %	1996 N=944 %	2000 N=924 %
UTILISATION DE MATERIEL D'INJECTION USAGE				
Utilisation seringue / aiguille				
durant la vie ^a	40	▲37	44	45
durant les 6 derniers mois ^b	17	9	11	12
en prison durant 2 derniers ans ^c			6	9
Don seringue / aiguille				
durant les 6 derniers mois		▲9	9	9
Partage d'autre matériel durant les 6 derniers mois				
utilisation cuillère en commun			68	51
utilisation filtre en commun			46	38
utilisation coton en commun			3	▲7
utilisation eau en commun				▲26
UTILISATION DU PRÉSERVATIF^d DURANT LES 6 DERNIERS MOIS				
Partenaire(s) stable(s)				
toujours utilisé préservatif	60	▲56	53	▲56
jamais utilisé préservatif	26	▲24	27	▲29
partenaire non consommateur	55	▲62	58	▲55
		▲50	52	▲52
Partenaire(s) occasionnel(s)				
toujours utilisé préservatif	34	▲29	31	▲32
jamais utilisé préservatif	61	▲71	67	▲72
	14	▲14	13	▲15
Prostitution femme				
toujours utilisé préservatif		30	24	18
jamais utilisé préservatif		93	95	83
		0	0	5
Prostitution homme				
toujours utilisé préservatif		3	2	4
jamais utilisé préservatif		67	43	33
		22	29	17
Dernier rapport sexuel				
utilisation préservatif		▲46	51	▲48

▲ Données non existantes pour Zurich

^a Taux rapporté aux injecteurs durant la vie

^b Taux rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

^c Ce taux est calculé sur l'ensemble des personnes ayant été en prison durant les deux dernières années

^d Durant les 6 derniers mois. 3 fréquences d'utilisation : toujours, parfois, jamais (la somme = 100 %)

IUMSP/UEPP

2.5.4 Prévalence du VIH et des hépatites

Le nombre de nouveaux cas de VIH déclarés par les médecins chez les consommateurs de drogues est globalement stable depuis 1998. Toutefois, on a observé une légère augmentation des nouveaux cas en 2001 (1998 : 79, 1999 : 77, 2000 : 76, 2001 : 88, 2002 : 86)^a.

Les données de prévalence du VIH proviennent en général de statistiques^b ou d'études dans lesquelles la personne déclare son statut. La clientèle des SBS, des traitements ambulatoires et des traitements résidentiels constitue une population massivement testée. Le pourcentage de personnes ayant subi au moins un test de dépistage du VIH est égal ou supérieur à 90% dans les SBS (91% en 1999, 93% en 1996 et 95% en 2000)^c et dans le secteur des traitements résidentiels (entre 90% et 94% pour la période 1997-2001). Dans les institutions de traitement ambulatoire, 84% des injecteurs déclarent avoir déjà subi un test en 1996 et 86% en 1999^d.

Le pourcentage de personnes rapportant un test VIH positif est resté relativement stable depuis 1995 (après une diminution importante au début des années nonante). Dans la clientèle des SBS, la prévalence avoisine 10% entre 1993 et 2000^d ; dans la clientèle participant aux essais de prescription médicale d'héroïne, qui regroupe des personnes particulièrement dépendantes, la prévalence est plus haute (16% en 1996) ; dans la clientèle des traitements ambulatoires, 13% des consommateurs débutant un tel traitement se déclaraient séropositifs en 1996, 11% en 1998 ; la prévalence pour l'ensemble des personnes en traitement résidentiel fluctue depuis 1997 autour des 5%^e.

Si la prévalence rapportée pour le VIH est restée relativement basse, celle pour les hépatites C^e et B est au contraire très élevée, sans que l'on puisse apprécier un *trend*. En 2000, 59% des clients des SBS déclarent avoir eu un test positif pour l'hépatite C^f et 40% pour l'hépatite B. Dans le secteur résidentiel, la statistique FOS indique, pour la période 1997-2001, des prévalences pour l'hépatite C entre 18% et 41% (sans *trend net*) et entre 22% et 28% pour l'hépatite B^g. A Bâle¹⁰, chez les personnes entrant en traitement de maintenance à la méthadone, la prévalence mesurée de l'hépatite C est de 55%. Dans les statistiques de traitement à l'héroïne¹¹, on trouve des prévalences encore plus élevées : entre 1994 et 1996, plus de 80% des personnes entrant dans ce programme de traitement ont été testées et les prévalences aux hépatites étaient de 82% pour l'hépatite C et 73% pour l'hépatite B.

2.5.5 Comparaison internationale

Depuis le milieu des années nonante, le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH chez les consommateurs de drogues s'est généralement stabilisé dans la plupart des pays de l'UE. La prévalence du VIH chez les injecteurs est cependant très différente d'un pays à l'autre et, à l'in-

^a Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Martin Gebhardt.

^b Statistique SAMBAD des traitements ambulatoires, statistique FOS des traitements résidentiels, statistique HeGeBe des traitements à l'héroïne.

^c A noter qu'en 2000, la proportion de clients des SBS testés récemment a augmenté (70% des testés ont effectué le test durant l'année en cours ou l'année précédant l'enquête, environ 50% au cours des enquêtes précédentes).

^d Situation stable en 2002 à Bienne (9% de tests positifs pour le VIH) et à Genève mais avec un taux plus élevé (17%).

^e Susceptible d'évoluer sous une forme chronique avec des complications graves telles cirrhose du foie et cancer du foie.

^f Taux également élevé en 2002 à Bienne (66% de tests positifs pour l'hépatite C) et à Genève (61%).

^g En 2001, la prévalence pour les deux types d'hépatites est artificiellement basse. En effet, le taux de personnes déclarant une virémie positive à un type d'hépatite inconnu est beaucoup plus élevé (24%) que les années précédentes (entre 2 et 3%).

térieur d'un pays, d'une région à l'autre. Des taux bas ont été observés au Royaume-Uni (moins de 10%) et des taux très élevés en Espagne (plus de 30%). Dans certains pays cependant, on assisterait à une recrudescence des nouveaux cas (Luxembourg, Irlande). Depuis 1996, les pays de l'Est sont touchés par l'épidémie de VIH/sida, principalement chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse¹². Les régions ayant les taux de prévalence du VIH les plus élevés parmi les usagers de drogues sont la Fédération russe, la Lettonie et l'Estonie¹³.

En ce qui concerne l'hépatite C, les données de prévalence sont plus rares mais elles seraient très élevées dans tous les pays (entre 40 et 90%). Pour la plupart d'entre eux, la tendance serait à la hausse alors que, dans quelques cas, elle serait plutôt à la baisse (Grèce, Portugal)^{14,15}.

En Suisse, le partage de seringue est relativement faible (environ 10%) et, selon les données de comparaison internationale, un des plus bas d'Europe (cf. Tableau 2.8). Quant aux autres comportements à risque liés à l'injection (partage de cuillère, de coton et d'eau), ils restent encore élevés, et ce tant en Suisse qu'ailleurs.

Les tendances observées en Suisse concernant les comportements sexuels sont aussi relevées en Europe : l'utilisation de préservatifs par les femmes qui se prostituent s'est bien développée ; l'utilisation de préservatifs lors de relations avec les partenaires occasionnels est également importante alors qu'elle est moins répandue lors de relations avec un partenaire stable¹⁶.

Tableau 2.8 Taux de partage de seringues (en %) dans divers pays : 1992-2000

Pays/Villes	Contexte	Année	Durée observation	Taux (%)
Allemagne ¹⁷	Multicentrique	1992-93	six mois	39
Australie ¹⁸	Bas seuil	1995	dernier mois	31
Royaume-Uni ¹⁹	Bas seuil	1994	douze mois	17-48
France ¹⁷	Bas seuil	1996	dernier mois	13
Italie du Nord ²⁰	Cohorte	1996	six mois	15-29
Vancouver ²¹	Cohorte	1997	six mois	20
New York ²²	Multicentrique	1997-98	six mois	26-31
San-Francisco ²³	Rue	1997-99	dernier mois	32
Royaume-Uni ²⁴	Multicentrique	1997-98	dernier mois	42-44
Irlande ¹⁴	Multicentrique	1997-1998	dernier mois	29-64
Royaume-Uni ¹⁴	Community survey	1998	six mois	50
Pays-Bas ¹⁴	Community surveys	1997-1999	six mois	10-17
Danemark ¹⁴	Traitements	1998	six mois	59
France ²⁵	Bas seuil	1998	dernier mois	18
Moscou ¹³	Rue	1998	dernier mois	35-41
Ekaterinburg ¹³	Rue	1998	dernier mois	86
Luxembourg ¹⁴	Traitements	1999	six mois	29
Italie du Nord ²⁰	Cohorte	1999	six mois	10-20
Portugal ¹⁴	Traitements	1999	six mois	32
Suisse³	Bas seuil	2000	six mois	12
Espagne/Catalogne ²⁶	Bas seuil	2000	six mois	31
Togliatti City, Russie ²⁷	Rue	2001	dernier mois	36

2.5.6 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<p>■ Les divers indicateurs de consommation récoltés auprès des usagers des SBS montrent une tendance à la baisse : la part des personnes qui s'injectent est en lente diminution, de même que la part d'injecteurs récents ; le nombre moyen d'injections par semaine est aussi en diminution ainsi que le nombre de multi-consommateurs.</p>	<p>⇒ Il faut poursuivre les incitations à la diminution du nombre d'injections ou au renoncement à l'injection (programmes de maintenance à l'héroïne, de substitution à la méthadone, fumeurs).</p>
<p>■ Il persiste un risque – apparemment difficile à faire diminuer – d'utilisation de seringues usagées. Si le taux de partage de matériel servant à préparer l'injection a dans l'ensemble diminué depuis le début des années 90 et s'est stabilisé ensuite, il reste toutefois important au vu de la prévalence de l'hépatite C chez les usagers des bas seuils.</p> <p>■ Des différences de taux de partage selon les villes sont observées, ce qui n'exclut pas des épidémies localisées (VIH ou hépatites).</p> <p>■ Le nombre de nouveaux cas de VIH chez les consommateurs de drogues semble se stabiliser ; la prévalence rapportée du VIH a diminué ou est stable selon les lieux de récolte de données (entre 5 et 11 % dans les dernières années) ; en revanche, la prévalence rapportée des hépatites, particulièrement de l'hépatite C est élevée, surtout chez les personnes qui fréquentent les SBS.</p>	<p>⇒ Une attention particulière doit être portée à la question des hépatites, de l'hépatite C en particulier. Dans ce sens, il faut renforcer les messages de non-partage de matériel servant à préparer les injections et les mesures de désinfection et d'hygiène.</p> <p>⇒ Il faut poursuivre la surveillance des comportements dans les SBS.</p>
<p>■ L'usage de préservatifs est stable ou en légère diminution selon le type de partenaire, avec des niveaux élevés de protection dans le cadre de relations occasionnelles et de la prostitution. En revanche, la protection avec le partenaire stable est insuffisante. Compte tenu de la fréquence de partenaires stables non-consommateurs de drogues, ceci peut constituer une voie de pénétration du VIH dans des cercles plus larges de population.</p>	<p>⇒ Il s'agit donc d'inciter tous les intervenants dans le domaine de la toxicomanie à augmenter leur activité de conseil dans ce domaine et à continuer à mettre à disposition des préservatifs.</p>
<p>■ De plus en plus, la clientèle des SBS comporte à la fois des personnes sans traitement et des personnes par ailleurs en traitement de méthadone. Celles-ci, qui représentent certainement une petite partie des personnes en traitement, consomment un peu moins intensivement des drogues, mais pourraient peut-être bénéficier d'une meilleure prise en charge (doses plus élevées de méthadone, traitement à l'héroïne).</p>	<p>⇒ Il serait donc souhaitable d'améliorer la coordination entre le secteur de la réduction des risques et celui du traitement.</p>

Références bibliographiques

- 1 Dubois-Arber F, Konings E, Koffi-Blanchard M, Gervasoni JP, Hausser D. Evaluating HIV prevention of low-threshold needle exchange programmes in Switzerland. In: Friedrich D, Heckmann W, editors. AIDS in Europe: The behavioural aspect. Report of the Conference AIDS in Europe, the behavioural aspect, Berlin 26-29.9.1994. Berlin: Sigma; 1995. p. 183-90.
- 2 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. *Revue Epidemiol Sante Publique* 1998;46:205-17.
- 3 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000). (in submission) 2003;
- 4 Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9: "Espace d'accueil et d'injection" à Genève. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (à paraître).
- 5 Benninghoff F, Dubois-Arber F. Résultats de l'étude de la clientèle du Cactus Biel/Bienne 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002.
- 6 Commission fédérale des stupéfiants SD. Rapport sur la méthadone : utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse. 3 ed. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1995.
- 7 Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, editors. Essais de prescription médicale de stupéfiants: rapport de synthèse. Zurich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1997.
- 8 Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1999: rapport d'activité et statistique annuelle globale: comparaison des données des thérapies à court-moyen terme et à long terme. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2000. (Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie).
- 9 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 10 Ladewig D. A reduction in HIV positive and an increase in hepatitis C positive subjects in methadone maintenance treatments. *Swiss Med Wkly* 2001;131:422. Available at: URL: www.smw.ch.
- 11 Steffen T, Blatter R, Gutzwiller F, Zwahlen M. HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *Eur J Public Health* 2001;11(4):425-30.
- 12 Hamers FF, Infuso A, Alix J, Downs AM. Current situation and regional perspective on HIV/AIDS surveillance in Europe. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32 Suppl 1:S39-S48. Available at: URL: PM:12571514.
- 13 Hamers F, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet* 2003;361(9362):1035-44. Available at: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736>.
- 14 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), editor. Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2001. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2001. Available at URL: <http://www.emcdda.org>
- 15 Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2000. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2000. Available at URL: <http://www.emcdda.org>.

- 16 European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA). Joint action on new synthetic drugs. European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA), Ed. 2002. Available at: URL: http://www.emcdda.org/policy_law/joint_action.shtml.
- 17 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- 18 MacDonald M, Wodak A, Ali R, Crofts N, Cunningham PH, Dolan KA, Kelaher M, Loxley WM, van Beek I, Kaldor JM. HIV prevalence and risk behaviour in needle exchange attenders: a national study. *Med J Aust* 1997;166(5):237-40.
- 19 Gossop M, Griffiths P, Powis B, Williamson S, Fountain J, Strang J. Continuing drug risk behaviour: shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors. *AIDS Care* 1997;9(6):651-60.
- 20 Sabbatini A, Carulli B, Villa M, Correa Leite ML, Nicolosi A. Recent trends in the HIV epidemic among injecting drug users in Northern Italy, 1993-1999. *AIDS* 2001;15(16):2181-5. Available at: URL: PM:11684938.
- 21 Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS* 1997;11(8):F59-F65. Available at: URL: PM:9223727.
- 22 Diaz T, Des Jarlais DC, Vlahov D, Perlis TE, Edwards V, Friedman SR, Rockwell R, Hoover D, Williams IT, Monterroso ER. Factors associated with prevalent hepatitis C: differences among young adult injection drug users in lower and upper Manhattan, New York City. *Am J Public Health* 2001;91(1):23-30. Available at: URL: PM:11189819.
- 23 Shafer KP, Hahn JA, Lum PJ, Ochoa K, Graves A, Moss A. Prevalence and correlates of HIV infection among young injection drug users in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31(4):422-31. Available at: URL: PM:12447014.
- 24 Hope VD, Judd A, Hickman M, Lamagni T, Hunter G, Stimson GV, Jones S, Donovan L, Parry JV, Gill ON. Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working? *Am J Public Health* 2001;91(1):38-42. Available at: URL: PM:11189821.
- 25 Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction* 2001;96(4):597-606. Available at: URL: PM:11300963.
- 26 Centre d'estudis epidemiològics sobre l'HIV/sida de Catalunya (CEESCAT). Casabona J, editor. SIVES 2001: Integrated HIV/AIDS surveillance system of Catalonia. Barcelona: Departament de sanitat i seguretat social; 2002. (Technical document n° 14).
- 27 Rhodes T, Lowndes C, Judd A, Mikhailova LA, Sarang A, Rylkov A, et al. Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS* 2002;16(13):F25-F31. Available at: URL: PM:12218407.
- 28 Kübler D, Hausser D, Gervasoni JP. The characteristics of 'new users' of cocaine and heroin unknown to treatment agencies: results from the Swiss Hidden Population Study. *Addiction* 2000;95(10):1561-71. Available at: URL: PM:11070531.

2.6 LES TRAVAILLEURS DU SEXE EN SUISSE ET EN EUROPE

Les données présentées dans ce chapitre ont été rassemblées dans le cadre d'une revue de littérature¹. La prostitution étant désormais un phénomène fortement internationalisé, la revue a été étendue à l'ensemble de l'Europe. On s'est intéressé à tous les segments du milieu de la prostitution : femmes, hommes (*male sex workers* : *MSW*), travestis et transsexuels ainsi qu'à leurs clients. On a constaté, à cette occasion, qu'il existait relativement peu d'informations concernant le phénomène à l'échelon suisse.

En dépit de l'abondance de la littérature, le milieu de la prostitution demeure relativement mal connu. Les études portent la plupart du temps sur des 'échantillons de convenance'. Les données ne sont que partiellement comparables car elles proviennent parfois de pays ou de régions où les conditions d'exercice de la prostitution et le contexte juridico-socio-sanitaire sont extrêmement différents.

On situe généralement entre 1 et 2‰ la proportion des travailleurs du sexe (femmes et hommes) au sein de la population dans plusieurs pays d'Europe^a. Ce rapport est plus élevé dans les villes importantes et moyennes. Les observateurs estiment que 85 à 90% des personnes qui se prostituent sont de sexe féminin. La part des hommes (y compris transsexuels ou travestis) peut atteindre 30 à 40% dans les grandes villes.

Le milieu de la prostitution est caractérisé par une importante dimension migratoire. Les pays européens représentés au sein du projet Tampep^b font état de la part croissante des migrants (spécialement extra-communautaires) parmi les travailleurs du sexe. Ces personnes sont très mobiles. Elles se déplacent fréquemment d'un pays à l'autre ou à l'intérieur d'un pays.

Les conditions d'exercice de la prostitution peuvent varier sensiblement, même à l'intérieur d'une unique aire géographique. Les mesures de police réprimant le racolage et les poursuites frappant les personnes en situation irrégulière sous l'angle des lois sur l'immigration contribuent à reléguer la prostitution dans des espaces non contrôlés (et plus dangereux). Elles réduisent voire suppriment la capacité de négociation des travailleurs du sexe (préservatif, refus des clients jugés dangereux, etc.).

^a Source : Europap / Tampep.

^b Plusieurs projets soutenus financièrement par l'Union Européenne (UE) se consacrent aux questions en relation avec la prostitution :

- Europap (*European Intervention Projects AIDS Prevention for prostitutes*) existe depuis le milieu des années 1990. Il poursuit quatre objectifs principaux : a) soutenir, développer et étendre les actions de prévention du VIH et d'autres IST destinées aux prostituées ; b) évaluer ces actions au moyen d'une méthodologie commune ; c) élaborer des standards en vue de diffuser ces actions à travers l'UE ; d) développer un réseau d'intervenants à travers l'UE. Europap rassemble actuellement environ 400 partenaires répartis dans une vingtaine de pays européens (www.europap.net).
- Tampep (*Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe / Project*) existe également depuis le milieu des années 1990. Disposant lui aussi de fonds provenant de l'UE et collaborant avec Europap, le projet Tampep a principalement pour but de développer et diffuser de nouvelles stratégies et méthodes pour prévenir la diffusion du VIH et des autres IST parmi les migrantes qui se prostituent en Europe. Tampep met l'accent sur les femmes, les travestis et les transsexuels en provenance de l'Europe centrale et orientale, de l'Asie du Sud-Est, de l'Afrique et de l'Amérique latine. Plus de vingt pays européens font partie du réseau Tampep dont la Suisse en qualité de pays invité (www.mrgraaf.nl/tampet).

2.6.1 Protection et exposition au risque parmi les travailleuses du sexe

Le taux de protection à l'occasion des **relations payantes** varie entre 33%² et 100%^{3,4} selon les études et les populations. La protection peut varier en fonction des pratiques sexuelles. Certains constatent que les relations vaginales sont moins protégées que les relations anales⁵, d'autres qu'une moindre protection concerne plutôt les relations oro-génitales⁶.

Le niveau de protection diffère selon que les prostituées consomment ou non des drogues. Les toxicomanes tendent plus que les autres à renoncer au préservatif⁷. Le 'manque de rigueur' des toxicomanes doit cependant être relativisé. Ainsi, une étude suisse réalisée auprès de structures à bas seuil d'accès accueillant des toxicomanes indique un taux de protection systématique de 83% parmi celles qui se prostituent⁸.

La protection varie d'un pays à l'autre. Les pays de l'ancien bloc soviétique apparaissent à cet égard comme plus problématiques, notamment en raison de la grande pauvreté d'une partie des prostituées qui n'ont pas les moyens d'acheter des préservatifs, de recevoir un test VIH ou d'entreprendre le traitement médical nécessité par leurs IST^{2,5,9-12}. A l'origine d'un large éventail de difficultés, le fait d'être clandestin est entre autres associé à une réduction de la protection¹³.

Plusieurs études de cohortes montrent une progression dans les comportements de protection^{14,15}. L'augmentation du niveau de protection est en relation directe avec l'effort de sensibilisation et de formation¹².

Malgré les niveaux assez élevés de protection, la rencontre entre prostituée et client peut être exposée au risque d'infection VIH lorsque des accidents surviennent dans l'utilisation du préservatif. Des études mettent en évidence qu'entre un tiers et deux tiers des prostituées ont connu un problème de cette nature au cours du mois précédant l'étude^{6,16,17}. Plusieurs indiquent que les prostituées sont souvent démunies et ne savent pas comment réagir lorsque de tels incidents surviennent¹⁸.

L'utilisation du préservatif diffère sensiblement selon que les rapports sexuels ont lieu avec des clients ou avec des partenaires non payants (ami, conjoint, partenaires occasionnels, etc.). Les **relations avec les partenaires non payants** sont nettement moins bien protégées. La proportion de prostituées déclarant utiliser régulièrement des préservatifs avec leurs partenaires privés (stables ou occasionnels) varie entre 3% et 45%^{2-4,6,9,12,16,17,19-22}. La raison de cette différence de comportement est bien documentée. Elle relève de l'envie d'établir une démarcation entre travail et vie privée. Le préservatif représente ce qui permet d'opérer cette différenciation^{23,24}. De même, on relève des différences dans les comportements de protection adoptés avec les nouveaux et les anciens clients, une diminution de la protection pouvant survenir avec les clients connus¹².

La très grande majorité des prostituées ont des partenaires non payants⁹. Il peut s'agir de personnes plus exposées au VIH que la moyenne (consommateurs de stupéfiants i.v., bisexuels) ou séropositives. Des relations anales ont en outre plus fréquemment lieu avec des partenaires non payants qu'avec des clients : 15% des prostituées ont des relations anales avec leurs clients mais 31% avec leurs partenaires non payants⁷.

La prévalence du VIH observée/mesurée à l'occasion d'études réalisées depuis 1995 auprès de différents collectifs de prostituées varie fortement. La fourchette s'étend de 0 à 60%. La toxicomanie i.v. influence beaucoup ce taux (par ex. 0.8% chez les prostituées non consommatrices de drogues par injection mais 46% chez les prostituées consommatrices de drogues par injection²⁵).

Si la séroprévalence dans les groupes de prostituées non consommatrices de drogues par injection est très basse^{6,19,26-28}, certaines études montrent une légère tendance à la hausse causée par les flux récents de prostituées migrantes^{7,29,30}.

La probabilité de souffrir d'une IST est en relation directe avec le nombre de partenaires non payants^{20,22}. Par ailleurs, avoir un partenaire non payant séropositif constitue le facteur le plus étroitement associé à la probabilité d'une séroconversion²⁹.

2.6.2 Protection et exposition au risque parmi les personnes travesties et transsexuelles

Les relations professionnelles entretenues par les personnes travesties ou transsexuelles sont relativement bien protégées. Selon les études et selon les pratiques, le taux de protection varie entre 70 et 100%. Un tiers des personnes composant ce groupe déclarent toutefois avoir connu un accident de préservatif au cours du mois précédant l'étude^{17,31}.

On observe une différence sensible au niveau de la protection dans le contexte des relations payantes et dans celui des relations non payantes. Ces dernières sont nettement moins bien protégées : c'est au maximum la moitié des personnes transsexuelles qui déclarent utiliser régulièrement des préservatifs.

La population des travestis et transsexuels est caractérisée par une prévalence élevée en matière de VIH, même parmi ceux qui ne s'injectent pas de drogue^{17,31}. Cette prévalence élevée traduit probablement la convergence de plusieurs facteurs³² parmi lesquels l'exclusion sociale, la marginalisation, la prévalence élevée des infections VIH chez les clients, la fréquence des relations anales et le nombre moyen assez important de clients³³⁻³⁵.

2.6.3 Protection et exposition au risque parmi les prostitués masculins

Les comportements de protection et d'exposition au VIH dans le cadre de la prostitution masculine sont peu connus. Les études existantes apportent essentiellement un éclairage sur la prostitution de rue alors que, selon une publication du projet ENPM^{a36}, un nombre probablement important de jeunes prostitués (MSW) travaillent en appartement dans les différents pays d'Europe.

Par rapport à la prostitution féminine et malgré une fréquence plus élevée de pénétrations anales, les MSW adoptent moins systématiquement des comportements protégés dans le cadre de leurs relations avec les clients. Le taux de protection peut être voisin de zéro dans certains pays d'Europe orientale et proche du maximum ailleurs. Il dépend en particulier du type de pratiques sexuelles (le préservatif est plus souvent utilisé lors de pénétrations anales que lors de relations bucco-génitales). L'extrême jeunesse et un état complet de dépendance (la situation de mineurs de onze ans est mentionnée par Kelly et al³⁷) sont associés à l'absence de toute protection. Les migrants apparaissent également comme plus vulnérables. Ils ont plus de comportements à risque que les prostitués autochtones, et cela aussi bien dans le cadre de relations payantes que privées³⁸. Il existe enfin un important chevauchement entre prostitution masculine et vie privée des MSW. Beaucoup ont des partenaires féminines^{37,38}. En outre, moins de la moitié se

^a ENMP (*European Network Male Prostitution*) est l'équivalent des projets Europap et Tampep pour les prostitués masculins (MSW). Ce projet poursuit plus particulièrement les objectifs suivants : a) offrir soutien, conseil et assistance aux responsables politiques, aux instances de financement et aux fournisseurs de prestations socio-santaires destinées aux MSW ; b) offrir diverses prestations socio-sanitaires aux MSW ; c) projeter et réaliser des actions de prévention du VIH et des IST ; d) soutenir les réseaux de collaboration à l'échelon international ; e) formuler des prises de position et accomplir un travail de lobbying en vue de lutter contre la marginalisation et la criminalisation des MSW en Europe (<http://www.enmp.org>).

protègent lors de leurs relations non payantes³⁸. Ces constats suggèrent que les MSW pourraient constituer un pont pour la transmission du VIH dans la population générale hétérosexuelle.

Les études concernant la prévalence du VIH parmi les MSW sont particulièrement rares. La situation qui prévaut en matière d'IST parmi cette population^{39,40} suggère une prévalence VIH potentiellement élevée. Comme pour d'autres segments de la population des travailleurs du sexe, la toxicomanie par voie intraveineuse exerce une influence sensible sur ce taux. Toutefois, les taux de prévalence VIH parmi les MSW non consommateurs de drogues par injection sont nettement plus élevés que ceux relevés chez les femmes prostituées non consommatrices de drogues par injection. Une étude réalisée en Espagne fait ainsi apparaître une prévalence de 17% chez les MSW non consommateurs de drogues par injection et de 60% chez les MSW injecteurs de drogues³⁸.

2.6.4 Protection et exposition au risque parmi les clients

S'il est difficile de se faire une idée de l'effectif des travailleurs du sexe, celui des clients est tout aussi malaisé à estimer. Quelques enquêtes de population sur les comportements sexuels^{41,42} fournissent quelques indications mais peu explorent les comportements des clients. Réalisée en 2000 auprès de la population générale âgée de 16 à 44 ans, l'enquête nationale anglaise Natsal relève que 4% des hommes ont eu recours à des services sexuels payants au cours des cinq dernières années (2% en 1990). L'enquête nationale suisse (EPSS) édition 2000⁴² observe que 15% des hommes âgés de 17 à 45 ans ont entretenu de telles relations au moins une fois dans leur vie, 4% dans les douze derniers mois et 2% dans les six derniers mois.

Le rôle de la prostitution comme activité occupant une position de relais dans la transmission du VIH a surtout été vu sous l'angle du travailleur du sexe comme source d'infection. Or, cette relation a deux pôles, dont un constitué par le client. La question demeure ouverte actuellement : qui, du travailleur du sexe ou du client est à la source de l'infection ? La littérature fournit peu d'indications sur les autres risques auxquels peuvent s'exposer les clients. A titre d'exemple, une étude anglaise⁴³ indique qu'un tiers des clients de prostituées entretiennent également des relations sexuelles avec des hommes.

A l'exception d'une étude réalisée en Russie⁴⁴ où la protection était inexistante, les études répertoriées^a identifient des niveaux assez élevés d'utilisation régulière du préservatif. Ils se situent entre 56% et 100%. L'EPSS indique pour sa part un taux de protection de 92% en Suisse. Quelques groupes de clients sont perçus comme plus vulnérables. Il s'agit des migrants²⁸, des personnes avec un niveau d'éducation plutôt bas⁴⁵, des clients de la prostitution de rue^{46,47} et de ceux fréquentant des prostituées exerçant dans leur propre appartement ou en qualité d'*escort girls*⁴⁷. Dans ces deux dernières catégories, les relations sont moins protégées si le client connaît déjà la prostituée. Une plus forte exposition au risque VIH associée au fait d'avoir des contacts monnayés plus fréquents et de préférence avec des prostituées connues est aussi relevée⁴⁶.

Quelques indications sur les comportements des clients sont fournies par l'évaluation du projet suisse Don Juan⁴⁸. Parmi les hommes ayant accepté un entretien, 18% ont été définis comme 'clients à risque' par les intervenants. Leurs relations ne sont toutefois pas systématiquement à risque. Elles varient selon le type de pratiques. Elles sont aussi souvent fonction de la plus ou moins grande familiarité avec la prostituée (moins de protection avec une prostituée déjà connue). Les résultats obtenus par questionnaire fournissent une proportion analogue de clients

^a En raison de la rareté des études, on a tenu compte de la littérature publiée à partir de 1990. Il en résulte un biais dû au fait que les connaissances sur l'épidémie étaient très différentes de ce qu'elles sont devenues par la suite.

n'ayant pas systématiquement utilisé de préservatifs à l'occasion de leurs relations sexuelles monnayées (15%).

Une seule étude, réalisée en Ecosse en 1992, mentionne le taux d'accidents de préservatif : 14% lors du dernier rapport payant⁴⁶.

Les relations que les clients entretiennent en dehors de la prostitution ne bénéficient pas de la même protection. Celle-ci peut aussi varier selon le type de partenaire. Elle est moins élevée dans le cadre de relations avec la partenaire stable qu'avec des partenaires occasionnelles⁴³. Dans leur étude, de Graaf et al⁴⁷ observent que la formation d'un relais entre la prostitution et la population générale est rendu possible par les 10% de clients qui ont à la fois des contacts monnayés et privés non protégés.

2.6.5 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<p>■ Tout laisse à penser que le monde de la prostitution tend à se développer et à se diversifier plutôt qu'à se réduire. Il comporte toutefois de très nombreuses zones d'ombre. A l'échelon local, une partie seulement des <i>settings</i> sont connus. La mobilité des travailleurs du sexe (à l'échelon national et international) représente une donnée importante. Le pôle 'clients' est particulièrement mal connu.</p>	<p>⇒ Il convient dès lors d'améliorer la connaissance du phénomène :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ à l'échelon local en systématisant et coordonnant le dispositif de collecte de l'information ;▪ à l'échelon national en consolidant les données rassemblées à l'échelon local ;▪ à l'échelon européen en participant activement aux dispositifs existants (Europap / Tampep^a) ce qui n'est actuellement pas le cas ;▪ un effort de documentation particulier doit être consenti à propos des clients en tant que groupe-relais.
<p>■ La prostitution est une activité à risque. Les travailleurs du sexe sont exposés à toute sorte de situations potentiellement dangereuses pour leur santé (prise au sens large). Certaines dispositions légales ainsi que diverses mesures prises au nom de l'ordre public contribuent à péjorer les conditions d'exercice de la prostitution en reléguant les travailleurs du sexe dans la clandestinité ou dans des zones de non-droit où ils courent un risque accru d'être soumis à des violences. Coupés de leur environnement social et n'ayant la plupart du temps pas accès aux dispositifs socio-sanitaires publics, les travailleurs du sexe migrants en situation irrégulière sont particulièrement menacés.</p>	<p>⇒ Il convient d'améliorer les conditions de travail des travailleurs du sexe.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Politiciens et intervenants sanitaires et sociaux doivent construire une collaboration confiante, respectueuse des prérogatives de chaque partie et soucieuse de limiter au maximum les risques auxquels sont exposés les travailleurs du sexe.▪ L'OFSP pourrait prendre l'initiative de réunir des plates-formes interdisciplinaires – ouvertes aux intervenants sanitaires et sociaux, aux forces de police voire au monde politique et judiciaire – à l'instar de ce qui a été réalisé dans le domaine de la toxicomanie.

^a Dispositifs transnationaux de coordination soutenus par la Commission européenne ayant pour but de promouvoir la santé et le bien-être des prostituées (cf. note b, page 54).

Conclusions	Recommandations
<p>■ D'une manière générale, les travailleurs du sexe (femmes, hommes, travestis et transsexuels) ont des relations sexuelles payantes plutôt bien protégées.</p> <p>Les lacunes relevées au niveau de la protection contre les IST sont principalement à mettre en relation avec les pressions – généralement financières mais parfois aussi assorties de menaces ou de violences corporelles – exercées par les clients.</p> <p>Les relations avec les partenaires non payants (et dans certains cas avec des clients connus) sont significativement moins protégées et peuvent comprendre des pratiques exposant à un risque accru de transmission du VIH.</p>	<p>⇒ Les efforts destinés à améliorer les connaissances des travailleurs du sexe en matière de risques et de protection doivent être renforcés. On veillera en particulier à toucher les catégories moins accessibles de prostitué(e)s.</p> <p>⇒ Des dispositions devraient être prises pour permettre aux travailleurs du sexe d'accéder à des prestations sanitaires et sociales adaptées à leurs besoins (nature des problèmes rencontrés, absence de jugement moral de la part des intervenants, horaires et localisation adaptés, mise à disposition de matériel de protection et de conseils d'utilisation).</p>

Références bibliographiques

- 1 Meystre-Agustoni G. Populations particulières pour la prévention du VIH/sida : les travailleuses et les travailleurs du sexe. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 2 Chaplinskas S, Mardh PA. Characteristics of Vilnius street prostitutes. *Int J STD AIDS* 2001;12(3):176-80. Available at: URL: PM:11231871.
- 3 Kjaer SK, Svare EI, Worm AM, Walboomers JM, Meijer CJ, van den Brule AJ. Human papillomavirus infection in Danish female sex workers. Decreasing prevalence with age despite continuously high sexual activity. *Sex Transm Dis* 2000;27(8):438-45. Available at: URL: PM:10987448.
- 4 Church S, Grogan K, Watts S, et al. HIV risk exposure and sexual health of female sex workers in contact with outreach services. [Abstract] 11th World AIDS Conference, Vancouver 1996; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 5 Izdebski Z, Boron-Kaczmarek A. New prostitution phenomena in Poland. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 6 Clavo P, Belza MJ, Sanchez F, et al. Prevalence of STD, HIV and hepatitis markers, and risk behaviour in immigrant female sex workers in Madrid. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 7 Spina M, Mancuso S, Sinicco A, Vaccher E, Traina C, Di Fabrizio N, de Lalla F, Tirelli U. Human immunodeficiency virus seroprevalence and condom use among female sex workers in Italy. *Sex Transm Dis* 1998;25(9):451-4. Available at: URL: PM:9800254.
- 8 Dubois-Arber F, Jeannin A, Benninghoff F, Moreau-Gruet F, Spencer B. VIH/sida : recrudescence des comportements à risques ? Le principe de précaution devrait l'emporter. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 2003;8:128-32.
- 9 Tchoudomirova K, Domeika M, Mardh PA. Demographic data on prostitutes from Bulgaria: A recruitment country for international (migratory) prostitutes. *Int J STD AIDS* 1997;8(3):187-91. Available at: URL: PM:9089030.

- 10 Lowndes CM, Rhodes T, Judd A, et al. Female injection drug users who practise sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behaviour. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 11 Raita CS. HIV/sexual transmitted Infections prevention among women who sell sex. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 12 Babyyan K. Armenia: Reducing sexually transmitted infections among CSWS. *Entre Nous: The European magazine for sexual and reproductive health* 2002;53:14.
- 13 Agacfidan A, Chow JM, Pashazade H, Ozarmagan G, Badur S. Screening of sex workers in Turkey for Chlamydia trachomatis. *Sex Transm Dis* 1997;24(10):573-5. Available at: URL: PM:9383845.
- 14 Fennema JS, van Ameijden EJ, Coutinho RA, Van Den HA. Clinical sexually transmitted diseases among human immunodeficiency virus-infected and noninfected drug-using prostitutes. Associated factors and interpretation of trends, 1986 to 1994. *Sex Transm Dis* 1997;24(6):363-71. Available at: URL: PM:9243745.
- 15 Garcia DLH, Fernandez GE, Hernandez-Aguado I, Vioque J. [Changes in condom use among a cohort of prostitutes]. *Gac Sanit* 2001;15(3):209-16. Available at: URL: PM:11423024.
- 16 Ward H, Day S, Weber J. Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period. *Sex Transm Infect* 1999;75(5):340-3.
- 17 Verster A, Davoli M, Camposeragna A, Valeri C, Perucci CA. Prevalence of HIV infection and risk behaviour among street prostitutes in Rome, 1997-1998. *AIDS Care* 2001;13(3):367-72. Available at: URL: PM:11397338.
- 18 Giuliani P. *Prévention du sida dans le commerce du sexe en Suisse : femmes aux pieds nus : 1999.* Zurich: Aide suisse contre le sida; 2000.
- 19 Pickton L, Campbell T. An HIV and sexual health needs assessment of female commercial sex workers (CSWs) in a suburban London low HIV prevalence area; a pilot study. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 1998; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 20 Ward H, Day S, Mezzone J, Dunlop L, Donegan C, Farrar S, Whitaker L, Harris JR, Miller DL. Prostitution and risk of HIV: female prostitutes in London. *Br Med J* 1993;307(6900):356-8.
- 21 Spina M, Tirelli U. Condom use in female sex workers in Italy. *Am J Public Health* 1999;89(1):108. Available at: URL: PM:9987479.
- 22 Alary M, Worm AM, Kvinesdal B. Risk behaviours for HIV infection and sexually transmitted diseases among female sex workers from Copenhagen. *Int J STD AIDS* 1994;5(5):365-7. Available at: URL: PM:7819358.
- 23 Estebanez P, Fitch K, Najera R. HIV and female sex workers. *Bull World Health Organ* 1993;71(3-4):397-412. Available at: URL: PM:8324860.
- 24 McKeganey NP. Prostitution and HIV: what do we know and where might research be targeted in the future? [comment]. *AIDS* 1994;8(9):1215-26.
- 25 Ballesteros J, Clavo P, Castilla J, Rodriguez C, Belza MJ, Jerez N, Sanz S, del Romero J. Low seroincidence and decrease in seroprevalence of HIV among female prostitutes in Madrid. *AIDS* 1999;13(9):1143-4. Available at: URL: PM:10397548.
- 26 Gras MJ, van der HT, Schenk R, van Doornum GJ, Coutinho RA, van den Hoek JA. [Inverted question mark HIV infection and risk behaviour among prostitutes in the Amsterdam streetwalkers' district; indications of raised prevalence of HIV among transvestites / transsexuals]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141(25):1238-41. Available at: URL: PM:9232986.
- 27 Anonymous. [HIV seroprevalence in patients seen at sexually-transmitted disease and family planning centers in Spain, 1995-1996]. *Rev Esp Salud Publica* 1999;73(1):25-34. Available at: URL: PM:10224878.

- 28 van Haastrecht HJ, Fennema JS, Coutinho RA, van der Helm TC, Kint JA, van den Hoek JA. HIV prevalence and risk behaviour among prostitutes and clients in Amsterdam: migrants at increased risk for HIV infection. *Genitourin Med* 1993;69(4):251-6. Available at: URL: PM:7721282.
- 29 Estebanez Estebanez P, Rodriguez Arenas MA, Ramon P, et al. New HIV vulnerability characteristics within women sex workers in Spain. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 30 Rodríguez-Arenas MA, Ramón P, Rodrigo Alvaro J, et al. The importance of migration on prostitution and HIV/AIDS in Spain in the last year. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 31 Belza MJ, Llacer A, Mora R, de la Fuente L, Castilla J, Noguer I, Canellas S. [Social characteristics and risk behaviors for HIV in a group of transvestites and male transsexuals engaging in street prostitution]. *Gac Sanit* 2000;14(5):330-7. Available at: URL: PM:11187450.
- 32 McKeganey NP. Prostitution and HIV: what do we know and where might research be targeted in the future? *AIDS* 1994;8(9):1215-26. Available at: URL: PM:7802974.
- 33 Spizzichino L, Zaccarelli M, Rezza G, Ippolito G, Antinori A, Gattari P. HIV infection among foreign transsexual sex workers in Rome: prevalence, behavior patterns, and seroconversion rates. *Sex Transm Dis* 2001;28(7):405-11. Available at: URL: PM:11460025.
- 34 Spizzichino L, Zaccarelli M, Venezia S, et al. HIV infection and related behaviour among Columbian female, male, and transsexual sex workers in Rome. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 35 Gattari P, Speziale D, Grillo R, Cattani P, Zaccarelli M, Spizzichino L, Valenzi C. Syphilis serology among transvestite prostitutes attending an HIV unit in Rome, Italy. *Eur J Epidemiol* 1994;10(6):683-6.
- 36 Schiffer K. European Network Male Prostitution (ENMP). [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se>.
- 37 Kelly JA, Amirkhanian YA, McAuliffe TL, Dyatlov RV, Granskaya J, Borodkina OI, Kukharsky AA, Kozlov AP. HIV risk behavior and risk-related characteristics of young Russian men who exchange sex for money or valuables from other men. *AIDS Educ Prev* 2001;13(2):175-88. Available at: URL: PM:11398961.
- 38 Belza MJ, Llacer A, Mora R, Morales M, Castilla J, de la Fuente L. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS Care* 2001;13(5):677-82. Available at: URL: PM:11571014.
- 39 Wright MT. Male sex workers: determining prevention needs and estimating total numbers using a combination of methods. [Abstract] 14th International Aids Conference, Barcelona 2002; Available at: URL: <http://www.ias.se/>.
- 40 Tomlinson DR, Hillman RJ, Harris JR, Taylor-Robinson D. Screening for sexually transmitted disease in London-based male prostitutes. *Genitourin Med* 1991;67(2):103-6. Available at: URL: PM:2032701.
- 41 Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet* 2001;358(9296):1835-42. Available at: URL: PM:11741621.
- 42 Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP). Enquête téléphonique périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse (EPSS). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 43 Day S, Ward H. Sex workers and the control of sexually transmitted disease. *Genitourin Med* 1997;73(3):161-8. Available at: URL: PM:9306894.
- 44 Scherbakov S. Study of dangerous behavioral patterns in teenage boy sex workers and their clients in St. Petersburg. [Abstract] 12th World AIDS Conference, Geneva 1998; Available at: URL: www.ias.se.

- 45 de Graaf R, van Zessen G, Vanwesenbeeck I, Straver CJ, Visser JH. Condom use by Dutch men with commercial heterosexual contacts: determinants and considerations. *AIDS Educ Prev* 1997;9(5):411-23. Available at: URL: PM:9391657.
- 46 Barnard MA, McKeganey NP, Leyland AH. Risk behaviours among male clients of female prostitutes. *Br Med J* 1993;307(6900):361-2.
- 47 de Graaf R, van Zessen G, Vanwesenbeeck I, Straver CJ, Visser JH. Segmentation of heterosexual prostitution into various forms: a barrier to the potential transmission of HIV. *AIDS Care* 1996;8(4):417-31. Available at: URL: PM:8863913.
- 48 Kern D. Don Juan : éducation en face-à-face des clients de prostituées : un projet de prévention du VIH/sida pour les consommateurs de sexe : rapport d'évaluation. Strasbourg: [s.n.]; 1999.

2.7 LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Ce chapitre est consacré aux personnes séropositives connaissant leur statut sérologique. En principe informées des risques qu'elles peuvent faire courir, elles devraient adopter des comportements responsables. On s'attend ainsi qu'elles aient des relations sexuelles systématiquement protégées et qu'elles suivent les recommandations relatives au matériel et aux modalités d'injection lorsqu'elles consomment des stupéfiants. Qu'en est-il exactement ? Trois études apportent un éclairage sur cette question en Suisse :

1. L'enquête périodique HSH^a s'intéresse à l'évolution des comportements sexuels des hommes entretenant des relations sexuelles avec d'autres hommes (cf. chapitre 2.4). Elle a connu plusieurs éditions (1987¹, 1990², 1992³, 1994⁴, 1997⁵ et 2000⁶).
2. L'enquête SBS^b a pour objectif d'identifier les caractéristiques des consommateurs de drogues usagers des structures à bas seuil d'accès. Elle comporte notamment des questions sur leur exposition aux risques et leur protection face au VIH (cf. chapitre 2.5). Elle a également connu plusieurs éditions⁷⁻⁹ (1993, 1994, 1996 et 2000).
3. L'étude SHCS (*Swiss HIV Cohort Study*) suit une cohorte de personnes séropositives âgées de plus de seize ans. Elle se déroule dans sept établissements hospitaliers de Suisse (dont les cinq hôpitaux universitaires). Les patients répondent tous les six mois à un questionnaire. Administré en face-à-face par un soignant, celui-ci comprend, depuis avril 2000, des questions relatives à l'activité sexuelle et aux comportements de protection contre le VIH/sida¹⁰.

Par ailleurs, deux études de nature qualitative fournissent un éclairage sur la manière dont les personnes séropositives vivent leur situation de personnes infectées et potentiellement contaminantes ainsi que sur les problèmes auxquels elles sont plus particulièrement confrontées dans leur vie relationnelle et sexuelle. Ces informations livrent quelques éléments d'explication en ce qui concerne les épisodes de prise de risques et les contextes dans lesquels ils se produisent :

1. L'étude sur la sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida, réalisée en 1997 pour décrire les problèmes liés à leur sexualité, à la manière dont ils sont vécus, à leur incidence sur la prévention de la transmission du VIH et pour s'interroger sur des modalités de prise en charge tenant mieux compte de la sexualité des personnes séropositives et de leurs partenaires¹¹.

^a HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

^b SBS : structures à bas seuil d'accès.

2. L'étude sur le secret entourant le VIH/sida, entreprise en 2001 pour décrire les raisons invoquées par les personnes séropositives pour expliquer leur volonté de ne pas divulguer leur statut sérologique, les problèmes posés par la gestion de ce secret ainsi que les avantages et inconvénients qui en découlent, notamment en termes d'accès à des prestations d'aide et de soutien¹².

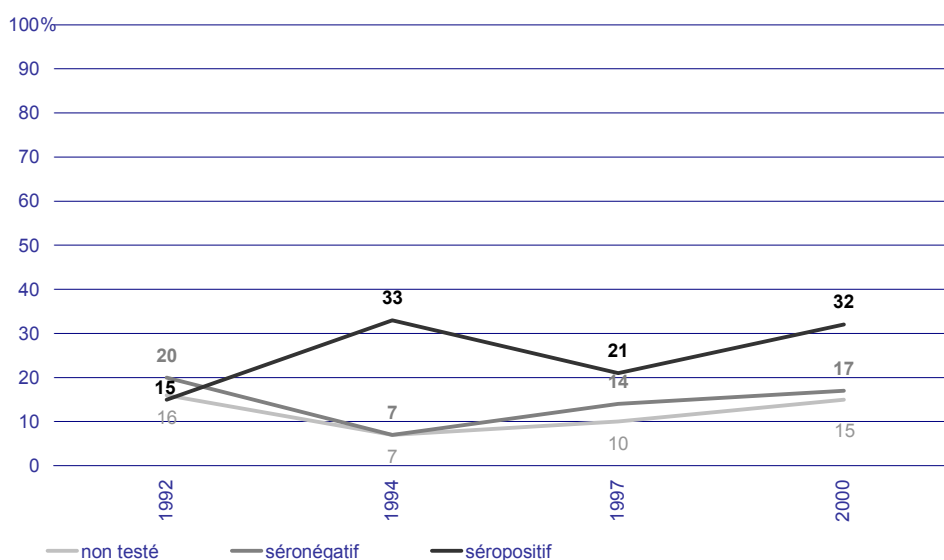
2.7.1 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)

En 2000, 82% des 918 HSH ayant répondu au questionnaire ont été testés au moins une fois dans leur vie : 11% sont séropositifs et 1% n'indiquent pas leur statut sérologique.

Les HSH séropositifs ont en moyenne plus de partenaires que les HSH séronégatifs et que ceux qui n'ont pas été testés. En 2000, plus de la moitié des HSH séropositifs (51%) déclarent avoir eu plus de dix partenaires durant les douze mois écoulés. Cette proportion n'atteint que 37% chez les séronégatifs et 23% chez ceux qui n'ont pas été testés. Les HSH séropositifs ont en outre une activité sexuelle potentiellement plus exposée que les répondants séronégatifs : 14% d'entre eux n'ont pas pratiqué de relations anales durant les douze mois précédant l'enquête alors que cette proportion atteint 30% chez les séronégatifs et 49% chez les non-testés.

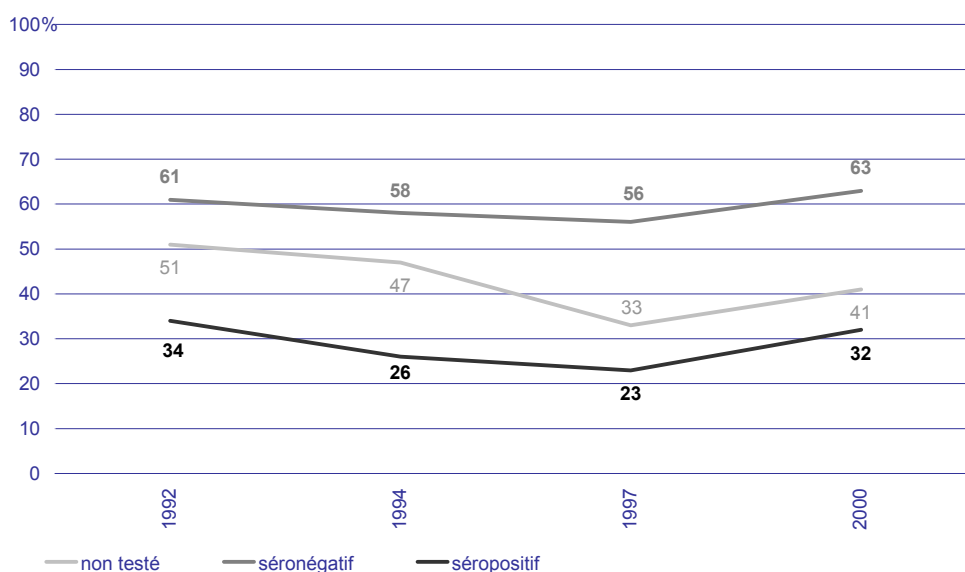
Enfin, les comportements préventifs des HSH séropositifs avec leurs partenaires occasionnels sont sensiblement différents de ceux déclarés par les répondants séronégatifs ou non testés : 32% ont entretenu des relations anales à risque dans les douze mois précédant le questionnaire alors que c'est le cas chez respectivement 17% et 15% des répondants séronégatifs ou non testés. Après une période d'amélioration, cette proportion tend à fléchir ces dernières années (Figure 2.17).

Figure 2.17 HSH : relations anales sans utilisation systématique du préservatif avec des partenaires occasionnels, selon le statut sérologique du répondant



IUMSP/UEPP

Figure 2.18 HSH : relations anales sans utilisation systématique du préservatif avec le partenaire stable, selon le statut sérologique du répondant



IUMSP/JEPP

Etablie en ne tenant compte que du statut sérologique du répondant, la Figure 2.18 indique que les HSH séropositifs sont en revanche moins nombreux que les séronégatifs ou les non testés à avoir entretenu des relations anales non protégées avec leur partenaire stable.

Dans les couples, il existe un lien entre stratégie de protection contre le VIH et statut sérologique des partenaires. Tous les couples séroconvergens positifs ont des relations anales alors que 32% des couples sérodiscordants s'en sont abstenus. Les couples séroconvergens positifs se protègent en outre nettement moins systématiquement à l'occasion de ce type de rapports que les couples sérodiscordants (respectivement 44% et 83% d'usage systématique de préservatifs).

2.7.2 Consommateurs de drogues dépendants

L'édition 2000 de l'enquête SBS^a concerne un collectif de 924 personnes dont les comportements en relation avec le VIH sont analysés en fonction des modalités de transmission du virus (injection i.v. de drogue et transmission sexuelle).

La presque totalité (94%) des consommateurs de drogues ont été testés au moins une fois pour le VIH (dont 70% au courant de l'année précédant l'enquête) et 11% d'entre eux répondent que cet examen a conclu à leur séropositivité. En outre trois répondants sur quatre (77%) ont été testés pour l'hépatite C et 59% d'entre eux rapportent une sérologie VHC positive. La prévalence du VHC est plus élevée chez les toxicomanes également infectés par le virus du VIH que chez les non infectés (87% et 55% respectivement).

Les toxicomanes séropositifs ne se différencient – au niveau des variables socio-démographiques – qu'en ce qui concerne l'activité professionnelle : 5% en ont une contre 15% chez ceux qui sont séronégatifs.

En 2000, une minorité de consommateurs de drogues séropositifs ont partagé du matériel d'injection dans les six mois précédant l'étude : 5% en le transmettant à autrui et 16% en employant

^a SBS : structure à bas seuil d'accès.

du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre. Ce comportement ne diffère pas significativement selon le statut sérologique du consommateur de drogues (Tableau 2.9).

La protection dans le cadre de relations sexuelles varie selon le type de partenaire. Les relations avec des partenaires occasionnels sont mieux protégées que celles avec un partenaire stable : 83% des usagers séropositifs de SBS ont des relations sans risque avec des partenaires occasionnels et 71% avec leur partenaire stable. Le niveau de protection varie aussi en fonction du statut sérologique : les toxicomanes séropositifs sont nettement plus nombreux à avoir des relations protégées avec leur partenaire stable^a que les toxicomanes séronégatifs. Bien que moins marquée, cette différence apparaît aussi à propos des relations occasionnelles. En revanche, les rapports sexuels que les prostituées toxicomanes^b séropositives entretiennent avec leurs clients souffrent d'un net défaut de protection : la moitié d'entre elles seulement ont régulièrement utilisé le préservatif dans leurs rapports tarifés^c. Ce constat ne vaut pas pour les toxicomanes séronégatives qui tendent au contraire à utiliser encore plus systématiquement des préservatifs lorsqu'elles se prostituent (Tableau 2.9).

Tableau 2.9 Consommation de drogue par injection : exposition au risque / protection durant les 6 mois précédant l'étude (2000), selon le statut sérologique du répondant, en %

	VIH+	VIH-
Protection systématique avec partenaire stable	71	25
Protection systématique avec partenaires occasionnels	83	71
Protection systématique lors de prostitution	*50	**94
Utilisation du matériel d'injection de quelqu'un d'autre	16	11
Transmission du matériel d'injection à quelqu'un d'autre	5	9

* n = 6 ** n = 32

IUMSP/UEPP

Chez les consommateurs de drogues séropositifs, le comportement lors de relations sexuelles occasionnelles n'a pas subi de modifications notables depuis 1993 (89% en 1993, 83% en 1996 et en 2000 respectivement). La protection lors de relations avec le partenaire stable a retrouvé son taux initial (68% en 1993, 57% en 1996 et 71% en 2000).

2.7.3 La cohorte suisse VIH (*Swiss HIV Cohort Study*)¹⁰

Le questionnaire comprenant des items relatifs à l'activité sexuelle et aux comportements de protection a été rempli par 4723 personnes vivant avec le VIH/sida (95% de celles ayant effectué une visite de *follow-up* entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001). Ce collectif comprend 70% de patients de sexe masculin. Il est formé de trois groupes d'importance approximativement égale

^a On notera que, pour les séropositifs comme pour les séronégatifs, le taux de protection avec le partenaire stable n'est pas significativement différent selon que le partenaire soit lui-même toxicomane ou non toxicomane.

^b 67% des femmes toxicomanes séropositives et 44% des femmes toxicomanes séronégatives se sont déjà prostituées ; respectivement 20% et 18% l'ont fait au cours des 6 derniers mois.

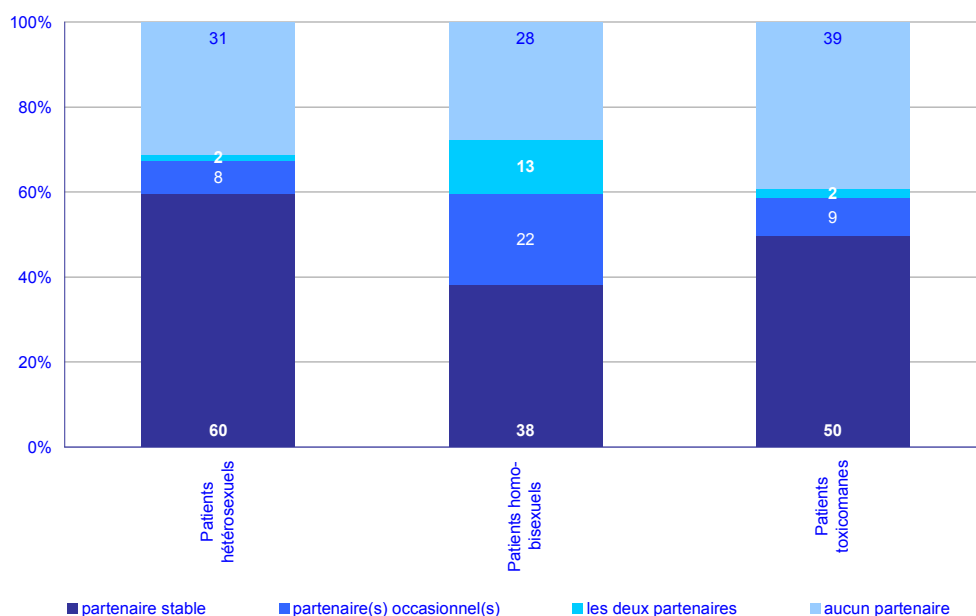
^c Vu le petit nombre de femmes toxicomanes séropositives qui ont pratiqué la prostitution dans les six mois précédant l'étude, cette différence n'est pas significative, il s'agit plutôt d'une tendance.

en ce qui concerne les voies de transmission du VIH : 28% de consommateurs de drogues i.v., 33% de personnes infectées par transmission hétérosexuelle et 35% d'HSH^a. Le Tableau 6.2 en annexe présente les principales caractéristiques de cette population. Les consommateurs de drogues sont sur-représentés parmi les non-répondants.

La majorité des patients ont une vie amoureuse et sexuelle active. Durant les six mois précédant l'administration du questionnaire, sur l'ensemble, 55% d'entre eux ont eu un partenaire stable, 19% un ou plusieurs partenaires occasionnels et 6% les deux. Les patients qui ont été infectés par voie hétérosexuelle sont un peu plus nombreux à entretenir des relations stables que les consommateurs de drogues par voie i.v. et les HSH. Ces derniers, en revanche, sont nettement plus nombreux à entretenir des relations avec des partenaires occasionnels ou les deux types de partenaires (Figure 2.19).

Dans les six mois précédant le questionnaire, sur l'ensemble des personnes avec ou sans partenaire(s), quatre répondants sur cinq (81%) ont déclaré avoir systématiquement entretenu des relations sexuelles protégées (ou ne pas avoir eu de relations sexuelles) et 12% ont annoncé avoir eu des relations non protégées. Enfin, 7% n'ont pas souhaité répondre à la question.

Figure 2.19 Cohorte suisse VIH (SHCS^b) : activité sexuelle durant les six mois précédant l'étude, selon le groupe de transmission (2000-2001)



Source : Swiss HIV Cohort Study (SHCS)¹⁰

En ce qui concerne l'utilisation de préservatifs, le Tableau 2.10 montre que les patients infectés à l'occasion de relations hétérosexuelles ou dans le cadre de leur toxicomanie sont sensiblement plus systématiques en matière de protection avec leurs partenaires occasionnels qu'avec leurs partenaires stables. Ce n'est en revanche pas le cas des patients homosexuels chez lesquels la protection est analogue quel que soit le profil du partenaire. Ces constats concordent avec ceux auxquels aboutissent les deux études présentées auparavant dans ce chapitre.

^a L'information manque pour 4% des patients.

^b Swiss HIV Cohort Study.

Tableau 2.10 Cohorte suisse VIH (SHCS) : proportion de patients ayant entretenu des relations systématiquement protégées au cours des six mois précédant l'étude, selon le groupe de transmission

	patients hétérosexuels	patients toxicomanes	patients homosexuels
régulièrement utilisé des préservatifs avec le partenaire stable	76	70	81
régulièrement utilisé des préservatifs avec les partenaires occasionnels	87	86	86

Source : communication personnelle de la Swiss HIV Cohort Study (SHCS)

Il faut relever que les HSH sont, de tous les groupes de transmission, ceux qui comptent la plus forte proportion de personnes ayant eu à la fois des partenaires stables et des partenaires occasionnels durant les six mois précédant l'étude (13%). Cette proportion est inférieure à 2% pour les hétérosexuels et les toxicomanes. Les HSH ayant eu les deux types de partenaires ont un taux de protection de 50%. Ce dernier n'est pas significativement différent s'agissant des hétérosexuels et des toxicomanes.

La probabilité d'avoir entretenu des relations non protégées dans les six mois précédant le questionnaire est plus grande chez les personnes qui s'injectent des drogues que parmi les autres groupes de transmission, chez celles d'origine non caucasienne que parmi celles d'origine caucasienne, chez celles avec un partenaire séropositif que parmi celles ayant un partenaire séronégatif ou de statut inconnu et chez celles ayant des partenaires occasionnels que parmi celles qui n'en ont pas. Cette probabilité est en revanche plus faible pour les hommes, pour les personnes de plus de quarante ans et pour celles vivant seules.

Il n'existe aucune association entre le fait d'entretenir des relations non protégées et le fait de suivre une HAART, d'avoir une virémie indétectable ou d'avoir un diagnostic de sida¹⁰.

2.7.4 Eclairage sur les causes d'absence de la protection

Alors que les données qui précèdent pourraient conduire à formuler une appréciation négative à propos de l'attitude des personnes séropositives face aux recommandations^{11,12} en matière de protection, les observations rapportées par les deux études qualitatives mettent en lumière les conditions dans lesquelles surviennent un certain nombre de problèmes en relation avec la protection. Elles font avant tout apparaître les personnes séropositives comme des individus essayant de concilier des impératifs contradictoires.

Se savoir séropositif entraîne généralement d'importantes altérations de l'image de soi. Ces impressions trouvent en particulier leurs fondements dans les représentations sociales concernant le VIH/sida et les personnes infectées. Elles sont souvent confirmées par les réactions de rejet dont les personnes séropositives sont l'objet de la part de partenaires (ou de partenaires potentiels). Dans la dynamique de recherche-maintien d'une relation sentimentale, annoncer sa séropositivité prend une importance toute particulière. Beaucoup de personnes séropositives pensent que le seul fait d'insister sur les mesures de protection peut attirer l'attention sur leur situation et mettre un terme à ce qui est en train de s'amorcer. Dans cette perspective, renoncer à utiliser des préservatifs peut constituer l'unique manière de sauvegarder son 'moi' et de le protéger de la frustration et de l'accumulation des échecs dans une dimension importante de la vie sociale. Dans les couples établis, l'abandon de la protection peut par ailleurs renvoyer à un

besoin de se rapprocher et à l'impression que seule cette 'normalisation' du déroulement de l'activité sexuelle ('normalisation' par rapport aux modèles sociaux dominants) permettra de s'attacher durablement le partenaire.

2.7.5 Comparaisons internationales

Les études récemment consacrées aux comportements à risque des personnes séropositives confirment les constats posés en Suisse. Définissant ce type de comportement comme une relation sexuelle non protégée avec un partenaire dont la sérologie VIH est négative ou inconnue, Desquilbet et al¹³ constatent une augmentation récente des comportements à risque avec les partenaires occasionnels au sein de la cohorte française des personnes séropositives (tous modes de transmission confondus). Pour la période 2001-2002, la proportion des relations non protégées atteint 21% lorsqu'il s'agit de partenaires occasionnels alors qu'elle n'est que de 6.5% avec les partenaires stables. Etudiant une cohorte de patients séropositifs français recevant une HAART, Miller et al¹⁴ relèvent que les homosexuels ont une probabilité trois fois supérieure aux hétérosexuels d'avoir des relations à risque. Aux Etats-Unis, Erbelding et al¹⁵ constatent que 58% du collectif étudié (tous modes de transmission confondus) ont eu une activité sexuelle durant les trois mois précédant l'étude, que 7.4% rapportent avoir eu plusieurs partenaires et que 34.6% n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernière relation sexuelle. Enfin, toujours aux Etats-Unis, Marks et al¹⁶ constatent que 25% des patients séropositifs de sexe masculin (homo-, hétéro- ou bisexuels) fréquentant une consultation ambulatoire avaient eu des relations non protégées avec leur dernier partenaire sexuel séronégatif ou de sérologie inconnue.

De manière générale, les auteurs qui ont étudié le problème ne relèvent aucune association entre le fait de recevoir une HAART^a, la valeur de la virémie et le fait d'entretenir des relations sexuelles non protégées^{13,14}). DiClemente et al¹⁷ notent cependant que si le fait de recevoir une HAART n'était pas associé à une augmentation des relations sexuelles non protégées parmi les patients hétérosexuels, tel n'était pas le cas pour les hommes ayant des relations homosexuelles. Chez ces derniers, ces traitements sont associés à un recours irrégulier ou à l'absence systématique de toute protection.

2.7.6 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<p>■ Les hétérosexuels et les toxicomanes séropositifs ont majoritairement des partenaires stables. C'est pourtant dans le cadre de ce type de relations que la protection est moins systématique. Pour les homosexuels – connus pour avoir davantage de partenaires – il n'existe aucune différence en matière de protection entre les deux types de partenaires.</p> <p>Si l'on compare séropositifs et séronégatifs, homosexuels et toxicomanes s'opposent en ce qui concerne l'utilisation systématique du préservatif avec leurs partenaires occasionnels : les toxicomanes séropositifs ont des relations mieux protégées que leurs homologues séronégatifs alors que la situation est inversée chez les homosexuels.</p>	<p>⇒ Renoncer à des mesures de protection ou taire sa sérologie est souvent l'expression du malaise et de la crainte de rejet ressentis par les personnes infectées. Ces questions doivent être systématiquement et régulièrement abordées dans le cadre du counselling dans le but de renforcer la maîtrise de la prévention de ces personnes et de les aider autant que possible à surmonter les problèmes psychoaffectifs liés à leur statut.</p> <p>⇒ Les médecins et autres personnes intervenant dans le suivi de personnes séropositives doivent être sensibilisés aux difficultés d'ordre affectif et sexuel rencontrées par les personnes séropositives. Ils doivent être en mesure de leur apporter aide et conseil en la matière.</p>

^a HAART : traitements antirétroviraux hautement actifs.

Conclusions

Recommandations

Une proportion probablement importante de prostituées toxicomanes séropositives entretiennent des relations à risque avec leurs clients. Ce constat est révélateur de la persistance d'une demande de relations non protégées qui trouve à se concrétiser dans un contexte caractérisé simultanément par une situation de nécessité, par des capacités de négociation insuffisantes, par une violence sous-jacente ou manifeste et par le sentiment de ne rien avoir à perdre (les toxicomanes prostituées séronégatives sont beaucoup plus nombreuses à avoir des relations systématiquement protégées).

Ainsi, même minoritaire, la proportion des personnes infectées n'utilisant pas systématiquement des préservatifs à l'occasion de leurs relations sexuelles est loin d'être négligeable. Elle est inférieure à l'objectif 7 du programme national fixant – dès 2001 – à 90% la proportion de personnes séropositives adoptant un comportement de protection. Cette minorité représente un potentiel d'infection préoccupant car les comportements à risque concernent souvent des personnes qui multiplient les partenaires ou qui en ignorent le statut sérologique. Constaté l'existence de lacunes en matière de protection est une chose. Comprendre pourquoi certaines personnes prennent des risques ou en font courir à autrui en est une autre. La mise en place de mesures propres à renforcer les comportements de protection réside avant tout dans cette compréhension.

■ Les constats opérés au sein de la population des personnes séropositives indiquent par ailleurs 'en creux' qu'il existe une proportion relativement importante de personnes – a priori non infectées – qui acceptent de s'exposer à des risques dans le cadre de leurs relations sexuelles.

⇒ Il est nécessaire de poursuivre les campagnes d'information et la diffusion de recommandations orientées vers la responsabilité personnelle d'utiliser les préservatifs en toutes circonstances, quel que soit son propre statut VIH.

Références bibliographiques

- 1 Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse: rapport de l'étude homosexuels, novembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1988. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 23.6).
- 2 Masur JB, Dubois-Arber F. Les homosexuels: étude 1990. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1991. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 52.8).
- 3 Gruet F, Dubois-Arber F. Les homosexuels: étude 1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 82.8).
- 4 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. Les hommes aimant d'autres hommes: étude 1994. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.5).

- 5 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 6 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A. HIV/AIDS-related prevention behaviors among men having sex with other men in Switzerland, 1992-2000: a recent downturn? (in submission) 2003.
- 7 Dubois-Arber F, Konings E, Koffi-Blanchard M, Gervasoni JP, Hausser D. Evaluating HIV prevention of low-threshold needle exchange programmes in Switzerland. In: Friedrich D, Heckmann W, editors. AIDS in Europe: the behavioural aspect. Report of the Conference AIDS in Europe, the behavioural aspect, Berlin 26-29.9.1994. Berlin: Sigma; 1995. p. 183-90.
- 8 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. Rev Epidem Sante Publique 1998;46:205-17.
- 9 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000). (in submission) 2003.
- 10 Wolf K, Young J, Rickenbach M, Vernazza P, Flepp M, Furrer H, et al. Prevalence of unsafe sexual behaviour among HIV-infected individuals: The Swiss HIV Cohort Study. J Acquir Immune Defic Syndr 2003;33(4):494-9.
- 11 Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).
- 12 Godenzi A, Mellini L, De Puy J. Le secret autour du VIH/sida. Fribourg: Université de Fribourg; 2003.
- 13 Desquilbet L, Deveau C, Goujard C, Hubert JB, Derouineau J, Meyer L. Increase in at-risk sexual behaviour among HIV-1-infected patients followed in the French PRIMO cohort. AIDS 2002;16(17):2329-33. Available at: URL: PM:12441806.
- 14 Miller M, Meyer L, Boufassa F, Persoz A, Sarr A, Robain M, Spira A. Sexual behavior changes and protease inhibitor therapy. SEROCO Study Group. AIDS 2000;14(4):F33-F39.
- 15 Erbeding EJ, Stanton D, Quinn TC, Rompalo A. Behavioral and biologic evidence of persistent high-risk behavior in an HIV primary care population. AIDS 2000;14(3):297-301.
- 16 Marks G, Crepaz N. HIV-positive men's sexual practices in the context of self-disclosure of HIV status. J Acquir Immune Defic Syndr 2001;27(1):79-85. Available at: URL: PM:11404524.
- 17 DiClemente RJ, Funkhouser E, Wingood G, Fawal H, Holmberg SD, Vermund SH. Protease inhibitor combination therapy and decreased condom use among gay men. South Med J 2002;95(4):421-5. Available at: URL: PM:11958240.

2.8 MIGRANTS

On ne dispose de données quantitatives récentes sur aucun des groupes spécifiques de migrants vivant en Suisse. En revanche, les enquêtes sur les comportements auprès de la population générale (EPSS) permettent de distinguer les populations suisse et non suisse et d'éventuelles différences sont mentionnées (cf. 2.1).

Dans les phases précédentes de l'évaluation, une attention particulière avait été portée aux connaissances et comportements en matière de VIH/sida des migrants. Une étude exploratoire avait été menée en 1988¹ dans les communautés africaines de Suisse romande et une autre dans la

communauté tamoule en 1994². Cependant, le choix avait été fait de privilégier, comme le faisait la stratégie de prévention, les groupes de migrants les plus nombreux en Suisse : Espagnols, Portugais, Turcs, ainsi que les requérants d'asile³. Il s'agissait surtout de s'assurer que les populations migrantes les plus importantes en nombre dans ce pays ainsi que les nouveaux arrivants particulièrement fragilisés disposent d'une égalité d'accès à la prévention. Ces populations avaient fait l'objet d'un programme particulier, qui a été stoppé en 2001^a. Les études menées dans les communautés espagnole, portugaise et turque ont montré que le niveau d'information et les comportements préventifs étaient semblables à ceux de la population suisse, au milieu des années '90⁴. Lors des discussions des priorités d'évaluation pour la période 2000-2004, l'OFSP n'a pas souhaité répéter d'enquête dans ces populations, ni en prévoir de nouvelles compte tenu du fait qu'une évaluation rapide de la situation des migrants subsahariens était prévue. En effet, au vu de l'accroissement des nouvelles infections dans la population originaire d'Afrique subsaharienne (cf. 2.1 Epidémiologie), une évaluation rapide de la situation dans cette population a été commanditée en 2000 par l'OFSP, pour servir de base à un plan d'intervention en direction de ces communautés⁵.

Cette étude a tout d'abord montré la grande hétérogénéité de ce groupe. Elle a permis de mettre à jour les réseaux existants sur lesquels il serait possible de s'appuyer pour mettre en place une intervention préventive. Elle a aussi mis en évidence la fragilité de ces populations vis-à-vis des risques de stigmatisation. Enfin elle a montré la diversité des croyances associées à la maladie en général et au VIH/sida en particulier, ainsi que les difficultés à thématiser la sexualité et les rapports sociaux de sexe. Ces caractéristiques déterminent une vulnérabilité particulière ayant pour corollaire un accès à l'information et aux soins insuffisants.

Cette étude qualitative ne visait pas à déterminer la situation précise, chiffrée, en matière de connaissances et de comportements mais à en saisir les grandes lignes ; elle a cependant permis de donner des pistes pour l'intervention. Parmi ses recommandations figuraient la promotion des échanges d'information et d'expérience avec d'autres pays européens concernés.

2.8.1 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<p>■ Le manque d'informations récentes sur la situation des différents groupes de migrants en Suisse en relation avec le VIH/sida (connaissances, croyances, comportements, aspects sociaux et culturels de la sexualité, accès à la prévention, au dépistage, aux soins, etc.) est encore grand.</p>	<p>⇒ Il faut reprendre les recherches et les enquêtes dans ce domaine.</p> <p>⇒ On devrait en particulier profiter de l'accès à ces populations dans le cadre du programme-pilote pour les migrants d'origine subsaharienne pour recueillir des données (notamment sur les connaissances, croyances, comportements, etc.) par des recherches associées.</p>

^a Ce programme a repris sous une autre forme, avec une orientation différente, en 2002 (cf. section migrants du chapitre populations particulières 3.4.11).

Références bibliographiques

- 1 Fleury F. Les migrants: rapport final 1988. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1989. (Cah Rech Doc IUMSP, no 39.5).
- 2 Samuel-Mertens E, Ospina S. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: phase 6, 1993-1994. Rapid assessment for HIV/AIDS intervention strategies among the Sri Lankan Tamil community in Switzerland and guidelines planning intervention activities for AIDS prevention among new foreign communities in Switzerland. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 82.12).
- 3 Haour-Knipe M, Fleury F, Dubois-Arber F. HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation. Soc Sci Med 1999;49(10):1357-72.
- 4 Haour-Knipe M, Fleury F, Ciompi P, Dubois-Arber F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse: étude 1994-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.7).
- 5 Zuppinger B, Kopp C, Wicker HR. Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne. Berne: Institut d'ethnologie, Université de Berne; 2000.

2.9 SURVEILLANCE DE DEUXIEME GENERATION

2.9.1 Introduction

Le monitoring d'indicateurs de processus et de résultats de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse a constitué dès le début une des composantes de la réponse helvétique à l'épidémie, en particulier dans le cadre de l'évaluation globale mise sur pied^{1,9}. La volonté de poursuivre à long terme ce monitoring transparait clairement dans le programme national VIH/sida 1999-2003 de l'Office fédéral de la santé publique¹⁰.

Dans le cadre de la phase 7 de l'évaluation globale, l'UEPP a reçu de l'OFSP le mandat de proposer un système de surveillance et de monitoring pour la Suisse^a, tenant compte des recommandations de ONUSIDA sur les systèmes de deuxième génération^b, à même d'assurer à long terme l'évaluation de la stratégie de lutte contre le sida et d'en définir les éléments continus et périodiques. Cette étude est actuellement (juin 2003) en cours.

Les systèmes de surveillance de deuxième génération allient une surveillance sérologique, épidémiologique et comportementale. Ils constituent une amélioration et une extension des systèmes basés essentiellement sur le suivi des données sérologiques et épidémiologiques en y adjoignant un recueil d'informations sur les comportements.

2.9.2 Situation actuelle du monitoring des indicateurs de processus et de résultats dans la perspective d'un système de surveillance de deuxième génération

Le monitoring des indicateurs de processus et de résultats de la prévention du VIH/sida en Suisse se fait actuellement dans le cadre de l'évaluation globale de la stratégie de prévention dont

^a Selon la classification de ONUSIDA, la Suisse est un pays à épidémie concentrée (cf. Annexe 6.5.1 'Les trois différents niveaux d'épidémie selon la classification ONUSIDA /OMS').

^b Les buts de ces systèmes et les recommandations de ONUSIDA sont résumés dans l'annexe 'Les systèmes de surveillance de deuxième génération'.

il constitue une des tâches essentielles. Le dispositif de monitoring a été mis en place en 1987 et a subi peu de modifications dans ses principes. Notons que ce dispositif utilise aussi des données récoltées en dehors de l'évaluation, telles que données du système de surveillance du VIH et des autres IST, données des études sur la santé des adolescents, etc.

La surveillance des cas de sida, des infections au VIH et des autres IST est assurée par l'OFSP¹¹ et repose sur trois sources : les déclarations faites par les laboratoires de confirmation des résultats positifs des tests de dépistage, les déclarations complémentaires établies par les médecins traitants et les données fournies par les centres de dépistage anonyme.

Les éléments essentiels de la partie 'monitoring' de l'évaluation globale sont indiqués dans le Tableau 2.11.

Tableau 2.11 Eléments essentiels du monitoring actuel inclus dans l'évaluation

Monitoring	Eléments	Périodicité	Depuis	Responsable actuel
Processus	Activités de la campagne Stop Sida	C	1987	IUMSP/UEPP
	Suivi de certains aspects de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le VIH/sida	*	1987	IUMSP/UEPP
	Monitoring de la remise de seringues dans les structures à bas seuil	C	1994	IUMSP/UEPP
Résultats	Surveillance épidémiologique (VIH et sida, hépatites, IST)	C	1981**	OFSP
	Enquêtes auprès de la population générale	P	1987	IUMSP/UEPP
	Enquêtes auprès de sous-populations présentant des comportements à risque (toxicomanes, HSH)	P	1987 HSH 1995 tox.	IUMSP/UEPP
	Enquêtes auprès d'autres sous-populations importantes pour la prévention (adolescents, migrants, etc.)	R	1988	IUMSP/UEPP IUMSP/GRSA
	Marché des préservatifs	C	1986	IUMSP/UEPP
Environnement	Attitudes face à l'épidémie et face aux personnes séropositives (questions incluses dans les enquêtes auprès de la population générale)	P	1987	IUMSP/UEPP

Notes : C : continu ;

P : périodique à visée de monitoring ;

R : répété

* consiste en une suite d'études, n'utilise pas d'indicateurs actuellement

** pour le sida

IUMSP/UEPP

Les principales études menées jusqu'ici dans le cadre de l'évaluation globale, ou en cours pour la phase actuelle de l'évaluation, sont décrites dans le Tableau 2.11 et leurs caractéristiques sont résumées dans les tableaux en annexe 6.1.2.

Le dispositif existant d'évaluation des résultats – alliant surveillance épidémiologique, surveillance comportementale et autres données complémentaires pertinentes – correspond à la définition d'un système de surveillance du VIH/sida dit 'de deuxième génération', tel que défini par ONUSIDA et l'OMS¹² (cf. Annexe 6.5.2). Il est également largement compatible avec les recom-

mandations internationales concernant notamment le monitoring et l'évaluation¹³, les enquêtes de surveillance comportementales¹⁴ et la surveillance des IST¹⁵.

Ces recommandations mettent l'accent sur la surveillance épidémiologique et comportementale et sur les résultats de la réponse à l'épidémie. Le suivi des éléments de processus de cette réponse est relativement peu mis en évidence, contrairement à l'approche helvétique dont l'utilité est confirmée^{4,16}.

2.9.3 Les enjeux dans la perspective d'un système de deuxième génération

- Dans l'ensemble, l'information nécessaire dans la perspective d'un système de surveillance et de monitoring de deuxième génération est déjà présente dans le système actuel. Les enjeux à moyen et long termes concernent la définition des composantes nécessaires au système, la consolidation de l'insertion institutionnelle des instruments, la réponse aux insuffisances de couverture qui commencent à se dessiner et l'alignement complet du système de surveillance sur les standards des systèmes de deuxième génération.
- Il n'est pas impossible que le système de surveillance soit affecté par la diminution des crédits alloués à la prévention auxquels il émerge actuellement. Dans cette perspective, **le premier enjeu est la définition des priorités dans l'information nécessaire pour l'évaluation et la conduite de la stratégie de prévention du VIH/sida.** On peut envisager trois options :
 - une option optimale qui verrait la continuation de la plupart des éléments du système de surveillance du comportement et de monitoring actuel, notamment les enquêtes périodiques en population générale, les enquêtes répétées auprès des toxicomanes, des HSH et des migrants ainsi que le suivi du marché des préservatifs ;
 - une option médiane consistant en une version réduite du système actuel utilisant les mêmes cadres institutionnels pour les divers instruments ; la réduction concernerait essentiellement le questionnaire de l'enquête auprès de la population générale, dont le coût est proportionnel à la longueur, ce qui est beaucoup moins le cas des autres instruments ;
 - une version minimale, réduite au strict minimum, dans laquelle certains éléments seraient transférés dans d'autres cadres institutionnels. On pense ici par exemple au transfert à l'Enquête suisse sur la santé entreprise par l'Office fédéral de la statistique de certains éléments des enquêtes en population générale ; au recours à des enquêtes 'omnibus'^a pour le suivi de certains indicateurs de comportements et attitudes ; à l'inclusion de questions sur les comportements dans certaines statistiques de routine dans le domaine de la toxicomanie telles les entrées en traitement ; et à l'auto-évaluation par les acteurs pour le suivi des processus.
- **Le deuxième enjeu tient à l'insertion institutionnelle des instruments de récolte et d'analyse de l'information.** En dehors des études financées dans le cadre de l'évaluation, une partie du système actuel de recueil d'informations s'est construit sur la base de collaborations informelles. Or ces collaborations

^a Il s'agit d'enquêtes répétées régulièrement par les instituts de sondage qui agrègent des modules de questions provenant de plusieurs clients, ce qui en fait baisser le coût.

peuvent se révéler fragiles : les questionnaires et autres instruments utilisés peuvent changer, pour des raisons tout à fait légitimes, privant ainsi l'évaluation d'informations importantes^a. Il est donc nécessaire de trouver des moyens de consolider ces collaborations, par exemple en les officialisant et/ou en assumant une partie du financement, pour assurer la disponibilité des informations sur le long terme.

- **Le troisième enjeu, plus technique, concerne l'amélioration de la couverture de leurs populations respectives par les instruments de monitoring et de suivi des comportements.** On pense ici en particulier à l'enquête auprès de la population générale (EPSS) : couverture des ménages sans raccordement téléphonique fixe ; à l'enquête HSH : couverture des jeunes gais ; et au monitoring de la remise de seringues dans les SBS : augmentation du nombre de SBS participants. Il s'y ajoute le recueil d'informations valides et représentatives auprès de populations difficiles à atteindre qui n'ont jusqu'ici pas fait l'objet d'études, en particulier les prostitué-e-s.
- **Enfin, le dernier enjeu concerne l'alignement plus complet du système d'information actuel sur les standards des systèmes de surveillance de deuxième génération.** Il n'existe pas actuellement de système performant de surveillance VIH chez les groupes à prévalence élevée (l'information recueillie chez les toxicomanes et HSH concerne la séropositivité rapportée) ni chez les femmes enceintes. Etant donné la qualité des informations disponibles par ailleurs dans le système en place, ces lacunes ne sont pas cruciales dans la situation épidémiologique actuelle mais pourraient le devenir en cas d'augmentation non sectorielle de la séroprévalence dans la population générale.

Références bibliographiques

- 1 Somaini B, Billo N, Dubois JA, Staub R. Epidemiology and prevention of AIDS in the population (German). *Soz Praventivmed* 1988;33(7):340-4.
- 2 Somaini B. Epidemiologie und Praevention von AIDS. *Soz Praventivmed* 1992;37:64-72.
- 3 Bauer G, Cassis I, Gutzwiller F, Somaini B, Stutz Steiger T, Twisselmann W, et al. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA, editors. *Prévention du VIH en Suisse*. Liebefeld: Office fédéral de la santé publique; 1993.
- 4 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999;13:2571-82.
- 5 Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse: rapport de l'étude homosexuels, novembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1988. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 23.6).
- 6 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Gruet F, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: quatrième rapport de

^a Un exemple récent concerne l'omission par l'étude SMASH de 2002 de certains indicateurs de comportements sexuels chez les adolescents qui s'étaient révélés utiles dans les phases antérieures de l'évaluation.

- synthèse 1991-1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no 82).
- 7 Hausser D, Zimmermann E, Dubois-Arber F. Assessing AIDS prevention in Switzerland. In: Paccaud F, Vader JP, Gutzwiller F, editors. Assessing AIDS prevention. Basel: Birkhäuser; 1992. p. 116-122.
 - 8 Hausser D, Lehmann P, Dubois F. Evaluation des campagnes nationales de prévention contre le SIDA: modèle d'analyse. *Soz Präventivmed* 1987;32:207-9.
 - 9 Hausser D, Zimmermann E, Dubois-Arber F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. 3ème rapport de synthèse 1989-1990. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1991. (Cah Rech Doc IUMSP, no 52).
 - 10 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. VIH et sida: programme national 1999 à 2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
 - 11 Office fédéral de la santé publique. Instruments dont dispose l'Office fédéral de la santé publique pour la surveillance du VIH en Suisse. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 1991;(18):256-60.
 - 12 UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for Second generation HIV Surveillance. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000. Available at: URL: <http://www.unaids.org>.
 - 13 UNAIDS. National AIDS programmes: A guide to monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000.
 - 14 Amon J, Brown T, Hogle J, Magnant R, Mills S, Pisani E, et al. Behavioral surveillance surveys (BSS): guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. *Family Health International*; 2000. Available at URL: <http://www.fhi.org/en/Publications/index.htm>.
 - 15 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World health organization (WHO). Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); World Health Organization (WHO); 1999.
 - 16 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agostoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé 29).

3 LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME NATIONAL VIH/SIDA 1999-2003

Cette deuxième partie du rapport traite de la manière dont le programme 1999-2003, s'est mis en place et s'est inscrit dans la continuité de la stratégie menée jusqu'alors.

Les principales questions auxquelles l'évaluation s'est efforcée de répondre sont les suivantes :

- Comment le programme national VIH et sida se met-il en place ?
- Comment se développe la collaboration entre la Confédération et les différents acteurs impliqués dans la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse ? (cantons, ONGs, professionnels, etc.)
- Des activités se développent-elles dans tous les domaines correspondant aux objectifs du programme ? De façon équitable ?
- Y a-t-il des éléments qui garantissent la pérennité et la qualité des interventions ?
- Les objectifs intermédiaires du programme étaient-ils pertinents et atteignables, doivent-ils être modifiés ? Dans quelle mesure ont-ils été atteints (jalons, outputs) ?

D'autres questions plus spécifiques, en rapport avec les priorités définies pour cette phase de l'évaluation concernent :

- **Le rôle des médecins praticiens^a :**
 - Les médecins jouent-ils le rôle que le programme national attend d'eux dans la prévention par le conseil individuel ? Perçoit-on des changements par rapport à ce qui avait été mis en évidence en 1990 et 1995 ?
 - Quelle est l'intensité et la qualité de leur intervention ? S'agit-il d'un engagement durable ?
 - Quelle est la place des médecins de premier recours et des spécialistes dans la prise en charge des personnes atteintes par le VIH/sida ?
 - Est-ce que la prise en charge correspond aux besoins des personnes séropositives ?
- **L'éducation sexuelle et la prévention du VIH/sida à l'école dans les cantons :**
 - Dans quelle mesure la prévention du sida est-elle incluse dans les cours d'éducation sexuelle ? Quel niveau de couverture atteint cette éducation ?
 - Quelles sont les bases légales et administratives pour cette éducation ?
 - Comment sont conçues et organisées la prévention du VIH/sida et l'éducation sexuelle à l'école (contenu, formation des intervenants, matériel utilisé) ?

^a Représente une contribution aux activités se déroulant au 3^e niveau de la prévention.

- Quel(le)s sont les caractéristiques, les avantages et inconvénients des différents modèles d'organisation ?
- Existe-t-il une garantie de durabilité de la prévention du sida à l'école ?
- **Les activités ou programmes concernant des populations particulières (consommateurs de drogues, jeunes – en particulier jeunes HSH^a – prostitué(e)s, personnes séropositives)**
 - Quel est le volume et la couverture des activités de réduction des risques en matière de VIH/sida et hépatites (consommateurs de drogues) ?
 - Comment s'organise la prévention dans les autres populations spécifiques ? Quelle est la couverture de ces activités ?
 - Quels sont les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida (prévention, traitement, vie quotidienne) ? Est-ce que l'information concernant ces besoins est complète ? Quelles sont les lacunes en information ?

3.1 BREF RAPPEL DE LA SITUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME NATIONAL VIH/SIDA 1999-2003

Un premier état des lieux détaillé¹ de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le sida en Suisse, reformulée en 1999 sous le nom de Programme national de prévention du VIH/sida 1999-2003² a été réalisé en 2001. Dans ce qui suit, apparaît un bref bilan mis à jour des objectifs retenus pour ce programme, présentés par domaine^b.

Ce programme est structuré autour de 14 objectifs nationaux dans 6 domaines : promotion de la santé (3 objectifs), prévention (5 objectifs), thérapie et diagnostic (1 objectif), conseil et soutien aux personnes séropositives (1 objectif), développement du savoir et transfert de compétences (3 objectifs), qualité (1 objectif). Chaque objectif est accompagné de jalons pour sa réalisation et d'une définition des instances concernées pour la mise en œuvre.

Il s'agit pour l'OFSP et ses partenaires de mettre à jour la stratégie formulée en 1989³ et en 1993⁴ et de la présenter sous une forme qui en permette le suivi (objectifs et jalons). Cette démarche permet de prendre en compte les développements générés par l'arrivée des HAART et de relancer une dynamique de concertation entre les acteurs. Toutefois, le programme ne modifie pratiquement pas les orientations déjà choisies – qui sont confirmées – mais donne un cadre un peu différent :

- en réaffirmant des valeurs fondamentales et la stratégie ;
- en incluant des chapitres nouveaux qui se réfèrent explicitement à la promotion de la santé, au développement du savoir, au transfert de compétences et à la qualité ;
- en faisant plus de place au concept de vulnérabilité – peu opérationnel mais très pertinent du point de vue du sens (il existe effectivement des inégalités face au risque et face à l'accès à la prévention et au traitement qu'il s'agit de corriger) ;
- en donnant une grande place au développement de l'autonomie des personnes vivant avec le VIH ainsi qu'aux diverses problématiques liées aux thérapies.

^a HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

^b Le détail des objectifs et jalons est rappelé en Annexe 6.6.

Une lecture rigide de l'atteinte des objectifs de ce programme ne permettrait donc pas de prendre en compte le fait qu'il est en continuité avec le précédent. Une partie des objectifs étaient peut-être déjà partiellement atteinte grâce aux activités développées précédemment et les jalons – pour une bonne part d'entre eux – représentaient la poursuite d'actions existantes.

Dans le domaine de la **promotion de la santé (Objectifs 1-3)**, trois thèmes principaux sont définis :

- réduction des inégalités en rapport avec la maladie, la vie professionnelle et les assurances sociales existant dans les textes de loi ;
- autodétermination, responsabilités individuelle et collective dans le domaine de la santé ;
- établissement d'un catalogue des besoins des personnes vivant avec le VIH dans le but d'améliorer leur qualité de vie.

Dans le domaine des inégalités, les bilans ou études préliminaires nécessaires à l'action ont été faits^{5,6}. A la demande de l'OFSP et de Promotion Santé Suisse, l'Aide suisse contre le sida (ASS), en collaboration avec dix-neuf associations de malades, a mené une étude sur les discriminations dont sont l'objet les individus malades ou handicapés⁷. Il en est issu un catalogue de mesures visant à réduire les discriminations et des actions de lobbying concernant plusieurs de ces mesures ont été menées auprès des assureurs et des employeurs en 2002 par l'ASS et 16 associations^a. Une étude traitant des aspects juridiques du VIH/sida a été menée⁸ et l'ASS continue à offrir un service et un conseil juridique.

L'autodétermination (*empowerment*) n'a pas beaucoup été développée dans le cadre du Programme national. Il n'existe plus d'association nationale de personnes séropositives, c'est l'ASS qui se charge de défendre leurs intérêts. L'*empowerment* était l'un des trois thèmes prioritaires retenus dans le cadre de la Politique nationale de la santé. Il a été mis en veilleuse mais est traité actuellement par l'Observatoire suisse de la santé sous l'angle des groupes d'auto-support^b. La mise en œuvre de mesures concrètes générales en est à ses premiers balbutiements.

Les besoins des personnes séropositives ont donné lieu à de nombreuses études^{6,9-12} et l'ASS a étoffé son offre en information et formation pour les personnes vivant avec le VIH. Deux brochures d'information/sensibilisation concernant le VIH et le travail sont en préparation, l'une destinée aux employeurs, l'autre aux personnes séropositives.

Le domaine de la promotion de la santé demandera encore un fort engagement de l'OFSP et de ses partenaires nationaux : en particulier, la lutte contre les inégalités impliquera (entre autres) des actions concertées à un haut niveau dans le domaine des assurances sociales.

Dans le domaine de la **prévention (Objectifs 4-8)**, des priorités sont fixées concernant :

- les jeunes et jeunes adultes (régularité de l'information, pérennisation des programmes d'éducation sexuelle à l'école et dans la formation professionnelle) ;
- la prévention auprès des groupes vulnérables ;
- la prévention auprès des personnes vivant avec le VIH/sida.

^a Projet 'Suppression des inégalités', qui s'est terminé en décembre 2002 et a donné lieu à un rapport à l'OFSP et à Promotion Santé Suisse.

^b Projet 'Etat et possibilités de développement des groupes d'entraide actifs dans la santé en Suisse'. Observatoire suisse de la santé.

Le programme a bénéficié des acquis des phases précédentes et beaucoup d'objectifs et de jalons sont donc atteints. Ce domaine est traité en détail dans la suite du présent chapitre^a. Les améliorations encore nécessaires (en particulier dans le domaine de la prévention auprès des groupes vulnérables, et notamment des migrants) demanderont aussi un engagement important de la Confédération et de ses partenaires nationaux et cantonaux. La concertation, la coordination des efforts, l'échange d'expériences seront essentiels. Il s'agira de définir les tâches de chacun, notamment en matière de financement, pour maintenir la couverture existante en prévention et réduire les inégalités régionales.

Le domaine de la **thérapie et du diagnostic (Objectif 9)** vise une augmentation de l'information et des compétences de décision des personnes vivant avec le VIH/sida concernant leur traitement. C'est probablement le domaine le plus 'indépendant' du niveau national puisque ces activités sont principalement du ressort des cantons. Au niveau national, la coordination et la concertation fonctionnent bien, notamment par le biais de la Commission fédérale pour les affaires liées au sida. Les directives concernant les traitements et la prophylaxie post-exposition sont régulièrement mises à jour. L'existence de la *Swiss HIV cohort study*, qui comptait en 2002 plus de 12000 personnes enrôlées, est aussi une garantie de qualité dans le domaine du traitement. La question qui demeure en ce domaine est celle de la couverture des soins : l'accès en est certes en principe garanti à tous mais on ne dispose actuellement d'aucune donnée fiable sur le nombre et les caractéristiques des personnes non traitées qui pourraient bénéficier d'un traitement.

Le domaine du **conseil et soutien aux personnes séropositives (Objectif 10)** bénéficie d'une offre diversifiée, encore insuffisamment organisée et présentée dans sa globalité. La qualité de cette offre est probablement très inégale selon les cantons : dans les grands cantons le réseau de conseil et de soutien (médical et psycho-social) est bien établi. Il est cependant probable que des fractions de la population (en particulier les personnes d'origine étrangère ou migrantes) sont insuffisamment couvertes ; on manque encore de données à ce sujet.

Dans le domaine du **savoir et du transfert des compétences (Objectifs 11-13)**, l'objectif (très général) concernant la recherche a été atteint : un programme spécifique au sein du Fonds national de la recherche scientifique est maintenu jusqu'à la fin 2003. La recherche sida sera ensuite davantage intégrée aux structures existantes du FNRS^b.

En revanche, il reste beaucoup à faire dans la clarification des rôles et responsabilités des différents acteurs censés faire office d'organes de coordination et de plaques tournantes de l'information. C'est probablement le domaine le plus conflictuel de l'ensemble du programme, même si une nette amélioration s'est dessinée dès 2002.

Pour ce qui concerne la collaboration internationale, la Direction du développement et de la coopération (DDC) a redéfini sa politique 2002-2007 en matière de VIH/sida. Ce domaine devient un thème prioritaire et de nouvelles directives relatives au VIH/sida dans le cadre de la coopération bilatérale au développement ont été édictées^c.

Dans le domaine de l'assurance de la qualité (**Objectif 14**), où il était attendu que toutes les organisations/instances bénéficiant d'un financement par les pouvoirs publics introduisent un management de la qualité, des démarches ont été entreprises à différents niveaux. Il est encore trop tôt pour juger de leurs résultats.

^a Cf. également le chapitre 4.2 et l'annexe 6.6.

^b FNRS : Fonds national suisse de la recherche scientifique.

^c Disponibles sur le site <http://www.deza.ch/>.

Il découle de ce bref aperçu que les thèmes nouvellement pris en compte (lutte contre les inégalités, *empowerment*/autosupport, qualité, coordination, par exemple) par ailleurs très importants pour la pérennité et la qualité des activités de lutte contre le VIH/sida, mettront probablement bien plus de temps à se développer qu'il n'était prévu et demanderont un fort investissement au niveau national.

Références bibliographiques

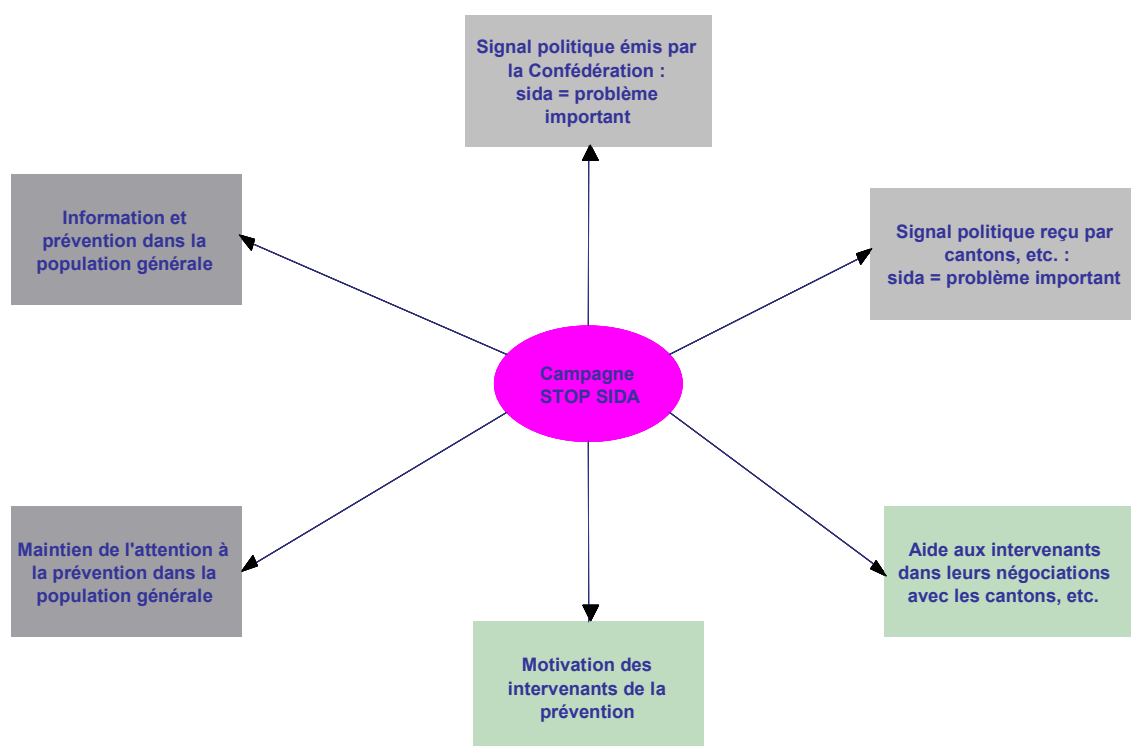
- 1 Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en oeuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 2 Office fédéral de la santé publique. VIH et sida: programme national 1999 à 2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
- 3 Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA. Le sida en Suisse: l'épidémie, ses conséquences et les mesures prises. Berne: Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au sida; 1989.
- 4 Prévention du VIH en Suisse: buts, stratégies, mesures. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1993.
- 5 Dubois-Arber F, Haour-Knipe M. Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 18).
- 6 Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F. Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 59).
- 7 Aids-Hilfe Schweiz, editor. Diskriminierungsbericht: wo kranke und behinderte Menschen überall benachteiligt werden. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz; 2001.
- 8 Zenger C A. Rechtliche Aspekte von HIV/Aids und ihre ökonomischen Konsequenzen. Eine juristische und empirische Analyse. Suisse-Sida Recherche, Infothèque Sida 2001:54.
- 9 Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).
- 10 Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Cochand P, Telenti A. Antiretroviral therapies from the patient's perspective. *AIDS Care* 2000;12(6):717-21. Available at: URL: PM:11177450.
- 11 Kopp C, Lang S, Iten A, Furrer H, von Overbeck J, Wicker H-R. Betreuung und Therapiewahl bei HIV: Eine medizinethologische Studie unter HIV Long-Term Survivors, AertztInnen und KomplementärtherapeutInnen. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern; 1998.
- 12 Godenzi A, del Don L. Vivre avec: l'expérience des proches de personnes vivant avec le VIH/sida. Fribourg: Département du travail social et politiques sociales, Université de Fribourg; 2001.

3.2 CAMPAGNES STOP SIDA

3.2.1 Place de la Campagne STOP SIDA dans la stratégie de prévention du VIH/sida

La Campagne STOP SIDA est une des mesures à couverture totale^a de la stratégie de prévention du VIH/sida. Depuis 1987, elle est l'élément le plus visible de l'intervention de la Confédération dans la lutte contre le VIH/sida. Elle transmet des informations et des messages de prévention adressés à l'ensemble de la population. Cette fonction – explicite – d'information n'est cependant que l'une de celles qu'elle remplit de fait. Il s'y ajoute en effet une fonction politique latente : au-delà des contenus manifestes des productions, elle reflète et étend à l'ensemble de la population, y compris aux décideurs politiques et aux acteurs de la prévention, le message de la permanence de l'importance du problème du VIH/sida et de la légitimité des actions entreprises pour y répondre.

Figure 3.1 Les fonctions de la Campagne STOP SIDA



IUMSP/UEPP

L'intensité de la campagne, le *marketing mix*^b et les contenus des messages sont importants pour la pertinence de la fonction d'information. Pour la fonction politique, ce sont vraisemblablement l'intensité, la visibilité et la signature OFSP qui sont déterminantes et non le détail des messages. En ce sens, il s'agit d'une fonction robuste.

^a En ce sens qu'elle s'adresse à tout le monde sur tout le territoire.

^b A savoir la combinaison des cibles, le positionnement des produits, les canaux de communication et de distribution, les messages, etc. choisis pour une campagne donnée.

Outre l'aspect de promotion de l'utilisation de préservatifs par la population, la visibilité et la notoriété du logo STOP SIDA avec le préservatif utilisé dans les campagnes constituent, pour les fabricants et distributeurs de préservatifs, une publicité générique gratuite ; la place du logo dans la campagne contribue donc positivement à la mise sur le marché de préservatifs et à la collaboration des fabricants et distributeurs au système de contrôle de qualité mis sur pied par le *Verein Gütesiegel*^a.

3.2.2 Organisation de la Campagne STOP SIDA

Des changements dans l'organisation de la Campagne sont survenus depuis 1999. Cette année-là, l'OFSP a lancé une procédure sélective et un concours de campagnes pour sélectionner l'agence de publicité chargée de la réalisation de la campagne pour les années 2000 à 2003. C'est l'agence Seiler DDB cR de Bâle, déjà en charge de la campagne de 1987 à 1999, qui a obtenu le mandat. Il est prévu qu'une procédure de sélection semblable sera mise sur pied pour la campagne des années 2004 à 2008.

En 2002, à l'intérieur de l'OFSP, l'unité principale 'Dépendances et sida' a été réorganisée. Le service 'Campagnes' est devenu la section 'Campagnes et *marketing*', chargée des campagnes médiatiques sur le VIH/sida, l'alcool et le tabac et des portails Internet y relatifs.

Le *Creativteam*^b, groupe chargé de définir les orientations de la campagne, a vu un changement dans son fonctionnement. Le rythme de ses réunions, jusqu'ici mensuelles ou presque, s'est espacé. Il se réunit maintenant deux fois par année pour décider des orientations de la campagne de l'année suivante. Il est donc maintenant moins impliqué dans la réalisation des campagnes et exerce une supervision plus distante et épisodique.

3.2.3 La stratégie de communication

Les campagnes antérieures utilisaient des affiches et des spots télévisuels avec des pics de communication clairement visibles. La stratégie choisie pour 2000-2001 privilégie une campagne continue à plus basse intensité utilisant des annonces dans les journaux sans pic de visibilité. Une souplesse considérable est ainsi gagnée : la campagne peut aborder des sujets divers et répondre à des questions d'actualité si nécessaire. Cette campagne a également mis un accent particulier sur le développement du site Internet *stopsida.ch* et sur le jeu à visée préventive '*Catch the Sperm*' qu'on y trouve notamment.

La campagne 2002 a pris la forme d'un partenariat stratégique avec Expo 02, en particulier avec le pavillon 'Le premier regard'^c. Elle a recouru à des affiches, d'un graphisme élaboré en trompe-l'œil, avec un logo STOP SIDA relativement discret mais sans message de prévention explicite ni signature OFSP. Le jeu '*Catch the Sperm*' a fait l'objet d'une version 2, suite au très grand succès rencontré par la version originale.

^a L'association pour le label de qualité des préservatifs (<http://www.guetesiegel.ch/>) a pour objectif de garantir la qualité des préservatifs. Les marques qui correspondent à ses exigences peuvent obtenir le label de qualité qui consiste en un préservatif de couleur lilas muni du sigle OK.

^b Le *Creativteam* est composé de représentants de l'OFSP, de l'Aide suisse contre le sida, d'experts externes et de collaborateurs de l'agence chargée de la Campagne STOP SIDA. Il discute des lignes directrices de la campagne, élabore des idées et propositions d'actions et décide de leur réalisation.

^c Pour la Campagne STOP SIDA, il s'agissait de rappeler que les moments de la rencontre et de la séduction, 'le premier regard', peuvent conduire à un rapport sexuel et sont donc liés à la prévention du VIH/sida.

3.2.4 Résultats

Les résultats des campagnes STOP SIDA sont évalués¹⁻⁷, en général tous les deux ans, par le moyen d'enquêtes représentatives auprès de la population générale. Ces études analysent les attitudes envers la campagne STOP SIDA en général ainsi que la notoriété, la compréhension et l'acceptation des productions (spots télévisés, affiches, annonces, etc.). Une des dernières évaluations⁸ concernait la campagne 2000-2001 et le site Internet stopsida.ch. Elle a relevé une baisse de la notoriété et de la visibilité de la campagne, attribuable au changement du style de campagne et de support utilisé. L'acceptation de la campagne est restée forte. Le soutien à la prévention du VIH/sida continue d'être présent à un très haut niveau dans la population.

On note un fort effet de marque (lié au logo STOP SIDA avec le préservatif) qui se traduit par un effet de halo déjà relevé auparavant : une partie de la visibilité attribuée – à tort – par les personnes interrogées à la campagne actuelle est en fait une réminiscence erronée d'une ou plusieurs des campagnes antérieures.

Globalement, le site Internet stopsida.ch et le jeu 'Catch the Sperm' ont fait l'objet d'appréciations positives de la part des participants interviewés dans cette évaluation qui avaient visité le site.

La dernière évaluation² concernait entre autres l'évolution future de la campagne STOP SIDA. Elle a notamment recommandé de réfléchir aux aspects organisationnels, en particulier le rôle et la composition du Creativteam et relevé la nécessité d'une relance des campagnes.

3.2.5 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
■ La fonction de la campagne comme affirmation de l'importance de la prévention du VIH/sida est fondée sur une large visibilité publique. Elle ne peut pas être assurée par Internet ni par une stratégie de communication qui exclurait les actions très visibles.	⇒ La fonction politique latente de la campagne doit être reconnue et intégrée dans la planification. La visibilité qu'elle nécessite doit être préservée dans les changements – légitimes – opérés au niveau de l'organisation, du <i>marketing mix</i> et des contenus des campagnes.
■ Les changements organisationnels en cours ou réalisés portent en eux le risque potentiel de créer une distance entre la réalisation technique des campagnes et les apports précieux des intervenants de la prévention dans leurs formulations.	⇒ Il faut s'assurer que les changements organisationnels ne menacent pas la pertinence, la cohérence et la continuité des messages de la campagne, en particulier en permettant un input des intervenants de la prévention.
■ L'effet de marque du logo STOP SIDA est un atout fondamental pour la campagne : il remplit la fonction d'affirmation de l'importance du problème VIH/sida et il convoie l'essentiel du message de prévention. Il constitue également de ce fait un filet de sécurité sémantique en cas de formulation maladroite des messages, de problèmes de traduction, etc. Il fonctionne aussi comme un tampon (' <i>buffer</i> ') qui atténue les conséquences des fluctuations d'intensité et les changements de <i>marketing mix</i> . Le logo contribue à consolider le partenariat avec les fabricants et distributeurs de préservatifs et à assurer la mise sur le marché de préservatifs de qualité.	⇒ Les productions de la campagne devraient autant que possible assurer la visibilité du logo STOP SIDA pour profiter au maximum de l'effet de marque qu'il procure et contribuer à la mise sur le marché de préservatifs de qualité.

Références bibliographiques

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Spencer B, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: cinquième rapport d'évaluation 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996.
- 2 Stemmler D, Cattacin S. Stratégies d'information durable de la population: une analyse des campagnes de prévention STOP SIDA de l'Office fédéral de la santé publique sous l'angle du marketing social. Schaffhouse; Lausanne: Der Siebte Sinn AG; Institut des hautes études en administration publique (IDHEAP); 2002. Available at: URL: <http://www.bag.admin.ch/cce/studien/aids/f/>.
- 3 Dichter Institut. Schlussbericht zur Evaluation der STOP AIDS-Kampagne 1995. Zürich: Dichter Institut; 1996.
- 4 RGS Motiv- und Marktanalysen GmbH. Bericht zur Evaluation der 1997er STOP AIDS-Kampagne. Zürich: RGS Motiv- und Marktanalysen GmbH; 1998.
- 5 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 6 Raggenbass Partner. Bericht zur Evaluation der 1999er STOP AIDS-Kampagne. Wädenswil: Raggenbass Partner, Marketing und Kommunikationsforschung; 2000.
- 7 Urfer H. Auto-évaluation: campagne STOP SIDA, décembre 1999 - août 2000. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- 8 Ensmann A, Sardi M. Evaluation de la campagne STOP SIDA 2000-2001 et du site stopsida.ch. Genève: Erasm SA; 2001.

3.3 PREVENTION VIH/SIDA ET EDUCATION SEXUELLE A L'ECOLE

La promotion de la prévention du VIH/sida et de l'éducation sexuelle à l'école figure depuis le début dans la stratégie de prévention du VIH/sida ; l'intégration des thèmes VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles (IST) dans l'éducation liée à la sexualité constitue un des objectifs du Programme national VIH/sida 1999 à 2003^a. Une vaste étude a été menée et publiée en 2001, afin de déterminer les politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école¹. Fin 2001, l'OFSP a mandaté^b la mise en place d'un groupe de travail chargé de réfléchir à la mise en œuvre des recommandations de cette étude. Celui-ci a abouti à la proposition de créer un centre de compétences, piloté conjointement par PLANeS^c et l'Aide suisse contre le sida. A ce jour, le mandat de ce centre est en cours d'élaboration.

En complément à l'étude précitée, un module sur l'expérience de la prévention VIH/sida et l'éducation sexuelle à l'école, destiné aux 17-20 ans, a été inclus dans l'EPSS 2000^d. Il est donc possible d'apprécier la situation en ce qui concerne la couverture et le contenu des activités de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école à partir des données tirées de deux enquêtes complémentaires. Les points principaux de ces deux recherches sont présentés ci-dessous.

^a « Jusqu'à fin 2001, le thème VIH/sida figure au programme des écoles publiques, professionnelles et supérieures en tant que partie intégrante de la discussion sur l'amour, les relations et la sexualité ; les maladies sexuellement transmissibles et la dépendance y seront également abordées ».

^b Mandat accordé à l'Institut pour la recherche appliquée d'argument (Berne).

^c PLANeS : Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive.

^d EPSS : Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la Prévention du Sida en Suisse.

3.3.1 Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école

En Suisse, la responsabilité politique de l'éducation échoit aux 26 cantons^a, ce qui implique la nécessité d'investiguer la situation dans chacun d'entre eux. Les informations ont été récoltées à partir d'une recherche de documentation auprès de chaque canton^b ainsi que d'entretiens avec une centaine de personnes-ressource provenant des autorités cantonales compétentes, des instances supra cantonales et des écoles. Cette étude portait sur les domaines suivants : les bases politiques et administratives, les moyens, la mise en œuvre, la couverture, la formation, le contenu, le matériel didactique et la pérennisation. Des analyses ont été réalisées au niveau de chaque canton et de façon transversale par rapport à l'ensemble du territoire^c.

Contexte général

Signalons tout d'abord le fil rouge des résultats qui permet une appréciation du contexte général, à savoir l'extrême hétérogénéité de la situation, car elle varie :

- **Selon le modèle d'organisation appliqué** : en Suisse alémanique, c'est généralement le 'modèle interne' qui est appliqué : les enseignants sont chargés d'inclure les différents aspects de l'éducation sexuelle dans les branches d'enseignement existantes. En Suisse romande, en revanche, les cours d'éducation sexuelle sont donnés par des spécialistes externes formés à cet effet ('modèle externe'). Au Tessin, les deux modèles sont présents.
- **D'un canton à l'autre** : du fait de la souveraineté des cantons en matière d'éducation, chaque canton a ses propres bases légales et administratives ainsi que ses propres plans d'études.
- **Au sein des cantons** : elle varie en fonction du degré d'enseignement (la responsabilité de l'enseignement obligatoire et celle de l'enseignement post-obligatoire échoient à des autorités administratives distinctes), en fonction du système scolaire (chaque niveau scolaire a ses propres plans d'étude) et au sein des cantons bilingues où on retrouve les deux modèles.
- **Selon le degré d'enseignement^d, selon les filières, selon l'école et selon l'enseignant** : dans le cadre de l'enseignement obligatoire au niveau secondaire I, dans certains cantons les plans d'étude diffèrent selon les filières ; dans le cadre de l'enseignement post-obligatoire, chaque école établit son propre plan d'étude, généralement sur la base de différents plans d'étude élaborés au niveau fédéral et cantonal ; de plus, les enseignants ont une grande liberté d'interprétation.
- **Selon le contexte dans lequel l'enseignement est donné** : la prévention VIH/sida peut être soit enseignée séparément, soit abordée dans le cadre d'autres thèmes d'enseignement, tels que l'éducation sexuelle, la promotion de la santé ou encore dans le cadre d'autres branches d'enseignement telles que la biologie ou la 'Lebenskunde'.
- **Selon l'année scolaire** : les plans d'étude sont révisés régulièrement et évoluent en fonction du développement des concepts pédagogiques ; les concepts relatifs à la santé et à l'enseignement sont en constante évolution ; le concept de promotion de la santé, par exemple, gagne du terrain par rapport à d'autres approches plus traditionnelles de prévention dans les écoles.

^a L'instruction primaire est du ressort des communes.

^b Seul *Appenzell Innerrhoden* a refusé de participer.

^c Le rapport de l'étude contient une fiche résumée pour chaque canton ; par contre, seulement l'analyse transversale est présentée ici.

^d Enseignement obligatoire : primaire (6-10 ans) ; secondaire I (11-15 ans).

Enseignement post-obligatoire : secondaire II (écoles de maturité, écoles professionnelles ; > 15 ans).

Bases légales et administratives pour les cours de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle

Prévention VIH/sida : une notion d'obligation d'enseigner est présente dans les documents analysés pour les niveaux de scolarité obligatoire dans presque tous les cantons. Les écoles post-obligatoires ne sont pas systématiquement mentionnées dans les dispositions cantonales. Il existe dès lors une lacune évidente dans la majorité des cantons. **L'éducation sexuelle** a des bases légales solides dans l'école obligatoire, mais elles sont lacunaires au niveau post-obligatoire. En ce qui concerne le thème de la **promotion de la santé**, à l'exception des écoles professionnelles, il existe partout une base légale.

Le problème identifié au niveau post-scolaire était déjà présent lors de la publication des premières lois et directives touchant au VIH en 1987/88, dans la mesure où il n'existait pas dans chaque canton une indication claire pour ces écoles. Ces lacunes semblent être devenues plus marquées dans les années qui ont suivi. Bien que l'enseignement de la prévention VIH/sida soit le plus souvent obligatoire (au moins au niveau secondaire I), l'éducation sexuelle reste soumise au droit de veto parental. L'association des deux thèmes laisse donc un 'flou juridique' autour de cette question, même si dans la pratique cela ne pose pas souvent problème. La présence d'une notion d'obligation encourage l'enseignement des thèmes mais ne constitue pas une garantie d'enseignement effectif. Par contre, l'enseignement peut tout à fait avoir lieu en l'absence d'une base légale.

Niveau de couverture atteint par cette éducation

Il est difficile d'avoir des informations précises concernant le niveau de couverture de cette éducation. Bien que les informations soient plus facilement obtenues pour l'école obligatoire que pour l'école post-obligatoire, même à ce niveau-là, l'intégration du thème VIH dans l'éducation sexuelle, et de l'éducation sexuelle dans la promotion de la santé, rend problématique l'appréciation de la couverture. Au niveau post obligatoire, l'évaluation est difficile non seulement en raison d'un possible 'emboîtement' des thèmes, mais aussi à cause de l'indépendance des écoles dans la définition du contenu de l'enseignement. L'objectif 5 du Programme national semble prendre comme présupposé le fait que les thèmes liés à la sexualité figurent déjà dans les plans d'étude. Ce n'est pas toujours le cas au niveau post-obligatoire. Pour que le VIH puisse s'intégrer dans les discussions autour de la sexualité, il faut déjà que celles-ci soient prévues.

Néanmoins, les informations qui ont pu être obtenues indiquent qu'au **niveau primaire**, dans au moins un tiers des cantons, il y a une bonne couverture en éducation sexuelle. Au **niveau secondaire I**, la plupart des élèves reçoivent une éducation ; souvent les deux thèmes (VIH/sida et éducation sexuelle) sont traités ensemble. Il semble que la majorité de l'enseignement a lieu pendant cette partie de la scolarité.

Au **niveau secondaire II** c'est à chaque établissement, voire à chaque enseignant, de déterminer la place qu'il souhaite accorder à cette éducation. La couverture paraît très hétérogène, certaines écoles ont mis en place un enseignement systématique, d'autres ont des actions et initiatives ponctuelles et d'autres encore, pour différentes raisons, accordent peu d'importance à ces thèmes ; dans les écoles professionnelles la prévention VIH/sida est moins intégrée à l'éducation sexuelle.

Dans le modèle interne, la couverture risque également d'être variable puisqu'elle dépend de la volonté de chaque enseignant. Une attention insuffisante accordée à ces thèmes peut avoir des causes différentes (enseignants surchargés, peu préparés à enseigner ces thèmes, peu convaincus de l'importance du sujet ou ayant des réticences personnelles). Divers garde-fous pourraient être envisagés : des plages horaires précises sont désignées pour les thèmes (cantons, écoles) ; des modules d'enseignement rendus disponibles pour chaque degré de scolarité ; les cantons déterminent des mesures de contrôle pertinentes dans leur contexte (les autorités mettent à disposition des exemples de bonnes pratiques, du matériel approprié tel que des *check-lists* à tous les niveaux de responsabilité) ; les concepts écrits de promotion de la santé incluent explicitement les thèmes.

Organisation des cours de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle : caractéristiques, avantages et inconvénients des différents modèles d'organisation

Aspect	Modèle externe	Modèle interne
Bref descriptif	L'éducation sexuelle, y compris la prévention VIH/sida, est assurée par des institutions extérieures à l'école ou par un personnel spécialisé attaché au système scolaire. Les cantons et communes prennent la responsabilité d'assurer que cette éducation ait lieu. Un nombre déterminé de cours durant la scolarité obligatoire de chaque élève est ainsi assuré.	Les cours traitant de la sexualité et du VIH sont normalement inscrits dans les plans d'étude ; les enseignants sont chargés de les organiser et de les donner, éventuellement avec l'appui de spécialistes externes. Dans la pratique, il incombe à chaque enseignant ou à la direction de l'école de déterminer la place accordée au sujet et d'interpréter les plans d'étude. Le concept 'éducation sexuelle' en tant que tel n'existe pas forcément.
Responsabilité administrative	De façon générale, un grand nombre d'acteurs sont impliqués à tous les niveaux : politique, administratif, mise en œuvre. Selon les informateurs, la coordination n'est pas toujours adéquate, et souvent la définition des tâches et responsabilités entre les différents organes n'est pas assez clairement définie. Différentes mesures peuvent être envisagées : lorsque plusieurs départements sont impliqués, une commission cantonale établit la répartition des responsabilités ; les cantons identifient clairement les structures qui assurent dans les faits la responsabilité pour les thèmes et ils confient à ces structures l'assurance de qualité et de durabilité de cet enseignement ; l'OFSP soutient ces structures (par exemple, met à disposition des <i>guidelines</i> , <i>check-lists</i> et argumentaires).	Les responsabilités réparties entre les différentes structures ne sont pas toujours claires, ce qui est problématique surtout au niveau post-obligatoire.
Prise d'initiative	Au niveau de la scolarité obligatoire, tous les cantons concernés ont identifié un organe responsable ou mandaté. Trois ont une seule structure chargée de l'éducation sexuelle pour tous les niveaux d'école. La décision est prise au niveau cantonal ou communal (obligatoire) ou par l'école elle-même (post-obligatoire).	L'enseignant décide de quelle façon il suit les plans d'étude (niveau obligatoire). Au niveau post-obligatoire ce sont les directeurs d'école et/ou les enseignants qui le font. L'initiative est prise parfois par des institutions extérieures.
Contrôle	Un contrôle de la couverture fait en principe partie de la routine administrative. Sur le contenu, les spécialistes travaillent en équipe et ont des supervisions pour assurer la qualité de la prestation.	Les organes de contrôle (inspecteurs) ne posent que rarement des questions au sujet de l'éducation sexuelle. Le sujet échappe particulièrement au contrôle lorsqu'il est transversal ou lorsqu'il n'y a pas de coordination entre les enseignants à ce sujet.
Moyens financiers	Les spécialistes externes reçoivent des subventions ou des contrats (assurés par les cantons ou communes) qui, parfois, doivent être renégociés chaque année.	Ce sont les salaires des enseignants qui représentent la plupart des moyens financiers engagés.
Statut de l'éducation sexuelle	L'éducation sexuelle est reconnue comme un sujet en soi, mais c'est un sujet pas comme les autres : nécessitant l'intervention de personnes externes à l'école. En principe, il est soumis au veto parental. Les parents peuvent dispenser leur enfant d'assister à cet enseignement.	L'éducation sexuelle n'est pas forcément reconnue comme un thème en soi, mais peut se retrouver à plusieurs endroits dans le plan d'étude. Quand le thème apparaît en tant que tel dans les plans d'étude, il est précisé qu'il doit être discuté avec les parents. Elle ne fait pas l'objet d'un examen.
Intégration du thème VIH	En général, la prévention VIH/sida est intégrée dans des concepts plus larges, la plupart dans une perspective de promotion de la santé. Son intégration, telle que décrite dans le Programme national, semble largement admise. Néanmoins au moment de l'étude, quelques cantons estimaient que cet objectif n'était pas atteint. Les problèmes se posent essentiellement au niveau de la scolarité post-obligatoire. Le Programme national n'est pas toujours connu dans le milieu et il existe un certain flou autour de l'objectif 5, cette intégration étant comprise de façon hétérogène.	

Aspect	Modèle externe	Modèle interne
Formation	<p>Le VIH est toujours inclus dans les cours d'éducation sexuelle (exceptions au niveau primaire). Des événements ponctuels sont également organisés.</p> <p>Le personnel enseignant a souvent une formation socio-pédagogique touchant aux compétences sociales utiles à l'ensemble des thèmes de la prévention (la communication, la prise de responsabilité, la gestion du risque) mais la prévention VIH/sida et l'éducation sexuelle ne sont généralement pas prévues dans la formation de base ; les cours spécifiques aux thèmes proposés en formation continue sont peu fréquentés. Un choix important de matériel didactique leur est accessible ; par contre, il existe un besoin de pouvoir disposer d'un choix de matériel ayant fait l'objet d'une présélection, voire de 'paquets didactiques' spécialement conçus.</p> <p>La formation des spécialistes externes francophones est sérieuse (deux ans de travail théorique et pratique). Néanmoins, le personnel bénéficiant de cette formation n'est pas assez nombreux par rapport aux besoins, et les statuts ainsi que les conditions de travail sont très hétérogènes d'un canton à l'autre. Récemment, une formation continue, niveau universitaire a été créée à Lausanne/Genève et à Lucerne.</p>	<p>Le sujet est généralement intégré aux questions de promotion de la santé ou à d'autres branches d'enseignement (habituellement cours de biologie). Des événements ponctuels sont également organisés.</p> <p>Aucune préparation systématique à l'enseignement de ces thèmes n'existe actuellement, bien que le corps enseignant soit chargé d'assumer cette tâche.</p>
Principaux avantages	<p>La qualité des interventions est assurée.</p> <p>La couverture (au moins d'une base minimum) est assurée.</p> <p>Les cours ne sont pas tributaires de la motivation des enseignants.</p> <p>Un certain contrôle est inhérent au modèle.</p>	<p>Les interventions peuvent être faites 'sur mesure' et selon les exigences d'une classe à un moment voulu.</p> <p>En principe, bonne stabilité des moyens financiers car les thèmes sont intégrés dans le système scolaire.</p>
Principaux inconvénients	<p>La stabilité des moyens est variable.</p> <p>Bien que le travail des équipes externes n'exclue pas que les enseignants interviennent aussi à ce sujet, le système peut laisser penser que le domaine est déjà couvert et certaines occasions d'intervention risquent alors d'être perdues.</p> <p>Avec ce système il ne va pas de soi que le sujet soit intégré et il y a nécessité d'assurer que le travail des équipes externes soit relayé par le personnel enseignant. Une coordination particulière est nécessaire.</p>	<p>L'enseignement des thèmes est tributaire de la motivation des enseignants et/ou des directeurs des écoles.</p> <p>Au niveau post-obligatoire, la responsabilité administrative est très dispersée (inconvenient, toutefois, pas inhérent au modèle).</p> <p>Il n'est pas évident que les écoliers, surtout les plus âgés, souhaitent discuter de questions de sexualité avec leurs enseignants².</p>

IUMSP/UEPP

Contenu des cours de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle

Les principaux thèmes à aborder dans l'éducation sexuelle et la prévention VIH/sida sont en général cités dans les plans d'étude et les directives, mais dans certains cantons, les sujets relevant de l'éducation sexuelle sont désignés par des termes flous. Certains sujets ne sont pas cités dans tous les cantons (interruption volontaire de grossesse, pornographie, homosexualité, information sur les lieux de conseil).

Dans le modèle interne, ce sont surtout les plans d'étude des différentes matières qui contiennent des indications quant au contenu de l'enseignement, mais ces documents de référence ne garantissent pas l'homogénéité du contenu dans les classes. Lorsque les enseignants sont chargés des cours, la manière de traiter les thèmes et le poids à leur accorder sont le plus souvent laissés à leur appréciation. Ils sont alors libres de choisir le contenu et la pédagogie selon leur appréciation des besoins de leurs classes.

Lorsque les interventions sont faites par des spécialistes (modèle externe), le contenu est plus homogène en raison de la formation commune et spécifique qu'ont reçu ces intervenants. Par contre, ils disposent de peu de temps par rapport à leur mission.

Pour les écoles post-obligatoires qui disposent de plans d'étude pour chaque établissement, aucune uniformité cantonale ne peut être établie. Les enseignements sont souvent organisés par l'école (initiative du directeur ou d'une autre personne chargée de santé ou de prévention) et par conséquent les interventions jouissent néanmoins d'une certaine homogénéité, souvent par le biais des intervenants externes.

Evaluer la durabilité de la prévention VIH à l'école : quels critères ?

Etant donné la complexité de la situation, il est extrêmement difficile d'établir des indicateurs de durabilité fiables. Il arrive que la réalité contredise la théorie : par exemple, dans certains contextes, il existe de bons plans d'étude, mais ils ne sont pas suivis par les enseignants ; également, certains cantons peuvent se prévaloir d'une solide tradition pratique dans ce domaine bien qu'ils n'aient pas de bases légales ou administratives. La question de la durabilité se pose différemment selon le modèle. Dans le modèle externe, les pratiques sont fermement établies et tout laisse à penser qu'à condition de bénéficier d'une assise budgétaire stable, les cours d'éducation sexuelle se poursuivront et continueront d'intégrer de nouvelles questions de santé sexuelle, comme il a été le cas avec le VIH/sida. Dans le modèle interne la situation est plus fragile, étant donné les curricula chargés et l'évolution constante des concepts pédagogiques, des mesures doivent être prises afin que ces thèmes puissent trouver et maintenir leur place dans l'enseignement. Il est donc nécessaire de définir une série de garde-fous (valables d'ailleurs quel que soit le modèle), afin d'assurer les conditions minimales pour établir les bases de la durabilité : par exemple, l'inclusion de la prévention VIH/sida et de l'éducation sexuelle dans le plan d'étude ; la proposition d'un concept d'enseignement clair dans ce domaine ; l'inclusion de la prévention VIH/sida et de l'éducation sexuelle dans la formation des enseignants ; le monitoring des pratiques d'enseignement.

3.3.2 Expérience de la prévention VIH/sida et de l'éducation sexuelle à l'école

L'enquête EPSS menée en 2000 auprès de la population générale indique que la majorité des jeunes de 17 à 20 ans (environ 9 sur 10) ont eu l'occasion de parler au moins une fois du VIH/sida ou de la sexualité en général pendant leur scolarité^a. Pour ces questions, ainsi que

^a Il n'a pas été possible de comparer la scolarité obligatoire et post-obligatoire car tous les répondants n'avaient pas terminé cette dernière.

pour celles évoquées plus bas, les résultats sont très similaires pour les femmes et pour les hommes ; ils ne seront donc pas différenciés ici selon le sexe. Par contre, plusieurs différences ont pu être relevées au niveau des régions linguistiques.

En Suisse romande et au Tessin, la probabilité d'avoir parlé du VIH/sida est plus élevée qu'en Suisse alémanique et, quelle que soit la région, elle est également légèrement plus élevée que celle d'avoir parlé de la sexualité en général. Cette différence pourrait s'expliquer par l'organisation de journées ponctuelles sur le VIH/sida, plus souvent citées dans les deux régions latines (Tableau 3.1).

Parmi ceux ayant bénéficié des cours, le niveau de satisfaction est relativement élevé : trois quarts des répondants estiment y avoir trouvé presque totalement ou totalement réponse à leurs questions. Aucune différence significative n'est constatée entre les régions.

Tableau 3.1 Discussion autour du VIH/sida et de la sexualité à l'école, par région

	Total	Suisse romande	Suisse alémanique	Tessin
% déclarant avoir parlé du VIH/sida en classe				
une fois	26	10	31	27
plusieurs fois	66	86	58	70
jamais	9	4	11	3
% déclarant avoir parlé de 'la sexualité en général'				
une fois	23	13	30	13
plusieurs fois	64	71	58	74
jamais	14	17	12	13

IUMSP/UEPP

Afin de cerner le contenu de la discussion autour du VIH/sida et de la sexualité, un certain nombre de thèmes potentiels ont été proposés aux répondants déclarant avoir bénéficié d'une telle discussion (Tableau 3.2). Certains thèmes sont plus systématiquement abordés que d'autres. C'est l'utilisation des préservatifs qui l'emporte, évoquée par 9 personnes sur 10. A l'autre extrémité, figurent des sujets tels que la pornographie, l'abstinence ou la prostitution.

Le contenu des cours diffère selon la région. Une différence significative entre les régions a été trouvée pour 8 des 17 thèmes. Pour plus de la moitié des thèmes, ce sont les répondants de Suisse alémanique qui déclarent le moins souvent en avoir parlé en classe. C'est le cas pour les questions plus directement liées au VIH/sida, à l'exception notable de l'abstinence avant le mariage qui, d'ailleurs, est le seul thème à avoir été abordé le plus en région alémanique. En Suisse romande, on relève une très bonne couverture (plus de 90%) pour les questions concernant l'utilisation des préservatifs, les relations sexuelles en général et les sources d'aide et de conseil. Deux thèmes spécifiques et essentiels, la contraception post-coïtale et le test VIH, figurent de façon insuffisante dans les écoles alémaniques, puisque 2 répondants sur 5 déclarent ne pas en avoir parlé en classe.

Tableau 3.2 Thèmes abordés lors des cours VIH/sida et sexualité, par région

% de répondants déclarant avoir parlé en classe de ...	Total	Suisse romande	Suisse alémanique	Tessin
Utilisation du préservatif*	90	96	87	92
Endroit où trouver aide/conseils*	85	95	79	87
Grossesse et naissance	83	84	84	80
Relations sexuelles en général*	82	96	75	83
Autres MST que le VIH/sida	69	73	66	73
Interruption de grossesse	69	68	69	75
Pilule 'du lendemain**	68	81	57	86
Test VIH/sida*	67	83	59	69
Harcèlement ou abus sexuel	66	74	61	70
Bien se connaître avant les relations sexuelles*	62	73	52	82
Homosexualité	53	52	52	61
Fidélité à un seul partenaire	52	60	46	57
Eviter de changer souvent de partenaire	47	51	42	59
Bien choisir son partenaire*	47	55	40	58
Prostitution	36	39	34	39
Eviter les relations sexuelles avant le mariage*	33	24	40	25
Pornographie	23	27	20	28

*p<=.05

IUMSP/UEPP

En raison de la coexistence de deux modèles d'organisation différents en Suisse, on pourrait s'attendre à constater des différences relatives au cadre dans lequel les répondants déclarent avoir reçu leurs informations sur le VIH/sida et la sexualité à l'école. Effectivement, comme le montre le Tableau 3.3, dans la région romande il est surtout question de diverses animations par des personnes provenant de l'extérieur de l'établissement ; en Suisse alémanique, les contextes cités sont moins différenciés et l'enseignement a principalement lieu dans les cours de biologie ou de sciences naturelles ; au Tessin ces cours sont également de loin la principale source d'information, mais ici les intervenants externes sont plus fréquents. Le profil ainsi obtenu de ces résultats reflète bien les données qualitatives, à savoir le modèle externe surtout pratiqué en Suisse romande, le modèle interne en Suisse alémanique et la coexistence de deux modèles au Tessin. Par contre, les résultats ne mettent pas tellement en évidence une pratique de l'approche transversale (dite *fächerübergreifend* : abordé dans plusieurs branches de l'enseignement) de la prévention VIH/sida et de l'éducation sexuelle dans les cantons alémaniques : relativement peu de cours sont cités comme sources d'information en dehors de la biologie, des sciences naturelles et de la *Lebenskunde* (société). De plus, logiquement les élèves entendraient parler plus fréquemment du VIH/sida et de la sexualité avec cette approche, or, en Suisse alémanique les répondants sont moins nombreux à déclarer en avoir parlé plusieurs fois en classe (Tableau 3.1).

Tableau 3.3 Cadre des informations reçues à l'école sur le VIH/sida et sur 'la sexualité en général', par région (en %, plusieurs mentions possibles)

	Suisse romande		Suisse alémanique		Tessin	
	sida	sexualité	sida	sexualité	sida	sexualité
Cours de biologie/sciences naturelles	14	15	57	65	67	66
Cours de 'Lebenskunde'/société	4	5	17	16	2	1
Avec professeur d'un autre cours	9	14	13	7	11	21
Animateurs extérieurs pour éducation sexuelle	38	36	2	2	22	25
Animateurs extérieurs pour la santé	5	5	0	0	2	0
Professeur extérieur pour l'éducation sexuelle	26	20	5	6	11	4
Professeur extérieur pour la santé	9	1	4	1	5	0
Journée 'santé' ou 'sida'	23	14	9	4	13	5
Conférence avec spécialiste	4	6	4	0	4	3
Autre cadre	6	1	1	6	1	3
Ne sait plus	7	7	7	9	6	8

IUMSP/UEPP

3.3.3 Conclusions et recommandations

Conclusions

■ **Dans l'ensemble** : le principe de l'éducation sexuelle et de la prévention VIH/sida est admis dans la plupart des cantons au niveau de l'école obligatoire. Par contre, il n'est pas acquis au niveau post-obligatoire. Des différences régionales sont observées. Elles sont liées à l'utilisation de deux modèles différents, chacun offrant des avantages et des inconvénients. Néanmoins, à l'heure actuelle, le modèle interne appliqué en région alémanique semble moins fiable.

■ L'établissement prévu d'un centre de compétences en éducation sexuelle constitue un pas positif, surtout parce qu'il devrait mieux coordonner le travail des différents acteurs. Toutefois, ce dispositif, seul, n'est de loin pas suffisant.

■ **Bases légales et administratives** : bien que l'existence d'une base légale ne constitue pas à elle seule une garantie de durabilité, c'est un élément essentiel pour inscrire à long terme cette éducation dans l'enseignement de base.

Recommandations

⇒ Sur l'ensemble du territoire, des mesures doivent être apportées pour améliorer la couverture, la qualité et le contrôle de l'éducation de ces thèmes à l'école. Afin d'en assurer la durabilité dans le système scolaire, des mesures sont nécessaires à plusieurs niveaux : bases légales et administratives, organisation, système de financement, formation.

⇒ La prévention VIH/sida et l'éducation sexuelle devraient être explicitement mentionnées dans les plans d'étude s'appliquant à toutes les écoles, quel que soit le niveau de scolarité. De plus, un dispositif pour assurer leur utilisation devrait y être associé. Des recommandations allant dans ce sens devraient être adressées aux autorités responsables.

Conclusions	Recommandations
<p>■ Organisation : les lignes de responsabilité sont peu claires à tous les niveaux. De plus, plusieurs acteurs sont souvent impliqués, aussi bien aux niveaux politique et administratif que sur le terrain. Au niveau post-obligatoire la responsabilité pour l'enseignement est très dispersée (confiée largement aux directeurs d'école).</p>	<p>⇒ Il est essentiel de clarifier les responsabilités politiques et administratives.</p> <p>⇒ Des efforts particuliers sont nécessaires pour assurer une bonne coordination de tous les acteurs.</p>
<p>■ Durabilité financière : différents systèmes de financement des intervenants ont été expérimentés dans le modèle externe et leur stabilité est variable.</p>	<p>⇒ Un mode de financement plus stable devrait être assuré pour les systèmes les plus fragiles.</p>
<p>■ Formation : la formation des enseignants est trop souvent inadéquate dans ce domaine spécifique.</p>	<p>⇒ Une formation appropriée de tous les intervenants est indispensable. Un soutien matériel et des mesures de sensibilisation dans les lieux de formation des enseignants sont nécessaires. La formation des intervenants externes ainsi que des personnes relais (Mediatoren) à l'intérieur des écoles devrait être soutenue et pérennisée.</p>
<p>■ Couverture : environ neuf résidents suisses sur dix, âgés entre 17 –20 ans, déclarent avoir eu des cours de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle. De ce point de vue, on peut dire que la couverture est bonne. Elle laisse toutefois à désirer en termes d'intensité puisqu'un certain nombre de personnes n'ont bénéficié que d'un seul cours durant toute leur scolarité.</p>	<p>⇒ Une sensibilisation des directeurs d'écoles doit être entreprise. L'utilisation du modèle externe pourrait être encouragée pour les écoles post-obligatoires.</p> <p>⇒ Diverses mesures peuvent être envisagées : désigner des plages horaires précises pour ces thèmes ; mettre à disposition des modules d'enseignement pour chaque niveau d'école, des <i>checklists</i> à tous les niveaux de responsabilité, et/ou des exemples de bonnes pratiques.</p>
<p>■ Les lacunes dans la couverture sont surtout observées au niveau post-obligatoire.</p> <p>■ Dans la région alémanique le cadre de l'enseignement est moins diversifié et le contenu des cours plus restreint. Quand l'enseignement est transversal (<i>fächerübergreifend</i>), sa mise en œuvre effective ne semble pas correspondre à la théorie : presque la moitié des 17-20 ans suisses alémaniques n'ont jamais eu de cours ou n'en ont eu qu'une seule fois. Le contrôle de la couverture et de la qualité de l'enseignement de ces thèmes n'est que partiellement assuré, surtout au niveau post-obligatoire. Dans ce modèle, il existe un risque intrinsèque de lacunes car l'enseignement de ces matières n'est pas prioritaire et sa présence dépend de l'appréciation de chaque enseignant.</p>	

Références bibliographiques

- 1 Spencer B, So-Barazetti B, Glardon MJ, Scott S. Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 66).
- 2 Meyer Z. Das Informations-Verhalten Jugendlicher bezüglich Aids und Aids-Prävention [Lizentiatsarbeit an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern]. Bern: Institut für Marketing und Unternehmensführung; 1999.

3.4 LES POPULATIONS PARTICULIERES

Ce chapitre traite de la prévention du VIH/sida dans des segments de population particulièrement exposés aux risques d'infection : les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleuses et les travailleurs du sexe, les jeunes en décrochage^a ainsi que les consommateurs de drogues. Il traite également de la prévention à destination des personnes séropositives et des migrants.

Les données de ce chapitre proviennent de différentes sources :

- **l'évaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida 1999-2003** (troisième phase)¹. Cette étude n'avait pas pour objet d'évaluer des programmes de prévention dans leur totalité, mais d'analyser la mise en œuvre ainsi que l'utilisation des mesures de prévention par les groupes-cibles susmentionnés (à l'exception des consommateurs de drogues et des migrants). Ces questions sont traitées du point de vue des opérateurs et des destinataires finaux de la prévention. Pour ce faire, des études de cas détaillées ont été réalisées dans les villes suivantes : Bâle, Saint-Gall, Lausanne, Neuchâtel et Lugano^b ;
- des **études supplémentaires** sur les travailleuses et les travailleurs du sexe², les jeunes de la population générale³, ainsi que sur les jeunes hommes attirés par d'autres hommes⁴. Ces études avaient pour objectif de mettre à jour les connaissances relatives à ces différents segments de population et aux programmes de prévention afférents, conçus et mis en œuvre en Europe et/ou Outre-Atlantique ;
- les données issues du **dispositif de suivi des structures bas seuil (SBS)** à l'usage des consommateurs de drogues, soit un recueil continu d'informations sur le fonctionnement des SBS et la distribution de matériel d'injection (monitoring national) et des enquêtes répétées auprès de la clientèle de ces structures^{5,6} ;
- une mise à jour rapide des données relatives à la couverture des programmes nationaux de prévention (villes/cantons dans lesquels les programmes sont implantés, organisations chargées de la mise en œuvre, dotation en ressources humaines). Ces données ont été transmises par l'ASS.

Le chapitre est structuré par population. Comme les informations disponibles ne sont pas homogènes pour chacune d'entre elles et compte tenu de la diversité des problématiques, les différentes sections de ce chapitre ne font pas l'objet d'un même découpage.

^a Pour une définition de ce groupe, cf. 3.4.9.

^b Dans chacune de ces villes et pour chaque segment de population, des informateurs-clés bénéficiant d'un accès privilégié aux publics-cibles ont été interrogés. Ces entretiens ont ensuite été complétés par des entretiens individuels et de groupe (groupes focus) avec des personnes appartenant aux différents publics-cibles.

3.4.1 Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)

Depuis sa création en 1985, l'Aide suisse contre le sida (ASS), ses antennes régionales ainsi que les associations homosexuelles des grandes villes assument l'essentiel de la prévention du VIH/sida pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). La plupart des interventions de prévention font partie du programme HSH^{7,8} de l'ASS, dont la mise en œuvre, au niveau local, est confiée à des travailleurs de proximité (*outreach workers*, ci-après : ORW) recrutés par les antennes cantonales ou les associations homosexuelles. Comme le montre le Tableau 3.4, le programme HSH couvre principalement les cantons les plus urbanisés (dans lesquels on trouve un réseau commercial et associatif gay relativement bien développé) et, dans une moindre mesure, les cantons/régions à composante plus rurale. Les taux d'activité des ORW varient entre 20 et 40% selon les cantons (entre 20 et 80% si l'on tient compte des taux d'activité supplémentaires financés par les organisations hôtes du programme).

Tableau 3.4 Couverture du programme HSH

Région	Organisation	Taux d'activité (%) des ORW (ASS)	Taux d'activité (%) supplémentaires	Total des taux d'activité (%) ORW-HSH
BS	Aids-Hilfe beider Basel	30		30
BE	Aids-Hilfe Bern	30	20 (AHBe)	50
LU	Aids-Hilfe Luzern	20	10 (AHL)	30
ZG/SZ	Fachstelle für Aidsfragen Zug	20		20
SG/AI/AR	Aids-Hilfe St-Gallen und Appenzell	20		20
ZH	Zürcher Aids-Hilfe	40	40 (ZAH)	80
VD	ASS/Vogay	40		40
TG/SH/Winterthur	Aids-Hilfe Thurgau	30		30
GE	Dialogai	30	20 (Dialogai)	50
TI	Aiuto Aids Ticino	30		30
Total				380

Note : dans le canton du Valais, il n'y a plus d'ORW depuis mars 2002.

Source : ASS

Depuis 1999, le programme HSH gère également un site Internet (www.drgay.ch) qui propose un conseil anonyme et personnalisé par rapport à différents thèmes pertinents pour la prévention. Ce service existe dans les trois principales langues nationales^a.

D'autres organisations sont également actives dans le domaine de la prévention :

- Depuis 1997, Pink Cross^b coordonne un service d'écoute téléphonique (Rainbow-line) géré par les associations homosexuelles de Suisse romande et de Suisse alémanique (permanence en alternance, le soir, six jours sur sept). Il existe une offre similaire dans le canton du Tessin (Linea gay Ticino)^c.

^a La version italophone a été mise en ligne en février 2003.

^b Pink Cross est l'association faitière des organisations homosexuelles en Suisse. Elle défend notamment les intérêts des homosexuels sur le plan politique.

^c Pink Cross est également à l'origine de cette ligne téléphonique mais, pour des raisons logistiques, celle-ci n'est pas raccordée à la Rainbow-line.

- Les groupes de soutien 'Jeunes gays' sont également porteurs d'une offre de prévention VIH/sida. Il existe une quinzaine de groupes en Suisse urbaine^a. La plupart d'entre eux sont en lien avec les ORW du programme HSH, lesquels ont parfois suscité leur création. Depuis quelques années, les groupes de Suisse alémanique collaborent pour des actions spécifiques lors de journées du *Coming out*^b. Au dernier trimestre 2002, ils se sont réunis dans le cadre d'une association faîtière dénommée DIAGONAL^c.

Outreach work

Le travail de proximité est placé sous la responsabilité des *outreach workers* (ORW) du programme HSH souvent épaulés d'une équipe de bénévoles. Il consiste à se rendre sur les lieux fréquentés par les HSH afin de diffuser du matériel et des messages de prévention, ainsi qu'à proposer un conseil personnalisé. Ces interventions se déroulent sur les lieux de rencontres anonymes (aires d'autoroutes, toilettes et jardins publics) et sur la scène commerciale gaie (bars, discothèques et établissements de consommation sexuelle).

▪ Lieux de rencontres anonymes

Le travail de proximité sur les lieux de rencontres anonymes permet d'atteindre une population hétérogène, à la recherche de l'anonymat, et qui ne serait pas forcément accessible ou identifiable ailleurs. Plus particulièrement, les interventions menées sur les aires de drague augmentent les chances d'atteindre des HSH qui ne disposent pas de ressources de prévention suffisantes (les jeunes en l'occurrence) ou qui ne se sentent pas ou peu concernés par la thématique du VIH/sida (c'est en particulier le cas des hommes se définissant comme hétérosexuels ou de ceux vivant dans le cadre d'une relation homosexuelle stable non exclusive). Les actions menées dans ces différents lieux conservent un caractère ponctuel. Même si les ORW s'y rendent régulièrement, la fréquence des interventions est relativement faible (1 à 2 fois par mois dans le meilleur des cas). Cela tient avant tout au faible taux d'activité des ORW et aux difficultés inhérentes à ce type de travail. Il est néanmoins possible d'augmenter l'efficacité de ces actions en leur donnant de l'envergure dans les périodes ou les soirs où l'on sait que la fréquentation est importante et en s'alliant le concours de bénévoles. La présence de l'ORW sur ces aires de drague est généralement bien acceptée par le public-cible.

Sur le terrain, la mise en œuvre de la prévention dépend également des collaborations formelles ou informelles que les ORW ont pu obtenir avec les administrations municipales ou cantonales concernées par la fréquentation nocturne de ces lieux. En règle générale, les administrations n'entravent pas le travail de prévention. Dans certaines villes ou cantons (BS, TI), elles se sont même pleinement associées à l'action préventive (installation de distributeurs de préservatifs, production commune de *catch-covers*^d, etc.). On note toutefois que la volonté de réduire

^a On note la présence de groupes 'jeunes gays' dans les cantons suivants : GE, VD, GR, ZH (3 groupes), SG, UR, BS, AG (2), ZG, NE, FR, LU, BE (5). Les adresses de ces différents groupes sont référencées sur <http://www.purplemoon.ch/jgruppen.php?kid=10>.

^b Cet événement a généralement lieu en automne dans les grandes villes de Suisse alémanique. Le mouvement est vraisemblablement peu suivi dans les cantons latins. L'ASS et ses antennes soutiennent les actions menées dans les différentes villes.

^c En novembre 2002, l'association regroupe une dizaine d'organisations de jeunes gais et lesbiennes, principalement situées en Suisse alémanique. Son action se décline à l'échelon national (soutien à différents projets, coordination, lobbying).

^d Pochettes en carton contenant un préservatif sur lesquelles peuvent figurer différents messages, souvent l'adresse de centres de dépistage.

l'attractivité des parcs demeure. A cette fin, certaines municipalités n'hésitent pas à déboiser et à supprimer l'éclairage⁹.

- Scène commerciale

Les interventions sur la scène commerciale concernent autant les gérants des établissements (comme partenaires) que les clients (public-cible). C'est en premier lieu aux gérants que revient la décision d'accorder une place plus ou moins importante à la prévention dans leur établissement (présence d'affiches, mise à disposition de brochures et de préservatifs, etc.). D'une manière générale, les gérants réservent un accueil favorable à la prévention. Il est néanmoins apparu que la seule bienveillance de ces derniers ne garantit pas une visibilité suffisante aux activités de prévention, surtout si les interventions se résument à une distribution passive du matériel. Afin de corriger ce déficit, les interventions développées dans plusieurs villes tendent à se concentrer davantage sur les clients et à les interpeller directement de façon ludique ou interactive. Généralement limitées dans le temps et menées avec l'appui de bénévoles, ces interventions permettent de toucher un grand nombre de personnes, de frapper l'attention du public-cible et surtout de rethématiser la prévention du VIH/sida dans ce segment de la population.

Dans les établissements de consommation sexuelle (saunas, *sex clubs*, *backrooms*^a), la mise à disposition de matériel de prévention revêt une importance primordiale, car elle s'inscrit dans un contexte où l'exposition au risque d'infection à VIH est potentiellement élevée. A ce titre, les gérants d'établissement peuvent jouer un rôle important, notamment en fournissant un libre accès aux préservatifs et à d'autres ressources de prévention. Or, le rôle et les responsabilités des gérants d'établissements de consommation sexuelle en matière de prévention ne sont pas définis. En l'absence de règles ou de normes précises, les pratiques varient d'un établissement à l'autre. Il est probable qu'un nombre non négligeable d'établissements sont sous-investis dans et par la prévention, alors qu'il existe un important potentiel d'action dans ce domaine.

Services de conseil anonyme et d'écoute

Le conseil anonyme constitue une des pièces du dispositif de prévention. Il s'agit principalement du conseil proposé sur le site Internet drgay.ch et dans le cadre de permanences téléphoniques (Rainbow-Line et Linea Gay Ticino). Ces offres ont une importante fonction d'aiguillage vers d'autres structures.

- Site Internet drgay.ch

En 2002, l'ASS, en collaboration avec l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich, a mené une étude sur la clientèle du site¹⁰. Cette étude décrit le profil socio-démographique des utilisateurs ainsi que le type de conseil qu'ils recherchent^b.

Drgay.ch a vu son audience augmenter continuellement depuis sa mise en service en 1999 (plus de 6000 questions au total). En 2002, drgay.ch a réceptionné en moyenne 5 à 6 nouvelles questions par jour (de 3 à 4 pour la version germanophone, de 1 à 2 pour la version francophone)^c.

Le site constitue une source d'information et de conseil relativement importante en matière de prévention. Aux premiers rangs des interrogations des utilisateurs figurent le *safer sex* (36%) et les questions de bien-être corporel (33%). Viennent ensuite le questionnement identitaire (19%)

^a Lieux de consommation sexuelle, souvent en arrière-salle d'établissements, peu/pas éclairés et propices au sexe anonyme.

^b L'ASS a aimablement communiqué les premiers résultats de ses analyses pour les besoins de l'évaluation. Qu'elle en soit ici chaleureusement remerciée.

^c On ne dispose pas d'information pour la version italophone.

et les interrogations relatives aux sentiments (12%). On note que les utilisateurs des villes posent davantage de questions sur le bien-être corporel que les utilisateurs habitant en zone rurale, lesquels sont plus nombreux à poser des questions sur l'identité gaie. En revanche, on n'observe pas de différence dans la catégorie *safer sex*.

Les analyses de l'ASS laissent apparaître des différences dans l'utilisation du site au niveau territorial et au niveau de la structure par âge :

- les utilisateurs des cantons les plus urbanisés sont sur-représentés par rapport aux utilisateurs des cantons à composante plus rurale ;
- la distribution par âge montre que les hommes de moins de 20 ans sont sous-représentés parmi les utilisateurs. Ceux-ci sont en moyenne sensiblement plus âgés que les utilisateurs d'Internet de la population générale. Le contraste est d'autant plus saisissant lorsque l'on compare la distribution par âge de la clientèle féminine (17% de la demande) et masculine (83%). En effet, près de deux tiers des utilisatrices ont moins de 21 ans contre un quart des utilisateurs^a.

Ces écarts sont vraisemblablement liés aux moyens utilisés pour la promotion du site chez les HSH. La presse identitaire (presse gratuite et autres titres), particulièrement bien diffusée dans les lieux commerciaux gays, constitue le principal vecteur de promotion de l'offre. Or, ces titres sont plus facilement accessibles dans les villes abritant une scène commerciale gaie bien développée.

- Services d'écoute téléphonique (Rainbow-line)

Le conseil sur Internet et les services d'écoute téléphonique comme la Rainbow-line sont des offres complémentaires. L'écoute téléphonique se prête particulièrement bien à des entretiens personnalisés et prospectifs.

Une analyse partielle des données de monitoring des associations de Suisse alémanique^b montre que les entretiens réalisés sont principalement de nature informative et liés à une problématique d'isolement. Le *coming out* représente un quart des entretiens et la santé sexuelle un peu moins de 10%.

Il est difficile d'apprécier le niveau d'utilisation de la ligne. En 2001, les associations romandes se sont momentanément retirées du projet car elles estimaient que le niveau d'utilisation n'était pas à la hauteur des coûts consentis. La Rainbow-line a néanmoins été réactivée en septembre 2002 avec des aménagements sur le plan organisationnel¹¹. Il est encore trop tôt pour se prononcer sur le succès de cette opération. En Suisse alémanique, la ligne fait l'objet de critiques. Son utilité a par endroits été remise en question^c.

Les interventions auprès des jeunes homo/bisexuels

La prévention du VIH/sida pour les jeunes homo/bisexuels s'appuie principalement sur les groupes de soutien 'jeunes gais', les dispositifs de conseil anonyme, des interventions ponctuelles

^a Malgré l'importance de cet écart, celui-ci doit être considéré avec prudence. D'une part, les femmes sont beaucoup moins nombreuses que les hommes à solliciter dr.gay.ch. D'autre part, une partie des plus jeunes ont recours au site, car elles recherchent des informations sur l'homosexualité dans le cadre de travaux scolaires.

^b Données non publiées, aimablement transmises par Pink Cross.

^c Sur ce point, voir l'évaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida 1999-2003¹.

dans les écoles et sur la brochure *Etre soi-même*^a. La prévention auprès de ces jeunes s'articule grosso modo autour de trois thématiques solidaires les unes des autres :

- acceptation de l'orientation homosexuelle pour soi-même et pour l'entourage (*coming out*) ;
- prévention du VIH/sida et des autres IST ;
- amélioration de la santé psychique (prévention du suicide et autres formes de morbidité psychologique).

Le VIH/sida ne figure pas au premier rang des préoccupations des jeunes homo/bisexuels (qu'il s'agisse des filles ou des garçons). Pratiquement, la prévention VIH s'insère dans un faisceau de demandes et de besoins plus ou moins exprimés, dont les plus importants consistent dans la rupture de l'isolement, la construction d'un réseau de soutien et de sociabilité, l'acquisition de modèles d'identification positifs et la construction d'une identité pour soi⁴. D'une manière générale, les interventions de prévention prenant appui sur les réseaux associatifs ne permettent pas de couvrir l'ensemble de la problématique. D'une part, le recours aux structures d'accueil, telles que les groupes de soutien, suppose que les jeunes homo/bisexuels aient déjà acquis un certain sens identitaire, d'autre part, l'accès aux ressources communautaires dépend pour beaucoup de l'information mise à disposition des jeunes dans les premières phases du questionnement sur leur orientation sexuelle.

- Les groupes 'jeunes gais'

Les groupes de soutien 'jeunes gais' ont pour fonction implicite de socialiser les jeunes en tant que gais ou lesbiennes, sans pour autant promouvoir un mode de vie homosexuel par trop stylisé, mais plutôt en renforçant leur capacité d'autodétermination par rapport à leur environnement et aux normes sociales. L'action de ces groupes s'inscrit dans une démarche d'éducation par les pairs qui, dans le domaine de la prévention VIH, peut favoriser la production de normes collectives favorables à l'adoption et au maintien des pratiques sexuelles sûres. Les échanges à l'intérieur de ces groupes permettraient de réaliser un travail d'éducation à la sexualité et à la santé adapté à la situation de ces jeunes.

A l'étranger, des évaluations de programmes de prévention à destination des jeunes homo/bisexuels attestent de l'utilité de ces groupes de soutien^b. Une évaluation québécoise d'un groupe similaire à ceux présents en Suisse montre notamment que la participation au groupe exerce une influence positive sur l'estime de soi et facilite le processus de *coming out*¹².

- Sensibilisation à l'homosexualité dans les milieux de l'éducation

Parmi les jeunes de 17-20 ans de la population générale, une personne sur deux n'a jamais reçu d'information sur l'homosexualité dans le cadre de l'enseignement scolaire (cf. chapitre 3.3 : Prévention VIH/sida dans l'éducation sexuelle à l'école).

^a Brochure produite par l'Aide Suisse contre le sida en collaboration avec diverses institutions. Elle s'adresse principalement aux jeunes en phase de questionnement sur leur orientation sexuelle. A ce titre, elle aborde différents thèmes, notamment le *coming out*, les relations avec les parents, la prévention du VIH/sida et des autres MST.

^b On notera néanmoins qu'il existe à ce jour très peu d'études d'évaluation des groupes de soutien 'jeunes gais'. Par ailleurs, dans la plupart des pays européens, les interventions auprès des jeunes homo/bisexuels sont souvent intégrées dans des programmes plus larges visant la population HSH en général, si bien qu'il est relativement difficile d'en faire un traitement séparé. Voir à ce sujet, l'étude 'populations particulières pour la prévention du sida : les jeunes hommes attirés par d'autres hommes'⁴.

En 1999, dans le sillage de la *gay pride* fribourgeoise, Pink Cross a créé la Commission Jeunesse et école^a (CJE) – avec la collaboration ou le soutien de l'ASS, de la LOS^b et de la FELS^c – afin de sensibiliser les enseignants et les directeurs d'établissement aux problèmes rencontrés par les jeunes homosexuels et les risques sanitaires qui y sont afférents. En 2001, Pink Cross a mené une vaste campagne de communication auprès des directeurs d'établissement scolaire. Si en Suisse allemande, la campagne n'a pas soulevé d'oppositions majeures, en Suisse romande certains cantons ont reproché à Pink Cross de faire du prosélytisme. Depuis, le fonctionnement de la CJE a été profondément modifié. Désormais, la gestion des contacts avec les établissements scolaires relève exclusivement de la compétence des intervenants (enseignants et psychologues), dont l'identité professionnelle est fortement mise en avant, au détriment de l'affiliation communautaire.

Pour les membres de la commission, la prévention du suicide chez les jeunes homo/bisexuels figure parmi les besoins prioritaires. Ils estiment que l'homosexualité reste un tabou pour de nombreuses directions d'école et de nombreux enseignants : soit ceux-ci considèrent qu'il appartient aux familles de traiter de cette thématique, soit ils craignent précisément la réaction des familles si ce thème venait à être abordé en classe. Il semblerait néanmoins qu'en Suisse romande, la *gay pride* permette d'atténuer ces difficultés : le fait que la *gay pride* ait lieu chaque année dans un canton différent permet de donner une visibilité inédite à l'homosexualité. Malgré l'agacement que la manifestation suscite dans certains esprits, le fait que celle-ci soit précédée d'une phase préparatoire d'un an environ amène la population locale et les acteurs institutionnels à réfléchir sur le thème de l'homosexualité (en particulier dans les milieux scolaires). Ce processus crée des conditions environnementales extrêmement favorables pour la prévention VIH qui pourront être exploitées par la suite.

Couverture du dispositif de prévention HSH

La couverture du dispositif de prévention pour les HSH est globalement satisfaisante. Le programme de l'ASS est implanté (voire renforcé) dans tous les centres urbains abritant une scène HSH importante ou représentant des pôles d'attraction pour les HSH des régions périphériques. S'agissant des cantons à composante plus rurale, la couverture est plus inégale. Si les cantons de Suisse centrale et orientale ainsi que le Tessin sont relativement bien couverts, les cantons du Mittelland (FR, JU, NE, SO) ainsi que le Valais sont relativement défavorisés. Une précédente évaluation avait notamment recommandé d'engager un ORW pour les cantons de Neuchâtel, Jura et Fribourg⁸, mais cette proposition n'a jamais été concrétisée. S'agissant des groupes de soutien 'Jeunes gays', on note avec satisfaction que ceux-ci sont présents dans plus de la moitié des cantons et semblent témoigner de remarquables capacités d'organisation et de coordination. Enfin, si les services de conseil anonyme et d'écoute téléphonique ont une couverture nationale, les supports de communication utilisés pour leur promotion sont inégalement diffusés sur le territoire. Les cantons urbains sont vraisemblablement beaucoup mieux couverts que les cantons à composante plus rurale.

^a Elle est principalement composée d'enseignants et de psychologues. Son action consiste à proposer des modules de formation et de sensibilisation à l'homophobie à l'intention du personnel enseignant et parascolaire, des interventions dans les classes à tous les niveaux, des conférences et ateliers auprès des associations concernées par l'éducation (parents, animateurs en éducation sexuelle, personnel santé, etc.) un soutien aux enseignant-e-s gays, lesbiennes et bisexuel-le-s.

^b Lesbische Organisation Schweiz (<http://www.los.ch>).

^c FreundInnen und Eltern von Lesben und Schwulen (<http://www.fels-eltern.ch>).

Synthèse

Le tableau ci-après présente une synthèse des principaux aspects de la mise en œuvre des actions de prévention auprès des HSH.

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Programme national HSH	▪ site internet www.drgay.ch	▪ ASS	▪ conseil anonyme et personnalisé (trois langues nationales)	▪ tout le territoire national ▪ accessible en permanence
	▪ outreach workers (parfois épaulés de bénévoles)	▪ ASS et antennes locales ASS	▪ conseil anonyme et personnalisé sur les <u>lieux de rencontres anonymes</u> ▪ remise de matériel de prévention	▪ plutôt en milieu urbain ▪ présence régulière – mais peu fréquente – suivant les cantons
			▪ conseil anonyme et personnalisé sur la <u>scène commerciale gaie</u> ▪ matériel de prévention ▪ 'sensibilisation' des gérants d'établissements et des clients	▪ plutôt en milieu urbain ▪ couverture globalement bonne
Projets émanant d'ONG	▪ central téléphonique (Rainbow Line) / allemand	▪ Pink Cross (coordination)	▪ écoute, conseil anonyme et personnalisé, orientation dans le réseau d'aide	▪ tout le territoire alémanique ▪ réponse six jours sur sept
	▪ central téléphonique (Rainbow Line) / français	▪ Vogay / Pink Cross (coordination)		▪ tout le territoire romand ▪ réponse six jours sur sept ▪ interruption durant une partie de la période de référence, suivie d'une réorganisation
	▪ central téléphonique (Linea gay Ticino) / italien	▪ Pink Cross		▪ Tessin ▪ réponse quasi en permanence (natel)
	▪ groupes de soutien Jeunes gays	▪ groupes autonomes Jeunes gays ▪ antennes locales ASS	▪ soutien par les pairs, construction identitaire ▪ prévention des IST (objectif secondaire)	▪ plutôt en milieu urbain ▪ en Suisse alémanique : interventions à l'occasion des journées de <i>coming out</i>
	▪ interventions en milieu scolaire	▪ Commission jeunesse et école/ Aiuto Aids Ticino	▪ sensibilisation des milieux de l'éducation aux problèmes des jeunes gays	▪ Suisse alémanique : couverture plus ou moins bonne selon les villes ▪ Suisse romande : couverture par un groupe de formation ▪ Tessin : interventions-pilote

3.4.2 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<p>■ Les interventions de prévention prenant appui sur le réseau commercial gay sont bien accueillies par les gérants des établissements (toutes catégories confondues). Cependant, leur seule bienveillance ne garantit pas forcément une visibilité suffisante pour la prévention. Dans la mesure où celle-ci se limite à une distribution passive de matériel, elle peut se révéler inefficace.</p>	<p>⇒ Tout en entretenant la bienveillance des gérants, il faut s'efforcer de développer des interventions ciblées sur les clients des établissements gays.</p>
<p>■ Dans les établissements de consommation sexuelle (saunas, <i>sex clubs</i>, <i>backrooms</i>), la mise à disposition de matériel de prévention revêt une importance primordiale, car elle prend place dans un contexte où l'exposition aux risques d'infection à VIH est potentiellement élevée. Or, en matière de prévention, le rôle et les responsabilités des gérants ne sont pas définis. Il n'existe aucune règle concernant la mise à disposition de matériel de prévention à l'usage de la clientèle.</p>	<p>⇒ Dans les établissements de consommation sexuelle, la mise à disposition de matériel de prévention à l'usage de la clientèle doit faire l'objet de normes précises et durables, assorties d'un système efficace de contrôle et de sanctions. Ces normes doivent être établies de manière à favoriser la convergence d'intérêts, entre les gérants, leur clientèle et la santé publique. Une charte pourrait permettre d'atteindre ces objectifs.</p>
<p>■ Les interventions sur les lieux de rencontres anonymes permettent d'atteindre une population HSH hétérogène, recherchant l'anonymat, et qui ne serait pas forcément accessible ailleurs.</p>	<p>⇒ Il faut maintenir, voire renforcer la prévention sur les lieux de rencontres anonymes, en particulier sur ceux connus pour être les plus fréquentés, et installer des distributeurs de préservatifs là où leur présence est adéquate.</p>
<p>■ Le VIH/sida ne figure pas au premier rang des préoccupations des jeunes homo/bisexuels (qu'il s'agisse des filles ou des garçons). Pratiquement, celle-ci s'insère dans un faisceau de demandes exprimées et/ou de besoins, dont les plus importants consistent dans la rupture de l'isolement, la construction d'un réseau de soutien et de sociabilité, l'acquisition de modèles d'identification positifs et la construction d'une identité pour soi. Malgré tous les avantages que représentent les interventions communautaires pour la prévention du VIH/sida, celles-ci ne couvrent pas l'ensemble de la problématique. En effet, les actions élaborées sur la base des réseaux associatifs sont limitées car le recours aux structures d'accueil, telles que les groupes de soutien, suppose que les jeunes homo/bisexuels aient déjà acquis un certain sens identitaire, mais surtout qu'ils aient pu bénéficier d'un accès adéquat à l'information.</p>	<p>⇒ Il faut veiller à ce que les jeunes homo/bisexuels puissent entrer le plus tôt possible en relation avec des ressources qui leur permettent de surmonter les difficultés auxquelles ils sont amenés à faire face. Concrètement, il s'agit d'établir une stratégie et un dispositif de soutien et de prévention impliquant les milieux communautaires, les services d'écoute téléphonique et Internet, les intervenants du milieu médical, l'école, les parents et les enseignants sensibilisés à la thématique de l'homosexualité à l'adolescence (cf. Figure 6.7.1 dans l'annexe pour ce chapitre). En Suisse, les principales composantes de ce dispositif semblent être présentes, bien que diversement développées :</p> <ul style="list-style-type: none">■ La promotion des services d'écoute et de conseil devrait être renforcée et surtout étendue aux écoles.■ Le travail effectué dans le cadre des groupes 'Jeunes gays' devrait être mieux reconnu et soutenu en conséquence. Il faut en outre susciter et accompagner la création de tels groupes dans les régions où ils manquent.

Conclusions	Recommandations
<p>■ On observe une augmentation continue du nombre d'utilisateurs du site Internet www.drgay.ch. Ce site constitue une source d'information importante en matière de prévention du VIH/sida ainsi que d'autres risques sanitaires. Malgré son audience croissante, on note un certain déséquilibre dans la répartition des utilisateurs selon leur lieu d'habitation et leur âge. Les utilisateurs des cantons faiblement urbanisés et les hommes de moins de 20 ans sont sous-représentés. Ces écarts sont vraisemblablement liés aux moyens utilisés pour la promotion du site (la presse identitaire) et à leur couverture.</p>	<p>⇒ Certaines pistes restent encore à explorer, notamment en ce qui concerne le conseil que les parents, sensibilisés à la thématique de l'homosexualité, peuvent apporter à d'autres parents afin de les guider et de les soutenir dans la démarche d'acceptation de l'orientation homo/bisexuelle de leur fils ou de leur fille.</p> <p>⇒ Une diversification ciblée des supports de communication augmenterait les chances d'atteindre des HSH plus difficiles d'accès (les jeunes en particulier). Ce faisant, il faut veiller à ce que drgay.ch soit doté des moyens suffisants pour répondre à la demande.</p>

3.4.3 Les travailleuses du sexe

La prostitution constitue un des domaines prioritaires pour la prévention du VIH/sida. En Suisse, c'est avant tout dans les lieux fermés que le marché de la prostitution est le plus important. Il s'est considérablement développé ces dernières années, alimenté par d'importants flux migratoires.

Sur mandat de l'OFSP, l'Aide suisse contre le sida (ASS) a développé et coordonne le programme APiS (*Aids-Prävention im Sexgewerbe*) qui s'adresse essentiellement aux femmes migrantes. Mis en œuvre localement par les antennes de l'ASS ou par des organisations d'aide aux prostituées, ce programme repose sur le principe de la médiation culturelle : des femmes – prostituées ou non – issues des mêmes 'cercles culturels et linguistiques' que les migrantes travaillant dans le commerce du sexe vont à leur rencontre sur leurs lieux de travail, les conseillent et leur distribuent du matériel d'information et de prévention.

En 2003, le programme APiS est implanté dans une quinzaine de régions (Tableau 3.5). Il emploie une trentaine de médiatrices dont le taux d'activité se situe autour de 20%^a. Celles-ci bénéficient d'une supervision de la part de professionnels du secteur social ou de collaborateurs d'organisations membres ou partenaires de l'ASS¹³. L'ASS coordonne également un projet de prévention à destination des consommateurs de sexe payant (Don Juan), lequel sera abordé plus loin.

^a On ne dispose pas d'informations exhaustives concernant les taux d'activité cumulés dans les différents cantons. Le nombre de médiatrices au niveau local varie entre 1 et 7 (Zurich).

Tableau 3.5 Couverture du programme APiS

Canton	Organisation	Canton	Organisation
AG	Aids-Hilfe Aargau	SZ	Fachstelle für Aidsfragen
BS	Aids-Hilfe beider Basel	TH/Schaffhausen	Aids-Hilfe Thurgau Schaffhausen
BE	Xenia*	TI	Aiuto Aids Ticino/Venere
GR	Aids-Hilfe Graubünden	VD	Fleur de Pavé*
GE	Aspasie*	VS	Antenne sida du Valais romand
Lichtenstein	Aids-Hilfe Liechtenstein	ZH	Aids-Infostelle Winterthur
LU	Aids-Hilfe Luzern	ZH	Isla Victoria Zurich*
SG/AI/AR	Fachstelle für Aids- und Sexualfragen (AHSGA)		

* Organisations locales d'aide aux prostituées

Source : ASS

Au niveau local, le programme APiS est mis en œuvre en parallèle avec d'autres projets de prévention à destination des travailleuses du sexe. Ces projets locaux sont généralement mis sur pied par des organisations d'aide aux prostituées ou par des acteurs du réseau socio-sanitaire local. A des degrés divers, ces organisations tendent à élargir leur champ d'intervention en offrant leur soutien dans d'autres domaines que la prévention VIH^a. C'est en particulier le cas pour les artistes de cabaret qui arrivent en Suisse sans connaître aucune des langues nationales et qui ont une connaissance imparfaite de leurs droits^b (salaires, assurances sociales, protection juridique, etc.). Les projets locaux ciblent non seulement les migrant(e)s – comme le fait le projet APiS – mais également les femmes bien intégrées qui exercent la prostitution en toute légalité et de manière professionnelle, les consommatrices de drogues illégales, et, dans une moindre mesure, les femmes affiliées à des agences d'*escort* ou les femmes travaillant occasionnellement dans le commerce du sexe^c.

Prostitution et migration

La grande majorité des travailleuses du sexe sont des migrantes. Un grand nombre d'entre elles sont entrées en Suisse avec un permis d'artiste (permis L) ou de tourisme. D'autres sont des clandestines. Ces femmes travaillent principalement dans des cabarets, bars à champagne, salons de massage, saunas, *sex clubs* ou encore dans la rue. Principales bénéficiaires du programme APiS, ces travailleuses tendent à cumuler les facteurs de vulnérabilité (cf. chapitre 2.5 Les travailleurs du sexe, en Suisse et en Europe).

^a C'est également le cas du programme APiS, lequel reste néanmoins très centré sur la prévention du VIH/sida et des autres IST.

^b Dans certains cantons, le contrôle des habitants coopère avec les organisations d'aide aux prostituées et transmet aux artistes de cabaret, dès leur arrivée, une brochure d'information conçue par ou en collaboration avec les organisations d'aide aux prostituées.

^c Il n'existe pas de projet formel de prévention VIH pour les femmes travaillant pour des agences d'*escort*. Celles-ci sont vraisemblablement très difficiles d'accès, y compris par téléphone.

- Les artistes de cabaret

D'après la législation en vigueur, les artistes de cabaret détentrices d'un permis L ne sont pas autorisées à exercer une autre activité lucrative que celle explicitement prévue dans leur contrat de travail. En pratique, cette exigence n'est pas respectée et beaucoup d'artistes de cabaret exercent illégalement la prostitution. Lorsque leur permis de séjour arrive à terme, certaines d'entre elles glissent dans la clandestinité. Dans ce contexte, les actions de prévention auprès de ces femmes dépendent pour beaucoup de la coopération des gérants d'établissement. D'une manière générale, ceux-ci ne s'opposent pas aux visites des médiatrices. Dans le canton de Vaud, par exemple, ces visites sont préalablement annoncées et bénéficient du soutien des autorités sanitaires (médecin cantonal). De cette manière, les visites s'effectuent en présence de toutes les femmes et dans de bonnes conditions. Mais il arrive également que, sciemment, les gérants ne reconnaissent pas le fait que leurs employées exercent la prostitution en marge de leur activité de danseuse. C'est notamment le cas au Tessin où la plupart des gérants font obstacle à toute intervention durant les heures de travail des artistes^a. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : à Lausanne, en 2001, 788 des 900 danseuses recensées ont bénéficié d'une intervention des médiatrices contre seulement 26 au Tessin alors que, dans ce canton, 1609 permis L avaient été délivrés durant l'année. Cet exemple montre l'importance du traitement socio-politique de la prostitution à l'échelle cantonale. Celui-ci peut, le cas échéant, créer des difficultés pratiques pour la prévention.

D'autres difficultés peuvent faire obstacle à l'action préventive. Par exemple, les ressortissantes d'Europe centrale et orientale ne se définissent pas forcément comme prostituées et, de ce fait, déclarent ne pas être concernées par les interventions de prévention. Le savoir-faire des médiatrices permet néanmoins de contourner ces difficultés et de faire passer les messages de prévention.

- Les travailleuses du sexe dans les salons, bars, hôtels, clubs

Dans les salons de massage, les bars à champagne, les clubs et les hôtels, le nombre de femmes migrantes est également nettement supérieur à celui des Suissesses. Certaines d'entre elles possèdent un permis de travail, voire un permis de tourisme, d'autres exercent la prostitution dans la clandestinité. De nombreux obstacles rendent le contact difficile avec ces différentes catégories de travailleuses : la méfiance des femmes en situation irrégulière, leur difficile localisation, l'accès refusé à certains salons. Pour ces différentes raisons, auxquelles il faut ajouter la faible dotation des programmes locaux en ressources humaines et financières, les interventions ne couvrent de loin pas la totalité des établissements visés.

- Pertinence et acceptation du programme APiS

En règle générale, aussi bien dans les cabarets que dans les autres lieux fermés auxquels les médiatrices peuvent accéder, leur action est bienvenue. On note que dans les espaces explicitement consacrés à la prostitution, le conseil est plus direct. La distribution de préservatifs et de lubrifiants ainsi que du matériel d'information est indispensable pour établir un premier contact. Cela facilite l'entrée dans un conseil personnalisé.

Dans les deux types d'établissement (cabarets et salons), le programme APiS jouit d'une notoriété qui, à moyen terme, facilite le travail de prévention. Alors que, dans ce secteur, les femmes sont extrêmement mobiles, l'approche privilégiée par le programme ainsi que le matériel qu'il produit sont homogènes d'une région à l'autre. Il est par conséquent facilement reconnaissable par les femmes qui l'avaient déjà rencontré ailleurs ou qui en avaient entendu parler. La noto-

^a Dans le cas d'espèce, les médiatrices vont à la rencontre des prostituées durant le temps libre de ces dernières (matin ou après-midi).

riété des interventions permet ainsi d'établir rapidement un rapport de confiance avec le public-cible et contrebalance les difficultés liées à la rotation rapide des femmes dans ce secteur d'activité. Par ailleurs, il n'est pas rare que les médiatrices soient averties de l'arrivée de nouvelles travailleuses. De même, les gérants tendent à accorder davantage de temps aux médiatrices pour effectuer leur travail.

L'aiguillage vers différentes structures d'accueil est l'une des prestations les plus appréciées par les travailleuses du sexe. Des femmes ne seraient jamais entrées en contact avec le réseau médico-social (en particulier le planning familial) sans l'encouragement des médiatrices. Celles-ci n'hésitent pas à les y accompagner personnellement lorsque cela est nécessaire. D'une manière générale, c'est dans le cadre de prestations élargies à d'autres problèmes sanitaires ou sociaux que la prévention VIH est la mieux placée et acceptée.

Prostitution et consommation de drogues illégales

La situation des prostituées toxicodépendantes est des plus précaires. Se prostituant pour financer leur consommation de drogue, ces femmes ne s'identifient pas à la profession et sont rejetées par les autres prostituées. Chassées des lieux traditionnels de prostitution, elles recrutent leur clientèle dans des endroits peu sûrs et constituent des proies faciles pour des clients violents. Elles travaillent fréquemment pour d'autres personnes, leur 'ami' ou leur dealer. Elles se trouvent ainsi dans une situation de dépendance multiple qui peut les amener à accepter des pratiques sexuelles peu sûres, que celles-ci soient imposées par le client ou acceptées pour des motifs financiers.

A mi-chemin entre les interventions du réseau 'prostitution' et celles du réseau 'toxicomanie', ces femmes ont des besoins qui nécessitent des interventions particulières. Dans les grandes villes, des structures leur offrent un accueil spécifique (notamment à Lausanne, Bâle, Genève, Zurich). Adaptées à leur rythme de vie et à leurs besoins, ces structures prennent en compte la plupart des problèmes auxquels elles sont confrontées. La prévention du VIH/sida n'est pas systématiquement un thème premier, mais un thème abordé lorsque les circonstances le permettent. Si le matériel de prévention (seringues propres, préservatifs, brochures, etc.) est bien accepté par le public-cible, l'offre de conseil nécessite que les intervenantes soient parvenues à établir une relation de confiance avec leur clientèle car le sujet n'est pas forcément bienvenu.

Dans les villes petites et moyennes, ces femmes sont atteignables dans les structures bas seuil (SBS) du réseau toxicomanie. Fréquentées majoritairement par des hommes et peu familiarisées à la thématique de la prostitution, ces structures ne sont pas toujours adaptées au traitement des problèmes liés à la prostitution. Les formations proposées par l'ASS aux intervenants spécialisés dans la thématique des dépendances sont de nature à réduire ces problèmes.

La prostitution professionnalisée

Il s'agit des travailleuses du sexe professionnelles et reconnues comme telles. Ces femmes s'identifient largement à leur travail et ont bien intégré les normes de prévention VIH. On trouve dans ce segment des femmes suisses et des étrangères qui travaillent en toute légalité. Celles-ci font notamment partie du public-cible du programme APiS. C'est dans ce segment que l'on trouve les associations de prostituées.

Escort et prostitution occasionnelle

Les femmes qui travaillent en qualité d'*escort* ou qui se prostituent de façon occasionnelle sont difficilement accessibles par la prévention, d'une part parce qu'elles ne s'identifient pas au métier de prostituée, d'autre part, parce que les possibilités de contact sont extrêmement rédui-

tes. Dans les milieux de la prévention, on considère que ces femmes ont des difficultés à utiliser le préservatif avec leurs clients. Elles sont en outre plus ou moins dépendantes de leur agence et dissimulent leur activité à leur entourage. Actuellement, il n'existe aucune intervention spécifiquement consacrée à ce segment de prostitution.

Couverture du dispositif de prévention pour les travailleuses du sexe

La couverture du dispositif de prévention (APiS et autres projets) pour les femmes engagées dans le commerce du sexe est globalement satisfaisante dans les grandes agglomérations. Les interventions y sont relativement nombreuses et adaptées en fonction des différents segments de la prostitution. S'agissant des cantons situés à la périphérie des grands centres urbains, la couverture est plus inégale. Si on ne tient compte que du programme APiS, on observe des défauts de couverture plus ou moins identiques à ceux relevés pour le programme HSH (cf. 3.4.1). En l'occurrence, dans les cantons du Mittelland (NE, JU, FR, SO), le programme APiS n'est pas implanté. Or, rien n'indique que la prostitution est un phénomène marginal dans ces cantons. Rien qu'en ville de Neuchâtel, la police municipale recense annuellement entre 500 et 600 artistes de cabaret au bénéfice d'un permis L¹. Et pourtant, jusqu'à une date récente (mai 2003), aucune intervention de prévention n'a été spécifiquement menée auprès de ces femmes^a. De même, dans le canton de Fribourg, plus de 600 autorisations de séjour (permis L) ont été délivrées à des artistes de cabaret entre le premier novembre 2001 et le 31 octobre 2002^b. Toutes sont originaires de pays extérieurs à l'Union européenne (pour l'année en cause). Malgré l'importance de cet effectif, aucun projet de prévention n'a vu le jour durant ces dernières années. On ignore quelle est exactement la situation dans les autres cantons où le programme APiS n'a pas été implanté^c.

Réglementation de la prostitution et lobbying

C'est principalement aux cantons que revient la compétence de réglementer la prostitution. A ce titre, plusieurs d'entre eux ont entrepris ces dernières années de réformer leur législation sur la prostitution dans le but de mieux contrôler ce secteur d'activité (notamment par le biais d'un enregistrement obligatoire des travailleuses et travailleurs du sexe). Il n'est pas question dans ce rapport d'entrer dans le détail des réformes abouties ou en cours dans les différents cantons. On rappellera simplement que le cadre légal et administratif détermine assez fortement les possibilités d'accès aux travailleuses(-eurs) du sexe. Certaines dispositions relatives aux permis de séjour et aux conditions d'exercice de la prostitution comportent des aspects qui créent des difficultés

^a Le Groupe sida Neuchâtel (GSN) a souhaité mettre en route le programme APiS, mais il n'a obtenu qu'un tiers des ressources financières qui étaient nécessaires. En mai 2003, une intervention réduite, en collaboration avec l'Office cantonal chargé de délivrer les permis L, a néanmoins pu voir le jour. Lorsque les artistes viennent retirer leur permis de travail (un jour identique pour toutes les 'nouvelles' artistes au cours du mois), celles-ci sont obligatoirement reçues par deux intervenantes du GSN qui les conseillent par rapport au VIH/sida, ainsi que dans d'autres domaines. Ce conseil reste général et n'aborde pas la prévention dans le cadre de la prostitution : d'une part, parce que les artistes de cabarets avec un permis L ne sont pas autorisées à se prostituer (contrainte administrative et légale liée au lieu où le conseil prend place), d'autre part, parce que certaines d'entre elles ne savent pas encore qu'elles « ... seront probablement amenées à se prostituer ».

^b Information transmise par le chef de section du Service de la population et des migrants du canton de Fribourg.

^c Pour le canton de Soleure, on pourra notamment se référer à l'étude de cas réalisée par Kübler et al³⁶.

pratiques pour la prévention^a. Dans le meilleur des cas, les acteurs de la prévention sont associés activement aux processus législatifs en cours. Cette participation est nécessaire non seulement pour limiter les effets négatifs des nouvelles dispositions légales et administratives, mais aussi pour représenter les intérêts des travailleuses du sexe (notamment les plus marginalisées). On ajoutera qu'en l'absence de structures communautaires suffisamment organisées et stables, les acteurs de la prévention sont les seuls acteurs susceptibles de faire entendre la voix des travailleuses du sexe dans le système social et politique. En ce sens, ils se livrent à une activité de lobbying orientée vers l'amélioration des conditions cadre de la prostitution^b.

La prévention auprès des consommateurs de sexe payant (Projet Don Juan)

Depuis 1999-2000, sur mandat de l'OFSP, l'ASS et ses organisations partenaires conduisent le projet Don Juan, destiné aux clients de prostituées¹⁴. Concentré localement sur quelques soirées, le projet consiste en un conseil en face-à-face avec les clients (éducation en face-à-face). Ces entretiens ont généralement lieu sous une tente dressée spécialement à cette occasion dans les quartiers 'chauds', voire directement dans les établissements concernés. Le tableau ci-dessous décrit la couverture du projet entre 2000 et 2003.

Tableau 3.6 Couverture du projet Don Juan entre 2000 et 2003

Année	Villes/régions
2000	Genève, Lausanne, Saint-Gall, Bâle, Lucerne, Coire, Tessin
2001	Berne, Bâle, Coire, Genève, Lausanne, Zurich
2002	Bienne, Bâle, Zurich, Coire, Genève, Lausanne, Zurich, Tessin
2003 (en cours)	Bâle, Zurich, Fribourg*, Lausanne, Genève

* L'édition fribourgeoise de Don Juan (septembre 2003) a notamment pour objectif de sensibiliser les autorités au problème de la prostitution. Elle est mise en œuvre par Empreintes, organisation membre de l'ASS.

Source : ASS

En 2002, quarante interventions au total ont été réalisées dans les différentes villes (5 soirées dans chaque ville, le double à Zurich). Les intervenants (2 à 5 par ville) sont entrés en contact avec plus de 2780 clients, dont environ 50% ont refusé de participer à un entretien (le taux de refus se situe autour de 50% à ZH et entre 20 et 30% dans les autres villes). D'après les observations des intervenants, les connaissances du public-cible par rapport au VIH/sida sont lacunaires et particulièrement faibles en ce qui concerne les autres IST.

D'une façon générale, les actions Don Juan bénéficient d'un accueil favorable. Les clients ayant accepté l'entretien se montrent dans l'ensemble réceptifs aux actions de prévention et apprécient le fait qu'un conseil spécifique leur soit prodigué. Les travailleuses du sexe sont quant à elles des bénéficiaires indirectes de l'intervention. La plupart d'entre elles se sentent davantage soutenues et apprécient particulièrement le fait que l'on responsabilise également les clients. En outre, ces interventions sont de nature à faciliter la négociation de la protection dans

^a Celles-ci ne sont pas sans rappeler les conflits d'intérêt qui ont émergé entre la police et la santé publique lors des premières mesures de réduction des risques pour les consommateurs de drogues.

^b A ce titre, on note l'existence d'un réseau suisse de défense des personnes travaillant dans les métiers du sexe (ProCoRE : prostitution collectif de réflexion). Ce groupe rassemble une vingtaine d'organisations actives dans le champ de la prostitution féminine et masculine. Sa charte accorde une place importante à la prévention et à la promotion de la santé.

le cadre de rapports sexuels payants. Enfin, dans la plupart des villes Don Juan semble avoir bénéficié d'une bonne couverture médiatique, laquelle favorise la prise de conscience de la population par rapport à la thématique du VIH/sida dans le commerce du sexe.

Les organisations partenaires souhaitent de façon unanime que l'action soit reconduite à l'avenir. Celle-ci s'est depuis prolongée sur Internet grâce au site www.don-juan.ch, mis en ligne par l'ASS en février 2003 (projet pilote). Ce site diffuse des informations précises sur le VIH/sida ainsi que sur les autres IST et 'teste' les clients sur leurs attitudes et comportements vis-à-vis des travailleuses du sexe.

Les programmes de prévention en comparaison internationale

Une revue de littérature² portant sur des projets d'intervention à destination des travailleuses(-eurs) du sexe (en Europe) a permis de mettre en évidence de nombreuses similitudes, tant au niveau du contenu des interventions que de leur mise en oeuvre. Les programmes actifs en Suisse partagent la plupart de ces similitudes³.

- **Prévention**

En règle générale, tous les projets comportent une forte dimension préventive. La diffusion de conseils par rapport aux IST et la remise de matériel de prévention est une de leurs principales composantes. Beaucoup offrent en outre des prestations sanitaires (tests, examens, vaccinations, soins) et des prestations sociales principalement orientées vers les besoins des personnes les plus marginalisées (migrants en situation irrégulière).

- **Complémentarité avec les dispositifs sanitaires existants**

Les projets s'inscrivent dans une perspective de complémentarité avec les dispositifs sanitaires et sociaux existants. En principe, ils proposent des prestations n'existant pas dans le réseau ou inaccessibles pour des raisons administratives (pas délivrées aux non-ayants droit), organisationnelle (horaires, éloignement des zones où se déroule l'activité des prostituées) ou psychosociales (n'offrant pas la qualité d'accueil – non jugement – souhaitée par les travailleurs du sexe). Plutôt que de créer de nouvelles structures, les projets cherchent à tirer le meilleur parti de l'existant. Le travail de mise en réseau et d'adaptation de ce qui est potentiellement disponible est important. Il porte en particulier sur la transformation des représentations sociales négatives qui stigmatisent les travailleurs du sexe et peuvent entraîner des attitudes de rejet ou de mépris de la part des intervenants devant s'occuper d'eux. Il comporte aussi une dimension importante d'accompagnement des travailleurs du sexe lors de leurs démarches auprès d'organismes (spécialement public) dont ils redoutent les réactions.

- **Intervention des 'pairs' et des médiateurs culturels**

Le travail accompli dans les structures spécifiquement dédiées aux travailleurs du sexe fait en particulier appel à l'intervention des 'pairs' et de médiateurs culturels. Il s'agit de personnes familières avec le milieu de la prostitution pour y avoir elles-mêmes travaillé et qui, comprenant les enjeux et les modalités de ce type d'activité, sont mieux accueillies et considérées a priori comme plus crédibles que d'autres intervenants^b. Dans un contexte marqué par l'importance des flux migratoires, le rôle des médiateurs culturels apparaît aussi de première importance. Ces intervenants jouent un rôle de relais entre des personnes provenant d'univers différents et dont les repré-

^a Cette étude portait également sur les programmes à destination des prostitués masculins.

^b Toutes les déclinaisons locales du programme MSW de l'ASS n'ont pas forcément recours à des multiplicateurs issus du public-cible. On notera cependant que les travailleurs du sexe participent à l'élaboration des brochures diffusées dans le cadre de ce programme.

sentations et comportements doivent être perçus dans une perspective interculturelle. A ces intervenants s'ajoutent, selon les spécificités du projet, des intervenants possédant différents profils professionnels (personnel médical et infirmier, travailleurs sociaux, juristes, etc.).

▪ Ressources

De nombreux projets ont été mis sur pied par des organismes non gouvernementaux sans but lucratif. Leur fonctionnement est assuré au moyen de subventions allouées par les collectivités publiques ainsi que par des soutiens offerts par des œuvres privées (fondations). Les ressources allouées sont souvent inadaptées à la nature, à la variété et à l'acuité des problèmes rencontrés sur le terrain. Elles ne sont par ailleurs souvent garanties que pour une période réduite. Manque de ressources et incertitudes quant à l'avenir constituent un souci partagé par les animateurs de très nombreux projets. Ils ont un impact négatif sur la politique du personnel (salaires non assurés, perte de motivation, difficulté à fidéliser les collaborateurs et plus spécialement les pairs – généralement les moins bien considérés en termes de reconnaissance salariale).

▪ Acceptation par les publics-cible

A de très rares exceptions près, les projets constatent que leurs prestations trouvent un public et que celui-ci fait état d'un niveau de satisfaction élevé. Ils mettent cependant en évidence les difficultés qu'ils rencontrent à toucher certains secteurs de la prostitution (services d'escorte, personnes offrant leurs services sur Internet, mineurs, etc.) et les problèmes que leur pose une immigration clandestine rendue encore plus discrète en raison des mesures légales ou de police prises à son égard et que leurs ressources limitées ne permettent pas d'atteindre.

Synthèse

Le tableau ci-après présente une synthèse des principaux aspects de la mise en œuvre des actions de prévention auprès des travailleuses du sexe.

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Programme national APIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ outreach workers ▪ médiateurs culturels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASS ▪ ONG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conseil, matériel prophylactique et orientation dans le réseau socio-sanitaire pour les <u>prostituées migrantes</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dans une quinzaine de régions ▪ bonne couverture dans les grandes villes mais couverture irrégulière ailleurs
Projets émanant d'ONG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ outreach workers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ONG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conseil, matériel prophylactique, prestations sociales et sanitaires ▪ en plus, matériel d'injection destiné aux prostituées toxicomanes et aux femmes travaillant dans des secteurs en relation étroite avec la prostitution (établissements de nuit) ▪ lobbying auprès des autorités politiques et administratives 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ globalement satisfaisante dans les principaux centres urbains mais médiocre en dehors de ceux-ci ▪ les interventions dans les établissements nocturnes sont loin d'être généralisées ▪ aucune intervention spécifique auprès des <i>escort girls</i>
Projet national 'Don Juan' destiné aux clients de prostituées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ outreach workers ▪ site Internet www.don-juan.ch 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASS ▪ ONG ▪ ASS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conseils aux clients de prostituées ▪ informations sur VIH et autres IST, auto-évaluation des attitudes et comportements envers prostituées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ quelques soirées dans un nombre limité de villes (7 en 2000, 6 en 2001, 8 en 2002) ▪ début en 2003 en phase pilote

3.4.4 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<p>■ Le milieu de la prostitution est très hétérogène, tant du point de vue des populations concernées, que du point de vue des lieux d'exercice de la prostitution. Il comprend ainsi plusieurs catégories de travailleuses du sexe qui ne se conçoivent pas toutes comme prostituées. Une partie d'entre elles ne sont pas du tout accessibles aux interventions de prévention et/ou vivent dans un état de subordination ou de dépendance multiple. Cette hétérogénéité implique que les interventions de prévention soient différenciées et correspondent aux conditions dans lesquelles les travailleuses du sexe exercent leur activité et la manière dont elles se représentent cette activité.</p>	<p>⇒ L'hétérogénéité du milieu de la prostitution implique que les interventions de prévention soient différenciées et correspondent aux conditions dans lesquelles les travailleuses du sexe exercent leur activité et la manière dont elles se représentent cette activité.</p>
<p>■ Le cadre légal détermine assez fortement les possibilités d'accès des interventions aux travailleuses du sexe, en particulier les ressortissantes de pays étrangers. Certaines dispositions législatives et administratives relatives aux permis de séjour et aux conditions d'exercice de la prostitution comportent des aspects qui créent des difficultés pratiques pour la prévention.</p>	<p>⇒ Les acteurs de la prévention doivent être associés activement aux processus législatifs à venir ou encore en cours dans les cantons.</p>
<p>■ L'accès aux publics-cible est facilité par trois facteurs au moins : a) l'appui actif des autorités sanitaires, b) la coopération des gérants de commerce de sexe à l'égard des interventions de prévention, c) la stabilité et la notoriété des interventions.</p>	<p>⇒ Afin de maintenir et d'élargir cet accès facilité aux publics-cibles, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none">■ rechercher l'appui actif des autorités sanitaires et entretenir la bienveillance des gérants d'établissement (ou des agences) ;■ contraindre les gérants non coopératifs à accueillir les interventions de prévention ;■ s'efforcer de rassembler les intervention de même type sous un label commun reconnaissable par les publics-cible et les gérants de commerce de sexe.
<p>■ Pour les travailleuses du sexe, la prévention du VIH/sida n'est pas forcément au cœur de leurs préoccupations. Elles sont le plus souvent confrontées à une multiplicité de problèmes juridiques, sociaux et sanitaires. A ce titre, on note que c'est dans le cadre de prestations élargies à ces différents problèmes que la prévention VIH est la mieux placée et acceptée.</p>	<p>⇒ Afin de répondre au mieux à ces besoins, il faut s'efforcer d'obtenir des accords formels avec le réseau socio-sanitaire de manière à ce que les travailleuses du sexe soient acceptées dans les dispositifs vers lesquels elles sont aiguillées. Il faut en outre attirer l'attention des autorités sanitaires cantonales sur la nécessité d'adapter les modalités de fonctionnement des services de santé aux caractéristiques de cette population (horaires, formation et attitude du personnel de soins).</p>

Conclusions	Recommandations
<p>■ L'efficacité des interventions dépend d'un engagement à long terme, à la fois au niveau du programme national (APiS), des interventions et des intervenantes elles-mêmes. La nécessité de viser le long terme n'est pas compatible avec un mode de financement à courte échéance qui, d'une part, peut avoir des effets négatifs sur l'engagement et les conditions de travail des intervenantes et, d'autre part, oblige les responsables de projets à consacrer un temps précieux à la recherche de fonds.</p>	<p>⇒ Un allongement de la durée des contrats de prestations conclus entre les administrations cantonales ou municipales (voire fédérales) et les ONG concernées serait nécessaire.</p>
<p>■ La prostitution est un phénomène en constante mutation et associé à d'importants flux migratoires.</p>	<p>⇒ Etant donné l'importante composante migratoire et la mutation constante du phénomène de la prostitution, il est important que les projets suisses de prévention pour les travailleuses du sexe, à l'instar des autres projets nationaux (projets MSW et HSH), soient représentés dans les réseaux européens correspondants (Europap/Tampep^a).</p>
<p>■ Les interventions de prévention auprès des clients de la prostitution (projet Don Juan) sont particulièrement appréciées par les travailleuses du sexe. La responsabilisation et la sensibilisation de ces derniers par rapport aux risques d'infection à VIH (ou autres IST) sont de nature à renforcer les capacités de négociation des travailleuses du sexe.</p>	<p>⇒ Le succès que ces interventions ont rencontré auprès des différentes parties prenantes plaide en faveur de leur maintien et de leur développement.</p>

3.4.5 Les travailleurs du sexe

La prostitution masculine s'exerce plus ou moins ouvertement dans les grandes villes, à l'approche des gares, dans les saunas, dans certains clubs ou bars homosexuels. Elle est présente sur Internet, dans certains titres de la presse homosexuelle et dans des quotidiens régionaux. D'après l'ASS, on compte aujourd'hui en Suisse entre 1000 et 2500 travailleurs du sexe¹⁵.

Depuis 1999, l'ASS coordonne, sur mandat de l'OFSP, le projet MSW (*Male Sex Work*), soit un programme de prévention spécifiquement adressé aux travailleurs du sexe masculins^b. Au niveau local, le programme est mis en œuvre par un ORW affilié à une antenne de l'ASS ou à une association. L'accès au public-cible est essentiellement assuré par un travail de proximité (distribution de matériel de prévention) avec un prolongement possible sous la forme de consultations individuelles^c.

Le programme est implanté dans les trois plus grandes agglomérations du pays, à savoir Zurich, Bâle-ville et Genève, ainsi qu'à Lucerne (Tableau 3.7). Le programme était autrefois implanté à

^a <http://www.europap.net/>, cf. également note b, page 54.

^b A la différence du projet APiS qui n'est pas intégré dans le réseau européen sur la prostitution TAMPEP, le programme MSW est intégré dans un réseau correspondant (ENMP : <http://www.enmp.org/>).

^c Pour plus de détails sur ce projet, voir les contributions de différents intervenants d'un congrès organisé par l'ASS en août 2003 sur le thème de la prostitution masculine. Disponibles sur <http://www.malesexwork.ch/>.

Berne, mais pour des raisons financières et un accès trop difficile au public-cible, le projet a été arrêté en janvier 2000¹⁶. Comme le montre le Tableau 3.7 les taux d'activité des ORW sont sensiblement différents d'une ville à l'autre. Ils reflètent vraisemblablement la taille de la scène MSW propre à chacune des villes.

Tableau 3.7 Couverture du programme MSW (Male Sex Work)

Ville	Organisation	Taux d'activité
Zurich	Beratungsstelle HERMANN (Verein Zürcher Sozialprojekte)	170%
Bâle-Ville	Aids-Hilfe beider Basel	50%
Genève*	Aspasie ^a	40%
Lucerne	Aids-Hilfe Luzern	20%

* A l'origine, le projet avait été confié à Dialogai (association homosexuelle et antenne de l'ASS), mais suite à la restructuration des activités de l'association et conformément au souhait de l'ORW, en avril 2003, le projet a été transféré à Aspasie, organisation genevoise d'aide aux prostituées.

Source : ASS

A Zurich, le programme MSW est inséré dans une structure d'accueil plus étendue qui comprend un bureau de consultation, une permanence médicale mensuelle et un point de rencontre¹⁷. A Genève, une permanence a lieu deux fois par semaine (en soirée) dans les locaux d'Aspasie. L'ORW a également mis en ligne un site Internet^b dont certains services sont exclusivement réservés aux travailleurs du sexe (en particulier le conseil prodigué par l'ORW, voire par d'autres travailleurs du sexe).

- Pertinence et acceptation des interventions

Peu après son lancement, le programme MSW a été évalué sous l'angle de la durabilité des projets locaux dans les villes de Bâle, Berne, Genève et Zurich¹⁸. Cette étude a validé le type d'interventions développées dans le cadre de ce programme. Il s'est avéré que le travail de rue était une façon efficace d'atteindre le public visé. On ajoutera que ce constat est d'autant plus vrai lorsque la prostitution masculine s'exerce dans le cadre d'une scène localisée, dont la taille est relativement importante, ce qui semble être notamment le cas dans les grands centres urbains, tels que Zurich, Bâle et Genève, ainsi qu'à Lucerne.

D'une manière générale, le travail de rue permet de cerner au plus près les besoins des travailleurs du sexe et d'établir avec eux un rapport de confiance sur lequel se fonde véritablement l'action préventive. Comme l'a noté Christine Spreyermann¹⁹ et comme cela a également été relevé dans la section consacrée aux travailleuses du sexe (cf. 3.4.3) : les personnes chargées de la prévention dans ce segment de population sont aussi celles qui permettent aux plus démunis d'accéder aux services de santé essentiels.

Si la prévention du VIH/sida et des autres IST constitue le noyau dur des interventions, le programme privilégie une approche globale de la problématique posée par la prostitution masculine. A ce titre, le matériel d'information distribué ne traite pas uniquement des risques d'infection, mais également des risques associés à la pratique de la prostitution : les difficultés qui peuvent survenir avec les clients, la consommation de substances illicites, les problèmes avec les services de police, etc.

^a Aspasie se définit comme : « ... une association de solidarité qui, dans une attitude de non-jugement, défend les droits des personnes travaillant dans les métiers du sexe ».

^b <http://www.malesexwork.net/>.

Le traitement de ces thèmes répond de façon adéquate à des besoins clairement identifiés. Le fait que les travailleurs du sexe participent à l'élaboration du contenu des brochures facilite la réception des messages. D'une manière générale, aussi bien le matériel que le programme lui-même ont une portée socialisatrice : ils créent des conditions favorables à l'élaboration d'une identité professionnelle, ce faisant à une meilleure gestion des risques associés à leur activité.

- Facteurs de vulnérabilité accrue

Le statut de migrant, la consommation de drogues et le manque d'expérience constituent des facteurs de vulnérabilité accrue par rapport aux risques d'infection^{1,2}. Une étude sur la situation bâloise révèle que les ressortissants d'Europe de l'Est figurent parmi les segments les plus vulnérables¹. La plupart d'entre eux ont des connaissances très insuffisantes par rapport au VIH et aux autres IST. Beaucoup présentent dès leur arrivée un mauvais état de santé et ne connaissent pas leur statut sérologique pour le VIH. A cela s'ajoutent les problèmes de langue qui constituent un frein non négligeable au travail de prévention, en particulier lorsqu'il s'agit d'identifier les besoins et de prolonger l'intervention sous la forme d'un accompagnement psychosocial^a. Le recours à des brochures étrangères, notamment celles de la Deutsche Aids-Hilfe permettent néanmoins de réduire ces difficultés. Les consommateurs de drogues et les travailleurs du sexe inexpérimentés nécessitent également une attention particulière. Par rapport aux MSW témoignant d'une identité professionnelle plus consistante, ils pratiquent non seulement des prix moins élevés mais consentent à des rapports sexuels non protégés. Dans le cas bâlois, il semblerait que les intervenants du domaine de la toxicomanie ne soient pas suffisamment sensibilisés à cette problématique. La stigmatisation par les autres consommateurs de drogues et la méconnaissance des intervenants limitent la capacité d'action dans ces structures d'accueil.

Couverture du dispositif de prévention MSW

Bien que le programme MSW ne soit implanté que dans quatre villes, il couvre vraisemblablement une grande partie de la scène la prostitution masculine en Suisse, en tout cas la partie la plus visible. En ce sens la couverture du programme paraît adéquate. Le design des interventions prévues semble en adéquation avec les scènes MSW telles qu'elles se présentent dans chacune de ces villes. La présence d'une scène relativement importante, stable et plus ou moins bien localisée est en quelque sorte une condition nécessaire pour l'implantation et le maintien durable du programme. A Berne, l'arrêt du programme MSW était en partie liée à la difficulté d'accéder au public-cible (mais aussi pour des raisons financières).

Dans les villes où le programme MSW n'est pas implanté, il est difficile d'établir un diagnostic solide sur l'ampleur et les caractéristiques de cette prostitution. Les investigations sont non seulement limitées par l'absence ou la non-localisation de la prostitution masculine, mais aussi par le manque d'informateurs suffisamment renseignés sur ce phénomène.

- Observations relatives aux villes dans lesquelles le programme MSW n'est pas implanté

En dehors des grands centres urbains, la prostitution masculine n'a quasiment pas d'ancrage territorial : les petites annonces passées dans la presse régionale ou sur certains sites Internet constituent les principaux points de rencontre entre l'offre et la demande. Les travailleurs du sexe recrutent leur clientèle sur une zone géographique relativement étendue qui déborde largement des frontières cantonales. Certains se prostituent de façon plus ou moins professionnelle (*escort*). D'autres le font de façon occasionnelle (*faire des passes*) et pour des besoins financiers ponctuels. Dans plusieurs villes, il s'est avéré que des consommateurs de drogues isolés avaient recours à la prostitution pour financer leur consommation. Le plus souvent, ces hom-

^a Parmi les ressortissants d'ex-URSS, les problèmes de littéracie et d'illettrisme ne sont pas rares. Dans ce cas, les brochures qui privilégient le texte n'ont pas une grande utilité².

mes recrutent leur clientèle dans des lieux publics (toilettes, parcs, etc.). Ils ne bénéficient vraisemblablement d'aucune aide adaptée à leur situation. Enfin, les lieux fermés tels que les saunas peuvent être des lieux propices à la consommation de rapports sexuels tarifés. On ignore quasiment tout de l'attitude des gérants à cet égard.

Les programmes de prévention en comparaison internationale

Voir la section correspondante dans le chapitre ‚Les travailleuses du sexe’ à la page 110, et plus particulièrement les paragraphes suivants : Prévention, Complémentarité avec les dispositifs sanitaires existants et Intervention des ‚pairs’ et des médiateurs culturels.

Synthèse

Le tableau ci-après présente une synthèse des principaux aspects de la mise en œuvre des actions de prévention auprès des travailleurs du sexe.

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Programme national MSW	▪ outreach workers	▪ antennes locales ASS	▪ information, conseil, accompagnement psychosocial, soins (ces derniers à ZH seulement)	▪ projet implanté dans cinq villes (ZH, BS, GE, LU et BE mais interrompu dans cette ville en 2000) constituant une grande partie de la ‚scène’ suisse de la prostitution masculine ... la plus visible du moins
	▪ sites Internet www.malesexwork.ch ▪ www.malesexwork.net	▪ ASS et antennes ASS à Genève	▪ information, conseil	▪ tout le territoire national ▪ accessible en permanence

IUMSP/UEPP

3.4.6 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<p>■ Dans les régions où le programme MSW n'est pas ou plus implanté, il est difficile d'établir un diagnostic solide sur la situation locale de la prostitution masculine (<i>settings</i>, ampleur et évolution du phénomène).</p>	<p>⇒ Dans les régions où le programme MSW n'est pas ou plus implanté, il paraît nécessaire de sensibiliser les ORW du programme HSH, ainsi que d'autres acteurs potentiellement concernés par la problématique MSW, de manière à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ établir un diagnostic solide sur la situation, voire le répéter ; ▪ déterminer s'il y a lieu ou non d'implanter le programme MSW ; ▪ déterminer s'il est possible d'intervenir par le biais d'offres ou de programmes déjà existants.

Conclusions	Recommandations
<p>■ Dans certaines villes où le programme MSW n'est pas implanté, il existe de petites scènes localisées, mal connues, de prostitution masculine. Souvent consommateurs de drogues, les hommes qui y recrutent leur clientèle ne bénéficient vraisemblablement pas d'une intervention adaptée à leur situation.</p>	<p>⇒ Lorsque la présence de petites scènes localisées est connue, les ORW du programme HSH devraient s'en préoccuper et intervenir dans la mesure de leurs possibilités, le cas échéant, avec le concours d'autres intervenants.</p>
<p>■ Il est probable que des services sexuels tarifés soient consommés dans des saunas ou des <i>sex clubs</i> ; on ne sait pratiquement rien des attitudes des gérants d'établissement à cet égard.</p>	<p>⇒ Il serait utile d'intégrer la problématique MSW à la réflexion concernant le rôle des gérants de sauna ou de <i>sex club</i> dans le dispositif de prévention (cf. 3.4.1).</p>

3.4.7 Les consommateurs de drogues

La mise à disposition de matériel d'injection et de préservatifs constitue l'essentiel de l'offre de prévention de la transmission du VIH/sida et des hépatites. Plusieurs types de structures sont susceptibles de fournir ces prestations :

- les structures à bas seuil d'accès (SBS) pour consommateurs de drogues par injection ;
- les pharmacies ;
- les programmes de traitement à l'héroïne ;
- d'autres structures (établissements pénitentiaires, institutions de traitement de la dépendance, distributeurs automatiques de seringues et de préservatifs).

Les structures à bas seuil d'accès (SBS)

Ces structures, qui s'adressent aux consommateurs de drogues par injection, sont apparues en Suisse à la fin des années 1980. Ces structures visent à maintenir l'état de santé des consommateurs de drogues en phase active de toxicodépendance, ceux qui ne sont pas encore prêts à entreprendre un traitement ou ceux qui sont en phase de rechute. Quelques-unes, en plus de l'échange de seringues, disposent d'un local d'injection – lieu où les consommateurs peuvent s'injecter dans de bonnes conditions d'hygiène et en toute tranquillité leurs propres substances obtenues sur le marché noir. L'ensemble de ces structures assure également un lien entre la rue et les services sociaux et médicaux à seuil d'accès plus élevé. Leur financement est en général à la charge des villes ou des cantons où elles se trouvent.

Depuis 1993, l'UEPP/IUMSP mène une étude sur les SBS (recueil continu de données sur la distribution de matériel d'injection dans les SBS²⁰ et enquêtes répétées dans le temps auprès de la clientèle des SBS⁶ (cf. chapitre 2.4 : Les consommateurs de drogues dépendants). A la fin 2002, 26 SBS participaient au monitoring national³. Ces structures sont réparties dans 11 cantons^b, la plupart se trouvent en Suisse alémanique (cf. annexe à ce chapitre). Parmi les SBS, 11 sont pourvues d'un local d'injection^c.

^a Les seringues remises sont comptabilisées mensuellement (soit par comptage direct soit en se référant aux stocks) et les données sont envoyées une fois par année à l'IUMSP. Il en est en principe de même pour les préservatifs mais la statistique est moins bien tenue par les SBS.

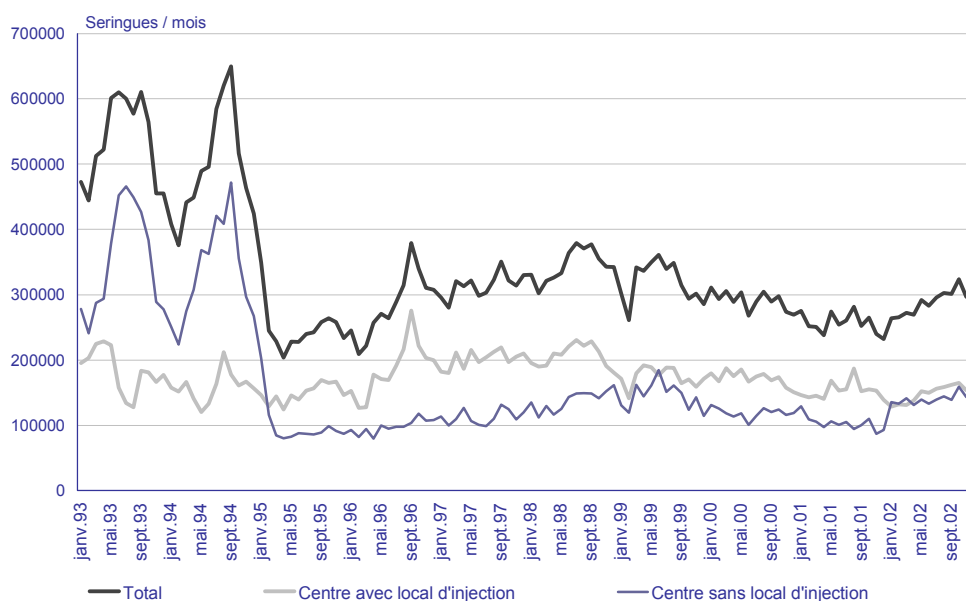
^b Les 11 cantons sont AG, BE, BS, GE, JU, LU, SG, SH, SO, VD, ZH.

^c Les 11 structures disposant d'un local d'injection sont situées à BE 2, BS 2, ZH 4, SO 1, SH 1, GE 1.

- Nombre de seringues distribuées par les SBS

La Figure 3.2 montre l'évolution de la remise de matériel d'injection dans les SBS, de 1993 à 2002. Après avoir connu un pic en 1993 et 1994, la distribution de seringues dans les SBS a fortement chuté en 1995, elle est passée de 6'400'000 seringues en 1993 à 3'000'000 en 1995. Depuis lors, le nombre de seringues augmente progressivement jusqu'en 1998 avec 4'100'000 seringues, puis oscille entre 3'800'000 (en 1999) et 3'100'000 (en 2001). En 2002, 3'500'000 seringues ont été distribuées par l'ensemble des SBS, ce qui représente une moyenne mensuelle de 290'000 seringues.

Figure 3.2 Evolution du nombre de seringues distribuées dans les SBS en Suisse 1993-2002*



* Nombre de structures à bas seuil (SBS) : 1993 : N=28, 1994 : N=23, 1995 : N=23, 1996 : N=25, 1997 : N=26, 1998 et 1999 : N=27, de 2000 à 2002 N=26

IUMSP/UEPP

- Nombre de préservatifs distribués par les SBS

Toutes les SBS mettent des préservatifs à disposition des usagers mais seule une minorité tient un décompte mensuel des préservatifs distribués : 7 sur 26 en 2002 (ce qui est peut-être révélateur de l'attention portée à la prévention dans le domaine sexuel dans ce type de structure). Ces 7 structures (2 à BS, 1 à Soleure, 3 à Berne, 1 à Lucerne) ont distribué au total 72'818 préservatifs en 2002. Dans les structures où l'on peut suivre l'évolution de la distribution de préservatifs au cours du temps (p. ex. un local d'injection à Bâle et le bus de distribution de seringues à Lucerne) on constate qu'elle a peu augmenté entre 1993 et 2002.

- Utilisation des services à bas seuil (SBS)^a

Les SBS sont très fréquentées. La plupart des usagers s'y rendent régulièrement : 36% y vont tous les jours ou presque, 40% une à deux fois par semaine et 24% occasionnellement (enquête nationale auprès de la clientèle des SBS 2000⁶). La durée moyenne de fréquentation des SBS est

^a Source : enquête sur la clientèle des SBS en 2000.

relativement élevée (5 ans). Les trois quarts des clients des SBS en font leur lieu principal d'approvisionnement en matériel d'injection stérile.

Pharmacies et programmes de traitement à l'héroïne

Dans quinze cantons, ce sont les pharmacies qui sont la principale source d'approvisionnement en seringues, mais le nombre mis à disposition est relativement faible en comparaison avec les cantons disposant de SBS. On estime à 120'000 le nombre de seringues remises mensuellement par les pharmacies²¹.

Le matériel d'injection est aussi mis à disposition dans le cadre du programme de prescription d'héroïne HeGeBe (*Heroingestützte Behandlung*). Pour l'année 2000, on estime qu'environ 93'500 seringues y ont été utilisées chaque mois.

Au total, ce sont donc près de 500'000 seringues qui sont distribuées ou vendues chaque mois en Suisse par les trois types principaux de structures (SBS, pharmacies et programme de traitement à l'héroïne).

Prisons

Certaines prisons mettent à disposition des détenus du matériel d'injection ou du matériel de désinfection. Les dernières données publiées en 1999^{22,23}, provenant de diverses sources, rapportent que plusieurs établissements ont pris des mesures préventives liées à l'injection, soit par la mise à disposition de matériel d'injection (huit établissements), soit par la distribution de désinfectant accompagné d'un mode d'emploi (dix établissements). Ces établissements couvrent environ un tiers des personnes détenues en Suisse. Cette offre a sans doute évolué depuis lors mais la couverture actuelle n'est pas connue.

Synthèse

Le tableau ci-après présente une synthèse des principaux aspects de la mise en œuvre des actions de prévention auprès des consommateurs de drogues.

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Projets locaux émanant de collectivités publiques (cantons ou communes) ou d'ONG	▪ structures socio-sanitaires 'à bas seuil d'accès' distribuant du matériel d'injection et des préservatifs	▪ collectivités publiques ▪ ONG	▪ remise de matériel d'injection (3.5 millions de seringues distribuées par l'ensemble des SBS en 2002), ▪ préservatifs, conseils, orientation vers d'autres services socio-sanitaires, soins de base ▪ espaces de consommation de stupéfiants (locaux d'injection ou fumeurs)	▪ couverture géographique irrégulière du territoire (26 SBS – dont 11 avec un espace de consommation de stupéfiants – dans 11 cantons). Davantage de SBS en Suisse alémanique, surtout dans les grandes villes ▪ éventail des prestations fournies irrégulier
Collectivités publiques	▪ prisons	▪ cantons	▪ remise de matériel d'injection ou de désinfectants, préservatifs	▪ environ un tiers des personnes détenues
Privée	▪ pharmacies	▪ pharmaciens	▪ vente de matériel d'injection (estimation 120'000 seringues par mois), conseils	▪ dans 15 cantons, la principale source d'approvisionnement en seringues. Aucune donnée récente sur l'étendue réelle et la qualité de l'offre

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Cantons, médecins privés	<ul style="list-style-type: none"> structures de traitement, en particulier programme de traitement à l'héroïne (HeGeBe) 	<ul style="list-style-type: none"> cantons, médecins 	<ul style="list-style-type: none"> remise de matériel d'injection (estimation pour HeGeBe 94'000 par mois), conseils, préservatifs 	<ul style="list-style-type: none"> 21 centres dans 11 cantons pour le programme héroïne couverture inconnue pour les autres types d'offre

IUMSP/UEPP

3.4.8 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> La Suisse jouit d'un réseau étendu et stable de structures participant à la prévention de la transmission du VIH par voie d'injection chez les consommateurs de drogues. Les données à disposition (SBS) indiquent une stabilité de la remise de matériel d'injection. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ La remise de matériel d'injection pourrait être encore élargie, notamment dans les cantons qui ne disposent pas encore de SBS ou de distributeurs automatiques de seringues. Cette distribution devrait s'accompagner d'autres matériels servant à la préparation de l'injection (eau stérile, cuillère ou coupole, filtre, coton ainsi que désinfectant) et de préservatifs.
<ul style="list-style-type: none"> Le dispositif mis en place dans le cadre de l'évaluation pour le monitoring national de distribution de seringues dans les SBS est viable et utile pour mesurer la couverture en activités de prévention. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le monitoring national de distribution de seringues devrait être poursuivi et enrichi, notamment en ce qui concerne la vente par les pharmacies (enquêtes à répéter périodiquement) et la récolte systématique de données sur les préservatifs remis dans les SBS.
<ul style="list-style-type: none"> Les activités de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle sont insuffisamment documentées dans les SBS et paraissent encore insuffisantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ La prévention de la transmission sexuelle du VIH, remise dans un contexte plus général de santé sexuelle – intégrant la prévention des MST, des grossesses non désirées, la prévention de la violence sexuelle, etc. – devrait être renforcée dans les SBS, ainsi que dans les autres structures s'occupant de consommateurs de drogues (structures de traitement en particulier).

3.4.9 Les jeunes en décrochage

Les jeunes en décrochage ne constituent pas un segment de population stable et homogène. Ils se caractérisent avant tout par une trajectoire allant dans le sens d'une désinsertion sociale ; ils sont exclus ou en voie d'exclusion de l'école ou d'un système de formation, voire du monde du travail. On considère généralement que ces jeunes sont passés au travers des mailles des filets de protection traditionnels (famille, école, travail, logement, etc.). Laissés pour compte de la société actuelle, ces jeunes sont non seulement difficiles à atteindre mais aussi difficiles à aider³. Ils ne constituent pas un public-cible à part entière, car ils n'entrent pas aisément dans des catégories prédéfinies ou consistantes d'un point de vue sociologique.

Le soutien que l'on peut apporter à ces jeunes ne tient pas à des interventions isolées, mais à une action coordonnée impliquant plusieurs acteurs du système social et du système de santé. Actuellement, il n'existe pas de programme national spécifique pour la prévention du VIH auprès des jeunes en difficulté^a. En revanche, ceux-ci constituent fréquemment des cibles prioritaires pour les interventions de prévention VIH au niveau local.

Champs d'intervention

Intervenir auprès de ces jeunes implique la préexistence d'un processus de repérage, voire de triage, visant à prévenir l'exclusion et réduire les risques sociaux qui y sont associés. L'action de ces mécanismes implique en outre l'existence d'interventions réalisées par d'autres acteurs. On peut identifier au moins quatre principaux champs d'intervention :

- **Le bas seuil**

Il s'agit de structures d'accueil ou d'unités mobiles d'intervention fréquemment intégrées dans les réseaux de la toxicomanie, bien que la consommation de drogues ne soit pas forcément le dénominateur commun du public-cible. Les acteurs de ce champ poursuivent des objectifs de prévention secondaire ou tertiaire, plus rarement de prévention primaire. Ils accueillent une clientèle marginalisée.

- **Les dispositifs socio-éducatifs en milieu ouvert ou semi-ouvert**

Ces dispositifs proposent un encadrement à portée éducative, en marge des institutions scolaires, à destination de jeunes en difficultés. Ceux-ci sont généralement repérés par l'institution scolaire, les services d'orientation professionnelle ou les services de protection de la jeunesse, voire le juge des mineurs. Il pourrait également s'agir de foyers pour adolescents^b.

- **Les filières scolaires spécifiques**

Il s'agit soit de filières destinées aux jeunes qui sont en situation d'échec ou en retard sur le plan scolaire, soit de filières destinées aux adolescents qui n'ont pas trouvé d'apprentissage au terme de la scolarité obligatoire.

- **Le champ VIH/sida et santé sexuelle**

Les services de planning familial et les antennes cantonales de l'ASS (ci-après : intervenants VIH/sida) sont les principaux acteurs de ce champ, mais ils ne disposent pas forcément d'un accès direct au public-cible. Ils les atteignent principalement par le jeu des **aiguillages** ou par l'intermédiaire des structures mentionnées ci-dessus qui, par nature, bénéficient d'un meilleur accès au public-cible. La **sensibilisation des acteurs intermédiaires** à la problématique du VIH/sida améliore potentiellement l'accès à un

^a En 1996, l'OFSP a mis sur pied un programme intitulé 'Jeunes *close to risk*' dont l'objectif était de promouvoir des projets d'intervention de prévention VIH et de promotion de la santé auprès des jeunes en difficulté. Interrompu, ce programme a essentiellement financé la réalisation du film 'Eldorado'. Il existe des projets de prévention nationaux dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention dont l'axe n'est pas spécifiquement VIH/sida, entre autres : *Fantasy Project* et le *Dachverband offene Jugendarbeit*. Ces diverses offres non spécifiques VIH/sida ne sont pas traitées ici. Il n'y a plus actuellement de programme national spécifique pour la prévention du VIH pour les jeunes en difficultés.

^b Les interventions dans les foyers n'ont pas été systématiquement étudiées dans l'étude de mise en œuvre du programme national VIH/sida¹. L'attention a été prioritairement portée aux interventions à destination de jeunes hors structures ou présentant des difficultés telles que celles-ci pourraient à terme motiver leur placement en institution.

conseil spécialisé et adapté dans ce domaine. Cette sensibilisation est en partie assurée par le travail d'information réalisé par les intervenants sida.

- **Les consultations médicales spécialisées pour adolescents**

Une partie des patients de ces structures sont des jeunes en difficultés.

Les intervenants VIH/sida garantissent la permanence de **prestations spécialisées**, sur lesquelles les intervenants intermédiaires, partant les jeunes en difficulté, pourront s'appuyer. La plupart des intervenants concernés par la problématique du décrochage ont rarement des objectifs formels en matière de prévention VIH. En d'autres termes, le thème VIH/sida n'est pas l'objectif central de leur intervention. Il peut à tout moment le devenir, dès lors qu'ils estiment que les jeunes sont en 'difficulté de prévention' ou que leurs comportements les exposent à un important risque d'infection par le VIH ou à une grossesse non désirée^a. L'une des réponses possibles que les acteurs intermédiaires sont en mesure d'apporter à ces problèmes consiste dans l'aiguillage vers des structures d'accueil adaptées. Dans cette optique, la question de la prévention VIH auprès des jeunes décrocheurs ne peut pas être abordée qu'en termes d'interventions ou de programme, mais en termes de réseaux ou de systèmes d'interventions. De fait, la **couverture est assurée par le réseau** et non pas par des interventions isolées. Concrètement, cela suppose :

- la présence d'un 'noyau dur' d'intervenants VIH/sida porteurs d'une offre de prévention spécialisée dans le réseau d'interventions ;
- une forte **densité et la diversité du réseau d'interventions**, laquelle maximise la couverture aux différents moments de la trajectoire ;
- une forte **réactivité des intervenants intermédiaires**, soit la capacité à percevoir, à réagir et à s'adapter aux problèmes rencontrés, de manière à ce qu'ils puissent, le cas échéant, mettre en œuvre des aiguillages pertinents ou solliciter la collaboration d'autres intervenants (en l'occurrence, les intervenants VIH/sida).

La vulnérabilité des jeunes en décrochage tient autant à leur trajectoire, à leur âge qu'à des facteurs d'ordre structurel, dont l'atténuation des effets négatifs nécessiterait une modification en profondeur du contexte économique, social et culturel. S'agissant de la prévention VIH, on peut supposer que ces jeunes sont atteints en raison des caractéristiques propres au système d'intervention. Ceci ne signifie pas que le système couvre la totalité des besoins, mais il est probablement illusoire – et les expériences sur le terrain le montrent^b – de penser que des interventions isolées suffisent à apporter des réponses toujours adaptées. C'est la raison pour laquelle l'intégration des réseaux est importante.

On note par ailleurs que l'éducation sexuelle dans les milieux scolaires revêt une importance fondamentale³. D'une part, durant les premières phases de décrochage, les jeunes évoluent encore dans un environnement scolaire, d'autre part les intervenants doivent pouvoir s'appuyer

^a Pratiquement, la crainte d'une grossesse non désirée précède celle de l'infection à VIH ou à d'autres IST.

^b Du fait que les jeunes en décrochage ne constituent pas un groupe à part entière, les interventions qui leur ont été conceptuellement adressées se sont heurtées à des difficultés pratiques, liées au manque d'opérationalité des définitions proposées pour ce public-cible. C'était notamment l'une des conclusions de Profa Jeunes (VD) par rapport à la notion de jeunes 'close to risk' : « Les jeunes que les animateurs peuvent rencontrer et qui sont les plus susceptibles de correspondre aux critères posés (...) sont une population (...) composite qui comprend des jeunes de toute sorte (...). Nous ne nions pas que certains traits aient été mis en évidence dans des études épidémiologiques [étude sur les drop out], mais sur le terrain, ce qu'il est apparu dans l'expérience pratique, c'est qu'il fallait nuancer cette notion »³⁷.

sur les connaissances acquises dans cet environnement. Pour la plupart des jeunes décrocheurs, l'école reste la principale source d'information par rapport à la sexualité et au VIH/sida¹.

Problèmes pertinents pour la prévention

- Alcool et prises de risque

L'augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes figure parmi les problèmes relativement récents qui concernent directement la prévention VIH. Or, ce problème n'est pas propre uniquement aux jeunes en difficulté, mais a été également observé dans la population jeune générale. De toute évidence, les habitudes et les motifs de consommation se sont transformés au cours du temps²⁴. La recherche de l'ivresse serait devenue une fin en soi. Or, la consommation abusive d'alcool s'accompagne de prises de risque substantielles, dont les premiers observateurs sont les services de planning familial (augmentation des recours à la CPC ou contraception d'urgence).

- Migration

Une partie importante des jeunes pris en charge dans les structures exposées ci-dessus sont des migrants de deuxième, voire de troisième génération. Aussi la problématique du décrochage est-elle plus ou moins associée aux problèmes d'intégration sociale des communautés ou des familles migrantes. Du point de vue de la prévention VIH, il s'agit principalement d'adapter les offres en conséquence et de développer la sensibilité des différents acteurs par rapport à l'influence qu'exerce la culture d'origine sur les comportements des jeunes, notamment en matière de sexualité. On notera par ailleurs que les jeunes sans permis de séjour ne sont potentiellement atteignables que dans le cadre de la scolarité obligatoire.

La péjoration de la situation économique tend à renforcer le phénomène de désinsertion sociale et facilite certains 'passages à l'acte'. Il en va ainsi par exemple des conduites prostitutionnelles que pourraient adopter les jeunes dans l'espoir d'améliorer leur situation. Les jeunes filles migrantes seraient particulièrement exposées à ce risque.

- Violence et stigmatisation des comportements violents

On observe une montée de l'intolérance sociale et politique face aux comportements 'violents' des jeunes (incivilités, violence urbaine). Or, les comportements en cause sont fréquemment le reflet de difficultés importantes sur le plan familial et/ou de l'insertion sociale. Le processus de stigmatisation hypothèque encore davantage les chances d'intégration. De plus, elle tend à entraver l'action des différents intervenants. L'émergence d'un climat répressif n'est pas sans conséquences sur l'accessibilité des jeunes en difficulté. De fait, leur présence est de moins en moins tolérée dans les espaces publics.

- Un problème identifié depuis longtemps...

Du point de vue de l'offre, si les jeunes filles disposent d'un accès plus étendu à des professionnels de la santé (gynécologues et planning familial), les garçons demeurent des angles morts de la prévention²⁵. Ce n'est souvent qu'en dernier recours qu'ils font appel à des professionnels. Le simple fait que l'on connaisse ce problème depuis longtemps ne l'a pas résolu. Il reste actuel pour chaque nouvelle génération d'adolescents.

Synthèse

Le tableau ci-après présente une synthèse des principaux aspects de la mise en œuvre des actions de prévention auprès des jeunes en décrochage.

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Projets locaux pas forcément spécifiques (i.e. pas principalement destinés à la prévention du VIH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ travail en réseau 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ plannings familiaux et antennes ASS ▪ structures socio-sanitaires 'à bas seuil d'accès' ▪ dispositifs socio-éducatifs ▪ filières scolaires spécifiques ▪ consultations spécialisées pour adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conseil en matière sexuelle (planning par exemple) ▪ aiguillage vers d'autres acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potentiellement importante ▪ couverture assurée par le réseau et non pas par des interventions isolées

IUMSP/UEPP

3.4.10 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pratiquement, la prévention du VIH/sida auprès des jeunes en décrochage repose moins sur des interventions isolées que sur un réseau d'interventions impliquant d'autres acteurs, lesquels ont un accès direct à ces jeunes (éducateurs, enseignants, travailleurs sociaux, tuteurs, etc.). A l'intérieur de ce réseau, les intervenants spécialisés dans la prévention du VIH garantissent l'existence de prestations spécifiques auxquelles les autres membres du réseau peuvent recourir. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les antennes cantonales de l'ASS doivent s'efforcer d'occuper une position stratégique dans le réseau d'interventions de manière à sensibiliser les intervenants qui ont un accès direct aux jeunes en difficulté et à faciliter les aiguillages.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Au début de leur trajectoire, les jeunes en décrochage sont dépistés au sein même du système éducatif et sont orientés dans des filières scolaires spécifiques ou des institutions, dans lesquelles ils sont encore facilement accessibles pour les intervenants spécialisés dans la prévention du VIH. C'est également le cas pour les jeunes migrants sans permis de séjour. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les filières dans lesquelles transitent les jeunes en difficulté doivent constituer des <i>settings</i> prioritaires pour la prévention du VIH/sida.
<ul style="list-style-type: none"> ■ La plupart des jeunes en décrochage se caractérisent par des comportements ou des situations de vie, dont certains aspects ou conséquences les exposent à un risque d'infection au VIH. Il en va ainsi des prises de risques suite à une consommation abusive d'alcool, de l'influence de la culture d'origine sur les comportements sexuels et de la substitution inadéquate du préservatif par la seule pilule. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Il faut tenir compte de ces problèmes dans le cadre des interventions destinées à ces jeunes, notamment lorsque ceux-ci sont des migrants de première, de deuxième, voire de troisième génération.

3.4.11 Les migrants

La question des migrants a été prise en compte dans la stratégie de prévention du sida dès le début des années 1990, avec une évolution conceptuelle. Sur le plan fédéral il faut mentionner trois projets nationaux traitant de manière plus ou moins importante de cette problématique.

- Projet Migration et Santé (PMS) qui s'est achevé en 2001 ;
- Migration et santé : stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006, continuation du projet PMS ;
- Prévention du VIH/sida chez les migrants subsahariens mandaté par le service Migration et Santé de l'OFSP à l'Institut Tropical Suisse et à la Croix-Rouge suisse.

Projet Migration et Santé (PMS) (1991-2001)

Le programme Migration et Santé, mis sur pied en 1991 par l'OFSP, a spécifiquement thématiqué le VIH/sida. Les populations-cible de l'époque étaient celles qui étaient les plus nombreuses en Suisse à l'époque : Espagnols, Portugais, Turcs, ainsi que les demandeurs d'asile. Il avait aussi été constaté qu'il existait un besoin d'information culturellement adaptée sur le VIH/sida dans les populations de saisonniers et de demandeurs d'asile. La philosophie sous-jacente à la prévention auprès des migrants était celle de l'égalité d'accès à la prévention pour toutes les personnes vivant en Suisse, d'où la priorité accordée dans un premier temps aux populations les plus nombreuses ; elle n'était pas liée à une situation épidémiologique particulière de ces populations. Ce projet faisait appel à des médiateurs issus des communautés visées.

Dans les années 1995-1996, les domaines d'intervention du PMS se sont élargis à la problématique des dépendances. Le programme a choisi une philosophie plus large de promotion de la santé. Il s'est aussi adressé à de nouvelles populations-cible (latino-américaines, italiennes, yougoslaves, tamoules et africaines).

En parallèle, un service spécifique 'migration' a été créé en 1996 au sein de la division 'Dépendances et sida' de l'OFSP.

Le PMS a été évalué dans ses premières années dans le cadre de l'évaluation globale. Il a été reconnu comme un projet modèle novateur qui a permis de mettre à jour les besoins des migrants vivant en Suisse. Son caractère communautaire intégrant des médiateurs interculturels issus des populations-cible (promoteurs de santé, multiplicateurs, facilitateurs) dans le processus a été largement salué²⁶. En revanche, une évaluation plus récente a remis en cause le choix des groupes-cible qui a été jugé comme trop arbitraire et rigide et la focalisation sur la prévention du VIH/sida et le domaine des dépendances trop exclusive²⁷. Le PMS dans sa forme originale a été stoppé et il faut relever que le soutien aux réseaux de médiateurs formés spécifiquement sur le VIH/sida et actifs dans leurs communautés a été abandonné. Il y a probablement eu à ce moment une perte des expériences faites dans le domaine du VIH/sida.

Migration et Santé : stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006

Cette stratégie a été élaborée sous la direction de l'OFSP, en collaboration avec l'Office fédéral des réfugiés, l'Office fédéral des étrangers et la Commission fédérale des étrangers²⁸. Elle prend la relève de l'ancien PMS. Il s'agit d'une stratégie à orientation généraliste, non spécifique.

L'orientation a été déterminée sur la base d'un travail du Forum suisse pour l'étude des migrations. Environ 300 acteurs des milieux de la santé, de l'intégration et de la migration ont été consultés à cet effet. Cinq axes principaux doivent guider les interventions des programmes du futur : la formation et la formation continue, l'information, la prévention et la promotion de la

santé, les soins de santé, les prestations thérapeutiques pour requérants d'asile et réfugiés traumatisés, la recherche (bases, évaluation et monitoring)²⁹.

Des centres de compétence régionaux ont été mis sur pied tels que :

- le centre de compétence régional Migration et Santé géré par Caritas en Suisse orientale ;
- l'association Appartenances, à Lausanne, qui gère un mandat de l'OFSP visant à favoriser la promotion de la santé, la prévention et la résolution de problèmes de santé au sein des communautés migrantes dans les cantons de Vaud et du Valais ;
- le centre de compétence, d'envergure nationale, géré par la Croix-Rouge. Il dispose de responsabilités particulières dans le domaine de la formation des soignants.

Les tâches de ces centres sont de sensibiliser les professionnels de la santé, de mener des activités de prévention et de conseil auprès des migrants, de favoriser le développement d'une offre pour les victimes de violences et d'agir comme coordinateurs sur le thème migration et santé. Par ailleurs, il s'agit d'encourager, tant au niveau des personnes migrantes que des professionnels de la santé, le recours à des interprètes/médiateurs culturels. Toutes ces offres devraient, si possible, s'intégrer dans les structures existantes.

L'OFSP a aussi mandaté une association (Interpret) afin de promouvoir l'interprétariat et la médiation culturelle dans les domaines de la santé, du social et de la formation. L'association a réalisé et édité une cassette vidéo didactique en trois langues à l'intention des interprètes. Elle devra aussi créer des standards de qualité et de formation à l'intention des écoles d'interprètes et prévoir pour ces dernières une spécialisation et une formation continue dans les domaines de la santé.

On constate que la question du VIH/sida n'a plus de priorité affichée dans cette stratégie. Cependant, des actions spécifiques de l'OFSP, concernant notamment l'information et le matériel didactique^a se poursuivent.

Prévention du VIH/sida chez les migrants subsahariens

A la suite du constat épidémiologique d'une croissance de nouveaux cas de VIH chez des personnes d'origine subsaharienne ou de partenaires de ces personnes, en 1999, l'Institut d'ethnologie de l'Université de Berne a effectué une évaluation rapide de la situation des migrants subsahariens vivant en Suisse³⁰. Il s'agissait d'établir les bases pour des projets d'intervention spécifiques, de déterminer et mettre en réseau des partenaires originaires d'Afrique subsaharienne pour conduire et soutenir ces projets. L'acceptabilité de programmes de prévention primaire est un axe de travail primordial, étant donné les tabous entourant les questions de sexualité. L'accès aux conseils médicaux, juridiques et psycho-sociaux sont également une priorité.

Le projet sur la prévention du VIH/sida chez les migrants subsahariens est basé sur le plan d'intervention élaboré par l'Institut d'ethnologie. La philosophie de ce projet est basée sur le concept de 'groupe vulnérable', demandant une intervention particulière. A la suite d'un appel d'offre public^b, le mandat a été donné conjointement à l'Institut tropical suisse, au Centre suisse de santé international et à la Croix-Rouge suisse en octobre 2002.

^a Telle que la brochure 'Santé sexuelle et reproductive : prévention des maladies sexuellement transmissibles et informations sur la grossesse' (OSFP/ODR, 2002) conçue pour les professionnels travaillant dans le domaine de la migration.

^b La procédure a été retardée à la suite d'un recours de soumissionnaires non retenus.

L'objectif est de planifier et d'appliquer de manière coordonnée des mesures de prévention primaire (sensibilisation) et secondaire/tertiaire dans le domaine du VIH/sida. Il s'agit d'une approche participative qui vise à intégrer, de la manière la plus complète possible, les groupements et associations de migrants subsahariens dans la définition et la mise en œuvre d'actions de prévention du VIH/sida. On a recours aux réseaux existants en formant le personnel à cette problématique. Dans un premier temps, durant une période pilote de deux ans, seuls les cantons de Genève, Vaud et Zurich seront concernés^a. Ce projet en est à ses débuts.

Sur le plan cantonal, il existe de nombreuses initiatives locales d'aide aux migrants (le plus souvent autofinancées) avec des volets prévention VIH/sida qui ne sont pas répertoriées. Dans le cadre du PMS, se sont mis en place des projets cantonaux soutenus par l'OFSP. En voici des exemples :

- Projet Peps Anco, établi à Lausanne et à Genève s'adresse aux migrants originaires d'Angola et du Congo, soutenu par l'OFSP entre 2000 et 2001.
- Projet Multicolore, actif dans le canton de Berne ; l'objectif est d'agir sur le plan de la promotion de la santé et de la prévention du sida auprès de la population africaine subsaharienne. A l'aide de médiateurs africains, il s'agit de mener une série d'actions dans les lieux de rencontre des différentes communautés et lors d'occasions particulières.
- Le projet Internetz, lancé dans la région bâloise en 1995 dans le but de développer une collaboration systématique entre institutions travaillant dans les domaines du social et de la santé et les personnes-clés de la population des migrants a visé les objectifs suivants : favoriser l'intégration de la population migrante ; proposer des mesures de promotion de la santé destinées spécifiquement aux migrants ; permettre de mieux connaître les besoins de cette population. Le projet a permis de mettre en relation et de multiplier les contacts entre le public-cible et différentes institutions sociales³¹.

Les acteurs impliqués dans ces divers projets sont très vigilants aux dangers de stigmatisation liés au fait qu'on établisse des liens explicites entre sida et migrants.

Tous ces projets travaillent en étroite collaboration avec les antennes de l'ASS.

Synthèse

Le tableau ci-après présente une synthèse des principaux aspects de la mise en œuvre des actions de prévention auprès des migrants.

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Projet national 'Migration et santé' (interrompu en 2001)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ médiateurs interculturels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OFSP ▪ ONG (associations communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prévention du VIH/sida ▪ promotion de la santé ▪ prévention des dépendances 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ projet initialement destiné aux migrants espagnols, portugais et turcs ainsi qu'aux demandeurs d'asile ; par la suite, extension aux communautés italiennes, latino-américaines, yougoslaves, tamoules et africaines

^a Cantons où ces communautés sont les plus présentes.

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Stratégie nationale 'Migration et santé 2002-2006'		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institut tropical suisse ▪ centre de compétence Croix-Rouge suisse ▪ centres de compétence régionaux administrés par des ONG ▪ association 'Interpret' 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ formation initiale et continue ▪ information ▪ prévention et promotion de la santé ▪ soins psychologiques (en particulier aux requérants d'asile et réfugiés traumatisés) ▪ recherche ▪ interprétariat et médiation culturelle ▪ définition de standards de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stratégie généraliste (pas spécifiquement orientée vers la prévention du VIH)
Projet national 'Prévention du VIH chez les migrants subsahariens'	<ul style="list-style-type: none"> ▪ approche participative (recours aux groupements et associations existants) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institut tropical suisse ▪ Centre suisse de santé internationale ▪ Croix-Rouge suisse ▪ associations de migrants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prévention du VIH/sida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ trois cantons durant la phase pilote encore en cours (VD, GE, ZH)
Projets locaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ médiateurs intervenant dans les lieux de rencontre communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ONG ▪ antennes ASS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ informations, conseil, remise de préservatifs ▪ renforcement de la collaboration inter-institutionnelle 	

IUMSP/UEPP

3.4.12 Conclusions et recommandations

Conclusions

■ Les populations de migrants représentent une part importante de la population résidant en Suisse et ont été très tôt l'objet d'une attention particulière dans la stratégie de prévention du VIH/sida. Il s'agissait de leur assurer un accès égal à la santé et aux soins en tenant compte de leurs particularités socio-culturelles et en proposant des interventions appropriées. Dans ce sens, le fait qu'il existe désormais une stratégie migration et santé est un progrès important. Il existe néanmoins un risque que les activités spécifiques de lutte contre le VIH/sida se diluent dans des interventions plus générales ou disparaissent.

Recommandations

⇒ Il est important de maintenir les acquis obtenus (cf. 2.7) et de maintenir la vigilance des intervenants sur cette question, de façon à ce qu'ils l'intègrent dans leur pratique quotidienne, en soulignant bien qu'ils agissent dans cette philosophie d'accès égal pour tous. Il s'agit ici de viser une couverture totale des populations migrantes.

Conclusions	Recommandations
<p>■ Le fait de créer un programme spécifique ‘migrants subsahariens’ avec des moyens d’intervention appropriés en direction d’un ‘groupe’ apparemment particulièrement touché par le VIH/sida se justifie aussi, en parallèle à des interventions plus générales. La question du risque de stigmatisation doit être prise au sérieux.</p>	<p>⇒ Il s’agit de gérer le risque de stigmatisation avec finesse, en rappelant que l’occultation du problème, l’indifférence ou l’inaction constitueraient une atteinte au droit à la santé de ces populations³².</p>

3.4.13 Les personnes séropositives

Au cours de ces dernières années, plusieurs enquêtes ont été menées auprès des personnes vivant avec le VIH/sida, en particulier sur les thèmes de la sexualité³³ et des thérapies antirétrovirales³⁴. De plus, tel que l’avait prévu l’objectif 3 du programme national, les besoins des personnes séropositives ont fait l’objet d’une étude spécifique³⁵ dont les conclusions et recommandations sont présentées dans l’annexe de ce chapitre (cf. 6.7.3). La troisième phase de l’évaluation de la mise en œuvre du programme national s’est, quant à elle, concentrée sur le thème de la prévention auprès des personnes séropositives qui sont suivies par les services hospitaliers spécialisés dans le traitement du VIH/sida (ci-après : consultations sida) ou qui sont en contact avec des organisations d’aide aux personnes séropositives (antennes de l’ASS, associations, fondations, etc.). Les interventions en cause sont principalement le conseil de prévention et la mise à disposition du matériel d’information^a.

On notera ici que la prévention auprès des personnes séropositives ne fait l’objet d’aucun programme structuré au niveau national, comme il en existe pour les HSH, les travailleurs et les travailleuses du sexe. La prévention est principalement en mains d’acteurs locaux (corps médical, ONG). L’ASS, quant à elle, est à disposition des personnes séropositives pour un conseil individuel, produit du matériel d’information (dont une partie est disponible sur Internet) et organise régulièrement des séminaires pour les professionnels de la branche ou pour les personnes séropositives directement. L’ASS représente également les intérêts des personnes séropositives et lutte, en collaboration avec d’autres organisations, contre les discriminations dont ces personnes peuvent faire l’objet.

La prévention dans le champ médical

Une grande partie des personnes dépistées positives au VIH bénéficient d’un suivi médical, que celui-ci soit en lien ou non avec les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART). Ce suivi est assuré soit par les consultations sida, soit par des médecins établis en pratique privée (Cf. le chapitre : Rôle des médecins installés en pratique privée dans la prévention du VIH/sida).

^a Il va de soi que les interventions de ces différents acteurs ne se limitent pas au conseil de prévention et à la diffusion de matériel d’information. Ces deux aspects ont néanmoins été privilégiés dans la mesure où ils sont clairement mentionnés comme premier jalon de l’objectif 7 du programme national : « *Les messages de prévention sont plus régulièrement intégrés dans le conseil médical dispensé aux personnes vivant avec le VIH. Du matériel d’information est à disposition ; il est adapté en permanence* »³⁸.

Quel que soit leur lieu d'exercice, les médecins – par extension, le personnel médical – sont les principaux dépositaires de la prévention auprès des personnes séropositives. Ce constat est d'autant plus fort que :

- c'est principalement dans les consultations sida que des objectifs formels en matière de prévention ont été définis ;
 - s'agissant de prévention, la majorité des intervenants du champ psychosocial (antennes, associations, etc.) ont tendance à concevoir leur rôle comme secondaire par rapport à celui des consultations sida ou du médecin ;
 - ensemble, les consultations sida et les médecins praticiens atteignent potentiellement plus de personnes séropositives que les intervenants du champ psychosocial, en raison du suivi thérapeutique à long terme qui suit généralement la découverte de la séropositivité.
- Efficacité des procédures formelles

En milieu hospitalier, l'existence de **procédures formelles**, de routines et/ou l'usage de questionnaires d'anamnèse spécifiques garantissent la permanence de l'offre de prévention et son utilisation. A ce titre, le questionnaire conçu dans le cadre de la *Swiss cohort study* constitue un bon exemple. En effet, la passation du questionnaire aux personnes séropositives, dans le cadre d'un entretien en face-à-face, crée des opportunités pour un conseil de prévention ciblé. Le passage obligé par un certain nombre de questions pertinentes pour la prévention permet d'engager une discussion qui pourrait ne pas avoir lieu en d'autres circonstances^a. En ce sens, le questionnaire constitue un précieux support : il règle l'interaction entre le soignant et le patient et réduit, le cas échéant, les difficultés liées à l'évocation de pratiques sexuelles qui relèvent de l'intimité de ce dernier. De fait, la sexualité n'est pas en soi un thème facile à évoquer. Comme l'a montré une étude précédente de l'IUMSP, 23% des patients séropositifs sont gênés d'aborder des questions personnelles et intimes avec leur médecins ; de même 17% pensent que leur médecin éprouve de la gêne à aborder des thèmes très personnels et intimes³⁴. Il est en outre possible que la gêne ressentie par le personnel soignant le conduise à porter davantage d'attention à l'observance au traitement, plutôt qu'aux besoins de prévention des personnes séropositives^b. La mise en place de procédures formelles ou de routine permet d'atténuer ce 'dilemme' et, dans une certaine mesure, de réduire un accès probablement inégal au conseil de prévention. En outre, le milieu hospitalier se prête généralement bien à l'établissement de ce type de procédures.

Si les procédures formelles permettent de garantir la présence de l'offre en milieu hospitalier, son utilisation et son adéquation par rapport aux besoins des personnes séropositives dépendent de facteurs similaires à ceux mentionnés pour les jeunes en décrochage (cf. 3.4.9) : à savoir la capacité des intervenants à **percevoir**, à **réagir** et à **s'adapter aux problèmes rencontrés** (réactivité). On ajoutera que la stabilité des équipes soignantes et l'expérience accumulée créent des conditions favorables à un encadrement adéquat des personnes séropositives.

Concernant les segments ou les individus **les plus vulnérables** – en tout cas les plus précaires du point de vue socio-économique – les consultations sida demeurent des services sanitaires de derniers recours, dont l'activité ne consiste pas uniquement à garantir l'accès aux traitements, mais aussi à organiser une prise en charge plus étendue, par la mobilisation de leurs réseaux

^a Les questions relatives aux comportements sexuels ont été introduites en 2000 dans le questionnaire de la cohorte.

^b De toute évidence, il ne s'agit pas ici d'établir une échelle de priorité.

internes (service social, notamment) et externes (champ psychosocial). D'une manière générale, ces réseaux sont également porteurs d'une offre de prévention.

La prévention hors du système de soins (champ psychosocial)

Comme on l'a mentionné plus haut, s'agissant de la prévention, les intervenants du champ psychosocial ont tendance à concevoir leur rôle comme secondaire par rapport à celui des intervenants du champ médical et par rapport à leur rôle en matière d'accompagnement^a. Cela ne signifie néanmoins pas que leur clientèle séropositive ne bénéficie pas d'un conseil personnalisé et adéquat en la matière. Celui-ci intervient de façon informelle, au fil des rencontres ou des entretiens, après que les intervenants soient parvenus à évaluer la situation sociale et affective ainsi que les connaissances des personnes séropositives.

Utilisation et adéquation du matériel

La mise à disposition de matériel d'information fait partie intégrante du dispositif de prévention à l'attention des personnes séropositives. Son utilisation dépend largement, mais pas uniquement, de la manière dont il est mis à disposition du public-cible. Certaines consultations sida ont mis en place des procédures formelles qui favorisent une bonne couverture (distribution systématique au début de la prise en charge, évaluation du contenu, etc.). On ignore dans quelle mesure les médecins praticiens sont intégrés dans les réseaux de diffusion de matériel et s'ils le retransmettent de façon satisfaisante à leurs patients^b. On notera enfin que la mise à disposition de préservatifs correspond à une demande, notamment pour des motifs économiques.

Migrants vivant avec le VIH

Les migrants en provenance de pays dont l'économie est en transition, dont les requérants d'asile et les clandestins, constituent un segment de population pour lequel la recherche de solutions adaptées est nécessaire.

Au niveau de l'accès au système de soins, on note des problèmes d'**information** et de **communication**. Les populations migrantes dépistées séropositives au VIH ne semblent pas bénéficier d'une information qui tienne suffisamment compte des facteurs d'ordre culturel : les problèmes de langue notamment entravent la bonne réception des messages et ne sont pas de nature à réduire le fossé culturel qui peut exister au niveau de la compréhension de la maladie et de sa gravité. Des problèmes d'information sont également apparus dans les centres pour requérants d'asile. Il est probable qu'en l'absence d'une information ad hoc, certains requérants pensent – à tort – avoir été dépistés pour le VIH lors des examens médicaux qu'ils ont subis lors de leur arrivée en Suisse^c.

A l'intérieur des communautés de migrants, le risque de **stigmatisation** est substantiel. Les risques d'ostracisme et de stigmatisation pourraient conduire les personnes atteintes à renoncer à commencer un traitement de peur que leur séropositivité ne soit découverte. Il n'est en effet pas rare qu'ils refusent la thérapie suite au test positif.

^a Pour plus de détails sur le travail des antennes cantonales de l'ASS et des organisations d'aide aux personnes séropositives, en dehors du champ de la prévention, voir l'étude de mise en œuvre du programme national VIH/sida 1999-2003¹.

^b Pour l'année 2003, l'ASS envisage de fournir les médecins praticiens de façon plus proactive.

^c On a signalé le cas d'un patient, dont la séropositivité a été découverte ultérieurement alors que l'intéressé pensait être séronégatif à la suite des examens médicaux d'usage.

Invisibilité

Les problèmes de stigmatisation n'affectent pas uniquement les populations migrantes, mais aussi l'ensemble des personnes vivant avec le VIH/sida. La séropositivité n'est toujours pas un fait socialement accepté. En d'autres termes, elle fait encore l'objet d'un tabou important, qui affecte en premier lieu les personnes séropositives, qui dès lors gardent le silence pour ne pas s'exposer à des attitudes de rejet.

Synthèse

Le tableau ci-après présente une synthèse des principaux aspects de la mise en œuvre des actions de prévention auprès des personnes séropositives.

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Prise en charge médicale des personnes séropositives	<ul style="list-style-type: none">consultationprocédures formelles^a appliquées au suivi des patients de la Cohorte suisse VIH	<ul style="list-style-type: none">personnel sanitaire actif dans structures de soins publiques ou privées	<ul style="list-style-type: none">conseil individualisé (prévention)soutien psychosocialtraitement et suivi	<ul style="list-style-type: none">étendue, en particulier en raison de la densité des contacts imposés par le suivi médical
Projets locaux émanant d'ONG ^b	<ul style="list-style-type: none">intervenants psychosociaux	<ul style="list-style-type: none">ONGantennes ASS	<ul style="list-style-type: none">conseil individualisédiffusion d'informations pertinentessoutien	<ul style="list-style-type: none">pratiquement dans chaque canton
Projets nationaux émanant d'ONG	<ul style="list-style-type: none">confection et diffusion de matériel d'informationsite Internet	<ul style="list-style-type: none">ASS	<ul style="list-style-type: none">conseil individuel (via Internet)production et mise à disposition de matériel d'information	

IUMSP/UEPP

3.4.14 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
<ul style="list-style-type: none">■ En milieu hospitalier, l'existence de procédures formelles, de routines et l'usage de questionnaires d'anamnèse spécifiques pour les personnes séropositives créent des conditions favorables pour un conseil de prévention ciblé et personnalisé.	<p>⇒ Ces procédures formelles doivent être étendues aux hôpitaux qui ne les ont pas établies, en prenant exemple sur des procédures existantes ou en en définissant des nouvelles. S'agissant du matériel d'information, aussi bien les intervenants du champ médical que du champ psychosocial (antennes de l'ASS et associations) doivent veiller à établir des routines de diffusion qui maximisent la couverture, tout en respectant le devoir de confidentialité.</p>

^a Questionnaire.

^b On ne parle ici que de prévention VIH et non pas d'autres activités développées par les antennes.

Conclusions	Recommandations
<p>■ Les migrants séropositifs, en particulier les requérants d'asile et les clandestins constituent un segment de population pour lequel d'importants problèmes d'information et de communication ont été identifiés. Ces problèmes sont de nature à réduire l'accès aux soins, et, partant, au conseil de prévention.</p>	<p>⇒ S'agissant des migrants séropositifs, les problèmes, qui sont de nature à réduire l'accès aux soins et au conseil, ont une dimension politique, sociale et sanitaire. Ils nécessitent par conséquent une réponse coordonnée des instances concernées.</p>
<p>■ A l'intérieur de certaines communautés de migrants, les risques de stigmatisation et d'ostracisme sont substantiels. Ces risques hypothèquent d'autant plus l'accès aux soins pour les migrants séropositifs.</p>	<p>⇒ Il faut informer et sensibiliser les communautés concernées par rapport au VIH/sida et lutter contre les phénomènes d'ostracisme et de stigmatisation à l'intérieur de ces communautés.</p>

Références bibliographiques

- Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A, avec la participation de Ralph Thomas. Evaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003: l'utilisation des offres et du matériel. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- Meystre-Agustoni G. Populations particulières pour la prévention du VIH/sida : les travailleuses et les travailleurs du sexe. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- Klaue K. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- Balthasar H. Populations particulières pour la prévention du sida: les jeunes hommes attirés par d'autres hommes. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. *Rev Epidemiol Sant Publique* 1998;46:205-17.
- Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000). (in submission) 2003.
- Landert C. Das Projekt Men having sex with men (MSM) der Aids-Hilfe Schweiz: Evaluation Phase 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998.
- Thomas R, Dubois-Arber F. Evaluation du programme HSH de l'Aide Suisse contre le sida: 2ème phase: 1998-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 45).
- Vallotton F. Promenons-nous dans les bois. 360° Le Magazine. 2000; 12. Available at URL: <http://www.360.ch/presse/200012/promenadeprint.html>.
- Bucher T, Wittwer U. Wo tut es denn www? Evaluation der Klientendaten von www.drgay.ch. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz, Universität Zürich, Psychologisches Institut; 2003. (à paraître).
- Bonny D. Rainbow Line : gardons la ligne. 360° Magazine 2002;26:21-3. Available at: URL: <http://www.360.ch/>

- 12 Otis J, Ryan B, Chouinard N. Prévention du VIH: impact du "projet 10" sur le mieux-être sexuel de jeunes gais et bisexuels (rapport exécutif) Available at URL: <http://safespaces.org/library.html>.
- 13 Aide suisse contre le sida. APIS: prévention du VIH/sida dans le commerce du sexe. Zurich: Aide suisse contre le sida (ASS); 2002.
- 14 Godderidge K. Don Juan: éducation en face-à-face des clients de travailleuses du sexe: un projet de prévention du VIH/sida s'adressant aux consommateurs de sexe payant (rapport récapitulatif: actions 2002). Zurich: Aide suisse contre le sida (ASS); 2003.
- 15 Akeret, R. Das Projekt Male Sex Work ganz konkret. Aids-Hilfe Schweiz (AHS). Available at: URL: www.malesexwork.ch.
- 16 Spreyermann C. Projekt Male Sex Work der Aids-Hilfe Schweiz : eine Evaluation zur Nachhaltigkeit der Projekte in den Städten Basel, Bern, Genf und Zürich. Bern: sfinx; 2000.
- 17 Ammann, H. Praktische Präventionsarbeit in der Szene: Erfahrungsbericht eines Streetworkers Available at: URL: www.malesexwork.ch.
- 18 Spreyermann C. Projet Male Sex Work de l'Aide suisse contre le sida : une évaluation de la durabilité des projets dans les villes de Bâle, Berne, Genève et Zurich : résumé de l'évaluation du projet. Berne: sfinx; 2000. Available at URL: <http://www.bag.admin.ch/aids/forschung/f/index.htm>
- 19 Spreyermann C. Evaluation Male Sex Work MSW [résumé]. Berne: sfinx; 2000. Available at: URL: <http://www.bag.admin.ch/aids/forschung/f/index.htm>.
- 20 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation of the Confederation's measures to reduce drug-related problems: fourth synthesis report 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 21 Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en oeuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 22 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation der AIDS-Präventionsstrategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 23 Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé 29).
- 24 Schmid H, Graf M, Jordan MD, Kuntsche EN, Kuendig H, Bacher E, Messerli J. Evolution de la consommation de substances psychotropes chez les écolières et les écoliers en Suisse: quelques résultats d'une enquête réalisée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec le soutien financier de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et des cantons. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 2003.
- 25 Spencer B. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. Actes de la recherche en sciences sociales 1999;128:29-32.
- 26 Haour-Knipe M, Fleury F, Dubois-Arber F. HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation. Soc Sci Med 1999;49(10):1357-72.
- 27 Efionayi-Mäder D, Chimienti M, Losa S, Cattacin S. Evaluation du programme global "Migration et santé" de l'Office fédéral de la santé publique. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations (FSM); 2001. (Rapport de recherche).
- 28 Forum suisse pour l'étude des migrations (FSM) en collaboration avec le Service Migration et Santé (OFSP). Migration et santé: stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2002.

- 29 Chimienti M, Cattacin S, en collaboration avec Efionayi D, Nidegger M, Losa S. Migration et santé, priorités d'une stratégie d'intervention: rapport de base d'une étude Delphi. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations; 2001.
- 30 Zuppinger B, Kopp C, Wicker HR. Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne. Berne: Institut d'ethnologie, Université de Berne; 2000.
- 31 Spreyermann C. Internetz, mise en réseau réussie des institutions oeuvrant dans les domaines socio-sanitaires et de la population migrante: résumé de l'évaluation du projet. Berne: sfinx; 1999.
- 32 Fassin D. L'indicible et l'impensé: la "question immigrée" dans les politiques du sida. *Sci Soc Sante* 1999;17(4):5-34.
- 33 Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).
- 34 Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Morency P, Cochand P, Telenti A. Les thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) du point de vue du patient. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 72).
- 35 Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F. Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 59).
- 36 Kübler D, Neuenschwander P, Papadopoulos Y, unter Mitarbeit von Christian Sartori und Sibylle Stamm. Aidspolitik in der Schweiz: Welche Normalisierung ? Normalisierungsszenarien und neue Partnerschaften in der HIV/Aidsprävention auf Bundesebene und in fünf Kantonen. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 78).
- 37 Fondation Profa. Animation itinérante auprès des jeunes: recherche action. Lausanne: Fondation Profa Lausanne; 1999.
- 38 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. VIH et sida: programme national 1999 à 2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.

3.5 ROLE DES MEDECINS INSTALLES EN PRATIQUE PRIVEE DANS LA PREVENTION DU VIH/SIDA

L'importance du rôle des médecins dans le cadre de la prévention du VIH/sida a été soulignée à maintes reprises¹. Elle renvoie notamment à la nature de la relation patient-médecin – particulièrement favorable à la transmission de conseils personnalisés – et à la fréquence élevée des consultations. La prévention au cabinet médical représente un des piliers importants de la stratégie de lutte contre le VIH/sida de l'OFSP.

En 1990, une première étude consacrée à la prévention du VIH/sida au cabinet médical^{2,3} met en évidence l'intérêt déclaré des médecins suisses pour la prévention ainsi que leur réel engagement dans ce domaine d'activité. Les médecins s'écartent toutefois sensiblement des recommandations formulées par les autorités sanitaires. Ils centrent leur attention sur certains groupes de patients classiquement associés à l'infection et se montrent peu systématiques avec les patients issus de la population générale. En 1995, les médecins ont sensiblement renforcé leur action préventive. Leur attention à l'endroit des groupes classiquement considérés comme 'à risque' ne s'est pas relâchée. L'anamnèse de patients représentatifs de la 'population générale'

demeure toutefois lacunaire, notamment en ce qui concerne la sphère de la sexualité. Les médecins montrent en outre des lacunes au niveau du counselling accompagnant le test VIH⁴.

L'activité préventive des médecins fait l'objet d'une nouvelle investigation en 2002. Il s'agit plus particulièrement de :

- décrire la perception que les médecins se font actuellement de leur rôle dans l'épidémie ;
- décrire leurs activités préventives et de les comparer à celles observées en 1990 et 1995 ;
- décrire leur rôle dans la prise en charge des patients séropositifs ;
- estimer la proportion des personnes séropositives prises en charge par les médecins praticiens ;
- mettre en perspective les données relatives aux pratiques des médecins avec celles obtenues – auprès des patients – au moyen de l'Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la Prévention du Sida en Suisse (EPSS, édition 1990⁵ et 2000⁶).

L'étude doit permettre de répondre aux questions d'évaluation suivantes :

- Les médecins jouent-ils le rôle que le programme national leur assigne dans la prévention par le conseil individuel ?
- Des changements sont-ils intervenus par rapport à ce qui avait été mis en évidence en 1990 et 1995 ?
- Quelle est l'intensité et la qualité de leur intervention ? S'agit-il d'un engagement durable ?
- Quelle est la place des médecins de premier recours et des spécialistes dans la prise en charge des personnes atteintes du VIH/sida ?
- La prise en charge correspond-elle aux besoins mis en évidence par l'étude 'Les besoins des personnes séropositives'⁷ ?

L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire^a formé de 33% des médecins suisses appartenant aux spécialités a priori les plus directement concernées par l'épidémie de VIH/sida (infectiologues^b, praticiens sans FMH, généralistes FMH, internistes, dermatologues, gynécologues) installés en pratique privée. L'échantillon définitif est constitué de 2018 libres praticiens éligibles pour l'étude ; 1234 ont répondu (61%).

Les informations ont été récoltées au moyen d'un questionnaire postal anonyme. Certaines questions concernant l'activité préventive des médecins de premier recours sont identiques à celles posées en 1990 et 1995. Les dimensions suivantes sont explorées :

- attitudes des médecins face à la prévention du VIH/sida et à certains problèmes éthiques ;
- anamnèse et anamnèse du risque (type de patients, systématisation) ;
- pratique du test et counselling (fréquence et contenu) ;
- expérience en matière de prophylaxie post exposition (PEP) ;
- prise en charge de patients séropositifs (prescription de HAART, obtention du consentement éclairé, contenu de la prise en charge, etc.) ;
- souhaits en matière de formation continue.

^a Stratifié par spécialité et par région linguistique.

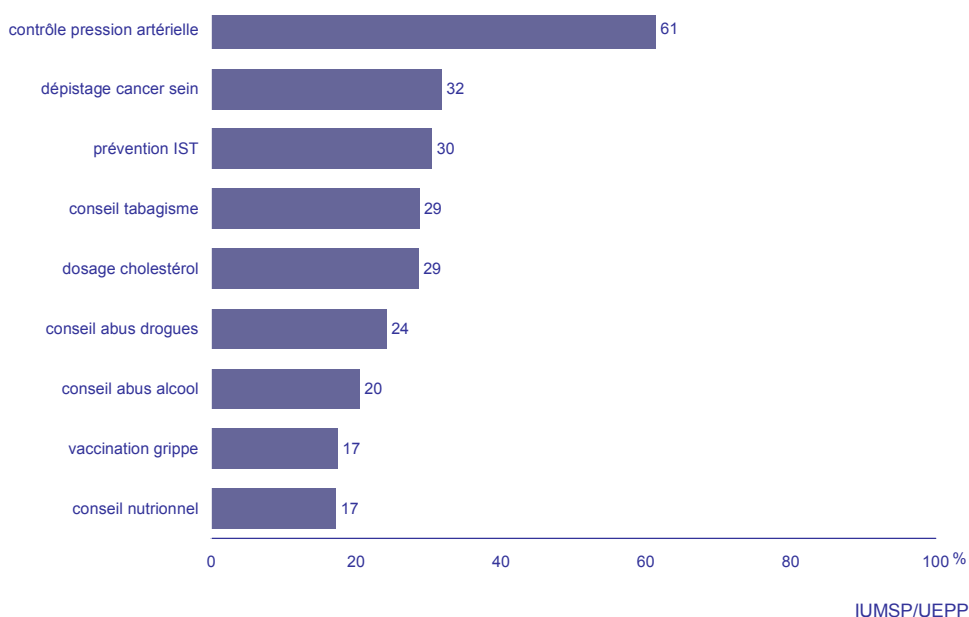
^b Pour cette spécialité, l'ensemble des médecins a été retenu.

Les différences mentionnées dans le texte sont significatives au seuil de alpha .05 ($p < .05$).

3.5.1 Rôle des médecins dans l'épidémie VIH/sida

La Figure 3.3 rend compte de l'importance que les libéraux attribuent à certains domaines susceptibles de donner lieu à des activités préventives. Un médecin sur trois considère 'très importante' la prévention des infections sexuellement transmises (IST). Ce domaine suscite un peu plus d'attention que l'abus de drogues.

Figure 3.3 Médecins jugeant 'très importantes' différentes activités préventives dans leur pratique (n = 1231)



Aucune comparaison n'est possible avec les résultats de 1990. Par rapport à 1995, on constate une légère diminution de l'importance de la prévention des IST (36% en 1995 contre 30% en 2002) et du conseil en matière d'abus de drogues (29% en 1995 contre 24% en 2002).

Les médecins sont pratiquement unanimes (90%) à estimer 'primordial' ou 'important' de poursuivre une activité de prévention primaire dans le domaine du VIH/sida ; 12% du collectif sont toutefois d'accord ou plutôt d'accord avec l'énoncé : 'le niveau d'information des patients est actuellement bon et ne nécessite aucune activité préventive de la part du corps médical'. Cette proportion est semblable à celle de 1995 (14%). Une proportion très élevée de répondants jugent primordial ou important que les médecins de premier recours interviennent dans le dépistage du VIH par le test (93%) et offrent un suivi somatique général (91%) ou un soutien psychologique aux personnes séropositives (92%). Ces proportions sont inchangées depuis 1995^a.

En revanche, la proportion des médecins estimant devoir jouer un rôle important ou primordial dans les traitements spécifiques dispensés diminue de manière sensible entre les deux périodes (de 69% à 49%). Il faut probablement y voir l'effet de la complexité croissante de ces traitements.

^a Aucune comparaison possible avec 1990.

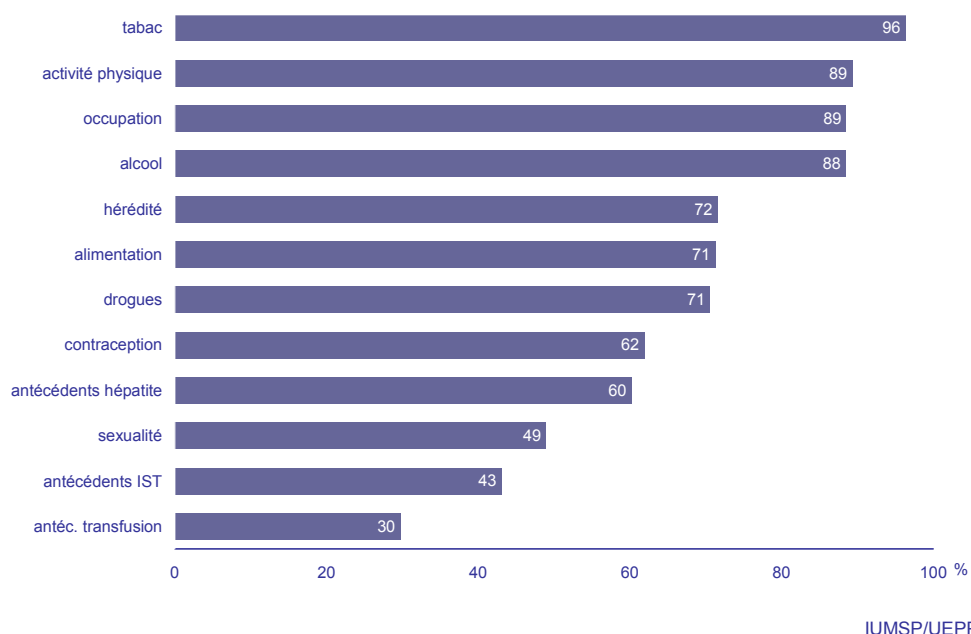
3.5.2 Pratiques préventives

Le contenu de l'action préventive dépend étroitement de l'attention que le médecin porte à établir l'exposition au risque (domaines abordés dans le cadre de l'anamnèse, adaptation du contenu de l'anamnèse au profil des patients et des situations).

Anamnèse

La Figure 3.4 montre que la consommation de tabac, l'activité physique, l'activité professionnelle ainsi que la consommation d'alcool font partie, de routine, de l'anamnèse d'un jeune adulte ne consultant pas pour un problème de santé urgent. En revanche, plusieurs éléments de l'anamnèse susceptibles de révéler une exposition au VIH sont moins fréquemment abordés. Deux tiers environ des médecins posent souvent ou systématiquement des questions relatives à la toxicomanie ou à la contraception mais une anamnèse sexuelle n'est entreprise de routine que par la moitié d'entre eux (cf. section Anamnèse sexuelle).

Figure 3.4 Domaines souvent ou systématiquement investigués lors de l'anamnèse d'un jeune adulte (n= 1231)



La comparaison avec 1995 montre que le comportement lors de l'anamnèse d'un(e) jeune adulte – pour les domaines concernant le VIH/sida – se modifie sur deux dimensions : la proportion de médecins s'intéressant à la contraception tombe de 68% à 62% et celle des praticiens investiguant d'éventuels antécédents de IST de 47% à 43%.

Anamnèse sexuelle

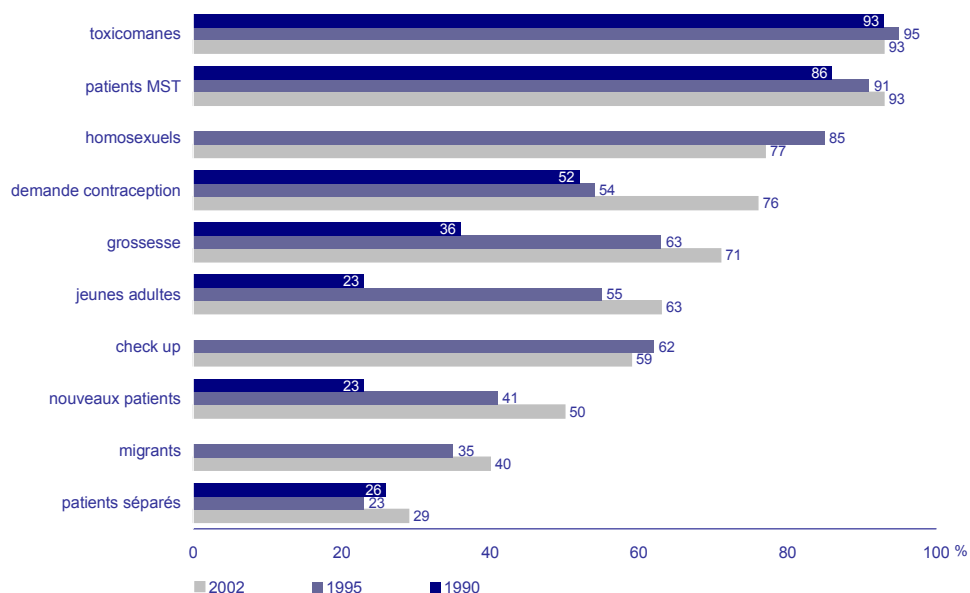
Les préoccupations des médecins qui entreprennent une anamnèse sexuelle portent en premier lieu sur la méthode utilisée pour se protéger contre le VIH (84% posent souvent ou toujours la question) puis sur les problèmes rencontrés (70%). Un médecin sur deux se renseigne souvent ou toujours sur l'orientation sexuelle du patient ainsi que sur le nombre de ses partenaires (respectivement 57% et 49%). Enfin, un médecin sur trois (33%) étend souvent ou toujours son anamnèse aux pratiques sexuelles. Les médecins n'ont pratiquement pas modifié leurs habitudes

en matière d'anamnèse sexuelle depuis 1995^a. Tout au plus relève-t-on une très légère augmentation – de 29% à 33% – de ceux qui investiguent les pratiques sexuelles.

Anamnèse du risque VIH et sa systématisation

Les médecins réagissent de manière variable aux situations et profils de patients. La proportion de ceux qui investiguent la possibilité d'une exposition au VIH peut varier du simple au triple. La Figure 3.5 montre que ce sont les patients ou les situations renvoyant 'explicitement' à des possibilités d'entrer en contact avec le VIH (toxicomanie, sexualité) qui retiennent en premier lieu l'attention des médecins et les incitent à procéder à une anamnèse du risque. Sans être pour autant négligés par les praticiens, les patients ou les situations plus 'neutres' (jeunes adultes, *check up*, nouveaux patients) jouent moins souvent le rôle de déclencheurs. Enfin, les migrants et les patients ayant rompu avec leur partenaire bénéficient moins d'une telle investigation.

Figure 3.5 Proportion de médecins recherchant de routine une éventuelle exposition au VIH chez différents types de patients ou de situations : comparaison entre 1990, 1995 et 2002



Note : les catégories 'check up' et 'migrants' ne figuraient pas dans l'étude de 1990 ; la catégorie 'homosexuels' a connu une modification par rapport à 1990, aucune comparaison n'est donc possible avec cette année

IUMSP/UEPP

Le comportement des médecins en matière de dépistage – par l'anamnèse – d'une éventuelle exposition au VIH évolue au fil des années. En 1990, leur attention porte essentiellement sur les groupes considérés 'à risque'. Douze ans plus tard, ils sont sensiblement plus attentifs à la situation de la population générale (demandes de contraception, jeunes adultes, check up, nouveaux patients et – dans une moindre mesure – migrants). Un léger fléchissement s'observe toutefois entre 1995 et 2002 au niveau de l'anamnèse du risque chez les patients homosexuels (Figure 3.5).

Selon l'EPSS (édition 2000), deux tiers des personnes âgées de 17 à 45 ans résidant en Suisse ont consulté au moins une fois un médecin au cours des douze mois précédant l'enquête. Six pour cent ont eu l'occasion de parler du VIH lors de la consultation. Dix ans auparavant (1990)⁵, cette

^a Aucune comparaison possible avec 1990.

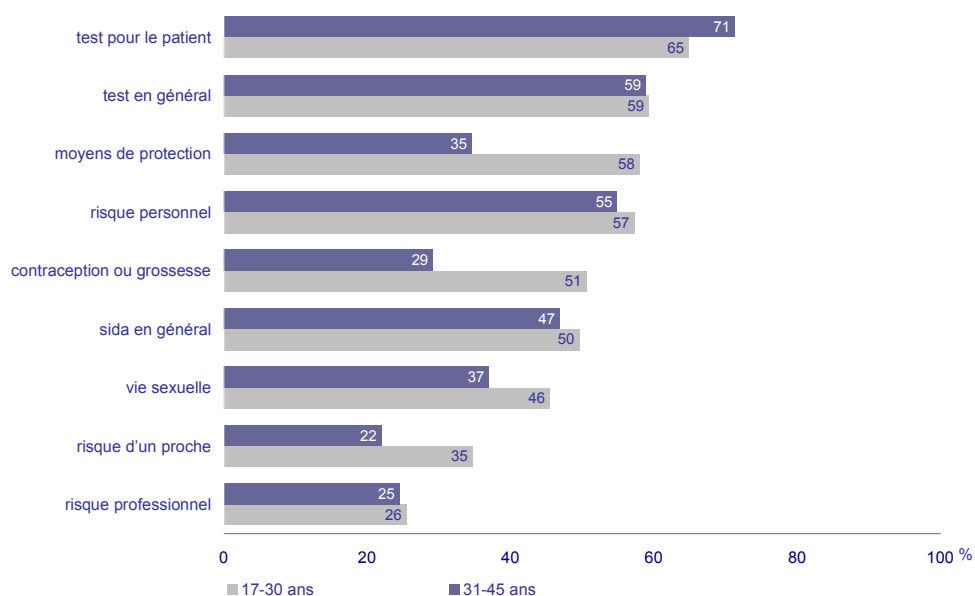
proportion s'élevait à 14%. En 2000 toutefois, les jeunes adultes sont plus nombreux à avoir eu une telle discussion que les personnes plus âgées (Tableau 3.8).

Tableau 3.8 Proportion de personnes ayant eu une discussion autour du thème du VIH/sida lors d'une consultation (EPSS ; 1990 : n=1723, 2000 : n=2866)

	1990 : 17-30 ans	2000 : 17-30 ans	1990 : 31-45 ans	2000 : 31-45 ans	1990 : total	2000 : total
Au moins une consultation dans les 12 derniers mois	73	65	70	63	72	64
Discussion sur le VIH/sida pendant la consultation	15	8	13	5	14	6

IUMSP/UEPP

Figure 3.6 Thèmes abordés lors de la consultation selon l'âge (étude EPSS 2000 : n=110)



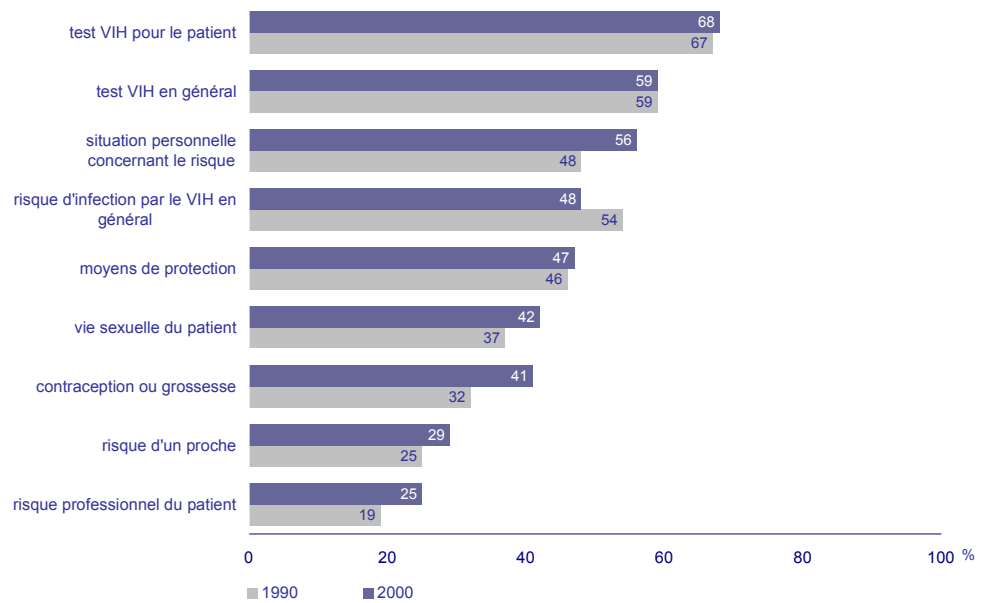
IUMSP/UEPP

Les thèmes évoqués lors de la consultation diffèrent selon l'âge du patient : moyens de protection, contraception et grossesse, risques encourus par un proche ainsi que vie sexuelle sont plus fréquemment discutés avec les jeunes patients (Figure 3.6).

Les informations disponibles ne permettent pas d'expliquer la différence apparaissant entre les données récoltées auprès des médecins (forte augmentation des anamnèses du risque auprès des jeunes adultes) et celles obtenues de la part des patients (diminution des consultations ayant permis d'aborder le thème VIH/sida). Plusieurs hypothèses peuvent être formulées. Toutes tendent à réduire l'importance de cette divergence. On constate en premier lieu que la proportion des patients ayant abordé ce thème en 2000 est plus élevée parmi les plus jeunes (Tableau 3.8). On observe en outre que certains thèmes (vie sexuelle, moyens de protection et contraception) sont beaucoup plus fréquemment évoqués avec les plus jeunes (Figure 3.6). Ces constats

suggèrent que les médecins sont désormais attentifs à certaines préoccupations de leurs plus jeunes patients et qu'ils se comportent différemment avec eux. Cela pourrait étayer l'augmentation relevée dans la Figure 3.5. La diminution des personnes ayant discuté de VIH/sida pourrait aussi s'expliquer par le moment dans l'histoire de l'épidémie : en 1990, la nouveauté de l'infection pouvait provoquer un certain nombre de discussions à caractère général ; en 2000, l'infection est mieux connue et les consultations par rapport au VIH/sida se centrent plus sur la situation personnelle du patient, comme le montre la Figure 3.7.

Figure 3.7 Thèmes abordés lors d'une consultation : comparaison entre 1990 et 2000 (n = 103)



IUMSP/UEPP

3.5.3 Attitudes et pratiques autour du test

Un peu plus de la moitié des médecins (59%) considèrent qu'aucun test ne devrait être effectué à l'insu d'un patient capable de discernement. Les autres ne partagent pas totalement cet avis (17% sont plutôt d'accord et 12% plutôt pas d'accord) ou y sont clairement opposés (12%). Par rapport à 1995^a, on observe une très légère diminution de la proportion de médecins estimant qu'aucun test ne devrait être effectué à l'insu d'un patient capable de discernement (64%).

A de rares exceptions près, tous les médecins (96% en 2002, 99% en 1995 ; 94% en 1990) ont prescrit au moins un test de dépistage au cours des six mois précédant l'envoi du questionnaire (médiane : 10 ; moyenne : 15.2) pour un total de 17804 tests. Les gynécologues comptent le nombre moyen de tests le plus élevé (35).

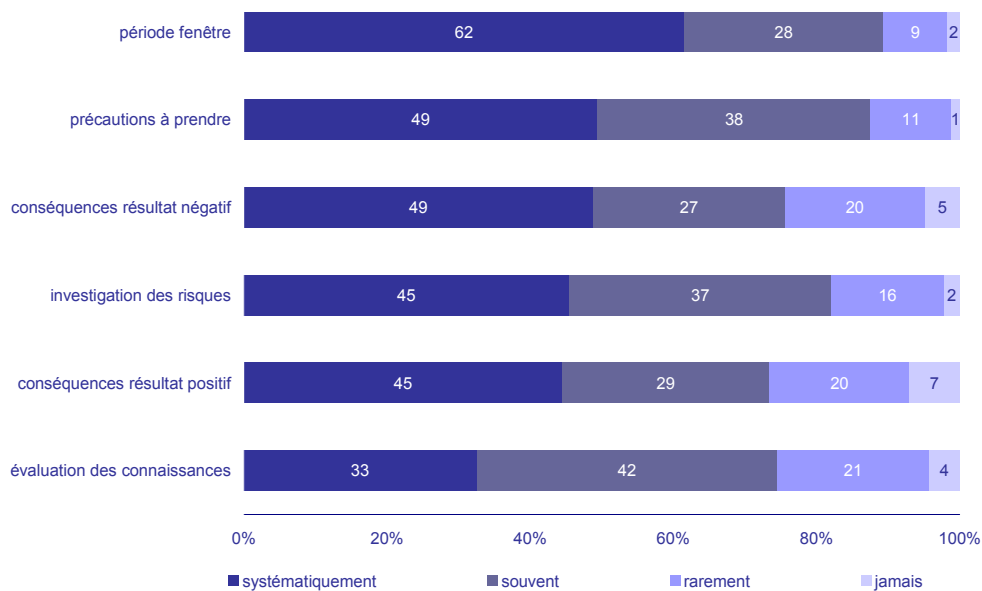
Pré-test counselling

Dans bien des cas, la demande de test donne lieu à un counselling. Précédant le test, celui-ci permet d'en évoquer les limites ('période fenêtre'), d'investiguer les risques auxquels le patient a

^a Aucune comparaison possible avec 1990.

pu s'exposer, de vérifier ses connaissances, de discuter les conséquences du test et de lui transmettre des conseils quant aux précautions à prendre^a.

Figure 3.8 Fréquence des thèmes abordés lors du pré-test counselling



IUMSP/JEPP

Seule la question de la validité du test ('période fenêtre') est systématiquement abordée par plus d'un médecin sur deux. Toutefois, plus d'un médecin sur dix n'évoque que rarement ou jamais le fait que le test ne reflète que la situation prévalant avant la période fenêtre. Un médecin sur quatre n'évoque que rarement ou jamais les conséquences d'un test positif ou négatif, ni n'évalue les connaissances de son patient (Figure 3.8).

Le comportement des médecins lors du pré-test counselling (la fréquence des différents thèmes abordés) reste absolument stable par rapport à 1995^b.

Les médecins consacrent en moyenne 9.10 minutes au conseil précédant le test (médiane : 10 minutes). Si l'on exclut les infectiologues, le temps moyen consacré à ce conseil passe à 8.70 minutes et la médiane à 8 minutes. Ces résultats sont voisins de ceux observés en 1995^c (moyenne 9.3, médiane 8 minutes).

De loin la spécialité réalisant le plus grand nombre de tests par médecin, les gynécologues constituent également le groupe qui néglige le plus le counselling précédant l'examen. Doit-on attribuer cette carence dans le dépistage et l'information au fait que la plupart des tests effectués par ces spécialistes possèdent un caractère de routine et que ces derniers, estimant savoir que leurs patientes n'ont couru aucun risque d'infection, jugent inutile de s'attarder sur cette phase du test ? A l'opposé, les infectiologues sont proportionnellement les plus nombreux à aborder systématiquement la totalité des thèmes.

^a FMH-OFSP. La consultation médicale : information et conseil à propos du VIH.

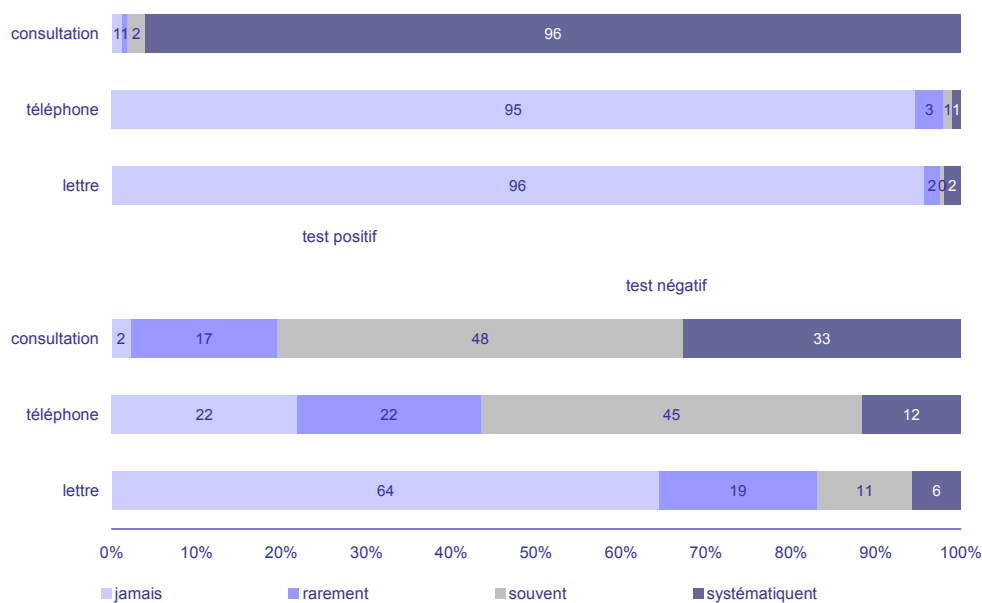
^b Aucune comparaison possible avec 1990.

^c Aucune comparaison possible avec 1990.

Communication du résultat du test

La restitution du résultat du test offre l'occasion de rappeler certains conseils de protection. L'importance de ce moment d'échange ne doit pas être sous-estimée, quel que soit le résultat du test. En cas de sérologie positive la communication devrait se dérouler en situation de face-à-face. Des motifs d'ordre organisationnel ou financier peuvent en revanche justifier que les résultats négatifs soient communiqués d'une autre manière.

Figure 3.9 Communication du résultat du test VIH : moyens utilisés (n=1231)



IUMSP/UEPP

Les médecins n'utilisent pas les mêmes moyens de communication selon que le résultat est positif ou négatif. Ils cumulent souvent plusieurs méthodes. Presque tous communiquent les résultats d'un test positif à l'occasion d'une consultation. Il subsiste toutefois une petite proportion qui annoncent un tel résultat par téléphone ou par lettre (Figure 3.9). Ces pratiques ne diffèrent pas de celles relevées en 1995.

3.5.4 Implication des libres praticiens dans la prise en charge des patients séropositifs

En 2002, un peu plus de la moitié des médecins (55%) prennent en charge – d'une façon ou d'une autre – au moins un patient séropositif. Le nombre moyen de ces patients dans la file active est de 3.8 par médecin (médiane : 1). Infectiologues et dermatologues suivent plus de patients séropositifs (respectivement 61.7 et 24.8 patients en moyenne). Internistes (3.3), praticiens de médecine générale (3.0), gynécologues (2.5) et généralistes (2.0) ont un nombre moyen similaire de patients séropositifs.

Une petite proportion de médecins libres praticiens (6%) assument seuls la responsabilité intégrale d'une thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) d'un ou plusieurs patients. Toutes les spécialités ne sont pas impliquées de la même manière : deux tiers des infectiologues (64%) sont 'seuls responsables' d'une HAART, 11% des médecins en pratique générale, 8% des internistes, 4% des généralistes, 1% des gynécologues et aucun dermatologue. Ces médecins sont plus nombreux en Suisse romande (11%) et italienne (8%) qu'en Suisse alémanique (4%). Au

total, les répondants administrent des HAART en qualité de ‘seuls responsables’ à 1221 patients. Le Tableau 3.9 présente les proportions de médecins de l’étude ayant une telle prise en charge et le nombre de patients suivis avec un tel traitement. Il donne aussi une estimation, pour l’ensemble de la population, du nombre des médecins des spécialités concernées et du nombre de patients suivis. En Suisse, le nombre de médecins libres praticiens assumant seuls la responsabilité d’une HAART se situe ainsi entre 208 et 533, celui des patients entre 2420 et 5902.

Tableau 3.9 Proportions dans l’étude et estimations pour la population des médecins seuls responsables d’une HAART et nombre de patients suivis avec un tel traitement

	Données de l’étude			Estimation pour la population (intervalles de confiance à 95%)	
	% de médecins seuls responsables d’une HAART	nombre moyen de patients suivis avec une HAART	nombre max. de patients suivis avec une HAART	nombre de médecins seuls responsables d’une HAART	nombre total de patients suivis avec une HAART
Infectiologues	64	42.0	200	15	966
Autres médecins	6	0.6	150	193 – 518	1454 – 4936
Ensemble	6	1.1	200	208 – 533	2420 – 5902

Note : Pour les infectiologues, il n’y a pas de fourchettes d’estimations car tous étaient inclus dans l’échantillon.
IUMSP/UEPP

En outre, 38% des médecins déclarent être, au moins pour un patient, co-responsables d’une HAART. Au total, 40% prennent en charge – comme seuls responsables ou co-responsables – des patients recevant ce type de traitement. Enfin, un cinquième des médecins (20%) suivent des patients séropositifs uniquement en qualité de médecin de famille.

Parmi les répondants, 17% déclarent prendre en charge des patients qui refusent d’entreprendre une HAART (744 patients au total).

Malgré une implication importante des médecins dans cette prise en charge, un médecin sur huit (12%) estime encore ‘naturel de pouvoir refuser de prendre en charge un patient séropositif afin de protéger son intégrité personnelle ainsi que celle de ses collaborateurs’^a. Cette attitude est en léger – mais constant – recul (1990 : 17% ; 1995 : 14% ; 2002 : 12%).

3.5.5 Prise en charge de patients séropositifs au cabinet médical

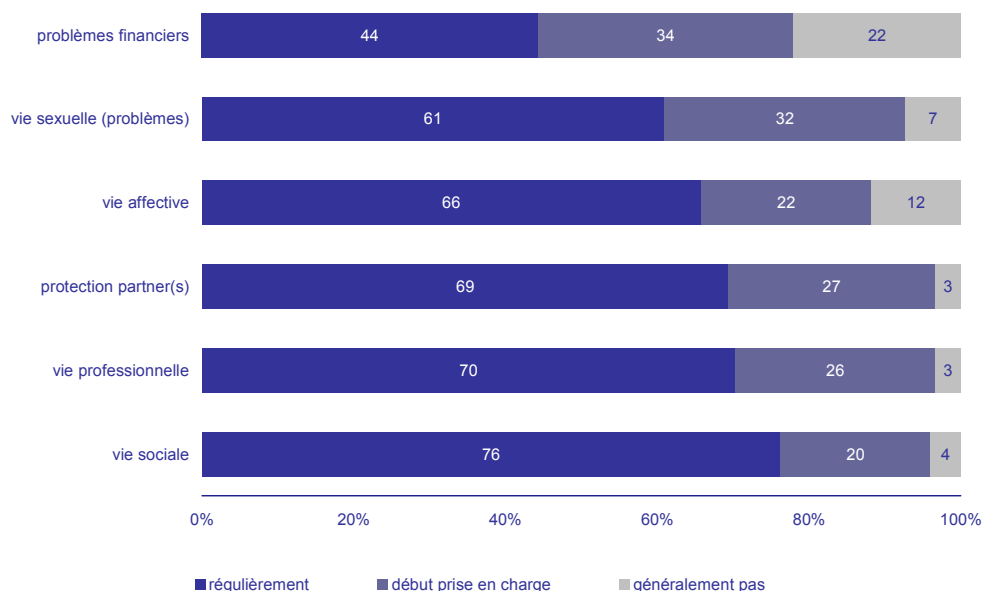
La séropositivité entraîne des conséquences sur plusieurs dimensions de l’existence. Une bonne compréhension du vécu du patient aide le médecin dans sa prise en charge et lui permet d’intervenir à bon escient. Le VIH/sida s’inscrivant dans la durée, l’intérêt des médecins devrait être permanent afin de saisir les modifications qui se produisent.

Entre deux tiers et trois quarts des médecins s’informent régulièrement au sujet de la vie sociale, professionnelle, affective et sexuelle de leurs patients séropositifs ainsi que de leurs habitudes en matière de protection. Un peu moins de la moitié se préoccupent de l’apparition d’éventuels problèmes financiers. Un tiers des médecins ne s’informent toutefois de la vie sexuelle de leurs patients qu’au début de la prise en charge et un quart de la vie affective et de la protection. Ils se privent ainsi de données concernant l’évolution d’un problème de santé qui s’inscrit dans la

^a Réponses ‘d’accord’ et ‘plutôt d’accord’.

durée et dont certaines répercussions n'apparaissent pas d'emblée. Enfin, respectivement 12% et 7% des médecins ne s'informent jamais de la vie affective et sexuelle de leurs patients^a et 22% ne se préoccupent pas des problèmes financiers que ceux-ci pourraient rencontrer (Figure 3.10). Ce constat rejoint celui posé à l'occasion de l'étude sur la sexualité des personnes séropositives⁸.

Figure 3.10 Fréquence à laquelle les médecins qui suivent des patients séropositifs se renseignent sur différents aspects de leur vie



IUMSP/UEPP

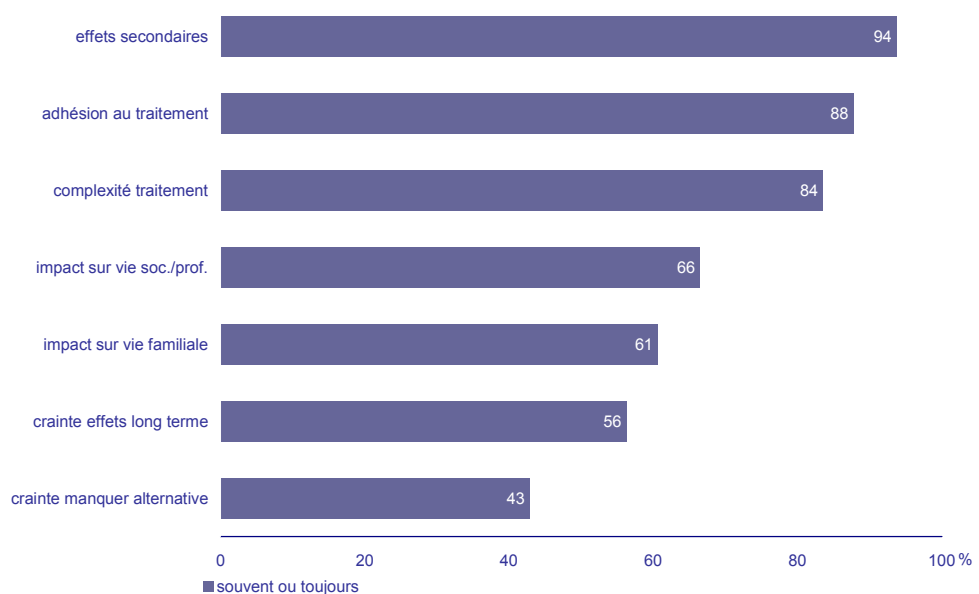
Parmi les traitements proposés aux personnes séropositives, les HAART sont connues pour leur complexité, leur caractère astreignant, leurs effets secondaires et leur impact sur la vie relationnelle des patients. Les médecins vouent une attention particulière à l'information précédant la mise en œuvre de ces traitements : signification des CD4 et de la virémie, effets secondaires, effets à long terme, bénéfices attendus et nécessité d'adhésion au traitement sont – quel que soit le thème – souvent ou toujours abordés par plus de 90% d'entre eux. De ce fait, les patients peuvent formuler un consentement véritablement éclairé. Ces données concordent avec l'étude 'Les HAART du point de vue du patient'⁹ dans laquelle les patients portaient un regard positif sur les conditions dans lesquelles ils avaient donné leur consentement pour un tel traitement.

Limiter sa vigilance aux seuls effets secondaires des médicaments peut conduire à ignorer des pans entiers de l'existence du patient pouvant pourtant jouer un rôle important dans son adhésion au traitement.

La grande majorité des médecins s'informent sur les effets secondaires des médicaments, les problèmes posés par la complexité du traitement et l'adhésion du patient. Par contre, deux tiers seulement se renseignent à propos de l'impact du traitement sur la vie familiale et professionnelle (Figure 3.11).

^a Voir à ce propos 'La sexualité des personnes séropositives'⁸.

Figure 3.11 Proportion de médecins – responsables ou co-responsables d'une HAART – qui se renseignent sur différents aspects de ce traitement (n=486)



IUMSP/UEPP

3.5.6 La prophylaxie post-exposition (PEP) au cabinet médical

Les avancées réalisées dans la compréhension des mécanismes de l'infection par le VIH et dans la mise à disposition de solutions thérapeutiques permettent d'offrir une réponse rapide aux personnes qui redoutent de s'être exposées au virus : la prophylaxie post-exposition (PEP). La PEP est toutefois un traitement lourd qui justifie qu'un soin tout particulier soit porté à établir la probabilité du risque d'exposition.

La moitié des médecins environ (48%) ont déjà été consultés au moins une fois pour une situation où l'administration d'une PEP entrerait en ligne de compte. Durant les douze mois précédant l'étude, un tiers des médecins (35%) ont été consultés au moins une fois pour une telle situation (18% une fois, 10% deux fois et 7% plus de deux fois, le maximum étant vingt fois). Au total, les répondants ont fait état de 882 consultations pour un problème susceptible de donner lieu à la prescription d'une telle prophylaxie.

Les infectiologues sont les plus confrontés à ce type de situations. Cependant, un médecin pratiquant la médecine générale sur dix et un dermatologue sur huit ont été confrontés au moins trois fois à un tel problème durant les douze derniers mois.

Confrontés à une situation pouvant donner lieu à la prescription d'une PEP, la moitié des médecins (51%) réfèrent leur patient à un centre spécialisé. Un tiers (34%) analysent la situation et demandent un concilium et 15% analysent la situation et décident seuls de l'indication. On trouve dans cette dernière catégorie la quasi-totalité des infectiologues ainsi qu'un cinquième des internistes. A l'opposé, trois quarts des dermatologues (73%) et deux tiers des gynécologues (64%) concernés réfèrent leurs patients à un centre spécialisé. Enfin, les médecins pratiquant la médecine générale sont les plus nombreux à recourir à un concilium (43%).

3.5.7 Différences entre médecins

La région linguistique, le sexe, la spécialité et parfois la durée de pratique sont à l'origine des principales différences apparaissant dans l'analyse bivariée des résultats.

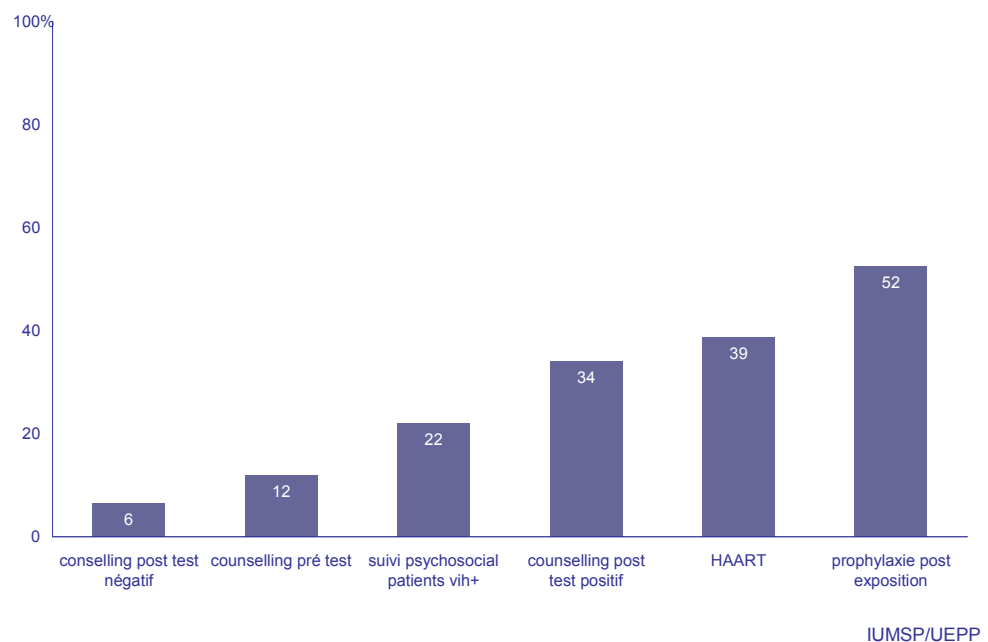
D'une manière générale, les praticiens romands attachent plus d'importance que les alémaniques et les tessinois au rôle des médecins dans la prévention du VIH/sida. Les médecins romands et tessinois sont plus actifs en matière d'anamnèse du risque, administrent plus fréquemment des HAART et sont plus souvent consultés pour des situations où une PEP pourrait entrer en ligne de compte. Dans une telle situation, les médecins alémaniques réfèrent plutôt à un centre spécialisé, alors que les romands et les tessinois recourent plus volontiers à un concilium. Enfin, la proportion de médecins qui réfèrent à un centre spécialisé diminue au fur et à mesure qu'augmente la durée de leur pratique professionnelle.

Les femmes sont plus nombreuses à attacher de l'importance au rôle des médecins de premier recours dans la prévention du VIH/sida et à la mettre en pratique par l'anamnèse du risque. Cette dernière est en général moins pratiquée par les dermatologues.

3.5.8 Souhaits en matière de formation continue

Les besoins en formation concernent en premier lieu les domaines où des nouveautés sont apparues. Plus de la moitié des médecins souhaitent recevoir une formation portant sur la PEP et 40% environ sur les HAART. Les aspects moins 'techniques' ne sont pas négligés et un tiers des médecins ressentent le besoin de se former en matière de counselling post test positif et un quart dans le domaine du suivi psychosocial des patients séropositifs (Figure 3.12).

Figure 3.12 Besoins en formation continue dans le domaine du VIH/sida (n=1231)



Les infectiologues sont surtout intéressés par les HAART mais ils souhaitent aussi pouvoir se former à propos du suivi psychosocial des patients. Une formation sur la PEP est particulièrement souhaitée par les médecins pratiquant la médecine générale, les généralistes, les internistes et les gynécologues.

3.5.9 Comparaisons internationales

Les habitudes des médecins étrangers en matière d'anamnèse du risque VIH et d'anamnèse sexuelle présentent de nombreuses analogies avec celles des médecins suisses dans le sens où ces

démarches manquent de systématique. Les médecins suisses se distinguent toutefois de leurs collègues étrangers en étant plus attentifs à cette dimension de leur activité préventive.

L'anamnèse sexuelle est relativement peu fréquente. Ellen et al relèvent un taux de 40% auprès d'un collectif de médecins américains, 12% s'intéressant à l'orientation sexuelle des (jeunes) patients et 10% à d'éventuelles relations avec des partenaires occasionnels. Sur la base des résultats d'une enquête auprès de 7'300 médecins américains, St Lawrence et al¹⁰ estiment qu'un tiers seulement établissent systématiquement une anamnèse intégrant la question des MST. Haley et al¹¹ constatent que moins de la moitié des généralistes et gynécologues canadiens déclarent se préoccuper 'de routine' de l'utilisation de préservatifs et du nombre des partenaires sexuels de leurs patients. Haley et al¹² notent en outre que 20% à 40% (selon l'année d'obtention de leur grade) seulement des médecins de famille canadiens procèdent à une anamnèse des risques liés à l'activité sexuelle avec plus de 90% de leurs patients. Lopez-de-Munain et al¹³ constatent que 14% des médecins de premier recours espagnols s'intéressent à d'éventuels antécédents de MST et 6% au nombre de partenaires sexuels de leurs patients. En Australie, Temple-Smith et al¹⁴ constatent que 79% des généralistes ont l'habitude d'interroger leurs patients en matière de protection dans le cadre des relations sexuelles (*safer sex*), 63% à propos du nombre de leurs partenaires sexuels et 31% à propos d'épisodes de prostitution. Sur la base de données récoltées auprès de plus de 3 800 médecins américains consacrant plus de la moitié de leur temps à des activités de premier recours, Ewing et al¹⁵ notent que 24% d'entre eux incorporent le thème de la sexualité à l'anamnèse de leurs patients. Aux USA, Elford et al¹⁶ relèvent que moins d'un tiers d'un collectif d'hommes ayant des relations homosexuelles ont discuté de la protection de leurs relations sexuelles, la proportion de ceux ayant évoqué les risques pris à l'occasion d'injection de stéroïdes anabolisants étant du même ordre de grandeur.

Lorsqu'elle est entreprise, l'anamnèse du risque VIH ne débouche pas nécessairement sur des résultats efficaces. Wenrich et al¹⁷ constatent que 60% des médecins de premier recours entreprennent une telle anamnèse mais que 49% d'entre eux seulement identifient l'existence d'un tel risque chez moins de la moitié des patients exposés. De même, étudiant la manière dont un échantillon de généralistes américains agissent dans le cadre de leur consultation (enregistrements vidéo), Epstein et al¹⁸ notent que 73% ne posent pas les bonnes questions ou ne parviennent pas à interpréter correctement les indices récoltés.

En ce qui concerne le counselling aux personnes vivant avec le VIH/sida, Margolis et al¹⁹ observent que 23% d'un groupe de personnes infectées (dont 80% avaient pourtant des comportements à risque) n'ont jamais reçu le moindre conseil de la part de leur médecin.

3.5.10 Conclusions et recommandations

Conclusions	Recommandations
■ La plupart des libres praticiens se perçoivent comme devant être des acteurs importants de la prévention du VIH/sida. Aucun fléchissement n'est observé à cet égard par rapport aux périodes précédentes.	

Conclusions	Recommandations
<p>■ Par rapport à la situation prévalant en 1990, on observe une nette amélioration en ce qui concerne l'investigation du risque auprès de la population générale. Alors que l'étude EPSS semble mettre en cause l'amplitude de cette amélioration, l'analyse détaillée des thèmes abordés dans le cadre de la consultation suggère plutôt qu'un déplacement s'est produit d'une situation où un grand nombre de patients évoquaient la question du VIH/sida de manière générale (dépersonnalisée) vers une situation où ce thème est abordé de manière plus ciblée (personnalisée). Un potentiel de prévention demeure toutefois inexploité. Il concerne surtout les jeunes adultes, les nouveaux patients et les migrants. Il concerne également les homosexuels à l'endroit desquels l'attention des médecins est en recul par rapport à 1995.</p>	<p>⇒ Les nouvelles données épidémiologiques suggèrent qu'une rigueur accrue doit être de mise dans l'investigation de l'exposition au risque et le counselling auprès des homosexuels et des migrants. Il convient en outre d'activer le potentiel d'amélioration existant encore dans le domaine de l'investigation du risque, singulièrement auprès des jeunes et des nouveaux patients.</p>
<p>■ Aucune modification n'est enregistrée en ce qui concerne le counselling lié au test. Son étendue et son contenu font encore apparaître un certain nombre de lacunes. Plusieurs thèmes, pourtant importants dans l'optique de la prévention, ne sont pas systématiquement évoqués dans ce contexte. De fait, seul le thème 'période fenêtre' est systématiquement abordé par plus de la moitié des médecins.</p>	<p>⇒ Les médecins devraient mieux exploiter l'occasion d'explorer les connaissances des patients, d'établir leur exposition au risque et de leur transmettre des conseils préventifs que leur offre le test VIH.</p>
<p>■ Minoritaires, certaines attitudes soulevant des problèmes éthiques subsistent toutefois au sein du corps médical (test sans consentement, refus de suivre des patients séropositifs afin de protéger sa propre intégrité physique).</p>	<p>⇒ La persistance d'une minorité favorable à pratiquer le test VIH sans le consentement éclairé des patients nécessite de rappeler les recommandations éthiques réglant les rapports patient-médecin.</p>
<p>■ Les médecins sont souvent confrontés à des situations où l'administration d'une PEP pourrait entrer en considération. Il existe une forte demande de formation à ce sujet.</p>	<p>⇒ Les médecins devraient être informés de l'existence de directives concernant la PEP et de la manière de se les procurer.</p>
<p>■ Plus de la moitié des médecins suivent des patients séropositifs. Leur rôle dans la prise en charge varie : une minorité assument la pleine responsabilité d'une HAART et plus d'un tiers sont co-responsables de tels traitements.</p>	<p>⇒ Les médecins devraient aborder périodiquement avec leurs patients séropositifs le thème de la vie sexuelle et de la protection et les encourager à maintenir ou renforcer la protection de leurs partenaires.</p>
<p>D'une manière générale, les médecins s'intéressent à l'impact du VIH/sida ou des traitements sur différents aspects de l'existence de leurs patients. Cet intérêt n'est toutefois pas toujours permanent tout au long du traitement, surtout ce qui concerne la vie sexuelle et affective des patients.</p>	

Références bibliographiques

- 1 Makadon HJ, Silin JG. Prevention of HIV infection in primary care: current practices, future possibilities. *Ann Intern Med* 1995;123(9):715-9. Available at: URL: PM:7574227.
- 2 Meystre-Agustoni G, Hausser D. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: les médecins praticiens face à la prévention du sida. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1991. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 52.11).
- 3 Meystre-Agustoni G, Grüniger U, Cassis I, Jeannin A, Dubois-Arber F. Pratiques et besoins des médecins suisses en matière de prévention de l'infection VIH au cabinet médical: synthèse des expériences, éléments de réflexion et recommandations. *Schweiz Med Wochenschr* 1995;125(13):621-6.
- 4 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Spencer B, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: cinquième rapport d'évaluation 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996.
- 5 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G. La prévention du SIDA par le médecin: l'expérience des patients. *Med Hyg (Geneve)* 1992;50:356-60.
- 6 Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP). Enquête téléphonique périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse (EPSS). Lausanne; 2000. (Personal communication).
- 7 Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F. Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 59).
- 8 Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B. La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 17).
- 9 Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Morency P, Cochand P, Telenti A. Les thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) du point de vue du patient. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 72).
- 10 St Lawrence JS, Montano DE, Kasprzyk D, Phillips WR, Armstrong K, Leichter JS. STD screening, testing, case reporting, and clinical and partner notification practices: a national survey of US physicians. *Am J Public Health* 2002;92(11):1784-8.
- 11 Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? *Am J Public Health* 1999;89(6):899-902. Available at: URL: PM:10358682.
- 12 Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better? *Can Fam Physician* 2000;46:1609-16. Available at: URL: PM:10955180.
- 13 de Lopez M, Camara MM, Santamaria JM, Baraia J, Zubero Z, Teira R. [HIV infection and cervical cancer: a note of caution for clinicians and health planners]. *Med Clin (Barc)* 2000;114(7):255-6. Available at: URL: PM:10758597.
- 14 Temple-Smith M, Mulvey G, Doyle W. Maximising response rates in a survey of general practitioners. Lessons from a Victorian survey on sexually transmissible diseases. *Aust Fam Physician* 1998;27 Suppl 1:S15-S18. Available at: URL: PM:9503730.
- 15 Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH, McCutcheon EP. Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. *Am J Prev Med* 1999;17(1):62-72. Available at: URL: PM:10429755.
- 16 Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. Do gay men discuss HIV risk reduction with their GP? *AIDS Care* 2000;12(3):287-90. Available at: URL: PM:10928205.

- 17 Wenrich MD, Curtis JR, Carline JD, Paauw DS, Ramsey PG. HIV risk screening in the primary care setting. Assessment of physicians skills. *J Gen Intern Med* 1997;12(2):107-13. Available at: URL: PM:9051560.
- 18 Epstein RM, Morse DS, Frankel RM, Frarey L, Anderson K, Beckman HB. Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Ann Intern Med* 1998;128(6):435-42.
- 19 Margolis AD, Wolitski RJ, Parsons JT, Gomez CA. Are healthcare providers talking to HIV-seropositive patients about safer sex? *AIDS* 2001;15(17):2335-7. Available at: URL: PM:11698714.

4 BILAN ET PERSPECTIVES

4.1 DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE

Ce chapitre propose une analyse de la situation de l'épidémie. Il s'appuie sur les données de comportements recueillies dans divers groupes de population, sur les revues de littérature pour certains groupes particuliers et sur les données du système de surveillance épidémiologique du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST).

On peut considérer que la population générale est bien informée sur le VIH/sida et les moyens de s'en protéger. L'intensité, la continuité et la large couverture des campagnes médiatiques, les activités menées dans le cadre scolaire et, de manière plus générale, la mobilisation sociale expliquent cet état de fait.

On a observé, dès 1987, une modification profonde des comportements allant dans le sens d'une protection accrue. Bien qu'inégaux selon les classes d'âge, les niveaux d'utilisation de préservatifs sont généralement élevés. Une stabilisation s'est dessinée dès 1992. L'interprétation la plus probable des données les plus récentes (2000) est que cette stabilité perdure. Un déclin ne peut être affirmé. La prudence est toutefois de mise compte tenu du contexte épidémiologique récent (évolution des nouveaux cas de VIH et d'IST, contexte international de recrudescence de l'épidémie). Il faut en outre tenir compte de l'existence de petits sous-groupes de la population générale qui ne sont pas représentés dans les enquêtes en raison de leur marginalisation, de l'impossibilité de les atteindre par téléphone ou de leur méconnaissance d'une des langues nationales et dont les comportements sont de ce fait insuffisamment documentés. Enfin, l'évolution d'ensemble ne doit pas faire oublier de grandes variations individuelles.

Les données les plus récentes relatives aux comportements de protection chez les jeunes (étude SMASH^a) ainsi que l'évolution de la vente de préservatifs ne font apparaître aucun signe de déclin et confirment cette tendance à la stabilité. Recueillies en 2002, ces données se rapportent à une période marquée par la relance de la thématique VIH/sida dans la presse, par les communiqués de l'OFSP ainsi que par les campagnes, qui dès la fin de 2001, ont mis en garde contre une reprise de l'épidémie dans les pays développés et attiré l'attention sur le désastre observé dans les pays en développement.

Les données sur les comportements dans des populations spécifiques montrent une image différenciée.

Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), on a pu observer, dès 1997, un déclin de la protection avec les partenaires occasionnels^b, une stabilisation à un niveau encore insuffisant de la protection avec les partenaires stables (compte tenu des déficits de stratégies efficaces de protection au sein des couples) et une augmentation du nombre de partenaires sexuels. Même si les taux de protection sont restés généralement élevés, ce déclin préfigurait certainement l'augmentation récente des nouveaux cas de VIH dans cette population.

Chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, le léger fléchissement récent (non significatif) de la protection par non-partage de matériel d'injection et la stabilité à un niveau insuffisant de la protection dans les relations sexuelles pourrait augurer d'une reprise à la hausse

^a Communication personnelle, données 2002 pas encore publiées.

^b Evolution devenue statistiquement significative en 2000.

des transmissions – non confirmée pour le moment par les données épidémiologiques – particulièrement dans certaines villes qui ont gardé des taux de partage plus élevés.

En ce qui concerne les personnes séropositives, l'objectif de 90% de taux de protection^a lors des rapports sexuels que le programme national VIH/sida s'était fixé pour 2001 n'est pas encore atteint.

Enfin on manque de données récentes concernant les migrants (on n'en a même aucune pour les migrants d'origine subsaharienne) et les personnes pratiquant la prostitution. Pour les premiers, le besoin en données sur les connaissances et les comportements est particulièrement fort. En effet, l'évolution épidémiologique montre qu'une partie non négligeable des nouveaux cas de VIH par transmission hétérosexuelle sont rapportés chez des personnes d'origine subsaharienne^b ou chez des partenaires de ces personnes. S'agissant des prostitué(e)s, les données internationales suggèrent des taux élevés de protection par préservatif ainsi que des prévalences basses de VIH chez les prostituées professionnelles. La situation est plus incertaine, voire préoccupante, dans les autres secteurs de la prostitution.

Ce contexte d'évolution des comportements doit être utilisé comme grille de lecture de l'évolution récente des nouveaux cas déclarés de VIH. Il pourrait permettre d'esquisser des hypothèses pour le futur.

La première question qui se pose concerne la concordance entre données comportementales et données du système de surveillance sérologique du VIH. Elle est bonne : la diminution des comportements à risque de transmission du VIH a précédé de plusieurs années celle des nouvelles infections. L'évolution des comportements au sein du groupe des HSH et de celui des consommateurs de drogues préfigurait ce que l'on observe actuellement dans ces populations en matière de nouveaux cas de VIH. En ce sens, la surveillance des comportements dans ces populations devrait se poursuivre et s'étendre à d'autres groupes spécifiques (migrants d'origine subsaharienne, prostitué(e)s). Elle est complémentaire à la surveillance du VIH et d'autres IST. Elles constituent ensemble l'essentiel d'un système de 'deuxième génération', recommandé par l'OMS/ONUSIDA^c.

Une deuxième question renvoie à l'extension de l'épidémie à des segments importants de la population générale ou, en d'autres termes, à la possibilité de sa généralisation. Les données concernant les nouvelles infections montrent une augmentation chez les hétérosexuels (c'est proportionnellement la plus forte). Il convient cependant de relativiser l'importance de cette 'nouvelle donne'. Les hétérosexuels représentent la majorité de la population et on peut légitimement s'attendre, au bout d'un certain temps, à ce que le nombre d'infections croisse au sein de ce groupe (en nombre mais peu en proportion). Or la proportion de la population infectée (8 pour 100 000 habitants) est très éloignée du taux^d qui placerait la Suisse dans le groupe des pays à infection généralisée. De fait les nouvelles infections hétérosexuelles restent principalement concentrées dans de petits groupes de population (migrants d'origine subsaharienne, partenaires de personnes dont la séropositivité a déjà été diagnostiquée, etc.) ainsi que dans des populations spécifiques telles que les HSH et les consommateurs de drogues. On a donc toujours affaire à une épidémie de type concentré.

^a C'est le seul 'groupe' de population pour lequel un taux de protection à atteindre avait été articulé.

^b On ne sait toutefois pas si ces personnes ont acquis le VIH en Suisse ou dans leur pays d'origine.

^c Cf. en annexe 6.5.2 'Les systèmes de surveillance de deuxième génération'.

^d 1% chez les femmes enceintes dans les grandes villes.

Enfin, il convient de s'interroger sur la signification de la recrudescence récente des nouvelles infections par le VIH. Une partie d'entre elles sont vraiment récentes (primo-infections). D'autres sont en revanche des infections découvertes à un stade plus tardif – voire au moment de l'apparition du sida pour une part importante et croissante d'entre elles. Il faut aussi considérer que l'épidémie de VIH/sida est constituée de plusieurs sous-épidémies (dans diverses populations), voire de foyers épidémiques localisés autour d'un noyau de personnes avec des comportements à risque^a. Dans plusieurs groupes spécifiques de population (HSH, consommateurs de drogues par voie intraveineuse), la prévalence du VIH est importante mais encore stable. Le VIH y existe à l'état endémique et on pourrait assister à une reprise véritablement épidémique – mais localisée à l'une ou l'autre de ces populations – en cas de diminution des comportements de protection. On ne sait rien de la distribution du VIH et de sa prévalence dans certaines communautés d'Afrique subsaharienne. Il est par conséquent malaisé d'interpréter les nouveaux cas comme le début d'une épidémie en leur sein.

Il existe potentiellement des 'ponts' pour une pénétration plus importante de l'infection^b dans la 'population générale', c'est-à-dire chez les personnes n'appartenant pas à une population spécifique (par exemple les partenaires sexuels des consommateurs de drogues par injection, ou ceux d'hommes bisexuels) ; il faut rester attentif à cette question. Pourtant, force est de constater que ces ponts ont existé dès le début de l'épidémie de VIH/sida et que les taux de protection élevés que l'on rencontre dans la population en général et dans les groupes spécifiques ont empêché une diffusion massive de l'infection, même s'il existe des cas de VIH chez des hétérosexuels dont la seule caractéristique pertinente pour l'infection est d'avoir des partenaires multiples. Dans la mesure où ce 'filet de protection' généralisé se maintient, il est peu probable que l'on assiste à une reprise générale de l'épidémie. En revanche, il est possible que l'on ait affaire, pendant encore longtemps, à des fluctuations dans le nombre de nouveaux cas, voire à une stabilisation des nouveaux cas à un niveau plus important que celui qui avait été obtenu à la fin des années 1990.

4.2 DYNAMIQUE DE LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME NATIONAL

Le présent chapitre propose une analyse et une réflexion globales concernant l'ensemble de la dynamique de la mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003.

4.2.1 La continuité comme orientation générale du programme national VIH/sida

Cette section vise à relever certaines caractéristiques, importantes pour la mise en œuvre du programme, telles qu'elles sont décrites dans le document lui-même¹. Elle recourt donc à de nombreuses citations du programme pour en restituer le plus fidèlement possible les orientations.

Le programme national 'VIH et sida. Programme national 1999 à 2003' a été développé dans la direction tracée par le manuel 'Prévention du VIH en Suisse'² et la situation antérieure. Le programme national de 1999 à 2003 en élargit les perspectives en y incluant des réflexions sur des thèmes tels que la promotion de la santé, la 'normalisation'^c, le contexte international, les

^a Comme cela a été observé dans la région lausannoise où une série de nouveaux cas de VIH avec un sous-type très particulier sont apparus dans un groupe de consommateurs de drogues.

^b Pour autant que ces personnes n'adoptent pas de mesures de prévention.

^c 'Ce terme vise à traduire le fait que dans le contexte ouest-européen, le thème du VIH/sida ne fait plus figure d'enjeu exceptionnel mais qu'il est en train de se transformer en une thématique 'normale' de santé publique. Compte tenu de la stabilisation des nouvelles infections ainsi que des progrès considé-

nouvelles thérapies anti-rétrovirales hautement actives (HAART), la coopération internationale, l'assurance de qualité, les valeurs fondamentales qui le sous-tendent.

Le texte introductif de 'VIH et sida. Programme national 1999 à 2003' définit clairement les orientations essentielles concernant les finalités et la mise en oeuvre du programme ainsi que l'environnement dans lequel elles se déroulent.

Les buts du programme sont triples. Il s'agit de confirmer la politique développée jusqu'ici en matière de VIH/sida et de lui donner des impulsions nouvelles, de définir des stratégies nationales qui seront mises en oeuvre au niveau régional, et de légitimer les mesures, actions et financements correspondants qui prennent place à ce niveau.

Le programme national se place dans un contexte décrit comme celui de la 'normalisation' du sida³. La transformation du sida en maladie chronique mais encore non guérissable, suite à l'apparition des HAART, a ouvert une nouvelle période. Ce changement place tous les acteurs du domaine sida dans une situation où les structures organisationnelles et les institutions, hier nouvelles, doivent maintenant 'justifier leur existence' et 'se trouvent en concurrence avec d'autres' (p.9) pour l'obtention des moyens nécessaires à leur fonctionnement. Dès lors, le maintien et l'ancrage de l'existant devient primordial :

« ... la normalisation est un processus désirable si les instances politiques de décision, les professionnels et les personnes vivant avec le VIH et le sida parviennent à préserver les fruits du travail réalisé au fil des ans » (p.9).

S'il définit clairement ses buts, s'agissant de la mise en oeuvre, le programme national s'abstient explicitement de définir des mesures concrètes, une planification, une répartition des compétences^a et un financement propres à leur réalisation :

« Le programme fixe des objectifs, mais ne formule ni compétences ni mesures concrètes. » (p.9)

Comme le manuel 'Prévention du VIH en Suisse' avant lui, le programme national 1999-2003 ne propose pas de nouvelle répartition des compétences mais inscrit dans la situation existante ses modalités d'exécution. Dans le chapitre sur la 'Planification de la mise en oeuvre'^b, cette continuité est réaffirmée :

« On continuera de s'en tenir aux partages des tâches tels qu'ils existent déjà dans de nombreux cantons entre les autorités, les antennes cantonales ou régionales de l'ASS et autres services, et qui ont prouvé leur efficacité. Par ailleurs, la répartition des tâches entre Confédération et cantons ancrée dans la loi demeure déterminante dans le domaine VIH/sida également.

Les compétences – qu'il s'agisse de direction, de coordination, de collaboration, de financement ou d'exécution – doivent découler des domaines de tâches, de l'expertise et des rapports de travail déjà établis et éprouvés des différents partenaires. » (p.39)

Dès lors, les termes de 'programme national' et de 'mise en oeuvre' peuvent constituer un écueil rhétorique et induire en erreur du fait de leur coloration volontariste. Ils laissent supposer une organisation hiérarchique dans laquelle le programme, une fois élaboré et accepté, serait systématiquement mis en oeuvre par des instances de réalisation administrativement subordonnées

rables dans le développement de médicaments anti-rétroviraux, la peur du VIH/sida commence à s'estomper et avec elle l'intérêt du public pour les questions y relatives⁶.

^a Dans le sens politico-administratif du terme.

^b Cf. pages 38 et suivantes du manuel.

qui recevraient de quelque autorité centrale la délégation de compétence et les ressources nécessaires à cette mise en oeuvre. On a vu que tel n'est pas le cas.

En fait, on constate qu'il se développe des activités multiples et diverses qui, globalement, sont compatibles avec les orientations décrites dans le document 'Programme national VIH/sida' et peuvent être interprétées et évaluées dans le cadre qu'il fournit.

4.2.2 Le programme national comme poursuite et ancrage d'une politique publique substantielle dans un état fédéral

Dans le cadre conceptuel de l'analyse des politiques publiques, le programme national VIH/sida est une politique publique substantielle^a qui répond au problème social et de santé publique constitué par l'épidémie de VIH/sida. Cette politique publique s'inscrit dans le cadre du fédéralisme d'exécution qui caractérise la Suisse et met l'accent sur la subsidiarité et l'incitation⁴.

A ce titre de politique publique dans un cadre de fédéralisme d'exécution, le programme national VIH/sida a les caractéristiques suivantes :

- il met en jeu des acteurs multiples à différents niveaux (national, cantonal ou régional) ;
- ces acteurs déploient leurs activités dans des domaines différents (la prévention, les soins, l'éducation, le social, etc.), chacun avec ses caractéristiques propres ;
- des domaines de compétence divers sont impliqués et les relations entre les acteurs et entre les niveaux (fédéral, cantonal, communal) ne sont de loin pas toutes de types prescriptif ou contractuel (de nombreuses activités résultent de décisions autonomes des acteurs de faire porter leurs efforts sur telle activité plutôt que telle autre, de mettre sur pied telle collaboration, etc.).

De fait, le programme national reconnaît explicitement cette situation lorsqu'il déclare que le programme 'offre un cadre aux possibilités d'action les plus diverses, y compris celles qui ne sont pas mentionnées' (p. 5).

On retrouve la même continuité s'agissant du financement des activités. Le programme national 1999-2003 'légitime les mesures correspondantes et le financement de celles-ci' (p. 6).

Les orientations générales du programme national comme politique publique peuvent donc se résumer de la façon suivante :

- le programme national définit des buts et des objectifs clairs avec des jalons explicites pour les acteurs du domaine sida, buts et objectifs qui s'inscrivent dans la continuité de la politique menée jusqu'ici ;
- il ne définit pas de répartition de compétences, de mesures ou de financements spécifiques, ces éléments s'inscrivant dans la continuité de la situation antérieure et étant laissés aux acteurs régionaux ;

^a « L'innovation analytique du terme de politique publique réside justement dans le fait de relier des décisions individuelles et isolées qui codéterminent cependant la solution apportée au problème social qu'elles abordent. Cet ensemble constitue un conglomérat multistratifié de décisions, dont les formes juridiques divergent (loi générale et abstraite, décision budgétaire ou planificatrice, décision individuelle et concrète) et qui sont prises par une multitude de personnes de manière consciente et ciblée, à divers niveaux (Confédération, cantons, communes, etc.) et en assumant des fonctions différentes (parlementaire, responsable de programme, acteur de mise en oeuvre), pour contribuer à la résolution du même problème social. » (p. 62)²⁰.

- il se définit comme un instrument d'orientation des actions et d'aide à la planification pour les acteurs locaux ;
- il se reconnaît une fonction importante de légitimation des mesures et des financements mis en oeuvre au niveau régional ;
- il met l'accent sur la conservation des acquis et l'ancrage des activités existantes.

Ces orientations sont largement situées dans la politique développée jusqu'alors dans le domaine du VIH/sida. On peut regretter qu'elles en répètent les points discutables. On pense en particulier au parti pris de ne pas empoigner le problème, certes ardu, de la définition des rôles et des compétences qui était déjà une faiblesse du précédent 'Manuel de prévention' et qui, on l'a vu, a donné lieu à des conflits d'interprétation⁵.

4.2.3 Le contexte de la mise en oeuvre du programme national

Un aspect particulier du domaine du sida en Suisse, est l'ampleur et la profondeur du consensus sur l'importance de la prévention et la poursuite des efforts dans ce domaine. Ce très large consensus englobe les acteurs du domaine sida ainsi que la population dans son ensemble.

Le processus de participation dans l'élaboration du programme national

L'élaboration du programme national 1999-2003 résulte d'une large consultation. Les destinataires de la consultation, mentionnés en annexe du programme, comprennent des instances fédérales (tels les membres de la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida ou les offices fédéraux faisant partie du Groupe interdépartemental pour les problèmes liés au sida), les cantons (entre autres les directions sanitaires des cantons), des organisations intercantionales comme les diverses conférences des directeurs cantonaux des affaires sanitaires ou de l'instruction publique, les instituts de médecine sociale et préventive et des organisations privées telles que l'ASS et ses organisations membres, les PVA^a régionales, RADIX Promotion de la santé, le Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT), la Fondation ProFa, la Fédération des médecins suisses (FMH), le *Verband Schweizerischer Drogenfachleute*, etc.

Cette participation large des acteurs des domaines concernés par le VIH/sida dans la définition du programme 1999-2003 a constitué un des facteurs assurant l'alignement des activités existantes et du programme. Ce processus d'intégration des partenaires a été poursuivi activement pour la définition du nouveau programme national ('Programme national VIH/sida 2004-2008') débutée en 2002.

La continuation de la politique antérieure

Comme mentionné ci-dessus, le programme national 1999-2003 a été développé dans la direction tracée par le 'Manuel de prévention' et la situation antérieure. A ce titre, **il bénéficie pour sa mise en oeuvre de la dynamique instaurée antérieurement.**

Le consensus parmi les acteurs

Une étude de Kübler et al⁶ a montré l'existence parmi les acteurs d'un large consensus sur la stratégie de l'OFSP et l'absence, tant au niveau national que dans les cantons étudiés, de toute

^a Associations de personnes vivant avec le VIH/sida.

coalition importante opposée à ce que les auteurs nomment la ‘coalition officielle’^a. Au niveau national, cette ‘coalition officielle’ identifiée par les chercheurs rassemble l'OFSP, l'ASS et les acteurs du domaine de la réduction des dommages dans le domaine de la toxicomanie (BRR^b). L'ASS et le BRR sont les partenaires officiels de l'OFSP dans leurs domaines respectifs.

Au niveau des cantons, la constellation des forces est analogue. Dans les cantons étudiés (GE, LU, SO, TI, ZH), on trouve toujours une ‘coalition officielle’ forte avec accès aux ressources publiques à laquelle est parfois opposée une coalition plus lâche, faible et sans accès à des ressources importantes.

Tant au niveau fédéral que cantonal, la coalition officielle a établi un réseau dense de liens entre les acteurs et bénéficie de l'accès aux ressources officielles. Elle jouit donc d'une autorité de fait dans l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique de santé dans le domaine du VIH/sida.

Le consensus dans la population

Il n'y a pas eu d'étude spécifique de la position de la population suisse sur la politique de santé dans le domaine VIH/sida. On dispose cependant depuis plusieurs années d'évaluations⁷⁻¹³ concernant l'acceptation de la campagne STOP SIDA, active sans interruption depuis 1987, qui en est l'élément le plus visible pour la population générale. D'une manière générale, la visibilité de la campagne reste élevée : une large majorité de la population a été en contact avec une de ses productions durant l'année. L'acceptation de la campagne est également très forte : régulièrement, plus de 90% de la population souhaite la continuation des campagnes de prévention contre le sida.

A travers ces données, la position de la population concernant les campagnes de prévention contre le sida apparaît très favorable. Comme ces campagnes constituent l'élément le plus visible de la politique de santé dans le domaine VIH/sida, on peut supposer que cette attitude positive d'acceptation large et de soutien fort et continu s'applique également aux autres composantes de cette politique.

On en voit une confirmation dans les attitudes de la population générale face au problème de la drogue¹⁴. En particulier, depuis 1991, les mesures concernant la prévention du VIH/sida chez les consommateurs de drogues, notamment par la mise à disposition de matériel d'injection stérile, recueillent l'adhésion de près de 90% des personnes interrogées (89% en 1997¹⁵).

4.2.4 L'importance et le rôle du consensus

Le programme national 1999-2003 continue donc la politique développée antérieurement dans le domaine VIH/sida dans une situation de très large consensus, caractérisée par la prééminence de la ‘coalition officielle’ et une acceptation et un soutien larges de la population. Ce consensus s'est établi historiquement comme résultat de la mobilisation sociale majeure des années 1985-1995 en réponse au problème du sida.

Ce consensus, partagé par les acteurs hors du domaine proprement sida (par exemple promotion de la santé, etc.) est un élément central dans la mise en oeuvre du programme national. Son effet principal est d'assurer, en arrière-fond, l'alignement des décisions multiples des acteurs indépendants des différents domaines avec les orientations du programme national. Il oriente les décisions des acteurs autonomes, il assure la présence d'un background commun lors des négociations entre acteurs, et, d'une façon générale, facilite l'ensemble des relations entre ceux-ci.

^a ‘Amtliche Aids-Koalition’.

^b Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues.

Le consensus, dans les dimensions multiples dont on a parlé, constitue le bien commun le plus précieux partagé par les acteurs, en particulier les acteurs centraux, même si son importance n'est pas toujours perçue – ou en tout cas pas reconnue explicitement.

4.2.5 Les fissures du consensus^a

La période du début de la mise en oeuvre du programme national a néanmoins été marquée par la présence de désaccords et d'incompréhensions entre les acteurs principaux du niveau national. Il est particulièrement intéressant de relever, justement, que ces problèmes ne se sont pas – ou peu – rencontrés dans les cantons. Ces problèmes sont maintenant (en 2003) réglés, mais sont néanmoins mentionnés car ils ont marqué le début de la mise en oeuvre du Programme national.

Le débat sur le 'transfert'

La première de ces fissures dans le consensus a tenu aux malentendus et aux divergences réelles qui se sont développés autour de la notion de 'transfert'.

Dans le domaine du sida, ce terme a d'abord désigné le transfert de pratiques innovantes ou d'expériences (au sens de bonnes pratiques) du domaine du sida à d'autres domaines de la santé¹⁶. Il s'agissait de faire bénéficier d'autres domaines des expériences positives réalisées dans le cadre de la lutte contre le sida, par exemple dans le domaine de l'*empowerment* des personnes concernées, dans l'accompagnement, dans les campagnes de prévention, dans la réduction des risques, etc. Du point de vue de l'évaluation, c'est la seule définition du transfert qui se révèle réellement féconde dans ce domaine.

D'un autre côté, il a souvent été question d'intégrer les messages de prévention du VIH/sida dans les pratiques d'acteurs travaillant déjà dans des domaines connexes (éducation sexuelle, traitement des infections sexuellement transmissibles, conseil prénatal, planning familial, médecine générale, éducation par les parents, etc.). Il s'agissait d'inciter ces acteurs à ajouter la prévention du VIH/sida à leur répertoire professionnel et d'obtenir un effet multiplicateur durable de prévention. Cette incitation concernait plutôt des individus dans leur pratique quotidienne avec leurs patients/clients. Ceci représente le niveau III (prévention individuelle) de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse^b. Il s'agit ici non pas tellement de transfert que d'ancrage, c'est-à-dire de la pérennité de la prévention du VIH/sida.

Il semble que l'OFSP ait donné pendant une certaine période – au début de la mise en oeuvre du programme national – une nouvelle interprétation à la notion de transfert : on a alors parlé du transfert de compétences^c d'intervention d'une organisation à d'autres, du transfert de la responsabilité d'un programme de prévention d'une organisation à d'autres. Ceci est une toute autre notion. Des expériences de transfert partiel de programme (transfert limité à la mise en oeuvre : les tâches de conception, de planification, coordination, de formation demeurant dans l'organisation-mère) avaient été menées avec succès par l'ASS dans le cas du projet APiS/*Barfüsserfrauen*¹⁷. Dans ce cas, l'organisation locale bénéficiait de la compétence en matière de prévention et de VIH/sida de l'ASS, et apportait sa connaissance spécifique du

^a Cette section constitue une interprétation par l'équipe d'évaluation des informations obtenues lors des interviews d'acteurs nationaux, mentionnés en annexe, et de la documentation et des notes prises lors de la 'Conférence intercantonale VIH/sida' du 8 septembre 2000 organisée par l'OFSP et l'ASS qui s'intitulait 'Transfert dans la lutte contre le VIH/sida'.

^b Cf. site Internet de l'OFSP : <http://www.bag.admin.ch/aids/ziele/f/index.htm>.

^c Concernant la mission d'une organisation.

groupe-cible et ses capacités de contact avec lui. Une expérience un peu différente avait été faite avec le projet HSH, dans les premières années : c'étaient des organisations d'homosexuels qui portaient le projet au niveau local, l'ASS apportait sa compétence dans le domaine du sida et de la prévention. Il était apparu que beaucoup de ces groupes ne souhaitent plus assumer ce projet, la prévention étant trop éloignée de leur mission première de défense des intérêts des homosexuels^a. Le projet avait donc été repris localement par les antennes de l'ASS, la conception, la coordination et la formation restant du domaine de l'organisation faitière.

Pour qu'une décision de transfert de ce type se prenne, il faudrait d'abord en examiner la pertinence. Plusieurs critères devraient être envisagés, notamment :

- la légitimité à intervenir (les missions de l'organisation devraient inclure/être compatibles avec la prévention) ;
- la crédibilité auprès du public-cible et la capacité à l'atteindre ;
- la crédibilité auprès des autorités ;
- la compétence dans le domaine VIH/sida et de la prévention ;
- un intérêt naturel pour la problématique ;
- la disponibilité d'un réseau, de structures, de savoir-faire particuliers ;
- le potentiel de durabilité de l'intervention (engagement, reprise de financement, structures).

La question de la mise au concours de programmes nouveaux – comme cela a été le cas pour le programme s'adressant aux migrants originaires de pays subsahariens^b – ne relève pas de l'idée d'un transfert, mais les critères mentionnés ci-dessus peuvent aussi s'avérer utiles pour aider à la décision. D'autres dimensions, si ces critères sont remplis, comme la possibilité d'économies d'échelle (une organisation responsable de plusieurs programmes), versus la diversité des partenaires peuvent entrer en ligne de compte.

Cette conception du transfert a maintenant (au début 2003, moment de la rédaction du présent rapport) été abandonnée. L'OFSP lui a préféré, de manière justifiée, une orientation qui vise à maintenir et ancrer des points forts sida dans le champ de la prévention.

Une deuxième fissure, également au niveau national, tenait à l'évolution des financements (notamment la diminution des crédits destinés à la prévention)^c et à des appréciations parfois divergentes de la signification de l'évolution épidémiologique et comportementale récente. L'ASS fait des efforts renouvelés pour la prévention et a mis en place une action de lobbying 'musclé' dans ce sens.

Attentes générées par le programme

Une troisième fissure est venue des attentes générées par le programme national chez certains acteurs de la prévention dans les cantons. Son caractère ambigu de programme sans spécifications de mise en oeuvre a été ressenti comme frustrant par certains à un moment où les incertitudes et les interrogations réclameraient plutôt des orientations claires, des priorités affirmées et une répartition des tâches bien définie.

^a Il existe actuellement à ce sujet de fortes différences régionales : en Romandie notamment, certains de ces groupes maintiennent une forte implication dans la prévention.

^b Voir la section 3.4.11 qui traite de ce sujet.

^c Le montant du crédit de l'OFSP pour la prévention du sida est passé de CHF 13.1 millions en 1990 à 16.0 millions en 1994 puis est redescendu graduellement à 9.5 millions en 2001 et 2002. Source : OFSP.

Le nouveau programme national 2004-2008, en phase finale d'élaboration, a pris en compte ces ambiguïtés. Un effort important de clarification des rôles et des compétences est en cours là où c'est possible.

Rôle de l'OFSP

Enfin, une quatrième fissure s'est dessinée autour du rôle de leadership national de l'OFSP. A de multiples reprises, dans des contextes différents et dans des régions diverses, certains acteurs avaient mentionné le regret que l'OFSP n'assume pas de façon plus visible au niveau national et au niveau des régions une présence et un appui, pas forcément financier d'ailleurs.

Ces demandes ont été entendues. L'OFSP a décidé de réaffirmer sa présence comme leader de la prévention du VIH/sida en Suisse en redonnant toute sa visibilité à la campagne STOP SIDA et en revigorant la collaboration avec l'ASS et les contacts avec les cantons.

4.2.6 L'importance et le rôle du leadership national

L'OFSP occupe la place de leader national. Au-delà des tâches qui sont les siennes et que le programme national rappelle^a, on relèvera ici la portée politique et symbolique de son rôle de définition des grandes orientations et de marquage de la continuité de l'importance du VIH/sida comme priorité de santé publique. Cette facette de son rôle est primordiale pour les acteurs, en particulier les acteurs régionaux de la prévention, en ce qu'elle leur procure une légitimité politico-sanitaire d'importance fondamentale dans les relations et négociations entre les autorités et institutions régionales qui les financent.

La campagne STOP SIDA^b, qui dépend directement de l'OFSP, est une composante essentielle de ce leadership national. Elle reflète et étend à l'ensemble de la population ce même message de la continuation de l'importance du problème sida et de la légitimité des actions entreprises pour y répondre.

L'ASS, comme association nationale, occupe également une position essentielle. Présente tant au niveau national que régional, par l'activité des antennes, elle représente et défend les intérêts des personnes vivant avec le VIH/sida (PVA) — avec les associations locales de PVA — et de certaines populations marginalisées ou en risque de l'être, initie ou met en oeuvre des activités de prévention à leur intention et reste attentive aux aspects sociaux, éthiques et relevant des droits de l'homme de la politique de santé dans le domaine du sida. A ces titres, et de par sa position, elle est un interlocuteur obligé tant de l'OFSP que des cantons.

A cause de ces caractéristiques, même si le financement est partiellement assuré par l'un ou l'autre canton, la gestion, la formation, la coordination, et, d'une façon plus générale, le support politique et la direction doivent être assurés par le niveau national. C'est l'ASS qui a assuré ce rôle jusqu'ici et il n'apparaît pas de raisons fondamentales pour le changer.

4.2.7 La dynamique dans les cantons

Dans l'ensemble, la mise en oeuvre du programme national dans les cantons se révèle satisfaisante. On ne constate pas de dégradation significative de la situation ou de la dynamique. Tout

^a Les domaines suivants sont mentionnés en page 41 : bases pour les prises de décision politiques ; surveillance de l'épidémie ; sécurité des produits ; information ; directives et recommandations ; coordination ; réseau et transfert de savoir ; coopération internationale ; innovation, initialisation et durabilité ; gestion des crises et des risques.

^b La campagne STOP SIDA fait l'objet du chapitre 3.2.

au plus constate-t-on parfois chez certains acteurs une augmentation de la difficulté à accomplir les tâches ou à obtenir les financements.

Les spécificités relevées ci-dessus concernant certains groupes ou *settings* se retrouvent également déclinées quand on regarde la situation à l'échelle des cantons. Comme on l'a déjà relevé, dans le domaine de la thérapie et du diagnostic, les objectifs du programme national se réalisent de manière autonome.

La prévention du VIH/sida auprès des toxicomanes a été de fait intégrée dans le domaine de la politique de santé relative à la toxicomanie. Elle se met en place dans une dialectique entre les dynamiques nationales et régionales, voire locales ; sa mise en oeuvre concrète dépend beaucoup des situations cantonales et locales et elle a trouvé son ancrage dans le cadre du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)¹⁸.

Diversité et complexité caractérisent les situations régionales de l'école. Dans ce domaine, on constate la nécessité d'un 'maintien de la pression' pour consolider ou élargir les acquis, au moins dans certains cantons. Il y a donc un besoin de renouvellement de la motivation des acteurs, ce qui nécessite un input symbolique du leadership national.

C'est dans le domaine, large et sans contours très définis, de la prévention, de la mobilisation (*advocacy*) et des interventions auprès des groupes particulièrement vulnérables, que l'on trouve les situations les plus contrastées entre les cantons. La situation dans ce domaine dépend des décisions autonomes des acteurs de faire porter leurs efforts dans tel ou tel secteur, des relations et collaborations qu'ils ont su ou pu mettre sur pied et développer avec les autres acteurs et avec l'administration, de la réceptivité des pouvoirs publics envers la prévention du sida, de la situation financière locale, etc.

4.2.8 La bienveillance et les potentiels de prévention

On a relevé le consensus et l'attitude positive envers la prévention qui règnent largement dans la population. Du point de vue des interventions de prévention, cette attitude se traduit par une bienveillance et une disponibilité à collaborer à des interventions pour autant que les acteurs spécialisés de la prévention VIH/sida en prennent l'initiative et, souvent, en assument le coût. On a vu des exemples isolés de réalisations possibles^a : collaborations avec des services des administrations communales ou cantonales a priori non concernés par la prévention du VIH/sida ; acceptation des interventions par certains gérants de cabarets, etc. Contrairement à l'apparent pessimisme ambiant, cette bienveillance constitue de fait un potentiel de prévention qui pourrait être utilisé plus largement et plus systématiquement.

4.2.9 Comparaisons internationales

Une étude récente de l'IUMSP¹⁹ a comparé les résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida en France, Allemagne, Italie et Suisse. Elle a mis en évidence une forte similitude des résultats obtenus en dépit de différences sensibles dans l'organisation de la prévention et le contenu des messages de prévention (surtout concernant le test de dépistage et la toxicomanie). Cette convergence des résultats est attribuée à une série d'éléments communs à ces diverses politiques ou à leur contexte : une reconnaissance, tôt dans l'épidémie, du danger potentiel représenté par le VIH/sida ; une volonté politique claire et explicite de répondre à ce danger ; une gestion libérale de l'épidémie, en rupture avec la tradition dans ce domaine ; l'allocation de budgets exceptionnels ;

^a Plusieurs sont mentionnés dans le chapitre 'Les populations particulières'.

le démarrage rapide de programmes de prévention ; la continuité des messages ; la cohérence entre les diverses interventions ; une forte mobilisation sociale et communautaire ; une large médiatisation de l'épidémie et des moyens mis en oeuvre pour y faire face.

Références bibliographiques

- 1 Office fédéral de la santé publique. VIH et sida: programme national 1999 à 2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
- 2 Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au sida. Prévention du VIH en Suisse: buts, stratégies, mesures. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1993.
- 3 Rosenbrock R, Schaeffer D, Dubois-Arber F, Moers M, Pinell P, Setbon M. La normalisation du sida en Europe de l'Ouest: le cycle politique sous l'angle d'une maladie infectieuse. *Infothèque Sida* 1999;11:4-15.
- 4 Bütschi D, Cattacin S. L'Etat incitateur: nouvelles pratiques de la subsidiarité dans le système du bien-être suisse. *Annuaire suisse de science politique* 1993;33:143-62.
- 5 Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en oeuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 6 Kübler D, Neuenschwander P, Papadopoulos Y, unter Mitarbeit von Christian Sartori und Sibylle Stamm. Aidspolitik in der Schweiz: Welche Normalisierung ? Normalisierungsszenarien und neue Partnerschaften in der HIV/Aidsprävention auf Bundesebene und in fünf Kantonen. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 78).
- 7 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Spencer B, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: cinquième rapport d'évaluation 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996.
- 8 Dichter Institut. Schlussbericht zur Evaluation der STOP AIDS-Kampagne 1995. Zürich: Dichter Institut; 1996.
- 9 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 10 Raggenbass Partner. Bericht zur Evaluation der 1999er STOP AIDS-Kampagne. Wädenswil: Raggenbass Partner, Marketing und Kommunikationsforschung; 2000.
- 11 RGS Motiv- und Marktanalysen Gmbh. Bericht zur Evaluation der 1997er STOP AIDS-Kampagne. Zürich: RGS Motiv- und Marktanalysen Gmbh; 1998.
- 12 Urfer H. Auto-évaluation: campagne STOP SIDA, décembre 1999 - août 2000. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- 13 Ensmann A, Sardi M. Evaluation de la campagne STOP SIDA 2000-2001 et du site stopsida.ch. Genève: érasme SA; 2001.
- 14 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 15 Longchamp C, Cattacin S, Wisler D, Lehmann P, editors. Pragmatismus statt Polarisierung: die Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen zur Drogenpolitik der Schweiz in den 90er Jahren: mit einer Analyse der Volksabstimmung über "Jugend ohne Drogen". Muri: Zentralsekretariat

- SGGP (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik); 1998. (Schriftenreihe der SGGP = Cahiers d'études de la SSPS = Pubblicazioni della SSPS).
- 16 Twisselmann W, Schmid M, Somaini B, Rosenbrock R, Nöstlinger C. Transfer - HIV/Aids-Fragen und Lehren für Public Health und Gesundheitspolitik: Schlussbericht zuhanden des Schweizerischen Nationalfonds, Fachkommission Aids. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, WZB für Sozialforschung Berlin und Center for Evaluation Antwerpen: 2001.
 - 17 Giuliani P. Prévention du sida dans le commerce du sexe en Suisse : femmes au pieds nus : 1999. Zurich: Aide suisse contre le sida; 2000.
 - 18 Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
 - 19 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
 - 20 Knoepfel P, Bussmann W. Les politiques publiques comme objet d'évaluation. In: Bussmann W, Klöti U, Knoepfel P, editors. Politiques publiques: évaluation. Paris: Economica; 1998. p. 55-72.

5 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GENERALES

SITUATION GENERALE : COMPORTEMENTS ET CAS DE VIH

Conclusions

Recommandations

■ Dans la population générale, en particulier chez les jeunes, on peut conclure à une stabilisation des comportements préventifs.

En revanche, dans certains groupes de population, la situation est plus différenciée : on observe un fléchissement de la protection chez les HSH et une tendance dans ce sens chez les consommateurs de drogues.

De plus, dans toutes les populations étudiées, il existe des sous-groupes où l'exposition au risque est nettement plus forte.

> Il est nécessaire de maintenir les efforts de prévention destinés à la population générale et aux jeunes. Il faut renforcer ceux destinés aux groupes ou sous-groupes particulièrement exposés. Comme la stratégie de lutte contre le VIH/sida a été jusqu'à présent efficace et que les taux de protection restent élevés, il n'y a pas lieu d'en changer l'orientation mais de procéder à des ajustements.

> Il faut maintenir une articulation de la prévention en trois niveaux d'intervention avec des actions et des contenus adaptés à chaque niveau.

■ Les nouveaux cas de VIH sont en augmentation, en particulier les cas de transmission par voie homosexuelle et hétérosexuelle. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne représentent une part importante de ce dernier mode de transmission. On ne dispose cependant d'aucune donnée récente sur les comportements dans les populations migrantes.

En général, la concordance entre surveillance des comportements et surveillance biologique (cas de VIH) est satisfaisante.

> Il faut maintenir un système de surveillance et le stabiliser dans l'esprit de surveillance de deuxième génération, en alliant surveillance du VIH et surveillance comportementale. Il convient aussi d'améliorer le système de surveillance des autres IST.

> Orienter les actions de prévention requiert une bonne connaissance des groupes et sous-groupes particulièrement exposés. Cet impératif nécessite le maintien d'un effort de recherche dans le domaine de la santé publique et des sciences sociales.

■ Préoccupante, l'augmentation des nouveaux cas de VIH ne correspond pourtant pas à un changement fondamental dans l'épidémie de VIH/sida en Suisse qui reste de type concentré.

A un horizon prévisible, le VIH/sida restera un problème – endémique – de santé publique.

> Il convient d'informer la population de la situation épidémiologique et des comportements sans créer d'inquiétude démesurée ni susciter des attitudes de stigmatisation.

Conclusions

Recommandations

■ La gestion individuelle du risque est une réalité. Outre l'usage du préservatif, la gestion du risque peut passer par le test et l'abandon négocié de la protection à l'intérieur du couple. L'observation montre toutefois que cette gestion n'est pas toujours adéquatement appliquée.

Par ailleurs, trop de personnes découvrent leur séropositivité au moment du diagnostic de sida.

■ Même minoritaire, la proportion des personnes infectées par le VIH n'utilisant pas systématiquement des préservatifs à l'occasion de leurs relations sexuelles est loin d'être négligeable.

> Il faut encore améliorer l'accès aux préservatifs de qualité (achetés ou distribués), en recherchant la collaboration des acteurs concernés (producteurs /distributeurs, grandes surfaces et pharmacies, établissements divers, structures à bas seuil et de traitement pour les consommateurs de drogues) (niveaux I, II et III).

> Il faut mieux informer sur le test au niveau II (populations spécifiques) et au niveau III (conseil individuel), et promouvoir le recours au test dans les situations à haut risque où la personne pourrait bénéficier, le cas échéant, d'un traitement précoce.

> Il faut mettre en place des mesures propres à renforcer les comportements de protection des personnes vivant avec le VIH. Ceci demande une bonne compréhension des raisons de non-protection et nécessite des actions aux niveaux II et III (thématisation du problème dans les groupes particulièrement touchés, environnement favorisant, conseil adéquat).

Conclusions

Recommandations

■ Dans l'ensemble, les acteurs de la prévention – en particulier les antennes régionales – se sont bien adaptés à l'évolution de la situation. Les partenariats préexistants se sont consolidés dans de nombreux cantons. Dans certains cependant, la situation est plus problématique du fait des incertitudes planant sur la pérennité du financement de la prévention auprès de groupes vulnérables.

■ Le programme national a eu pour effet de susciter, dans les cantons, des attentes pour un leadership clair et un appui déterminé de la part de l'OFSP. On souhaite aussi, au niveau des cantons, une meilleure définition des rôles et une planification mieux concertée, évoquées mais non précisées dans le programme national.

> L'OFSP devrait mieux prendre connaissance des situations problématiques et apporter le soutien nécessaire.

> Une présence affirmée de l'OFSP et de la campagne STOP SIDA est nécessaire pour soutenir la dynamique de la mise en œuvre du programme national dans son ensemble. L'OFSP a d'ailleurs pris des dispositions dans ce sens lors de la consultation sur le programme VIH/sida 2004-2008.

■ Le programme national s'est mis en place dans un climat – précieux – de large consensus et de soutien de la part des acteurs et de la population en général. Il bénéficie de la dynamique établie antérieurement. Il existe, dans les cantons et les villes, une disposition à coopérer de la part d'acteurs dont l'intervention dans le domaine du VIH/sida n'est pas le rôle principal (services publics, professionnels d'autres domaines que la santé, secteur privé, etc.), en particulier dans le domaine de la prévention. Dans d'autres secteurs – traitements, réduction des risques chez les consommateurs de drogues – le développement se fait de manière autonome mais totalement compatible avec les objectifs du programme.

> Les acteurs du domaine VIH/sida (OFSP, ASS, acteurs cantonaux) devraient prendre l'initiative d'exploiter la disposition à coopérer d'autres partenaires pour leur faire jouer un rôle dans la prévention.

> Il existe des potentiels de prévention encore inexploités, notamment dans le développement de la mise en réseau :

- renvois adéquats sur les sites Internet ;
- repérage des personnes ayant des besoins spécifiques concernant le VIH/sida par les professionnels de différents domaines et aiguillage de celles-ci vers des structures spécialisées (particulièrement important pour les jeunes en décrochage et les migrants) ;
- développement de la complémentarité des offres par une meilleure information dans le réseau, etc.

COUVERTURE ACTUELLE DES INTERVENTIONS ET PRIORITES

Conclusions

Recommandations

■ Au niveau I de la prévention, les campagnes nationales et l'éducation sexuelle ont une bonne couverture nationale. L'intensité et la qualité des interventions restent cependant inégales.

> Il faut continuer les campagnes et viser à une couverture totale en matière d'éducation sexuelle puisque l'école est un passage obligé pour tous les jeunes (y compris migrants et jeunes en phase de décrochage). Il faut veiller à la qualité de l'éducation sexuelle.

■ Au niveau II de la prévention (populations particulières), la couverture est inégale :

■ bonne chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse avec toutefois une inégalité entre cantons ;

■ relativement bonne concernant les HSH (mais perfectible, notamment s'agissant des jeunes ou de la prévention dans les milieux de consommation de sexe) ;

■ encore insuffisante chez les travailleurs du sexe ;

■ insuffisante chez les migrants en provenance de pays à prévalence élevée ou en forte croissance ;

■ insuffisante pour les personnes séropositives dans les différentes populations particulières.

> Il faut encourager tous les cantons à améliorer l'accès au matériel d'injection dans toute sorte de structures (bas-seuil, traitements, pharmacies).

> Il faut renforcer fortement la prévention pour les HSH en recherchant la coopération avec les milieux concernés (associations, gérants d'établissements, intervenants du domaine de l'éducation).

> Il faut renforcer les programmes spécifiques de prévention chez les travailleurs du sexe, particulièrement les migrants et les toxicomanes, et rechercher la collaboration avec les milieux concernés (travailleurs des domaines social et médical, gérants d'établissements).

> Il faut renforcer la prévention dans diverses communautés de migrants, en particulier les communautés africaines.

> Les personnes séropositives ne constituant pas un groupe social, il faut veiller à ce que des actions spécifiques touchant autant à la prévention qu'à l'accès au conseil et aux soins, soient menées dans tous les groupes particuliers (HSH, consommateurs de drogues, migrants, etc.).

■ Au niveau III (conseil individuel par des professionnels, principalement dans le domaine médical, scolaire et social), les potentialités de prévention sont encore sous-exploitées. C'est pourtant à ce niveau qu'on peut toucher des personnes en situation de vulnérabilité (par exemple certains migrants), appartenant à des groupes particulièrement exposés (par exemple HSH) ou des personnes ayant des comportements potentiellement à risque (par exemple clients de prostitué(e)s) et leur apporter un conseil adapté à leur situation personnelle.

C'est aussi à ce niveau qu'on peut améliorer la couverture de l'ensemble de la population et de façon durable si ces pratiques de conseil sont inscrites dans la routine des professionnels.

> Il faut renforcer les mesures d'incitation auprès des divers professionnels – médecins en particulier – et les amener à aborder de façon plus systématique les questions de sexualité et de prévention du VIH/sida avec leurs patients/ clients.

> Il faut veiller à ce que la problématique du VIH sida et des autres IST, et plus généralement le thème de la santé sexuelle, soient intégrés à la formation de base et continue des professionnels de la santé, de l'éducation et du social.

Conclusions

Recommandations

- Les résultats positifs obtenus jusqu'ici dans la lutte contre le sida, que l'on retrouve aussi dans les pays voisins, dépendent probablement de caractéristiques générales des politiques plutôt que des spécificités de leur mise en œuvre ou des détails dans leurs contenus.
- > Il faut maintenir ce qui semble être le noyau commun des politiques efficaces :
 - volonté politique d'agir ;
 - approche libérale (non répressive) dans l'action et soucieuse de non-discrimination ;
 - cohérence entre les actions et continuité dans l'action ;
 - maintien de la sensibilisation à la problématique (*awareness*) : autant s'agissant de l'état de la situation que des moyens mis en œuvre pour y faire face ;
 - maintien de la vigilance et de la mobilisation sociale.
 - > L'OFSP doit maintenir un leadership en la matière et être le garant de la politique (rôle de surveillance, de coordination, d'incitation, d'avocat de la pérennisation) en déléguant l'essentiel de la mise en œuvre à ses partenaires sur le terrain et en poursuivant une politique de soutien financier pour les projets à visée nationale/supracantonale ou de promotion de projets là où il existe des lacunes importantes.

6 ANNEXES

6.1 ANNEXE AU CHAPITRE : INTRODUCTION

6.1.1 Précédents rapports publiés

Hausser D, Lehmann Ph, Gutzwiller F, Burnand B, Rickenbach M. Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le sida distribuée par l'OFSP. Octobre 1986. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 7).

Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse. Décembre 1987. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 23).

Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention du sida en Suisse. Deuxième rapport de synthèse. Décembre 1988. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 39).

Hausser D, Zimmermann E, Dubois-Arber F, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, troisième rapport de synthèse, 1989-1990. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 52).

Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Gruet F, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Quatrième rapport de synthèse 1991-1992. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 82).

Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Cinquième rapport de synthèse 1993-1995. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120).

Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, 29).

6.1.2 Tableau synoptique des études menées de 1987 à 2002, selon le type d'étude et la phase du programme d'évaluation

Monitoring périodique ou études répétées utilisant une méthode ou des indicateurs identiques (mesures des tendances)						
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2002
Comportements population générale 17-30 ans	Comportements population générale 17-30 ans	Comportements population générale 17-45 ans	Comportements population générale 17-45 ans	Comportements population générale 17-45 ans	Comportements population générale 17-45 ans	Comportements population générale 17-45 ans
Marché des préservatifs	Marché des préservatifs	Marché des préservatifs	Marché des préservatifs	Marché des préservatifs	Marché des préservatifs	Marché des préservatifs
Médias	Médias	Médias		Activité des centres à bas seuil pour toxicomanes	Activité des centres à bas seuil pour toxicomanes	Activité des centres à bas seuil pour toxicomanes
HSH (comportements)		HSH (comportements)	HSH (comportements)	HSH (comportements) Toxicomanes (comportements)	HSH (comportements) Toxicomanes (comportements)	HSH (comportements) Toxicomanes (comportements)
Apprentis		Apprentis				
	Education sexuelle		Education sexuelle			Education sexuelle*
		Parents (activité préventive)*	Parents (activité préventive)*			
		Etudiants étrangers	Etudiants étrangers			
		Médecins (quantitatif)		Médecins (quantitatif)		Médecins (quantitatif)
		Solidarité*		Solidarité*		
			Test VIH*	Test VIH*	Test VIH*	Test VIH*
		Image du préservatif*	Image du préservatif*	Image du préservatif*		
		'Sexe touristes**			'Sexe touristes'	
				Accidents de préservatifs*	Accidents de préservatifs*	
		Prévention du sida au cabinet médical : point de vue des patients*				Prévention du sida au cabinet médical : point de vue des patients*
Séries d'études sur un même thème, avec des approches différentes						
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2002
Campagne STOP SIDA	Campagne STOP SIDA	Campagne STOP SIDA	Campagne STOP SIDA	Campagne STOP SIDA	Campagne STOP SIDA	Campagne STOP SIDA
	Programmes scolaires	Programmes scolaires	Programmes scolaires			Programmes scolaires
Toxicomanes		Toxicomanes	Toxicomanes			
	Programmes de prévention pour toxicomanes	Programmes de prévention pour toxicomanes	Programmes de prévention pour toxicomanes	Programmes de prévention pour toxicomanes	Programmes de prévention pour toxicomanes	
Politiques cantonales	Politiques cantonales				Politiques cantonales**	Nouveaux partenariats
	Migrants	Migrants	Migrants	Migrants		
		Prévention en prison**			Prévention en prison	
	Formation personnel extra-hospitalier et bénévoles			Formation personnel extra-hospitalier et bénévoles		
	Personnel hospitalier (attitudes)			Personnel hospitalier (risque professionnel)		
Etudes uniques non répétées						
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2002
Dragueurs	Jeunes marginaux	Parents	Etudiants en médecine	Programme prostituées étrangères	Programme femmes	Besoins des personnes séropositives
Patients de médecins sentinelles	Educateurs et assistants sociaux		Campagne clients de prostituées		Programme HSH	Mise en œuvre du programme national VIH/sida
Leaders informels	Recrues		Campagnes parents	Adolescents : entrée dans la sexualité et différences de genre (analyses secondaires)	Sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida	Revue : les jeunes en général et les jeunes HSH
	Représentations de la sexualité		Adultes hétérosexuels		Médiateurs	Revue : les prostitu(é)es
'Sexe touristes**	Médecins (qualitatif)		Clients de prostituées		Projet PAMiR**	Système d'indicateurs
	Centres de test VIH				Discrimination institutionnelle	
	Feedback				VIH/sida dans la presse**	

* module inclus dans l'enquête sur les comportements des 17-45 ans

** études conduites hors évaluation globale sur mandat direct de l'OFSP

6.1.3 Caractéristiques méthodologiques des différentes études

Etude	Couverture*	Collectif	n	Instrument
Population générale 17-45 ans	Suisse	Échantillon aléatoire	2800	Questionnaire téléphonique avec module de base (attitudes et comportements, test, solidarité) et modules spéciaux Gestion du risque Prévention au cabinet médical du point de vue des patients Nouveaux traitements Education sexuelle/prévention du VIH à l'école
Vente de préservatifs	Suisse	Marché (> 80%)		Données de mise sur le marché par les grands distributeurs
Enquête HSH	Suisse	Volontaires	1097	Questionnaire diffusé par presse et organisations d'homosexuels
Consommateurs de drogues, étude de clientèle des structures à bas seuil	Suisse	Volontaires	924	Questionnaire en partie auto-administré, proposé à tous les consommateurs se présentant dans la structure durant une période donnée
Programmes de réduction des risques pour consommateurs de drogues	Suisse	Programmes existants	26	Relevé mensuel des activités et de la distribution de seringues
Nouveaux partenariats entre acteurs de la stratégie de lutte contre le sida	5 cantons (GE, LU, SO, TI, ZH)	3 domaines particuliers : counselling VIH, réduction des risques chez les consommateurs de drogues par injection, prostitution	31	Etude de cas dans concernant les activités et les partenariats : analyse de documents Interviews
Monitoring et évaluation de la mise en oeuvre du Programme national 1999-2003				
État des activités en 1999 sous l'angle de la couverture et de la durabilité	Suisse cantons	Tous les cantons	26	Questionnaire postal
Etat et dynamique de la mise en oeuvre à fin 2001	5 cantons (GE, LU, SO, TI, ZH)	Acteurs nationaux 5 cantons	12 10	Etudes de cas analyse de documents Interviews
Utilisation des offres et du matériel	Offres nationales 5 villes : Bâle, Lausanne, Lugano, Neuchâtel, Saint-Gall 5 groupes : prostituées, prostitués, HSH, jeunes en décrochage, PVA	Suisse villes 5 groupes : prostituées, prostitués, HSH, jeunes en décrochage, personnes séropositives	68 8	Etudes de cas analyse de documents Interviews Interviews de groupe et individuels
Rôle des médecins installés en pratique privée dans l'épidémie du VIH/sida	Suisse	Médecins de premier recours	1234	Questionnaire

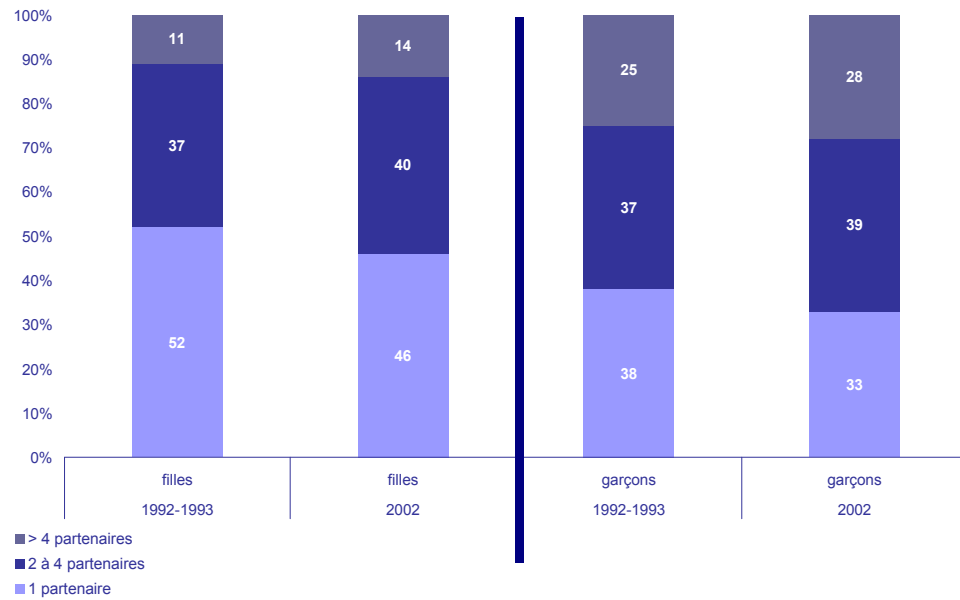
Etude	Couverture*	Collectif	n	Instrument
Education sexuelle et prévention du VIH/ sida dans les cantons	Suisse	26 cantons		Questionnaires Interviews de personnes-ressources
Revue concernant le domaine de la prostitution	Suisse, Europe	Revue des programmes et des données épidémiologiques et comportementales existantes		Revue de littérature publiée et non publiée, rapports, sites Internet)
Revue concernant les programmes adressés aux jeunes en général et aux jeunes HSH	Suisse, pays industrialisés	Revue des programmes probants (jeunes), des programmes et des données de comportements (jeunes HSH)		Revue de littérature publiée et non publiée, rapports, sites Internet)
Besoins des personnes séropositives	Suisse	ONGs du domaine et personnes concernées	62	Analyse de documents focus groups et interviews complémentaires

* SR : Suisse romande, SA Suisse alémanique, SI Suisse italienne.

** Taux de participation

6.2 ANNEXE AU CHAPITRE 2.3 : LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES

Figure 6.1 Nombre de partenaires durant la vie chez les filles et les garçons de 15-20 ans, comparaison 1992/93-2002



Source : SMASH

6.3 ANNEXE AU CHAPITRE 2.5 : LES CONSOMMATEURS DE DROGUES DEPENDANTS

Tableau 6.1 Caractéristiques socio-démographiques des usagers de divers types de structures à bas seuil (Suisse, 1993-2001)

Lieu	% femmes	âge médian ou moyen (m)	% sans domicile fixe	% sans emploi
Structures bas seuil				
SBS 93	27	27 m	12	54
SBS 94	27	27 m	15	56
SBS 96	27	29 m	10	55
SBS 2000	27	32 m	10	59
Traitement héroïne (PROVE, HeGeBe)				
PROVE 94-96	30	30.8		
HeGeBe 96		31.5 m		
HeGeBe 98		31.9 m		
HeGeBe 99		31.9 m		
HeGeBe 2000		32.6 m		
Traitements ambulatoires				
SAMBAD 95	28			
SAMBAD 96	28	27.6 m	4	
SAMBAD 97	28	25-29		
SAMBAD 98		25-29		
SAMBAD 99	28			
Traitements résidentiels*				
FOS 95	23	26-28	10	42
FOS 97	23	25	6	40
FOS 98	23	28	6	39
FOS 99	26	28	7	42
FOS 2000	26	29	5	42
FOS 2001	28	28	5	42

* Statistiques recensées à l'entrée en traitement

Source : enquêtes SBS, statistiques FOS, SAMBAD, PROVE/HeGeBe

6.4 ANNEXE AU CHAPITRE 2.7 : LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Tableau 6.2 Caractéristiques des répondants de la *Swiss HIV Cohort Study* (n=4723)

	%
Sexe	
hommes	70
femmes	30
Age	
< 31 ans	11
31-40 ans	49
> 40 ans	40
Appartenance ethnique	
caucasienne ou inconnue	90
autre	10
Education	
élémentaire ou inconnue	33
supérieure	67
Mode de transmission VIH	
homosexualité	35
consommation de drogues	28
hétérosexualité ou inconnu	37
HAART	
oui	78
non	22
Virémie : toujours < 50 copies/ml 12 derniers mois	
oui	25
non	75

Source : Swiss HIV Cohorte Study

6.5 ANNEXE AU CHAPITRE 2.9 : VERS UN SYSTEME DE SURVEILLANCE DE DEUXIEME GENERATION

6.5.1 Les trois différents niveaux d'épidémie selon la classification ONUSIDA/OMS¹

1. Epidémie peu active

Principe

Bien que l'infection à VIH puisse être présente depuis de nombreuses années, elle n'a jamais atteint des valeurs significatives dans quelque sous-population que ce soit.

Les cas d'infection sont en grande partie confinés aux individus ayant un comportement à haut risque : par exemple les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Ce niveau épidémique laisse à penser que les réseaux de risque sont assez diffus (avec peu d'échange de partenaires ou de partage de matériel d'injection de drogues) ou que le virus n'a été introduit que très récemment.

- Approximation numérique : La prévalence du VIH ne dépasse régulièrement 5 % dans aucune sous-population définie.

2. Epidémie concentrée

Principe

Le VIH s'est rapidement répandu dans une sous-population définie, mais n'est pas installé dans la population générale. Ce niveau épidémique laisse à penser qu'il existe des réseaux actifs de risque au sein de la sous-population. Le devenir de l'épidémie est déterminé par la fréquence et la nature des liens entre les sous-populations hautement infectées et la population générale.

- Approximation numérique : La prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 5 % dans au moins une sous-population définie. La prévalence du VIH est inférieure à 1 % chez les femmes enceintes des zones urbaines.

3. Epidémie généralisée

Principe

Dans les épidémies généralisées, le VIH est solidement installé dans la population générale. Bien que les sous-populations à haut risque puissent continuer à contribuer de façon disproportionnée à la propagation du VIH, les réseaux sexuels dans la population générale sont suffisants pour entretenir une épidémie indépendamment des sous-populations à risque plus élevé d'infection.

- Approximation numérique : La prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes.

Voir aussi le site :

<http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/index.html> - surveillance

6.5.2 Les systèmes de surveillance de deuxième génération¹

« Les systèmes renforcés, appelés 'systèmes de surveillance de deuxième génération', visent à concentrer les ressources là où elles donneront les informations les plus utiles pour réduire la propagation du VIH et procurer des soins aux personnes touchées. Pour cela, on ajustera le système de

surveillance au tableau épidémique dans le pays. On axera la collecte des données sur les populations risquant le plus d'être nouvellement infectées par le VIH – populations à haut niveau de comportement à risque ou jeunes au début de leur vie sexuelle. On comparera l'information sur la prévalence du VIH et sur les comportements qui propagent l'épidémie pour dresser un tableau informatif des modifications de l'épidémie au cours du temps. Il faudra également faire le meilleur usage des autres sources d'information – surveillance des maladies transmissibles, enquêtes sur la santé reproductive, etc. – pour mieux comprendre l'épidémie de VIH et les comportements qui la propagent. »

Les buts des systèmes de surveillance de deuxième génération sont les suivants :

- *« mieux comprendre les tendances de l'épidémie*
- *mieux comprendre les comportements qui sous-tendent l'épidémie dans un pays*
- *axer davantage la surveillance sur les sous-populations à risque maximal d'infection*
- *établir une surveillance souple qui s'adapte aux besoins et au niveau épidémique*
- *mieux utiliser les données de la surveillance pour améliorer la connaissance de l'épidémie et planifier la prévention et les soins ».*

ONUSIDA et l'OMS ont défini trois types de situation épidémique¹ (cf. 6.5.1) : épidémie peu active, épidémie concentrée et épidémie généralisée. La situation en Suisse correspond au type d'épidémie concentrée. Le VIH est répandu dans une ou des populations définies mais pas installé dans la population générale, avec une approximation numérique suivante : prévalence du VIH régulièrement supérieure à 5% dans au moins une sous-population définie ; prévalence du VIH inférieure à 1% chez les femmes enceintes des zones urbaines.

Pour ce type de situation épidémiologique, les recommandations d'ONUSIDA et de l'OMS sont les suivantes¹ :

« La surveillance du VIH dans une épidémie concentrée comprendra tous les éléments recommandés pour une épidémie peu active :

- *enquêtes transversales sur les comportements dans les sous-populations ayant un comportement à risque*
- *surveillance des IST et des autres marqueurs biologiques du risque*
- *surveillance du VIH dans les sous-populations à risque*
- *notification des cas d'infection à VIH et de sida*
- *suivi du VIH dans les dons de sang*

mais on y ajoutera des éléments axés davantage sur l'intersection entre groupes de niveau de risque différent :

- *surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les sous-populations ayant un comportement à risque*
- *surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les groupes passerelles*
- *enquêtes transversales sur les comportements dans la population générale*
- *surveillance sentinelle du VIH dans la population générale, zones urbaines ».*

Référence bibliographique

- 1 UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for Second generation HIV Surveillance. UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, Ed. UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance ; 2000.

6.6 ANNEXE AU CHAPITRE 3.1 : BREF RAPPEL DE LA SITUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME NATIONAL VIH/SIDA 1999-2003

Objectifs et jalons		Degré de réalisation
Promotion Santé 1		
Les instances publiques s'engagent de façon concertée à réduire systématiquement dans les textes de loi les inégalités existantes en rapport avec la maladie, la vie professionnelle et les assurances sociales		
Jalon a :	jusqu'à fin 1999, institution d'un groupe de travail ad hoc par les organisations compétentes dans le domaine de la santé	Réalisé
Jalon b :	jusqu'à fin 2000, établissement d'un inventaire des inégalités, assorti de propositions concrètes d'amélioration	Réalisé, actions de lobbying en 2002
Jalon c :	jusqu'à fin 2001 au plus tard, remise des demandes de modification aux instances politiques responsables	Non réalisé
Promotion Santé 2		
La thématique 'autodétermination, responsabilités individuelle et collective' dans le domaine de la santé fait l'objet d'une campagne de sensibilisation nationale.		
Jalon a :	jusqu'au début 2000, élaboration d'une analyse sur cette thématique	Réalisé
Jalon b :	jusqu'à mi-2000, élaboration d'un concept de communication et de mesures correspondantes par l'OFSP et la Fondation pour la promotion de la santé	Suspendu
Jalon c :	fin 2000, initialisation de la mise en oeuvre	Non réalisé
Promotion Santé 3		
Etablissement d'un catalogue des besoins des personnes vivant avec le VIH (PVA's) dans le but d'améliorer leur qualité de vie.		
Jalon a :	jusqu'à fin 1999, élaboration d'un concept correspondant avec des personnes séropositives et l'étude suisse de cohorte	Réalisé
Jalon b :	jusqu'à fin 2000, mise à disposition de données descriptives sur la situation des personnes séropositives en Suisse et leurs besoins	Réalisé
Jalon c :	jusqu'à mi-2001, définition des mesures à prendre pour combler les principales lacunes par des personnes séropositives en collaboration avec d'autres groupes de personnes et organisations	En cours de réalisation
Prévention 4		
Les jeunes et les adultes vivant en Suisse continuent d'être informés largement sur les situations à risque et les comportements adéquats. Le niveau de protection atteint doit être maintenu et orienté vers un comportement durable.		
Jalon a :	promotion ciblée de projets de recherche et d'évaluations sur le comportement de protection durable	Partiellement réalisé
Jalon b :	analyse de l'influence des nouvelles thérapies, des possibilités de test VIH et de la PEP VIH sur le comportement ; élaboration et diffusion d'une documentation correspondante	Réalisé Réalisé
Jalon c :	intégration systématique des centres de planning familial, de conseil en maternité et autres centres de consultation	Pas réalisé de façon systématique, groupe de travail en cours

Objectifs et jalons		Degré de réalisation
Prévention 5		
Jusqu'à fin 2001, le thème VIH/sida figure au programme des écoles publiques, professionnelles et supérieures en tant que partie intégrante de la discussion sur l'amour, les relations et la sexualité ; les maladies sexuellement transmissibles et la dépendance y seront également abordés.		
Jalon a :	jusqu'à mi-2000, les cantons ont attiré l'attention des cercles scolaires sur l'importance de cet aspect et fourni le matériel et les instructions nécessaires. Idem pour les écoles professionnelles	Réalisé pour l'école obligatoire, partiellement réalisé pour l'éducation post-obligatoire
Jalon b :	jusqu'à mi-2001, les cantons ont échangé entre eux les expériences faites à ce stade et défini d'autres mesures	Pas réalisé
Jalon c :	au début 2002, la réalisation de cet objectif sera soumise à évaluation	Non prévu, non réalisé
Prévention 6		
L'accent est mis sur les groupes et personnes vulnérables. On élaborera des offres de prévention spéciales à leur intention afin d'obtenir des effets plus durables.		
Jalon a :	valorisation des résultats d'études existantes sur la vulnérabilité et sur les paramètres qui la conditionnent	Réalisé, continue
Jalon b :	l'accent est mis sur les jeunes spécialement menacés (dès 2000)	Abandonné de facto
Jalon c :	dès 2001 : développement et réalisation d'interventions nouvelles ou complémentaires	Nouveau projet migrants, retard au démarrage
Jalon d :	en 2002 : évaluation	Prévue, retardée
Prévention 7		
Dès 2001, 90% des personnes vivant avec le VIH ont adopté un comportement de protection.		
Jalon a :	les messages de prévention sont plus régulièrement intégrés dans le conseil médical dispensé aux personnes vivant avec le VIH. Du matériel d'information correspondant est à disposition : il est adapté en permanence	Réalisation partielle
Jalon b :	d'autres centres de consultation utilisent ces documents et ont accès à des informations supplémentaires	Pas d'information systématique à ce sujet
Jalon c :	le personnel chargé du conseil est informé en permanence de l'évolution de la situation	Nombreuses sources d'information disponibles
Jalon d :	l'influence des thérapies et de la PEP VIH fait l'objet d'une évaluation régulière	Réalisé
Traitement 8		
On communiquera régulièrement l'importance des possibilités diagnostiques et thérapeutiques et leur corrélation avec la prévention		
Jalon a :	traitement des nouvelles connaissances sous l'angle de leurs interactions	Partiellement réalisé
Jalon b :	transmission d'informations adaptées aux différents groupes cibles	Partiellement réalisé
Jalon c :	intégration de la formation (continue) des professionnels dans ce processus	Processus interrompu au niveau national et repris en 2002

Objectifs et jalons		Degré de réalisation
Traitement 9		
Dès 2002, les compétences des personnes vivant avec le VIH sont à ce point avancées que presque toutes sont capables de décider de la thérapie qui convient à leur qualité de vie.		
Jalon a :	les directives en matière de thérapie sont évaluées et adaptées en permanence	Réalisé
Jalon b :	les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'une information et d'un conseil réguliers et compétents sur les thérapies possibles et les conséquences, via leurs intervenants personnels ou via d'autres canaux. Du matériel d'information correspondant leur est remis	Réalisé, en continu
Jalon c :	les études sur le thème de l'adhésion à la thérapie, des points de vue des professionnels et des personnes vivant avec le VIH sont encouragées et leurs résultats valorisés	En cours
Jalon d :	des interventions visant à l'amélioration des compétences et un accès facilité à l'offre thérapeutique sont mises en œuvre.	Réalisé
Conseil et soutien 10		
A la fin 2002, 90% des personnes séropositives savent se procurer le conseil ou le soutien qui correspond à leurs problèmes.		
Jalon a :	jusqu'à fin 1999, l'ASS et les antennes locales développent une planification correspondante en collaboration avec les partenaires importants	Pas de planification spécifique mais activité courante
Jalon b :	les services existants passent des accords transparents aux niveaux national et régional sur les compétences en matières d'encadrement des personnes séropositives et d'autres personnes cherchant conseil dans le domaine VIH	Non réalisé sous cette forme mais bonne coordination au niveau nationale ^a ; Inégalement réalisé au niveau cantonal : sectorialisation des services
Jalon c :	tous connaissent les réseaux, les contacts et les collaborations en place ; ceux-ci sont améliorés en fonction des besoins des clients.	Information encore insuffisante
Savoir et transfert des compétences 11		
Désignation des organisations ou instances qui seront à disposition des organisations cantonales et locales et des autres instances comme organes de coordination et plaques tournantes de l'information notamment pour :		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ l'information sur les mesures prévues et réalisées ▪ les résultats scientifiques importants ▪ les questions de formation et de formation continue ▪ les offres de conseil (transfert de compétences) 		
Jalon a :	jusqu'à mi-1999, l'OFSP définit les principaux domaines et attribue les mandats correspondants	Partiellement réalisé
Jalon b :	dès le printemps 2000, l'offre est à disposition de toutes les institutions dans le domaine VIH/sida, aussi sur l'Internet, et est régulièrement mise à jour	Partiellement réalisé
Savoir et transfert des compétences 12		
Le programme national de recherche sur le VIH/sida (ZAF 2000) continue à être financé dans le cadre actuel		
Jalon a :	jusqu'à fin 1999, la CCRS et l'OFSP définissent les éventuelles redondances et les lacunes entre les deux programmes	Réalisé

^a Plate-forme nationale Internet, par exemple.

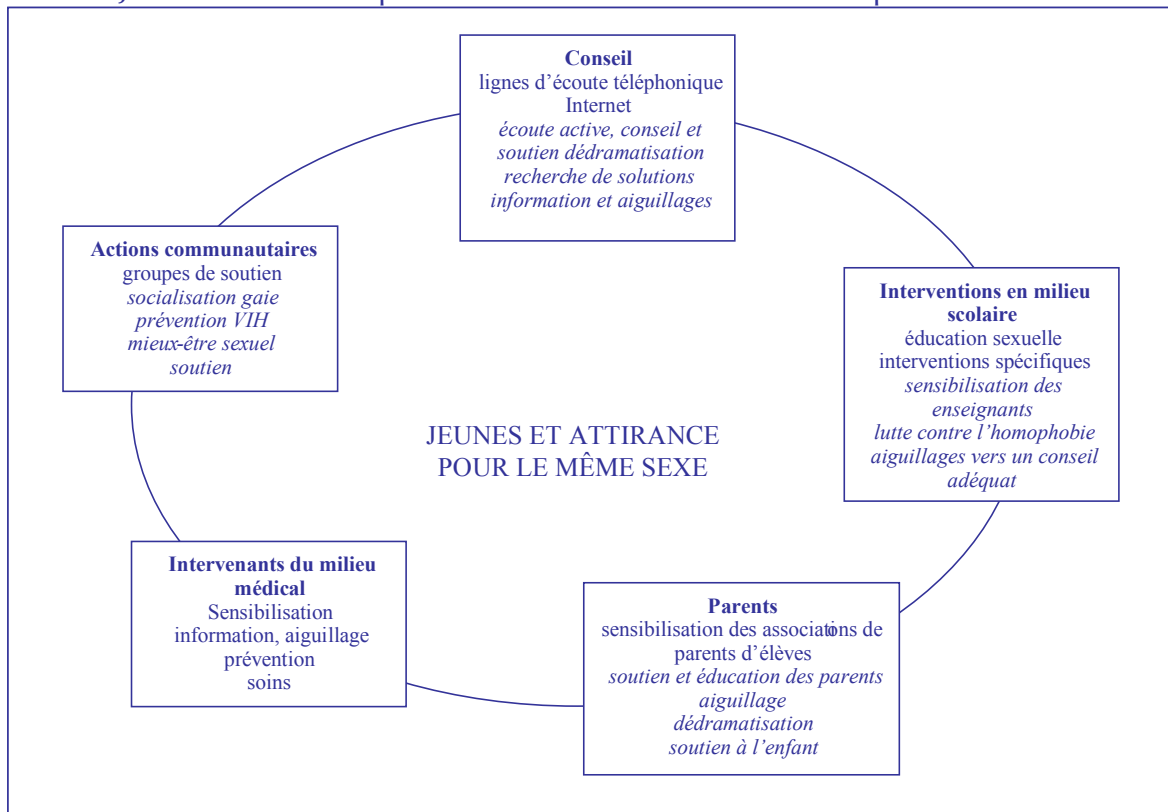
Objectifs et jalons		Degré de réalisation
Savoir et transfert des compétences 13		
La collaboration internationale dans le domaine VIH/sida est adaptée aux besoins actuels et futurs aux niveaux multinational et bilatéral.		
Jalon a :	jusqu'à fin 1999, l'OFSP et la DDC informent sur la situation actuelle	Réalisé
Jalon b :	jusqu'à mi-2000, la DDC élabore un concept correspondant avec l'OFSP et ONUSIDA (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)	Réalisé en 2002 ^a
Jalon c :	le plan d'exécution est mis au propre en collaboration avec l'OFSP et ONUSIDA (2000)	Réalisé (cf. ci-dessus)
Qualité 14		
A fin 2001, toutes les organisations/instances dans le domaine VIH/sida et qui sont subventionnées par les pouvoirs publics ont introduit un management de la qualité.		
Jalon a :	un manuel sur le management de la qualité est élaboré ; il est distribué à toutes les institutions (début 2000)	Non réalisé
Jalon b :	dès 1999, l'OFSP évalue tous les nouveaux projets sous l'angle des exigences de qualité	Réalisé
Jalon c :	les instances étatiques jouent un rôle d'éclaireur et accordent leur appui à des tiers (dès 2000)	Planifié

IUMSP/UEPP

^a La politique de lutte contre le sida arrêtée par la DDC 2002 – 2007 a été présentée en novembre 2002.

6.7 ANNEXE AU CHAPITRE 3.4 : LES POPULATIONS PARTICULIERES

6.7.1 Jeunes et attirance pour le même sexe : une chaîne de prévention



IUMSP/UEPP

6.7.2 Participation des structures à bas seuil d'accès au monitoring de 1993 à 2002[▲]

Canton	Local injection	Structures	Ouverture	Fermeture
Berne	avec	Nägeligasse	juin 1990	
		Murtenstrasse	fév 1992	avr 1994
	sans	Cactus	aoû 2001	
		Bus Drop-In Bienne	déc 1991	juil 2001
		Contact Thun	1990	
Bâle	avec	Gassenzimmer I Spitalstrasse	juin 1991	
		Gassenzimmer II Riehenring	fév 1992	mars 2002
		Gassenzimmer III Eskamed	sep 1992	
Zurich	avec	Urania	mai 1992	mai 1993
		K&A Seilergraben	mai 1992	
		K&A Gessnerallee	oct 1992	nov 2001
		K&A Neufrankengasse	mai 1992	
		K&A Brunau	fév 1995	
		K&A Selnau für Frauen**	avr 1995	mai 1996
		K&A Selnau für Frauen und Männer**	juin 1996	déc 1997
		K&A Oerlikon	fév 1995	
		sans	Städtärzlicher Dienst Bus	mar 1992
	Städtärzlicher Dienst Patrouille		mar 1992	fév 1995
	K&A Selnau**		déc 1988	
	K&A Letten		jan 1989	fév 1995
			K&A Kalkbreite (avant Zweierstrasse)	juil 1991
St-Gall	sans	Projekt Scorpion, Schellenacker	sep 1992	oct 1993
		Medizin and Sozial Hilfe 1	sep 1993	juil 1995
		Drogenberatung	1987	*jan 1998
		Mobile Spritzenversorgung 'Blauer Engel'	août 1995	
Genève	avec	Quai 9	déc 2001	
	sans	Bus itinérant prévention sida	oct 1991	
Lucerne	avec	Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige	avr 1992	mar 1994
	sans	Mobilen Aids Prävention Luzern und Umgebung	avr 1994	
Soleure	avec	Anlaufstelle Soleure	aoû 1993	
		Anlaufstelle Rötzmatt Olten	jan 1995	mai 1997
	sans	Jugendberatung Soleure	juin 1987	juil 1993
		Auffangstation Soleure	1990	*sep 1993
		Gassenarbeit/Jugendberatung Olten	1985	*fév 1995
		Auffangstation Olten	1990	*déc 1993
Argovie	sans	Fachstelle für Suchtberatung & Prävention	1986	
Schaff-house	avec	Tagesraum Schaffhausen	déc 1994	
	sans	Schärme Auffangstation	1987	
Vaud	sans	Le Passage (précédemment la Pastorale de rue)	mars 1996	
		La Soupe	mars 1996	
		Zone Bleue (Yverdon)	juil 1997	
		Action Communautaire Toxicomanie (Riviera)	janv 1998 [*]	
		Entrée de Secours (Morges)	janv 1998 [*]	
Jura	sans	Ligue Jurassienne contre les Toxicomanies (Delémont)	janv 1998 [*]	

▲ Sont indiqués en gras les structures participant actuellement au monitoring.

* Structure ne distribuant plus de seringues depuis lors.

** Pas de distribution de mars 1995 à déc. 1997.

◆ Monitoring effectué que depuis cette année-là.

6.7.3 Tableau récapitulatif des principaux résultats de l'étude Thomas R. et al. Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse (<http://www.hospvd.ch/i/umsp/>)

Appréciation générale	Recommandations	Acteurs de réalisation
<p>Besoins en information, connaissances, savoir</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ beaucoup d'informations existent ■ complexité, évolution et disparité de l'information impliquent des problèmes de diffusion : comment aiguiller l'information vers les cibles souhaitées ? ■ ces informations n'atteignent pas toujours les personnes qui en ont le plus besoin : personnes marginales, en situation de précarité, qui ont peur de s'exposer ■ l'accès à l'information n'est pas toujours simple pour les usagers ■ il manque une vue d'ensemble sur les informations et les services existants ■ le contexte de banalisation et de normalisation exige des mises à jour régulières ■ actuellement, il manque une information simple, réactualisée et accessible sur les nouveaux traitements, le PEP et les informations juridiques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ renouveler et réactualiser le matériel, en garantissant une couverture et un accès différenciés ■ favoriser la diffusion proactive (aller vers, outreach, etc.) ■ améliorer localement l'information (public et professionnels) sur le réseau existant ■ relancer les campagnes de solidarité ■ renouveler/préciser les recommandations sur la PEP ■ produire un matériel d'information simple pour patients et proches sur les effets des thérapies ainsi que sur les questions juridiques et d'assurance ■ perfectionner l'idée de "clearing house" en ce qui concerne l'état de la recherche ■ discuter l'idée d'une plate-forme générale d'information et l'accès à celle-ci 	<ul style="list-style-type: none"> ■ OFSP ■ Sida Info Doc (AID) ■ ASS centrale et antennes ■ Cantons ■ Comm. fédérale sida ■ HIV.net
<p>Besoins en conseil</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'accès à l'information n'est pas toujours simple pour les usagers ■ l'accès à l'information n'est pas toujours simple pour les usagers ■ la couverture en conseil est assez bonne, or la qualité est mal connue : <ul style="list-style-type: none"> ■ problèmes d'accès dans les zones rurales et pour les personnes peu intégrées ■ qualité inégale notamment pour les conseils autour du test, en cas de grossesse et de désir d'enfant ■ le manque de temps pose souvent problème ■ manque de conseillers spécialisés pour questions juridiques et d'assurances ■ le conseil n'est pas toujours adapté à la situation liée aux nouvelles thérapies et à la chronicisation de la maladie ■ il y a un problème au niveau de la formation des conseillers non spécialistes du VIH/sida, notamment les médecins et le personnel des domaines social et santé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ développer la formation de base et continue des professionnels en conseil ■ mettre à jour le matériel pédagogique ■ améliorer la formation des médecins (counseling pré/post-test, en cas de grossesse, choix thérapeutique, connaissance du réseau) ■ consacrer un temps suffisant à un conseil de qualité ■ assurer la formation de conseillers spécialisés supplémentaires dans le domaine du droit et des assurances et améliorer le travail en réseau ■ sensibiliser les professionnels non spécialistes VIH/sida aux nouveaux problèmes liés aux thérapies antirétrovirales et à la chronicisation de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ OFSP ■ Sida Info Doc (AID) ■ ASS centrale et antennes ■ Commissions cantonales de coordination des formations ■ FMH ■ Etablissements de formation concernés
<p>Besoins en soutien psychologique et accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ il y a de nombreux problèmes psychologiques en dépit de l'espoir suscité par les nouvelles thérapies : incertitude, anxiété, dépression, culpabilité, solitude, problèmes liés à la sexualité, etc. ■ la nature des besoins en accompagnement a changé : chronicité, adhésion et échec thérapeutiques, démarches administratives complexes, etc. ■ manque de thérapeutes sensibilisés et disponibles ■ financement du soutien et accompagnement professionnel pose parfois problème ■ selon les régions, manque d'accompagnants bénévoles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ sensibiliser les professionnels, en particulier les psychothérapeutes, aux problèmes spécifiques des personnes vivant avec le VIH/sida ■ assurer la couverture du soutien psychologique par l'assurance de base ■ renouveler le recrutement et la formation d'accompagnants bénévoles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ OFAS ■ idem ci-dessus ■ FSP ■ Associations PVAs
<p>Besoins en aide et protection sociale et juridique</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un environnement de non-discrimination institutionnelle est à peu près acquis en Suisse, mais la stigmatisation persiste ainsi que quelques pratiques discriminantes ■ le système d'assurances sociales est très complexe en Suisse ■ certains besoins relevés dans le domaine VIH/sida existent aussi pour d'autres maladies graves, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ■ des lacunes dans le filet de la sécurité sociale empêchent l'accès à certains types de prestations ■ il existe de mauvaises pratiques, par exemple, tests sans consentement, manque de confidentialité et d'anonymat, etc. ■ flexibilité insuffisante des conditions d'emploi ■ méconnaissance des dispositions de fin de vie ■ certaines prestations d'assurances sont mal adaptées aux nouvelles réalités liées aux possibilités de traitement du VIH/sida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ systématiser la surveillance des cas de discrimination et de stigmatisation ■ identifier et combattre les mauvaises pratiques ■ clarifier le sens et les limites de l'anonymat et de la confidentialité ■ s'assurer du consentement explicite de la personne pour toute démarche la concernant (test VIH, transmission d'informations, etc.) ■ sensibiliser les employeurs et les syndicats aux conditions nécessaires pour le maintien de l'emploi et pour la réinsertion au travail ■ ajuster les prestations (caisses-maladie, prévoyance professionnelle, indemnités journalières) à la nouvelle situation liée aux trithérapies et à la chronicisation du VIH/sida ■ sensibiliser les instances AI, pour adapter les prestations aux réalités VIH/sida ■ coordonner les prestations entre différentes assurances sociales (non-spécif. VIH) ■ légiférer en matière d'indemnités journalières obligatoires (non-spécif. VIH) ■ sensibiliser et informer les praticiens et le public intéressé concernant les rapports avec les proches légaux et sociaux des patients en situation de fin de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ OFSP ■ OFAS ■ OFAP ■ ASS centrale et antennes ■ Associations patronales ■ Associations professionnelles ■ Syndicats ■ Assureurs ■ FMH ■ Médecins ■ Organes cantonaux et communaux de l'assistance publique
<p>Besoins en soins, traitement et prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la prise en charge médicale est satisfaisante pour les personnes suivies par les spécialistes ■ compétence inégale des professionnels non-spécialistes du VIH/sida ■ insuffisance dans la prise en compte des problèmes de qualité de vie et d'approche globale du patient ■ coordination insuffisante entre les intervenants ■ accès à la prise en charge plus difficile pour certaines catégories de patients (populations vulnérables ou marginales) ■ manque d'informations concernant les personnes séropositives qui ne sont pas en traitement ■ globalement bonne couverture en services avec quelques lacunes spécifiques (cours séjours et soins palliatifs) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ améliorer la formation de base et la formation continue de diverses professions : médecins généralistes et internistes, gynécologues/obstétriciens, psychiatres, dentistes, infirmier-ère-s, personnel paramédical, etc. ■ améliorer la coordination entre intervenants et la qualité de la prise en charge qui demande la mise en place d'une réflexion conjointe – patients/ soignants – sur l'assurance de qualité ■ s'assurer qu'un traitement adéquat est proposé aux personnes susceptibles d'en bénéficier 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comm. fédérale sida ■ Cohorte ■ Unités spéciales des hôpitaux universitaires ■ FMH ■ Médecins ■ Thérapeutes de médecine complémentaire et alternative