

# ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA EN SUISSE

VERSION ABRÉGÉE DU 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

# **ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA EN SUISSE**

VERSION ABRÉGÉE DU 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 l'Office fédéral de la santé publique, Berne**

Contrats numéro : 99.001343, 02.000227, 02.000781, 02.000782

**Chercheurs qui ont collaboré à l'évaluation**

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 de nombreuses personnes qui ont accepté de participer aux différentes études, dans la population ou parmi ceux qui ont des rôles professionnels.

Qu'ils soient tous ici très vivement remerciés !

**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. Version abrégée du septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003.

**Adresse pour correspondance**

Institut universitaire de médecine sociale et préventive  
Unité d'évaluation de programmes de prévention  
Rue du Bugnon 17  
1005 Lausanne

tél. : 0041 (0) 21 314 72 92

fax : 0041 (0) 21 314 72 44

e-mail : uepp@hospvd.ch

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

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Préambule</b>	<b>5</b>	<b>Mise en œuvre du programme national VIH/sida 1999-2003</b>	<b>29</b>
<b>Introduction</b>	<b>7</b>	Niveau I: Prévention du VIH/sida destinée à l'ensemble de la population	30
Stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse	7	Campagnes STOP SIDA	30
Evaluation continue, approche et méthode	8	Prévention VIH/sida et éducation sexuelle à l'école	30
<b>Résultats de la stratégie de prévention: situation fin 2002</b>	<b>9</b>	Niveau II: Prévention du VIH/sida destinée aux populations particulières	33
Epidémiologie	9	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	36
Population générale	10	Prostituées	38
Activité et comportements sexuels, protection par les préservatifs	10	Prostitués de sexe masculin (MSW)	40
Stratégies de protection dans le couple	12	Consommateurs de drogues	42
Test VIH	12	Migrants	44
Adolescents et jeunes adultes (17-20 ans)	13	Jeunes en décrochage	46
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	15	Personnes vivant avec le VIH/sida	48
Activité sexuelle	15	Niveau III: Prévention du VIH/sida au cabinet médical	50
Comportements préventifs et exposition au risque	15	Pratiques préventives	50
Connaissances et opinions sur les traitements antirétroviraux et la prophylaxie post-exposition	15	Implication des libres praticiens dans la prise en charge des patients vivant avec le VIH/sida	52
Recours au test de dépistage et prévalence du VIH	18	Prise en charge de patients séropositifs au cabinet médical	53
Consommateurs de drogues dépendants	18	Synthèse de la mise en œuvre aux trois niveaux: couverture	54
Evolution de la consommation	19	<b>Bilan et perspectives</b>	<b>57</b>
Exposition au VIH et protection	19	Dynamique de l'épidémie	57
Prévalence du VIH et des hépatites	22	Dynamique de la mise en œuvre du programme national	60
Prostitué(e)s	23	<b>Conclusions et recommandations générales</b>	<b>63</b>
Migrants	23	<b>Bibliographie sélective</b>	<b>71</b>
Personnes vivant avec le VIH/sida	24		
Synthèse sur les comportements dans les différentes populations	26		



## PRÉAMBULE

Depuis 1986, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) fait évaluer sa stratégie de prévention du VIH/sida. Etabli par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, le rapport d'évaluation portant sur la période 1999-2003 est accessible sur le site de l'OFSP<sup>1</sup>. Ce document en constitue une version condensée.

Il rappelle brièvement la situation épidémiologique qui prévaut en Suisse puis s'attache à décrire les comportements en relation avec le VIH/sida (protection et exposition au risque) dans différentes populations : population générale, adolescents et jeunes adultes, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, consommateurs de drogues, migrants, prostitué(e)s et personnes vivant avec le VIH/sida.

Ce document décrit encore la mise en œuvre du programme national de prévention du VIH/sida en distinguant les trois niveaux d'intervention : actions destinées à la population générale, actions ciblées sur des groupes spécifiques et actions de prévention individualisées.

Il se conclut sur une série de recommandations allant dans le sens du maintien voire du renforcement de la ligne suivie jusqu'à ce jour par la stratégie de l'OFSP.

---

<sup>1</sup> <http://www.bag.admin.ch/cce/studien/aids/ff/index.htm> ou  
<http://www.hospvd.ch/iump>



## INTRODUCTION

### STRATÉGIE DE PRÉVENTION 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 du VIH/sida mise en place dès 1986 à l'échelle nationale par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) comprend trois niveaux d'intervention :

- **Niveau I : interventions destinées à informer et motiver l'ensemble de la population**

Il s'agit plus particulièrement des campagnes de prévention ainsi que des actions entreprises dans le cadre scolaire et qui devraient en principe toucher l'ensemble des élèves.

- **Niveau II : interventions destinées à des groupes spécifiques (toxicomanes, homosexuels, etc.)**

Elles utilisent des canaux particuliers et diffusent des messages appropriés à la situation de ces groupes.

- **Niveau III : interventions en profondeur, inscrites dans la durée, reposant sur l'interaction individuelle (conseil, transmission d'informations)**

Elles impliquent des personnes que leur situation ou leur rôle placent dans une position de multiplicateurs potentiels des messages de prévention (médecins, parents, enseignants, etc.).

Cette stratégie 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 en l'informant, en le motivant, en l'aidant à acquérir des compétences et en l'encourageant à maintenir ses acquis. Un tel modèle suppose par ailleurs l'existence d'un environnement favorable à la prévention et à la prise en charge du VIH/sida.

La stratégie mise en œuvre est pragmatique. Elle reconnaît l'existence de comportements à risque. Elle n'impose rien. Elle privilégie le libre arbitre en indiquant les moyens de prévention à disposition et en encourageant les comportements sans risque de transmission.

La stratégie de prévention a été confirmée et adaptée aux besoins actuels lors de la publication du programme national VIH/sida 1999-2003. La planification de ce dernier est le fruit d'une collaboration entre l'OFSP et les acteurs nationaux (Aide suisse contre le sida [ASS], Croix Rouge suisse, etc.) et régionaux (autorités cantonales, antennes sida régionales, etc.).



## ÉVALUATION CONTINUE, APPROCHE ET MÉTHODE

Depuis 1986, l'OFSP a confié l'évaluation continue de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP). Un rapport – ici en version abrégée – présente la synthèse des activités d'évaluation couvrant la période 1999-2003.

L'évaluation consiste en une approche globale capable d'appréhender les éléments de mise en œuvre et de résultats de la prévention ainsi que les dimensions pertinentes de l'environnement social. Elle doit contribuer à améliorer la prévention en fournissant des informations aux instances qui la mettent en œuvre. L'évaluation accompagne la stratégie. Elle se complète au fil du temps de nouvelles interrogations. Elle cherche en particulier à répondre aux questions suivantes :

- **En relation avec les résultats de la prévention**  
Observe-t-on une amélioration des connaissances et des changements de comportement dans les domaines visés par la prévention (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 ? Des effets secondaires inattendus ou indésirables de la prévention apparaissent-ils ?
- **En relation avec la mise en œuvre de la prévention**  
Quelles activités de prévention se mettent-elles en place, comment se développent-elles, avec quelles difficultés et réussites ? Sont-elles adaptées aux besoins ? Existe-t-il des lacunes dans la couverture préventive ? La prévention se développe-t-elle à tous les niveaux attendus ? En matière de prévention, les partenaires de l'OFSP (cantons, associations, groupements professionnels, multiplicateurs) sont-ils actifs et efficaces ? Existe-t-il des éléments garantissant 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 contexte (environnement) et progrès au niveau des mesures de prévention entreprises ?

Le programme d'évaluation est défini comme une succession de phases. Chacune d'entre elles comprend un ensemble d'études complémentaires dont certaines sont régulièrement répétées tandis que d'autres consistent en évaluations nouvelles ou abordent sous un autre angle des thèmes traités précédemment.

Dans la phase 1999-2003, l'évaluation a prioritairement porté sur les domaines suivants :

- Poursuite du monitoring des comportements dans la population générale, chez les jeunes, chez les homosexuels et chez les consommateurs de drogues ; poursuite du monitoring de la mise sur le marché des préservatifs.
- Analyse de la mise en œuvre du programme aux trois niveaux :
  - Niveau I : campagnes STOP SIDA et dispositif d'éducation sexuelle dans les écoles.
  - Niveau II : récolte d'informations sur les interventions auprès de populations particulières, notamment homo/bisexuels, prostitué(e)s, consommateurs de drogues, jeunes en décrochage, migrants et personnes vivant avec le VIH/sida.
  - Niveau III : l'accent a été mis en particulier sur l'évaluation de la prévention au cabinet médical (investigation de la durabilité et de l'ancrage de cette activité de conseil dans l'exercice quotidien de la médecine).

## RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION : SITUATION FIN 2002

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Réalisée par l'OFSP, la surveillance de la situation épidémiologique indique que les nouveaux cas de sida et de décès attribuables à la maladie ont augmenté jusqu'au milieu des années nonante. Par la suite, les cas ont décliné et moins de 200 nouveaux cas de sida ont été dénombrés en 2002. Depuis 2000, les décès semblent se stabiliser autour de 100 à 120 cas par an. Ces diminutions sont principalement attribuées aux traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART).

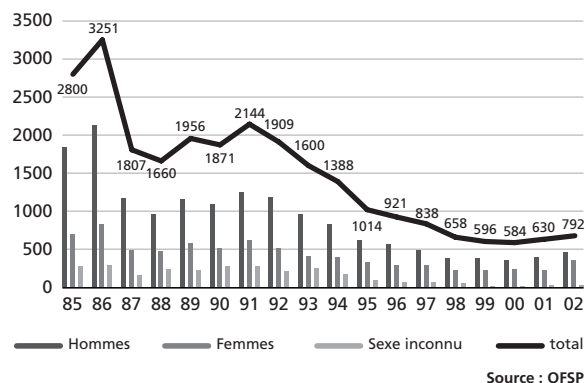
L'évolution est différente en ce qui concerne les tests positifs (Figure 1). Après le pic de 1991, la baisse a été constante jusqu'à la fin des années nonante, avec toutefois un certain tassement en fin de période.

Depuis lors, la tendance s'est renversée. L'augmentation a été de 8 % entre 2000 et 2001 et de 25 % entre 2001 et 2002. La hausse concerne l'ensemble du pays. Les agglomérations sont cependant plus touchées que le reste du territoire. Les principales caractéristiques de la population testée positive peuvent être résumées comme suit :

- Les relations hétérosexuelles constituent le mode de transmission majeur depuis 1991.
- Par rapport à l'effectif des populations concernées, les infections imputables à des contacts homosexuels ou à l'injection de drogues sont toutefois proportionnellement plus fréquentes.
- En 2002, la hausse enregistrée se rapporte aux deux modes de transmission sexuelle (hétérosexualité et homo/bisexualité).

- La transmission homosexuelle concerne en premier lieu des personnes de nationalité suisse.
- La hausse des cas de transmission hétérosexuelle concerne majoritairement des personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Cette tendance est particulièrement prononcée chez les femmes.
- Au cours des dernières années, plus de 60 % des hommes et de 40 % des femmes infectés par contact hétérosexuel ont été dépistés très tard. Ils ont appris leur diagnostic de sida au moment du test. C'est aussi le cas pour plus de 40 % des hommes infectés par contact homosexuel.

Figure 1  
Nombre de tests positifs au VIH par année de déclaration et par sexe



## POPULATION GÉNÉRALE

Depuis 1987, une enquête téléphonique périodique (EPSS) auprès de la population âgée de 17 à 45 ans résidant en Suisse documente l'évolution des comportements sexuels en rapport avec le VIH/sida. La dernière enquête a été menée en 2000.

### ACTIVITÉ ET COMPORTEMENTS SEXUELS, PROTECTION PAR LES PRÉSERVATIFS

La prévention du VIH/sida semble n'exercer aucun effet majeur sur certains indicateurs de l'activité sexuelle (nombre de partenaires, recours à la prostitution).

- La médiane du nombre des partenaires sexuels durant la vie est stable dans les différents groupes d'âge et de sexe.
- La stabilité est aussi de mise dans le nombre de personnes ayant eu des relations occasionnelles durant les six derniers mois (Figure 2, ligne inférieure) ou ayant eu un nouveau partenaire stable durant l'année (Figure 3, ligne inférieure).
- Le recours à la prostitution est stable : 2 % des hommes de 17 à 45 ans ont payé pour un rapport sexuel durant les six derniers mois.

L'usage systématique de préservatifs a en revanche sensiblement augmenté sur l'ensemble de la période.

- L'augmentation concerne aussi bien les relations avec les partenaires occasionnels que celles avec les partenaires stables (Figure 2 et Figure 3).
- Les jeunes se protègent mieux que leurs aînés (Figure 2 et Figure 3).
- Les hommes se protègent mieux que les femmes. Les jeunes femmes sont toutefois plus nombreuses que

leurs contemporains masculins à faire état d'une prévention systématique dans le cadre de leurs relations stables.

Considérée sur la dernière période (fin des années nonante), l'évolution de la protection apparaît contrastée et suggère la stabilité voire une légère diminution.

Figure 2  
Proportion de personnes ayant eu un/des partenaire(s) occasionnel(s) dans les six mois précédant l'enquête et utilisation de préservatifs dans ces situations, selon la classe d'âge

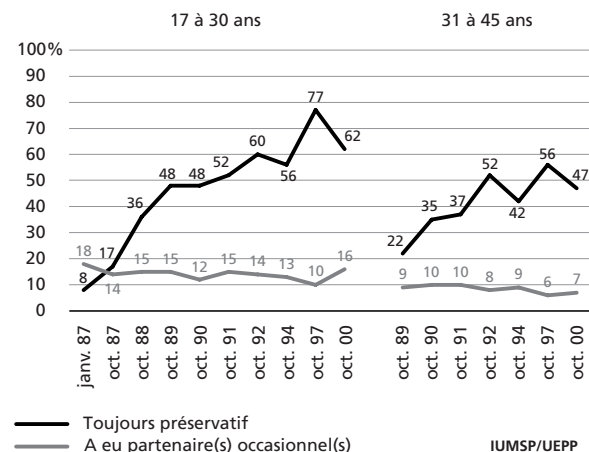


Figure 3

Proportion de personnes ayant eu un nouveau partenaire stable dans l'année précédant l'enquête et utilisation du préservatif avec celui-ci, selon la classe d'âge

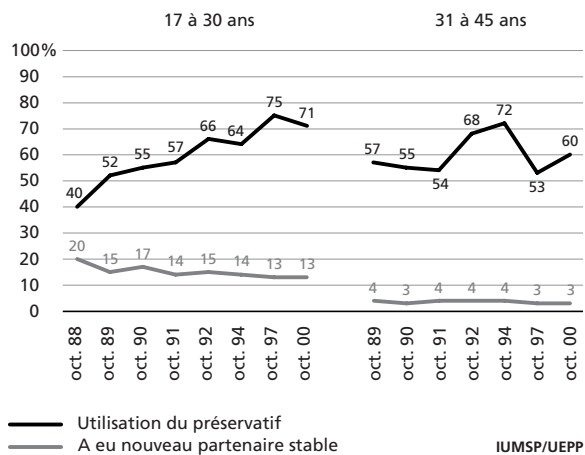
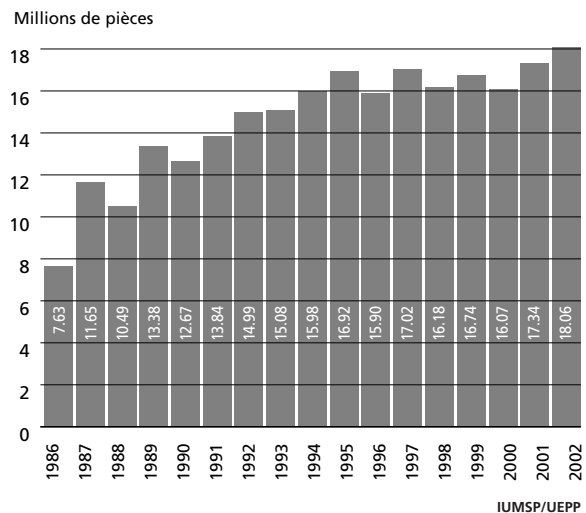


Figure 4

Mise sur le marché de préservatifs en Suisse (estimation : plus de 80 % du marché)



L'usage accru du préservatif sur l'ensemble de la période et la stabilisation récente sont confirmés par la statistique de mise sur le marché : de 7,6 millions d'unités en 1986 à 18,1 millions en 2002 (Figure 4).

## STRATÉGIES DE PROTECTION DANS LE COUPLE

La majorité des personnes (70 %) ayant eu un partenaire stable dans les deux années précédant l'édition 2000 de l'EPSS<sup>2</sup> ont opté pour l'utilisation du préservatif lors de leur premier rapport sexuel avec lui.

Parmi les utilisateurs du préservatif au premier rapport avec un partenaire stable :

- 52 % ont continué à en employer par la suite ;
- 17 % y ont renoncé après s'être soumis au test ;
- 21 % ont évalué avec leur partenaire les risques précédemment courus avant d'abandonner le préservatif ;
- 9 % en ont interrompu l'usage sans avoir évoqué leur passé ou s'être soumis au test ; enfin, 2 % ont procédé autrement ou n'ont pas répondu.

Parmi ceux qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de ce premier rapport, trois quarts environ ont continué de s'en passer.

## TEST VIH

Entre 1992 et 2000, la proportion des personnes testées au moins une fois durant leur vie est passée de 23 % à 38 % dans le groupe des 17-30 ans et de 23 % à 46 % parmi les 31-45 ans. La croissance tend cependant à se tasser.

En tenant compte également des tests effectués à l'occasion de dons de sang, 63 % de la population des 17-45 ans ont été testés au moins une fois avant 2001.

---

<sup>2</sup> Module spécial destiné aux personnes ayant eu un partenaire stable durant les deux années précédant l'enquête.

## ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES (17-20 ANS)

Après une interruption, la proportion des jeunes sexuellement actifs à 17 ans semble avoir repris sa tendance séculaire à la hausse. Les filles tendent à entrer un peu plus tardivement dans la vie sexuelle active que les garçons (50 % de filles et 58 % de garçons sexuellement actifs à 17 ans).

Après avoir diminué entre 1987 et 1997, le nombre des partenaires tend à nouveau à augmenter chez les 17-20 ans, la médiane restant toutefois fixée à 1. En 2000, 31 % d'entre eux avaient eu trois partenaires ou plus au cours de leur vie (24 % en 1997).

L'usage de préservatifs reste élevé chez les jeunes. En 2000, 69 % des 17-20 ans en ont utilisé dans leur nouvelle relation stable (Figure 5). Recourir à des préservatifs avec un partenaire occasionnel est systématique pour 76 %<sup>3</sup> d'entre eux (Figure 6). Lors de leur dernier rapport sexuel, 59 % des adolescents en ont utilisé (61 % en 1997). Parmi eux, seuls 2 % ont fait l'expérience d'une rupture ou d'un glissement du préservatif (6 % en 1997).

L'enquête sur la santé des adolescents en Suisse (SMASH)<sup>4</sup> – menée en 1993 et 2002 – permet de confirmer la stabilité de l'utilisation de préservatifs chez les jeunes. En effet, on n'observe pratiquement aucun changement à cet égard entre les deux périodes et cela quels que soient l'âge et le sexe des répondants.

<sup>3</sup> Légère baisse par rapport à 1997 qui semble avoir été une valeur extrême.

<sup>4</sup> Enquête nationale Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health auprès des jeunes de 15-20 ans.

Figure 5  
Proportion de jeunes (17-20 ans) ayant eu un nouveau partenaire stable dans l'année et utilisation du préservatif avec ce partenaire (1988-2000)

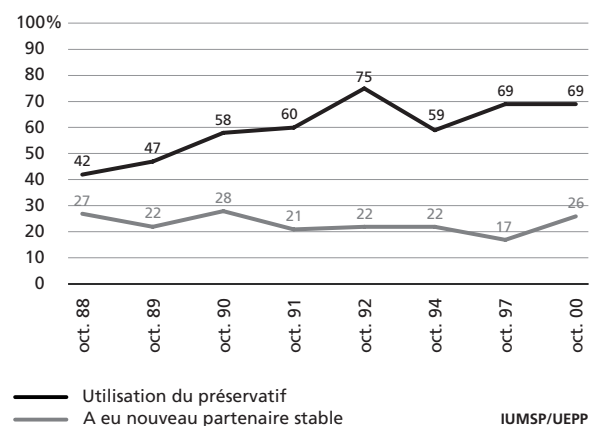
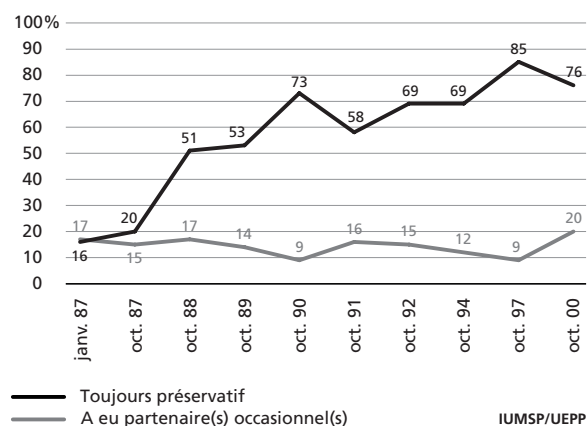


Figure 6

**Proportion de jeunes (17-20 ans) ayant eu un/des partenaire(s) occasionnel(s) dans les 6 derniers mois et utilisation de préservatifs dans ces situations (1987-2000)**



Ces problèmes peuvent être la source d'un risque important de suicide. L'école a un rôle fondamental à jouer dans ce domaine en mettant ces jeunes le plus tôt possible en relation avec des ressources qui leur permettent de gérer efficacement le risque d'infection par le VIH et de surmonter les difficultés familiales et sociales auxquelles ils sont confrontés.

Les jeunes homo/bisexuels constituent un segment particulier de la population des jeunes adultes. Le début de leur carrière sexuelle 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 homosexuels) 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<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Voir Cochand et al dans Bibliographie.

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

Six enquêtes (1987, 1990-92-94-97, 2000) permettent de suivre l'évolution des comportements préventifs des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Pour chacune de ces études, des questionnaires ont été diffusés à travers la presse identitaire et les organisations homosexuelles.

### ACTIVITÉ SEXUELLE

Certaines caractéristiques de la vie sexuelle des HSH n'ont pas changé depuis le début des années nonante.

- Le nombre de partenaires est élevé : la médiane du nombre de partenaires dans les douze derniers mois se situait dans la classe 2-5 jusqu'en 1994. Elle est passée dans la classe 6-10 dès 1997. 80 % des répondants ont eu plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois et un tiers en a eu plus de dix.
- La fréquence des relations sexuelles est élevée (et stable) : un tiers des répondants ont des rapports plusieurs fois par semaine.
- Les répondants séropositifs ont une activité sexuelle plus importante que les séronégatifs ou les non testés. En 2000, la moitié des HSH séropositifs (51 %) déclarent avoir eu plus de dix partenaires durant les douze mois précédant l'enquête (37 % chez les séronégatifs et 23 % chez ceux qui n'ont pas été testés).

En revanche, les modes de vie et les pratiques sexuelles se sont sensiblement modifiés avec une évolution ascendante culminant en 1997.

- La proportion des répondants avec un partenaire stable a augmenté : de 46 % en 1987 à 72 % en 2000. Près de 50 % des relations stables ne sont toutefois pas exclusives.
- La proportion des personnes ayant pratiqué la pénétration anale avec des partenaires occasionnels durant les douze derniers mois est passée d'environ 60 % en 1992 et 1994 à environ 70 % en 1997 et 2000. Elle n'a toutefois pas changé avec le partenaire stable (environ 75 %).
- La fréquentation des lieux de drague a augmenté : en 2000, 53 % des répondants fréquentent les saunas (30 % en 1987, 53 % en 1997), 37 % se rendent dans les parcs (respectivement 24 % et 41 %) et 26 % dans les toilettes publiques (respectivement 18 % et 27 %).

### 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<sup>6</sup>.

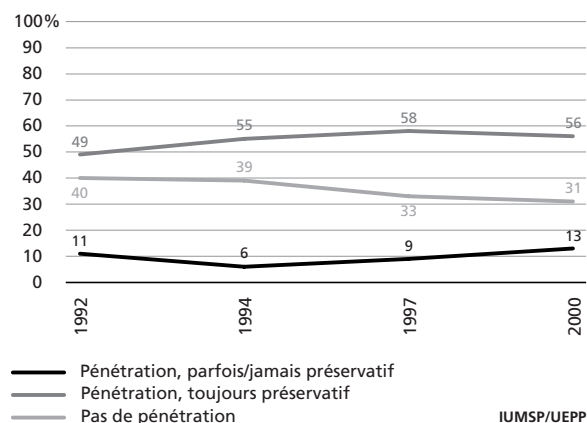
---

<sup>6</sup> Dès 1992, les données sont distribuées selon le type de partenaire (stable versus occasionnel).



Figure 7

**HSH : comportements préventifs au cours des douze derniers mois avec les partenaires occasionnels (1992-2000)**



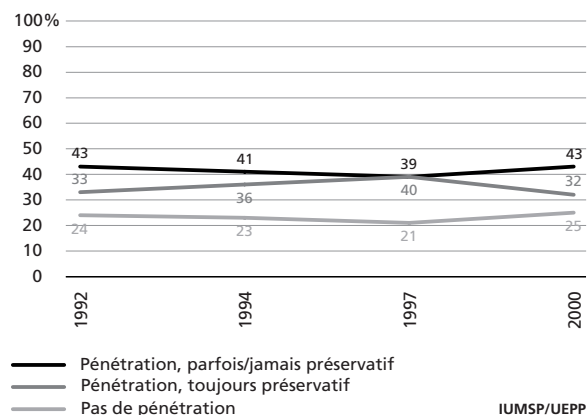
Une large majorité de répondants ont d'emblée adopté des pratiques sexuelles sûres (safer sex), soit en s'abstenant de pratiques potentiellement à risque, soit en utilisant systématiquement des préservatifs (Figure 7 et Figure 8). C'est avec les partenaires occasionnels que les comportements préventifs sont le mieux établis : plus de 80 % des HSH ne prennent aucun risque avec ce type de partenaire (Figure 7).

Quel que soit le type de pratique (pénétration anale ou fellation), le niveau de protection a diminué durant la période 1994-2000.

- La proportion des répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec des partenaires occasionnels et qui ne se protègent pas systématiquement est passée de 10 % en 1994 à 19 % en 2000. Par ailleurs, en 2000, 10 % des répondants disent pratiquer la pénétration anale non protégée avec retrait avant éjaculation comme moyen de protection.
- Le déclin des comportements préventifs est davantage perceptible chez les répondants plus âgés.
- Le relâchement de la protection est particulièrement perceptible parmi les répondants qui fréquentent les établissements de consommation sexuelle (saunas et backrooms) ou les parcs et toilettes publiques. La proportion de clients de 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. On remarque également une légère érosion des pratiques sûres dès la 2ème moitié des années nonante. Cependant, dans la plupart des situations, le renoncement au safer sex tient au fait que les deux partenaires savent qu'ils sont séronégatifs (Figure 8).

Figure 8

**HSH : comportements préventifs au cours des douze derniers mois avec le partenaire stable (1992-2000)**



S'agissant des couples, l'enquête de 1994 avait montré que 41 % de ceux pratiquant la pénétration anale ne connaissaient pas leur situation par rapport au VIH, soit parce que l'un des membres au moins n'était pas testé, soit parce que l'un des membres ignorait si son partenaire avait fait le test de dépistage. La proportion des couples à statut sérologique inconnu a diminué (31 % en 2000). La protection systématique par les préservatifs dans cette situation ne s'est que légèrement améliorée (1994: 52 % ; 2000: 58 %).

Les comportements préventifs des répondants séropositifs diffèrent sensiblement de ceux des répondants séronégatifs ou non testés.

- Les répondants séropositifs sont plus nombreux à avoir des rapports non protégés avec des partenaires occasionnels que les répondants non testés ou séronégatifs. En 2000, 32 % ont entretenu des relations anales sans préservatif dans les douze mois précédant le questionnaire alors que c'est le cas chez respectivement 17 % et 15 % des répondants séronégatifs ou non testés (Figure 9).
- Etalée en ne tenant compte que du statut sérologique du répondant, la Figure 10 indique que les homosexuels séropositifs sont moins nombreux que les séronégatifs ou les non testés à avoir entretenu des relations anales non protégées avec leur partenaire stable.
- S'agissant des répondants séropositifs, on constate que les comportements sans protection ont tendance à augmenter entre 1997 et 2000, quel que soit le type de partenaire.

Figure 9  
HSH : relations anales sans utilisation systématique du préservatif avec des partenaires occasionnels, selon le statut sérologique du répondant

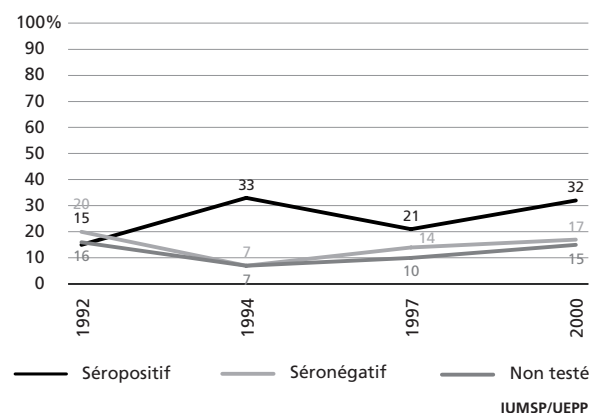
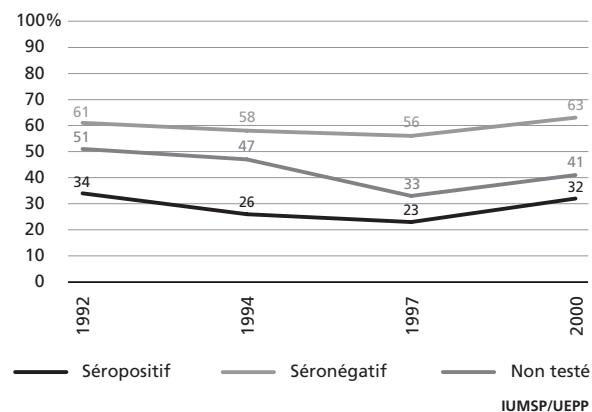


Figure 10  
HSH : relations anales sans utilisation systématique du préservatif avec le partenaire stable, selon le statut sérologique du répondant



### **CONNAISSANCES ET OPINIONS SUR LES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX ET LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION**

Les connaissances relatives aux traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) se sont améliorées. La proportion de répondants qui n'en ont pas entendu parler est passée de 25 % en 1997 à 15 % en 2000. En 2000, 54 % des répondants s'estiment bien informés à propos de ces thérapies, tandis que 31 % connaissent leur existence mais se sentent mal informés.

S'agissant de la prophylaxie post-exposition (PEP), un quart seulement des répondants s'estiment bien informés en 2000. En revanche, 45 % n'en ont jamais entendu parler et près de 30 % en ont entendu parler mais s'estiment mal informés.

Les représentations des homosexuels par rapport au VIH/sida ont sensiblement évolué entre 1997 et 2000. Elles dénotent une forte discrédance entre le comportement qu'on attribue à autrui et ce qu'on fait soi-même :

- En 2000, 58 % pensent que, en raison des nouvelles possibilités thérapeutiques, les HSH font moins attention à la prévention (34 % en 1997).
- En 2000, 7 % pensent faire eux-mêmes moins attention à la prévention en raison des nouvelles possibilités thérapeutiques (5 % en 1997).

### **RECOURS AU TEST DE DÉPISTAGE ET PRÉVALENCE DU VIH**

La proportion de HSH testés a augmenté au fil des enquêtes pour atteindre 80 % en 2000. Les répondants ne possédant aucune information récente sur leur statut sérologique sont toutefois en augmentation : en 2000, 52 % des répondants avaient eu un test de dépistage au cours des douze mois précédant l'enquête contre 62 % en 1994.

En 2000, la prévalence rapportée atteint 2 % chez les moins de 30 ans et 12 % chez les 30 ans et plus.

## CONSOMMATEURS DE DROGUES DÉPENDANTS

Les données présentées proviennent des enquêtes nationales auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès<sup>7</sup> (SBS) (1993, 1994, 1996, 2000) et des enquêtes conduites auprès de la clientèle des locaux d'injection de Genève et de Bienne (2002).

### ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION

Les informations récoltées au sujet des consommateurs de drogues usagers des SBS révèlent que :

- la plupart consomment par injection, bien que cette proportion diminue (85 % en 1993, 79 % en 2000);
- la multiconsomption est très fréquente (70 % environ);
- l'héroïne reste la substance consommée le plus régulièrement (plusieurs fois par semaine pour la moitié des personnes);
- le nombre moyen d'injections par semaine semble en diminution (19 en 1994, 14 en 2000);
- le nombre d'injecteurs récents (moins de 2 ans) est en diminution (30 % en 1993, 7 % en 2000);
- le nombre d'usagers recevant un traitement de substitution à la méthadone est en augmentation (35 % en 1993, 56 % en 2000).

### EXPOSITION AU VIH ET PROTECTION

Pour les six mois précédant l'étude, la proportion d'usagers s'étant injecté de la drogue avec une seringue/aiguille déjà utilisée par quelqu'un d'autre est relativement basse. Elle semble toutefois en légère augmentation dans les dernières années<sup>8</sup>. Le partage du matériel servant à préparer l'injection est en revanche fréquent (Tableau 1). Il pourrait expliquer le taux élevé d'infection par l'hépatite C.

Les usagers qui s'exposent à un risque d'infection en s'injectant avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre sont un peu plus jeunes et sont plus souvent des femmes. Leur état de santé est moins bon. Ils vivent plus fréquemment dans des conditions précaires et ont plus souvent séjourné 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. En revanche, le fait que le consommateur de drogue soit ou non infecté par le VIH n'est associé à aucune différence.

<sup>7</sup> Ces structures fournissent du matériel d'injection stérile et d'autres prestations socio-sanitaires visant 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.

<sup>8</sup> Différence statistiquement non significative.

Tableau 1

Evolution de l'exposition au VIH par l'utilisation de matériel d'injection usagé chez les usagers des SBS en Suisse, de 1993 à 2000 (en %)

	1993 N=1119	1994 N=907	1996 N=944	2000 N=924
<b>Utilisation seringue / aiguille d'autrui</b>				
durant la vie <sup>a</sup>	40	* 37	44	45
durant les 6 derniers mois <sup>b</sup>	17	9	11	12
en prison durant les 2 dernières années <sup>c</sup>			6	9
<b>Don seringue / aiguille durant les 6 derniers mois</b>		* 9	9	9
<b>Partage d'autre matériel durant les 6 derniers mois</b>				
utilisation cuillère en commun			68	51
utilisation filtre en commun			46	38
utilisation coton en commun			3	* 7
utilisation eau en commun				* 26

\* Données non existantes pour Zurich

<sup>a</sup> Taux rapporté aux injecteurs durant la vie

<sup>b</sup> Taux rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

<sup>c</sup> Taux calculé sur l'ensemble des personnes ayant été en prison durant les deux dernières années

IUMSP/UEPP

Tableau 2

Evolution de l'exposition sexuelle au VIH et de la protection chez les clients des SBS en Suisse, de 1993 à 2000 (en %)

Utilisation du préservatif <sup>d</sup> durant les 6 derniers mois	1993 N=1119	1994 N=907	1996 N=944	2000 N=924
<b>Partenaire(s) stable(s)</b>	<b>60</b>	<b>* 56</b>	<b>53</b>	<b>* 56</b>
toujours utilisé le préservatif	26	* 24	27	* 29
jamais utilisé le préservatif	55	* 62	58	* 55
partenaire non consommateur		* 50	52	* 52
<b>Partenaire(s) occasionnel(s)</b>	<b>34</b>	<b>* 29</b>	<b>31</b>	<b>* 32</b>
toujours utilisé le préservatif	61	* 71	67	* 72
jamais utilisé le préservatif	14	* 14	13	* 15
<b>Prostitution femmes</b>		<b>30</b>	<b>24</b>	<b>18</b>
toujours utilisé le préservatif avec les clients		93	95	83
jamais utilisé le préservatif avec les clients		0	0	5
<b>Prostitution hommes</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
toujours utilisé préservatif avec clients		67	43	33
jamais utilisé préservatif avec clients		22	29	17
<b>Dernier rapport sexuel : % utilisation préservatif</b>		<b>* 46</b>	<b>51</b>	<b>* 48</b>

\* Données non existantes pour Zurich

<sup>d</sup> Trois fréquences d'utilisation : toujours, parfois, jamais (somme = 100 %)

IUMSP/UEPP

La protection dans le cadre des relations sexuelles n'a connu aucune évolution significative ces dernières années. En 2000, plus de deux tiers des consommateurs de drogues ont systématiquement utilisé des préservatifs dans le cadre de leurs relations sexuelles occasionnelles. La protection est insuffisante avec les partenaires stables : un peu moins d'un tiers ont entretenu des relations systématiquement protégées. De plus, dans la moitié des cas, le partenaire stable n'était pas consommateur de drogues (Tableau 2).

La proportion de femmes ayant pratiqué la prostitution durant les six 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 ont des relations beaucoup moins protégées dans cette situation (Tableau 2).

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 (Tableau 2). 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<sup>9</sup> 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<sup>10</sup> 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<sup>11</sup>. Ce constat ne vaut pas pour les toxicomanes séronégatives qui tendent au contraire à

utiliser encore plus systématiquement des préservatifs lorsqu'elles se prostituent.

### PRÉVALENCE DU VIH ET DES HÉPATITES

La presque totalité (94 %) des usagers des SBS ont été testés au moins une fois pour le VIH (dont 70 % durant l'année précédant la dernière enquête) et trois quarts (77 %) pour l'hépatite C :

- 11 % rapportent une sérologie VIH positive ; la prévalence du VIH est stable depuis 1993 (10 % environ) mais elle varie selon les villes ;
- 59 % rapportent une sérologie VHC positive ; la prévalence du VHC est plus élevée chez les toxicomanes également infectés par le VIH que chez les non infectés (87 % et 55 % respectivement).

---

<sup>9</sup> On notera que, pour les toxicomanes 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.

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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.

## PROSTITUÉ(E)S

Des informations concernant la prostitution en Europe ont été rassemblées dans le cadre d'une revue de littérature. En raison de la nette internationalisation du phénomène, elles peuvent être source d'enseignements sur la situation prévalant en Suisse :

- Les taux de protection dans le cadre des relations professionnelles varient sensiblement. Ils sont notamment influencés par la marge de négociation des travailleurs du sexe, elle-même dépendant de leurs capacités de communication et des conditions d'exercice de leur activité (plus ou moins tolérée). Ils sont généralement bons parmi les femmes prostituées (de 33 % à 100 % d'utilisation systématique du préservatif selon les études) et les personnes travesties/transsexuelles (de 70 % à 100 %) mais faibles parmi les hommes prostitués.
- Les taux de protection sont nettement moins élevés lorsque les relations sexuelles ont lieu avec des partenaires non payants.
- La prévalence de l'infection VIH est généralement faible chez les femmes prostituées. Elle est sensiblement plus élevée chez les personnes travesties/transsexuelles et chez les hommes prostitués. Dans les trois populations, elle est nettement plus élevée chez les personnes qui s'injectent des drogues.

## MIGRANTS

Aucune donnée quantitative récente sur les migrants – quel que soit le groupe – n'est disponible en Suisse.

La mise en évidence de l'impact de l'épidémie VIH/sida sur les migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne a donné lieu à une évaluation rapide de leur situation sous l'angle de leurs connaissances et représentations (voir Zuppinger et al dans Bibliographie).

Cette démarche a montré la grande hétérogénéité de ce groupe, la diversité des croyances associées à la maladie en général et au VIH/sida en particulier ainsi que la difficulté à thématiser la sexualité et les rapports sociaux en relation avec le sexe. Elle a en outre mis en valeur la fragilité de ces populations et le risque de stigmatisation auquel elles sont exposées.



## PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Trois études apportent des informations sur le comportement de protection des personnes au courant de leur séropositivité :

- l'enquête périodique HSH qui s'adresse aux homo/bisexuels;
- l'enquête périodique SBS qui s'adresse aux consommateurs de drogues usagers des structures à bas seuil d'accès;
- la Swiss HIV Cohort Study (SHCS)<sup>12</sup> qui suit une cohorte de personnes séropositives de plus de 16 ans.

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 :

- une étude sur la sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida, réalisée en 1997 pour décrire les problèmes liés à leur sexualité et à la manière dont ils sont vécus;
- une étude sur le secret entourant le VIH/sida<sup>13</sup>, entreprise en 2001 pour décrire notamment les raisons invoquées par les personnes séropositives pour expliquer leur volonté de ne pas divulguer leur statut sérologique et les problèmes posés par la gestion de ce secret.

On se référera à la page 15 pour ce qui concerne plus spécifiquement la situation des hommes ayant des relations avec d'autres hommes et à la page 19 pour ce qui concerne les consommateurs de drogues.

Les informations recueillies auprès des patients suivis dans le cadre de la SHCS montrent que la majorité ont une vie amoureuse et sexuelle active. Durant les six mois précédant l'administration du questionnaire, 55 % d'entre eux ont eu un partenaire stable, 19 % un ou plusieurs partenaires occasionnels et 6 % les deux. Les patients 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 sont en revanche nettement plus nombreux à entretenir des relations avec des partenaires occasionnels ou les deux types de partenaires.

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.

Les deux études qualitatives font apparaître les personnes séropositives comme des individus qui tentent de concilier tant bien que mal des impératifs contradictoires.

---

<sup>12</sup> Voir Wolf et al dans Bibliographie.

<sup>13</sup> Voir Godenzi et al dans Bibliographie.

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 la relation qui s'ébauche.

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.

## **SYNTHÈSE SUR LES COMPORTEMENTS DANS LES DIFFÉRENTES POPULATIONS**

Le Tableau 3 présente de manière synthétique les constats opérés à propos des comportements et de l'exposition au risque, ainsi que l'évolution des nouvelles infections, dans différentes populations.

Tableau 3

Tableau récapitulatif sur les comportements dans les différentes populations

Population	Taux de protection	Evolution récente de la protection	Particularités	Evolution récente des nouveaux cas VIH (fin 2002)	Particularités
Population générale	Moyen à élevé	→ Début de déclin incertain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de données sur les migrants</li> <li>• Protection partenaires occasionnels &gt; partenaire stable</li> <li>• Protection jeunes &gt; plus âgés</li> </ul>	Hétérosexuels ↗	Migrants subsahariens ↗
Jeunes	Elevé	→	Après avoir diminué, le nombre de partenaires tend à nouveau à augmenter		
HSH	Elevé	↘	Protection avec partenaires occasionnels > partenaire stable, inverse chez les personnes séropositives	↗	
Consommateurs de drogues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission par voie sanguine : élevé</li> <li>• Transmission par voie sexuelle : moyen à faible</li> </ul>	↘  →	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risques associés à des situations de vie défavorables</li> <li>• Protection clients &gt; partenaires occasionnels &gt; partenaire stable (souvent non consommateur)</li> </ul>	→	Variable selon les villes / cantons
Prostitué(e)s	Manque de données		Elevée c/o femmes toxicomanes		
Personnes vivant avec le VIH/sida	Elevé	→ ou ↘	Protection en diminution récente chez les HSH		



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

Cette partie présente la manière dont le programme 1999-2003 s'est mis en place en s'inscrivant dans la continuité de la stratégie des années précédentes. Les trois niveaux d'intervention sont successivement abordés :

- niveau I, avec les campagnes STOP SIDA destinées à l'ensemble de la population et le dispositif de prévention du VIH/sida et d'éducation sexuelle en milieu scolaire ;
- niveau II, avec les différentes interventions s'adressant à des populations particulières (travailleurs du sexe, consommateurs de drogues, etc.) ;
- niveau III, avec la prévention du VIH/sida reposant sur l'interaction individuelle dans le cadre du cabinet médical.

## **NIVEAU I : PRÉVENTION DU VIH/SIDA DESTINÉE À L'ENSEMBLE DE LA POPULATION**

### **CAMPAGNES STOP SIDA**

Les campagnes STOP SIDA constituent l'élément le plus apparent de la stratégie de prévention de la Confédération. Elles se succèdent sans interruption depuis 1987. Elles comportent deux fonctions principales. La première – la plus manifeste – consiste à transmettre des informations et à diffuser des messages préventifs. La seconde – sous-jacente – réside dans leur capacité à rappeler la permanence et la gravité du VIH/sida aux acteurs de la prévention, aux cercles participant aux décisions politiques ainsi qu'au public.

Plusieurs modifications ont été récemment apportées à la conception et au suivi des campagnes. A partir de 1999, l'entreprise chargée de leur élaboration a été désignée au terme d'une procédure d'appel d'offres. De plus, le « Creativteam » qui en accompagnait le déploiement a réduit son champ d'activité et n'intervient plus désormais que durant la phase d'orientation.

Pour la campagne 2000-2001, le mode de diffusion comportant une série de « pics de communication » a été abandonné au profit d'un dispositif en continu – à plus basse intensité – garant d'une souplesse accrue. En 2002, la campagne s'est inscrite dans le contexte d'une étroite collaboration avec Expo 02.

La dernière évaluation concerne la campagne 2000-2001. Elle fait apparaître un haut niveau d'acceptabilité mais aussi une diminution de la notoriété et de la visibilité attribuables aux changements apportés au style et aux supports. L'évaluation met toutefois en évidence l'existence de réminiscences laissées par les campagnes précédentes. Ce constat confirme que, grâce à la continuité notamment apportée par la permanence du logo-type (STOP SIDA avec le préservatif), les campagnes exercent une influence durable même si certains thèmes ou messages sont moins bien retenus que d'autres.

### **PRÉVENTION VIH/SIDA ET ÉDUCATION SEXUELLE À L'ÉCOLE**

La promotion de la prévention du VIH/sida et de l'éducation sexuelle dans le cadre scolaire a d'emblée fait partie de la stratégie nationale. La mise en œuvre de cette dimension de l'action préventive de niveau I se déroule dans un environnement complexe caractérisé par une grande hétérogénéité qui renvoie en particulier au fédéralisme prévalant en matière d'organisation scolaire, à la pluralité des niveaux scolaires concernés (obligatoire ou post-obligatoire avec leurs filières et plans d'études spécifiques), à la répartition des responsabilités en matière de mise en œuvre et au profil des personnes chargées de l'enseignement de ces matières.

Une enquête étendue à l'ensemble du territoire suisse a montré que la prévention du VIH/sida s'intègre la plupart du temps dans le contexte plus ou moins formalisé de l'éducation sexuelle et qu'elle s'organise selon deux modèles principaux :

- un modèle « externe » où l'approche de thèmes relevant de la sexualité s'effectue dans le cadre de cours spécifiques généralement dispensés par des intervenants externes spécialement formés ;
- un modèle « interne » où les cours sont confiés au personnel enseignant qui intègre les différents aspects de l'éducation sexuelle dans les branches d'enseignement existantes.

Le modèle « externe » domine nettement en Romanie. Celui « interne » est plus courant en Suisse alémanique. Le Tessin et les cantons bilingues se partagent entre les deux solutions.

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. Les bases légales pour l'enseignement dans le domaine de l'éducation sexuelle existent pratiquement partout en ce qui concerne la scolarité obligatoire mais beaucoup moins à l'échelon de la scolarité post-obligatoire. L'existence d'une base légale ne suffit cependant pas à rendre effective l'éducation sexuelle. A cet égard, les responsabilités en matière de mise en œuvre sont souvent peu claires.

Au niveau primaire (6 à 11 ans), il existe une bonne couverture en matière d'éducation sexuelle dans au moins un tiers des cantons. Au niveau secondaire I (11 à 15 ans), la plupart des élèves participent à des cours portant à la fois sur le thème de l'éducation sexuelle et de la prévention du VIH/sida. Au niveau secondaire II (post-obligatoire), la couverture est à nouveau très

hétérogène. Responsables du contenu des programmes, certains établissements (voire enseignants) ont prévu un enseignement systématique alors que d'autres n'attachent qu'une importance marginale à ce thème.

L'enquête EPSS confirme une bonne couverture de base et montre que la majorité des jeunes de 17 à 20 ans (environ 9 sur 10) ont eu l'occasion d'entendre parler au moins une fois de VIH/sida ou de sexualité durant leur scolarité. Certains n'ont toutefois bénéficié que d'un seul cours durant toute leur scolarité. La situation en Suisse alémanique est plus lacunaire : 42 % n'ont jamais eu de cours ou n'en ont eu qu'un seul (30 % au Tessin et 14 % en Suisse romande). L'enquête montre aussi que les thèmes abordés en Suisse alémanique sont à la fois moins nombreux et moins diversifiés. Quand l'enseignement est transversal (*fächerübergreifend*), sa mise en œuvre effective ne semble pas correspondre à la conception théorique. 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.

Potentiellement, les deux modèles offrent un cadre adéquat à la transmission d'informations concernant la prévention du VIH/sida. Chacun présente des avantages et des limites spécifiques.

Le modèle « externe » garantit la qualité des interventions (formation spécifique des intervenants, contrôle de qualité possible) et une couverture (au moins minimale). Les cours ne sont pas tributaires de la motivation des enseignants réguliers. Il est en revanche fragilisé par le caractère incertain des ressources destinées à son financement (a priori pas assurées à long terme)



et par son incapacité à exploiter les occasions où les élèves sont plus sensibles à la thématique.

Le modèle « interne » se montre plus adéquat pour exploiter toute occasion favorable d'évoquer le VIH/sida ou des thèmes en relation avec la vie sexuelle. Il est nettement moins tributaire des allocations de ressources puisque ce sont les enseignants réguliers qui interviennent. Il dépend en revanche étroitement de leur formation, de leur motivation et de celle des responsables d'établissements (lorsqu'ils sont chargés de déterminer le contenu des programmes).

Dans les faits, le modèle « interne » semble toutefois globalement moins efficace pour atteindre une bonne couverture. Les facteurs susceptibles de faire obstacle à l'évocation de la thématique VIH/sida dans le cadre scolaire sont relativement nombreux et il serait extrêmement difficile de contrôler la matérialité de cet enseignement (existence, contenu).

## NIVEAU II : PRÉVENTION DU VIH/SIDA DESTINÉE AUX POPULATIONS PARTICULIÈRES

Certaines populations ont des caractéristiques (âge, culture, langue parlée, exposition à des risques particuliers, possibilité de les atteindre, possibilité d'accès à la prévention, etc.) qui appellent une intervention de prévention adaptée à leur situation particulière. Les tableaux qui suivent présentent une synthèse de la mise en œuvre d'actions de prévention entreprises auprès de plusieurs de ces « populations particulières ». Ils ont été réalisés sur la base d'informations récoltées dans le cadre de plusieurs évaluations. Ils précisent s'il s'agit de projets d'envergure nationale ou locale et définissent les modèles d'intervention, les acteurs, les prestations délivrées et la couverture obtenue. Enfin, ils identifient les principaux constats.

### **Les programmes nationaux : information, formation/encadrement, outreach work**

Plusieurs programmes nationaux visent des populations particulières (HSH, prostitués des deux sexes, clients de prostitué(e)s, migrants) qui partagent, entre autres, la caractéristique de poser des problèmes d'accessibilité. Ils comprennent en général :

- Au niveau national : des dispositifs de formation et d'encadrement des intervenants, des sources d'information universellement accessibles (permanences téléphoniques, sites Internet), de la documentation écrite.
- A l'échelon local : des interventions ciblées selon la méthode de l'outreach work, utilisant des professionnels et des médiateurs.

Le travail de médiation ne s'entend pas exclusivement dans sa définition interculturelle. Il se conçoit aussi comme un pont entre spécialistes de la prévention et sous-cultures particulières et peut nécessiter l'intervention de « pairs » (personnes partageant une partie de l'identité – professionnelle, sexuelle, culturelle – du public-cible). Une part de l'intervention repose sur la mobilisation d'organismes non gouvernementaux qui servent souvent de relais locaux aux programmes nationaux tout en développant leurs propres projets.

La plupart des projets de prévention du VIH/sida sont confrontés à la diversité des problèmes que rencontrent les populations particulières. Ce constat les engage à rechercher des collaborations et des complémentarités avec d'autres acteurs des secteurs sanitaire, social ou juridique voire à s'engager dans des actions de lobbying pour obtenir des modifications légales ou administratives. Ce travail en réseau permet de combler une partie des lacunes qui existent dans la couverture des besoins.

La bonne acceptation des mesures et la qualité du travail de prévention doivent beaucoup aux qualités professionnelles, personnelles et à l'engagement des intervenants. Outre leurs interventions à vocation préventive, ils sont de fait les porte-parole des groupes les plus marginalisés et contribuent à leur empowerment. En l'absence de structures communautaires suffisamment organisées et stables, ils sont les seuls acteurs susceptibles de faire entendre la voix de ces populations dans le système social et politique.

**Les structures particulières à certaines populations: des structures à bas-seuil d'accès et un dispositif généraliste pour les consommateurs de drogues**

Les consommateurs de drogues ne bénéficient pas d'un programme national mais d'interventions ciblées – menées dans des structures spécifiques (SBS, traitements) ou non (pharmacies, prisons). Les structures spécifiques sont en général financées par les cantons ou les villes. Cette diversité de points d'intervention assure en principe une bonne couverture.

**Les populations sans contour définissable: compter sur le réseau d'intervenants**

Dans la pratique, l'offre de prévention n'est pas réductible aux mesures ou aux interventions spécifiques prises isolément. Il faut également tenir compte d'éléments dynamiques comme les collaborations inter-institutionnelles et les aiguillages qui forment un réseau d'intervention. Dans certains cas, la couverture est assurée par le réseau et non par des interventions isolées. Dans cette perspective, la densité, la diversité et la réactivité des réseaux d'intervention, ainsi que la présence, en leur sein, de « noyaux durs » d'intervenants délivrant des prestations spécialisées dans le domaine VIH/sida sont autant de conditions dont dépendent l'utilisation et l'adéquation des offres.

Les jeunes en décrochage représentent à cet égard un cas exemplaire. Ils ne constituent pas un segment de population stable et homogène mais se caractérisent avant tout par leur trajectoire de désinsertion. On considère généralement que ces jeunes sont passés au travers des mailles du filet traditionnel de protection (famille, école, travail, logement, etc.). Laissés pour compte, ils sont non seulement malaisés à atteindre mais aussi à aider. Ils n'entrent dans aucune catégorie pré-définie ou consistante du point de vue sociologique. A ce titre, ils ne donnent lieu à aucune action spécifique. Comme il n'existe formellement aucun projet de prévention du VIH/sida qui leur soit spécifiquement destiné, leur prise en charge s'inscrit de manière diffuse au sein du réseau des intervenants avec lesquels ils peuvent entrer en contact au gré de leur trajectoire. La prévention auprès de ce groupe dépend de l'attention que les intervenants sont capables de porter à un problème (l'infection par le VIH) qui ne représente en principe pas le motif premier de l'interaction.

**Couverture en actions de prévention : irrégulière et sélective**

La couverture du territoire national par les actions de prévention est irrégulière. Si certains instruments possèdent une portée universelle, la plupart des actions de prévention s'inscrivent dans un champ d'actions essentiellement local. Cette situation peut refléter la concentration des besoins à certains emplacements (lieux de consommation homosexuelle, prostitution ou toxicomanie représentent des phénomènes avant tout urbains). Elle peut aussi constituer la résultante de plusieurs facteurs faisant obstacle au développement d'actions de prévention. En tout état de cause, la plupart des acteurs locaux ou régionaux sont confrontés à la rareté des ressources et doivent de ce fait limiter peu ou prou leurs interventions au détriment de la couverture des besoins existants, plus particulièrement de ceux des segments les plus difficiles à atteindre et qui nécessiteraient un investissement important (en temps, en ressources humaines et, par voie de conséquence, en moyens financiers).

**HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES (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 lieux de rencontres anonymes • remise de matériel de prévention	• plutôt en milieu urbain • présence régulière – mais peu fréquente – suivant les cantons
			• conseil anonyme et personnalisé sur la scène commerciale gaie • 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)		• tout le territoire alémanique • réponse six jours sur sept
	• central téléphonique (Rainbow Line) / français	• Vogay / Pink Cross (coordination)	• écoute, conseil anonyme et personnalisé, orientation dans le réseau d'aide	• 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 coming out (à travers association faitière Diagonal)
	• 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

### Constats

- Prenant place dans un contexte où les risques d'infection à VIH sont potentiellement élevés, la mise à disposition de matériel de prévention dans les établissements de consommation sexuelle revêt une importance primordiale. Or il n'existe pour l'heure aucune règle en la matière.
- Généralement accueillies de manière favorable par les gérants d'établissements (toutes catégories confondues), les interventions de prévention ne bénéficient pas toujours d'une visibilité suffisante. Elles peuvent manquer d'efficacité si elles se limitent à une distribution passive de matériel.
- Les interventions sur les lieux de rencontres anonymes permettent d'atteindre une population HSH hétérogène qui recherche l'anonymat et ne serait pas forcément accessible ailleurs.
- Chez les jeunes homo/bisexuels, le VIH/sida s'insère dans un faisceau de préoccupations parmi lesquelles 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 jouent un rôle important. Les interventions communautaires articulées autour de la prévention du VIH/sida ne couvrent pas l'ensemble de ces problématiques. Elles impliquent l'acquisition préalable d'un certain sens identitaire. Les jeunes homo/bisexuels n'entrent souvent en contact avec ces ressources qu'après une période d'indétermination et de détresse psychologique.

## PROSTITUÉES

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Programme national API5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• outreach workers</li> <li>• médiateurs culturels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASS</li> <li>• ONG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conseil, matériel prophylactique et orientation dans le réseau socio-sanitaire pour les prostituées migrantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dans une quinzaine de régions</li> <li>• bonne couverture dans les grandes villes mais couverture irrégulière ailleurs</li> </ul>
Projets émanant d'ONG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• outreach workers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conseil, matériel prophylactique, prestations sociales et sanitaires</li> <li>• 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)</li> <li>• lobbying auprès des autorités politiques et administratives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• globalement satisfaisante dans les principaux centres urbains mais médiocre en dehors de ceux-ci</li> <li>• les interventions dans les établissements nocturnes sont loin d'être généralisées</li> <li>• aucune intervention spécifique auprès des escort girls</li> </ul>
Projet national « Don Juan » destiné aux clients de prostituées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• outreach workers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASS</li> <li>• ONG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conseils aux clients de prostituées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quelques soirées dans un nombre limité de villes (7 en 2000, 6 en 2001, 8 en 2002)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• site Internet <a href="http://www.don-juan.ch">www.don-juan.ch</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informations sur VIH et autres IST, auto-évaluation des attitudes et comportements envers les prostituées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• début en 2003 en phase pilote</li> </ul>

IUMSP/UEPP

### Constats

- Le milieu de la prostitution est très hétérogène. Une partie des prostituées ne sont pas atteintes par les interventions de prévention (difficulté à atteindre celles travaillant dans les salons, par exemple).
- Le cadre légal détermine assez fortement les possibilités d'accès des intervenants aux prostituées, en particulier aux ressortissantes de pays étrangers.
- L'accès aux publics-cibles est facilité par trois facteurs au moins : l'appui actif des autorités sanitaires, la coopération des gérants des commerces de sexe et la stabilité/notoriété des interventions. L'efficacité des interventions est en outre fonction de leur notoriété qui permet d'établir rapidement une relation de confiance avec leurs destinataires et de compenser quelque peu la rotation rapide des travailleuses du sexe étrangères.
- La prévention du VIH/sida n'est pas forcément au cœur des préoccupations des travailleuses du sexe. Elles sont le plus souvent confrontées à une multitude de problèmes juridiques, sociaux et sanitaires. C'est dans le cadre de prestations élargies à ces différents problèmes que la prévention VIH est la mieux placée et acceptée.
- L'efficacité des interventions dépend d'un engagement à long terme incompatible avec un mode de financement à court terme.



**PROSTITUÉS DE SEXE MASCULIN (MSW)**

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Programme national MSW	<ul style="list-style-type: none"> <li>• outreach workers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• antennes locales ASS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• information, conseil, accompagnement psychosocial, soins (ces derniers à ZH seulement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• projet implanté dans cinq villes (ZH, BS, GE, LU et BE mais interrompu en 2000) constituant une grande partie de la « scène » suisse de la prostitution masculine...la plus visible du moins</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sites Internet www.malesexwork.ch www.malesexwork.net</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASS et antenne ASS de Genève</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• information, conseil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tout le territoire national</li> <li>• accessible en permanence</li> </ul>

IUMSP/UEPP

### Constats

- Il est malaisé d'établir un diagnostic fiable de la situation locale en matière de prostitution masculine (settings, ampleur et évolution du phénomène) dans les régions où le programme MSW n'est pas implanté.
- Il existe de petites scènes localisées et mal connues de prostitution masculine dans certaines villes où le programme MSW n'est pas implanté. Souvent consommateurs de drogues, les hommes qui y recrutent leur clientèle ne bénéficient vraisemblablement pas d'une intervention adaptée à leur situation.
- Des services sexuels tarifés sont vraisemblablement consommés dans des saunas ou des sex clubs. On ignore toutefois quelles sont les attitudes et les pratiques des gérants d'établissement à cet égard.

## CONSOMMATEURS DE DROGUES

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Projets locaux émanant de collectivités publiques (cantons ou communes) ou d'ONG	<ul style="list-style-type: none"> <li>structures socio-sanitaires « à bas seuil d'accès » distribuant du matériel d'injection et des préservatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>collectivités publiques</li> <li>ONG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>remise de matériel d'injection (3.5 millions de seringues distribuées par l'ensemble des SBS en 2002)</li> <li>préservatifs, conseils, orientation vers d'autres services socio-sanitaires, soins de base</li> <li>espaces de consommation de stupéfiants (lieux d'injection ou fumoirs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>éventail des prestations fournies irrégulier</li> </ul>
Collectivités publiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>prisons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>cantons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>remise de matériel d'injection ou de désinfectants, préservatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>environ un tiers des personnes détenues</li> </ul>
Privée	<ul style="list-style-type: none"> <li>pharmacies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pharmaciens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vente de matériel d'injection (estimation 120'000 seringues par mois), conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dans 15 cantons, la principale source d'approvisionnement en seringues. Aucune donnée récente sur l'étendue réelle et la qualité de l'offre</li> </ul>
Cantons, médecins privés	<ul style="list-style-type: none"> <li>structures de traitement, en particulier programme de traitement à l'héroïne (HeGeBe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>cantons, médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>remise de matériel d'injection (estimation pour HeGeBe 94'000 par mois), conseils, préservatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>21 centres dans 11 cantons pour le programme héroïne</li> <li>couverture inconnue pour les autres types d'offre</li> </ul>

IUMSP/UEPP

### Constats

- 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. On estime à 500'000 les seringues remises ou vendues chaque mois en Suisse. Les données à disposition (SBS) indiquent une stabilité de la remise de matériel d'injection. Toutefois, la couverture territoriale inhomogène de l'offre, en quantité et en qualité, offre encore un potentiel d'amélioration. Ceci est particulièrement nécessaire si l'on souhaite améliorer encore la prévention de la transmission du VIH et surtout de l'hépatite C.
- Le dispositif mis en place pour le monitoring national de distribution de seringues dans les SBS est viable et utile pour mesurer la couverture en activités de prévention. Il manque encore un monitoring régulier de l'offre en pharmacie pour compléter ce dispositif.
- Les activités de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle sont peu documentées dans les SBS et paraissent encore insuffisantes.

## MIGRANTS

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Projet national « Migration et santé » (interrompu en 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• médiateurs interculturels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OFSP</li> <li>• ONG (associations communautaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prévention du VIH/sida</li> <li>• promotion de la santé</li> <li>• prévention des dépendances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
Stratégie nationale « Migration et santé 2002-2006 »		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut tropical suisse</li> <li>• centre de compétence Croix-Rouge suisse</li> <li>• centres de compétence régionaux administrés par des ONG</li> <li>• association « Interpret »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• formation initiale et continue</li> <li>• information</li> <li>• prévention et promotion de la santé</li> <li>• soins psychologiques (en particulier aux requérants d'asile et réfugiés traumatisés)</li> <li>• recherche</li> <li>• interprétariat et médiation culturelle</li> <li>• définition de standards de qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stratégie généraliste (pas spécifiquement orientée vers la prévention du VIH)</li> </ul>
Projet national « Prévention du VIH chez les migrants subsahariens »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• approche participative (recours aux groupements et associations existants)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut tropical suisse</li> <li>• Centre suisse de santé internationale</li> <li>• Croix-Rouge suisse</li> <li>• associations de migrants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prévention du VIH/sida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trois cantons durant la phase pilote encore en cours (VD, GE, ZH)</li> </ul>
Projets locaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• médiateurs intervenant dans les lieux de rencontre communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG</li> <li>• antennes ASS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informations, conseil, remise de préservatifs</li> <li>• renforcement de la collaboration inter-institutionnelle</li> </ul>	

IUMSP/UEPP

### Constats

- Les migrants ont été très tôt l'objet d'une attention particulière dans la stratégie de prévention du VIH/sida. Il s'agissait de leur garantir l'égalité d'accès à la prévention en tenant compte de leurs particularités socio-culturelles et en leur proposant des interventions appropriées. Le lancement d'une stratégie migration et santé intégrant l'ensemble des préoccupations sanitaires renvoyant au phénomène de la migration constitue un progrès important. Le risque inhérent à cette globalisation de la politique sanitaire réside cependant dans le fait que les activités spécifiques de lutte contre le VIH/sida pourraient se diluer dans des interventions plus générales voire disparaître.
- Sans intervention adaptée, la population des migrants subsahariens continuera de payer un tribut disproportionné à l'épidémie de VIH/sida. La création d'un programme spécifique disposant de moyens d'intervention appropriés peut compléter des interventions à caractère plus général.

### 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"> <li>• travail en réseau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• plannings familiaux et antennes ASS</li> <li>• structures socio-sanitaires « à bas seuil d'accès »</li> <li>• dispositifs socio-éducatifs</li> <li>• filières scolaires spécifiques</li> <li>• consultations spécialisées pour adolescents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conseil en matière sexuelle (planning par exemple)</li> <li>• aiguillage vers d'autres acteurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• potentiellement importante</li> <li>• couverture assurée par le réseau et non pas par des interventions isolées</li> </ul>

IUMSP/UEPP

### Constats

- La prévention du VIH/sida auprès des jeunes en décrochage repose sur un réseau d'acteurs accédant directement à cette population. 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.
- Au début de leur trajectoire de désinsertion, les jeunes en décrochage sont dépistés au sein du système éducatif. Ils sont orientés vers 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.
- La plupart des jeunes en décrochage se caractérisent par des comportements ou des situations de vie qui les exposent à un risque d'infection 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 pilule.



**PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA**

Initiative	Modalités d'intervention	Acteurs	Prestations	Couverture
Prise en charge médicale des personnes séropositives	<ul style="list-style-type: none"> <li>consultation</li> <li>procédures formelles<sup>14</sup> appliquées au suivi des patients de la Cohorte suisse VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>personnel sanitaire actif dans structures de soins publiques ou privées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>conseil individualisé (prévention)</li> <li>soutien psychosocial</li> <li>traitement et suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>étendue, en particulier en raison de la densité des contacts imposés par le suivi médical</li> </ul>
Projets locaux émanant d'ONG <sup>15</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>intervenants psychosociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ONG</li> <li>antennes ASS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>conseil individualisé</li> <li>diffusion d'informations pertinentes</li> <li>soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pratiquement dans chaque canton</li> </ul>
Projets nationaux émanant d'ONG	<ul style="list-style-type: none"> <li>confection et diffusion de matériel d'information</li> <li>site Internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>conseil individuel (via Internet)</li> <li>production et mise à disposition de matériel d'information</li> </ul>	

<sup>14</sup> Questionnaire.

<sup>15</sup> On ne parle ici que de prévention VIH et non pas d'autres activités développées par les antennes.

### Constats

- En milieu hospitalier, des procédures formelles, des 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.
- Les migrants séropositifs en provenance de certains pays posent d'importants problèmes d'information et de communication. Non résolus, ces problèmes sont de nature à réduire leur accès aux soins et, partant, au conseil de prévention. Leur solution relève d'une action coordonnée.
- Les risques de stigmatisation et d'ostracisme sont considérables à l'intérieur de certaines communautés de migrants. Ces risques hypothèquent d'autant plus l'accès aux soins des migrants séropositifs.

## NIVEAU III : PRÉVENTION DU VIH/SIDA AU CABINET MÉDICAL

La consultation médicale représente le prototype des interventions préventives de niveau III. Elle met en présence un intervenant particulièrement qualifié et crédible en matière sanitaire et un patient dont la situation personnelle peut, dans certains cas, appeler la reprise et l'approfondissement des messages de prévention destinés à l'ensemble de la population.

Plusieurs évaluations ont été consacrées à la prévention du VIH/sida chez les médecins de premier recours<sup>16</sup> (1990, 1995, 2002). Elles montrent qu'ils continuent d'être pratiquement unanimes à estimer très importante la poursuite d'une activité de prévention primaire dans le cadre de leur consultation.

### PRATIQUES PRÉVENTIVES

La qualité et l'efficacité du conseil préventif offert par le médecin résident en partie dans le soin mis à établir l'existence d'éventuelles expositions au risque lors de l'anamnèse du patient. Dans la perspective d'interventions orientées vers la prévention du VIH/sida, des informations concernant l'activité sexuelle et la consommation de drogues sont indispensables.

L'exemple de l'anamnèse d'un jeune adulte ne consultant pas pour un problème de santé urgent a été utilisé pour identifier les thèmes abordés dans une telle situation. Certains domaines sont systématiquement explorés par la quasi-totalité des médecins. Les éléments de l'anamnèse susceptibles de révéler une éventuelle exposition au VIH sont en revanche moins fréquemment abordés.

- Consommation de tabac et d'alcool, activités physique et professionnelle sont investiguées de routine par plus de neuf médecins sur dix.
- Toxicomanie et contraception sont investiguées par deux tiers des médecins environ (71 % et 62 % respectivement).
- Une anamnèse sexuelle n'est entreprise que par la moitié des médecins (48 %). Les médecins qui y procèdent s'intéressent surtout à la méthode utilisée pour se protéger contre le VIH, moins à l'orientation et aux pratiques sexuelles.
  - 84 % des médecins posent de routine des questions sur la méthode utilisée pour se protéger contre le VIH;
  - 57 % se renseignent sur l'orientation sexuelle du patient et 49 % sur le nombre de ses partenaires;
  - 33 % étendent leur anamnèse aux pratiques sexuelles.

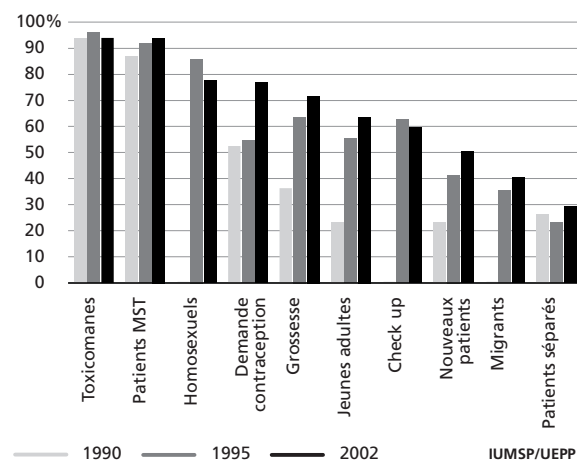
Les médecins n'ont pratiquement pas modifié leurs habitudes en matière d'anamnèse sexuelle depuis 1995.

<sup>16</sup> Praticiens de médecine générale, généralistes, internistes, dermatologues, gynécologues et, en 2002, infectiologues.

Selon le patient – ou la situation – les médecins ont une attitude différenciée en matière de recherche d’une éventuelle exposition au VIH. Les patients renvoyant « explicitement » à des possibilités d’entrer en contact avec le VIH (toxicomanes par exemple) retiennent en premier lieu leur attention. Sans être pour autant négligés, les patients ou les situations plus « neutres » (jeune adulte, check up, nouveau patient) bénéficient moins d’une telle investigation. Enfin, les migrants et les patients ayant rompu avec leur partenaire sont plus rarement l’objet d’une telle démarche. (Figure 11).

Le comportement des médecins en matière de recherche d’une éventuelle exposition au risque VIH a évolué au fil des années. En 1990, leur attention portait essentiellement sur les groupes classiquement considérés à risque. Douze ans plus tard, ils se montrent nettement plus attentifs à la situation de la population générale (demande de contraception, jeune adulte, check up, nouveau patient et – dans une moindre mesure – migrant). Un léger fléchissement s’observe toutefois entre 1995 et 2002 au niveau de l’anamnèse du risque chez les patients homosexuels (Figure 11).

Figure 11  
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.

La situation de test représente l'occasion pour un counselling en matière de prévention du VIH. Le counselling préalable permet d'en évoquer les limites (« période fenêtre »), d'investiguer les risques auxquels le patient a pu s'exposer, de vérifier ses connaissances, de discuter les conséquences du test et de transmettre des conseils quant aux précautions à prendre. Presque tous les médecins (96 %) ont prescrit au moins un test au cours des six mois précédant l'étude. Les différents thèmes ne sont pas tous évoqués de routine lors du counselling :

- seule la question de la validité du test (« période fenêtre ») est systématiquement abordée par plus d'un médecin sur deux;
- plus d'un dixième des médecins continuent de ne jamais évoquer les limites de validité du test ou ne le font que rarement;
- un médecin sur cinq n'investiguit pas les risques auxquels le patient s'est exposé ou ne le fait que rarement;
- un médecin sur quatre n'évalue pas les connaissances du patient ou ne le fait que rarement;
- un médecin sur six n'évoque pas les moyens de protection ou ne le fait que rarement.

Le comportement des médecins lors du pré-test counselling (la fréquence des différents thèmes abordés) ne s'est pas modifié entre 1995 et 2002.

La moitié des médecins (48 %) ont été consultés au moins une fois pour une situation où l'administration d'une prophylaxie post-exposition (PEP)<sup>17</sup> entraine en ligne de compte, dont 35 % durant les douze mois précédant l'étude.

Confrontés à de telles situations, la moitié réfèrent leur patient à un centre spécialisé. Les autres analysent la situation puis décident de l'indication seuls ou en prenant conseil.

### **IMPLICATION DES LIBRES PRATICIENS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA**

En 2002, un peu plus de la moitié des médecins (55 %) prenaient en charge au moins un patient séropositif au moment de l'étude (moyenne 3,8; médiane 1):

- 6 % des médecins assumaient la responsabilité intégrale de la HAART d'un ou de plusieurs patients;
- 35 % étaient co-responsables d'au moins une HAART;
- 14 % ne suivaient des patients séropositifs qu'en qualité de médecin de famille.

En extrapolant à partir des données de l'échantillon, entre 208 et 533 médecins suisses étaient « seuls responsables » d'une HAART et entre 2420 et 5902 patients recevaient une HAART exclusivement placée sous la responsabilité d'un libre praticien.

Malgré une implication importante des médecins dans la prise en charge de patients vivant avec le VIH/sida, un praticien 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 ». Cette attitude est en léger – mais constant – recul (17 % en 1990 et 14 % en 1995).

<sup>17</sup> Administration d'un traitement de type HAART très rapidement après une exposition probable au VIH.

### PRISE EN CHARGE DE PATIENTS SÉROPOSITIFS AU CABINET MÉDICAL

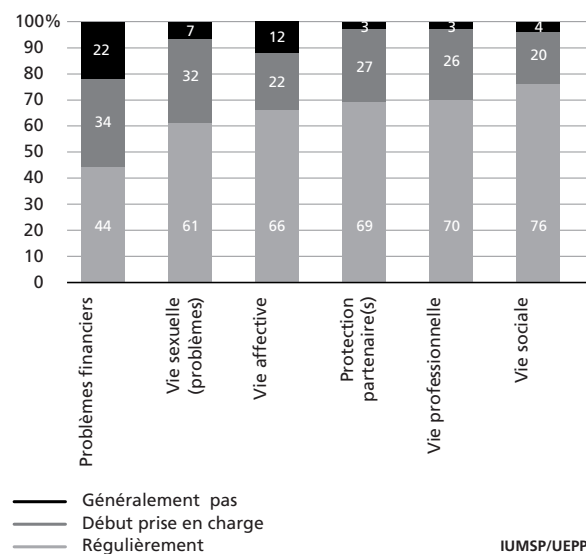
La quasi-totalité des médecins qui administrent des HAART vouent une attention particulière à l'information précédant la mise en œuvre d'un tel traitement. Ils permettent ainsi aux patients de formuler un consentement véritablement éclairé. Une fois le traitement commencé, la grande majorité des praticiens se renseignent sur les effets secondaires des médicaments (94 %), les problèmes posés par la complexité du traitement (84 %) et l'adhésion du patient au traitement (88 %). Par contre, deux tiers seulement s'intéressent à l'impact du traitement sur la vie familiale et professionnelle (61 % et 66 % respectivement).

Les médecins qui suivent à un titre ou à un autre des patients séropositifs ne vouent pas une attention semblable aux différents aspects de leur quotidien :

- entre deux tiers et trois quarts se tiennent régulièrement informés 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 ne s'informent qu'au début de la prise en charge de la vie sexuelle de leurs patients et un quart de la vie affective et des questions liées à la protection, se privant ainsi de données concernant l'évolution d'un problème de santé qui s'inscrit dans la durée et dont certaines répercussions n'apparaissent pas d'emblée ;

- respectivement 12 % et 7 % des médecins ne s'informent jamais de la vie affective et sexuelle de leurs patients et 22 % ne se préoccupent pas des problèmes financiers que ceux-ci pourraient rencontrer (Figure 12).

Figure 12  
Fréquence à laquelle les médecins qui suivent des patients séropositifs se renseignent sur différents aspects de leur vie



## **SYNTHÈSE DE LA MISE EN ŒUVRE AUX TROIS NIVEAUX : COUVERTURE**

Le Tableau 4 indique de manière synthétique le taux de couverture des actions de prévention entreprises à chacun des trois niveaux.

Tableau 4

## Synthèse de la couverture par les actions de prévention aux trois niveaux

Niveau	Groupe cible	Couverture	Commentaires
I	Population générale	++	Bonne visibilité et acceptabilité. Le logotype de la campagne convoie l'essentiel du message de prévention.
	Elèves (≤16 ans)	+	Pratiquement générale mais intensité et qualité variables.
	Elèves (>16 ans)	+/-	Irrégulière. Dépend de la bonne volonté des responsables d'établissements.
II	HSH	+	Prévention avant tout localisée en milieu urbain.
	Jeunes HSH	+/-	Encore insuffisante en ce qui concerne les jeunes gays.
	Toxicomanes	+/>+	La distribution et la vente de seringues sont concentrées dans des zones urbaines et encore insuffisantes dans certains cantons. La prévention sexuelle du VIH est moins généralisée.
	Prostituées	+/-	Plusieurs segments du monde de la prostitution demeurent inaccessibles aux intervenants.
	Travailleurs du sexe	+	Interventions concentrées dans quelques villes.
	Migrants	-	Prévention VIH/sida « noyée » dans une approche sanitaire à large spectre. Certains groupes particulièrement exposés (par ex. migrants subsahariens) demeurent probablement encore à l'écart d'actions de prévention adaptées à leurs représentations et besoins.
	Jeunes en décrochage	+/-	Aucun dispositif spécifique de prévention. Les actions dépendent étroitement de l'attention des intervenants de différents domaines (scolaire, sanitaire, social) agissant en réseau.
Personnes séropositives	+/-	Couverture potentiellement très étendue : une grande partie des personnes séropositives sont suivies par des médecins. La couverture est cependant insuffisante dans différentes populations particulières (migrants par exemple). Aborder le thème de la sexualité dans le cadre de la consultation peut se heurter à des obstacles. Le recours à des procédures systématisées (fréquentes en milieu hospitalier) facilite l'évocation du thème. Elles sont rarement utilisées par les libres praticiens dont la réactivité aux problèmes suggérés par leurs patients demeure la principale garantie de l'efficacité de l'action préventive.	
III	Médecins	+/-	Activité préventive au cabinet médical potentiellement bonne. Pâtit toutefois encore de lacunes au niveau de la systématique de l'anamnèse du risque et du conseil lié au test.





## BILAN ET PERSPECTIVES

### 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 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 du préservatif 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 l'existence de grandes variations individuelles.

Les données les plus récentes relatives aux comportements de protection chez les jeunes (étude SMASH) 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 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<sup>18</sup>, 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.

---

<sup>18</sup> Evolution devenue statistiquement significative en 2000.

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 pourraient augurer d'une reprise à la hausse 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<sup>19</sup> 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<sup>20</sup> ou chez leurs partenaires.

---

<sup>19</sup> C'est le seul « groupe » de population pour lequel un taux de protection à atteindre avait été articulé.

<sup>20</sup> On ne sait toutefois pas si ces personnes ont acquis le VIH en Suisse ou dans leur pays d'origine.

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. Cette concordance 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 surveillance de « deuxième génération », recommandé par l'OMS/ONUSIDA.

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 pouvait 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<sup>21</sup> 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 drogue. On a donc toujours affaire à une épidémie de type concentré.

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<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> 1% chez les femmes enceintes dans les grandes villes.

<sup>22</sup> Comme cela a été observé en 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.

<sup>23</sup> Pour autant que ces personnes n'adoptent pas de mesures de prévention.

Dans plusieurs groupes spécifiques de population (HSH, consommateurs de drogues par voie intraveineuse), la prévalence du VIH est élevée 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<sup>23</sup> 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 nonante.

## DYNAMIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME NATIONAL

### **Poursuite et ancrage de la stratégie de prévention du VIH/sida**

Le programme national «VIH et sida – 1999-2003» s’inscrit dans la perspective tracée par le manuel «Prévention du VIH en Suisse» publié en 1993 et tient compte de l’évolution de la situation survenue depuis lors. Outre les valeurs fondamentales qui sous-tendent le manuel, le programme intègre des thèmes tels que promotion de la santé, «normalisation», contexte international, thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART), coopération internationale ou assurance de qualité.

Ce programme est une politique publique qui s’inscrit dans le cadre du fédéralisme d’exécution helvétique. Il met l’accent sur la subsidiarité et l’incitation. Il met en jeu de multiples acteurs, intervenant à différents niveaux (national, cantonal ou régional), déployant leurs activités dans des domaines différents et agissant selon leurs propres schémas. De nombreuses activités résultent de décisions autonomes des acteurs (porter l’effort dans une certaine direction, instaurer ou non une collaboration, etc.). Les orientations générales de ce programme peuvent se résumer de la façon suivante :

- il met l’accent sur la conservation des acquis et l’ancrage des activités existantes ;
- il définit, à destination des acteurs du domaine VIH/sida, des buts et des objectifs clairs assortis de jalons explicites ;
- il laisse cependant ouvertes les questions de répartition des compétences, des mesures ou des financements spécifiques ;
- il constitue un instrument d’orientation des actions et d’aide à la planification pour les acteurs locaux ;

- il sert de légitimation aux mesures et financements mis en œuvre au niveau régional.

### **Contexte de mise en œuvre du programme national : participation et consensus**

L’élaboration du programme national 1999-2003 résulte d’une large consultation à laquelle ont participé des instances fédérales, les cantons, diverses structures intercantionales de coordination de politiques publiques, les instituts de médecine sociale et préventive ainsi que des organismes non gouvernementaux. La participation des acteurs concernés par le VIH/sida a contribué à assurer la compatibilité et la coordination des activités qui existaient déjà avec le programme.

Il existe un large consensus sur la stratégie de l’OFSP parmi les acteurs. Tant au niveau national qu’à celui des cantons étudiés, la « coalition » formée des principaux acteurs du domaine VIH/sida aux niveaux fédéral, cantonal et des ONG est largement prépondérante ; elle jouit d’une autorité de fait dans l’élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé dans ce domaine.

Tout permet de supposer qu’il existe un large accord avec la politique de santé développée dans le domaine VIH/sida au sein du public. L’acceptation de la campagne STOP SIDA est remarquable. Sa visibilité demeure élevée. Plus de 90 % de la population souhaite qu’elle se poursuive. Les mesures concernant la prévention du VIH/sida chez les toxicomanes (notamment par la mise à disposition de matériel d’injection stérile) recueillent l’adhésion de près de 90 % des personnes interrogées (89 % en 1997).

### Quelques désaccords surmontés

La période du début de la mise en œuvre du programme national a été marquée par des désaccords et des incompréhensions entre les acteurs principaux du niveau national (OFSP/ASS). Ces problèmes ont en particulier porté sur le volume et le mode de répartition des ressources allouées par l'OFSP aux acteurs de la prévention ainsi que sur le leadership de l'OFSP, perçu comme déclinant par certains intervenants. Ces problèmes sont désormais (2003) réglés. L'OFSP a renouvelé ses efforts en faveur de la prévention et déployé une intense activité de lobbying à ce sujet. Il a entrepris de clarifier les ambiguïtés qui prévalaient en matière de rôles et de compétences. Il a décidé de réaffirmer son leadership en restituant toute sa visibilité à la campagne STOP SIDA ainsi qu'en renforçant sa collaboration avec l'ASS et ses contacts avec le niveau cantonal.

### Leadership national de l'OFSP

Au-delà des tâches rappelées dans le programme national<sup>24</sup>, l'OFSP assume un leadership à la fois politique et symbolique en définissant les grandes orientations de la stratégie de prévention et en rappelant l'importance et le caractère toujours actuel du VIH/sida en tant que priorité de santé publique. Cette facette de son action garantit notamment la légitimité politico-sanitaire des acteurs régionaux de la prévention dans leurs relations et négociations avec les autorités et institutions régionales qui les financent. La campagne STOP SIDA est une composante essentielle de ce leadership national. Elle sensibilise la population à l'acuité et à la permanence de la problématique sida et légitime les actions entreprises pour y répondre.

L'ASS occupe également une position essentielle dans la constellation des acteurs. Présente aux niveaux national et régional, elle représente et défend les intérêts

des PVA<sup>25</sup> et de certaines populations marginalisées. Elle met en œuvre des activités de prévention à leur intention et veille au respect des impératifs sociaux et éthiques de la politique de santé dans le domaine du sida. Même si son 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 de l'association sont assurés par le niveau national.

### Dynamique dans les cantons

Dans l'ensemble, la mise en œuvre du programme national dans les cantons se révèle satisfaisante. Tout au plus constate-t-on parfois, chez certains acteurs, une augmentation de la difficulté à accomplir les tâches ou à obtenir les financements indispensables.

Les spécificités relevées dans le chapitre sur la mise en œuvre concernant certains groupes ou settings se retrouvent également déclinées quand on considère la situation à l'échelle des cantons.

- 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 intégrée à la politique de santé relative à la toxicomanie. Elle se met en place dans une dialectique entre dynamiques nationales et régionales, voire

<sup>24</sup> Les domaines suivants sont mentionnés : bases pour les prises de décisions 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.

<sup>25</sup> Personnes Vivant Avec (PVA).

locales. Elle a trouvé son ancrage dans le cadre des interventions dans le domaine de la toxicomanie.

- 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 une impulsion 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 de décisions autonomes prises par les acteurs locaux.

### **Bienveillance à l'égard de la lutte contre le VIH/sida et potentiels de prévention**

La population se montre très largement positive à l'endroit de la prévention. Cette attitude se traduit notamment par une réelle disponibilité à collaborer à des interventions pour autant que les acteurs spécialisés de la prévention VIH/sida en prennent l'initiative et en assument le coût. Des exemples isolés tels que collaborations d'administrations publiques a priori non concernées par la prévention du VIH/sida ou de gérants d'établissements de nuit en témoignent. Contrairement à ce que semble suggérer l'apparent pessimisme ambiant, cette bienveillance constitue un potentiel de prévention auquel il pourrait être fait plus largement et plus systématiquement appel.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

### SITUATION GÉNÉRALE : COMPORTEMENTS ET CAS DE VIH

#### CONCLUSIONS

> 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.

> 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.

#### RECOMMANDATIONS

**> 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.**

**> 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.**



### CONCLUSIONS

---

> Préoccupante, l'augmentation des nouveaux cas de VIH ne correspond pourtant pas à un changement fondamental de 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.

---

> 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.

### RECOMMANDATIONS

---

**> Il convient d'informer la population de la situation épidémiologique et des comportements sans créer d'inquiétude démesurée ni susciter des attitudes de stigmatisation.**

**> Il faut encore améliorer l'accès à des 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).**

---

### MISE EN ŒUVRE

#### CONCLUSIONS

> 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 pré-existants 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.

#### RECOMMANDATIONS

> **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.**

### CONCLUSIONS

---

> 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.

### RECOMMANDATIONS

---

> **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 PRIORITÉS

### CONCLUSIONS

> 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.

### RECOMMANDATIONS

> **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.**

### CONCLUSIONS

---

- > 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.

### RECOMMANDATIONS

---

- > **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 sociaux et médicaux, 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.).**
-

### CONCLUSIONS

---

> **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 cela de façon durable si ces pratiques de conseil sont inscrites dans la routine des professionnels.

---

### RECOMMANDATIONS

---

> **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.**

## POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

### CONCLUSIONS

> Les résultats positifs obtenus jusqu'ici dans la lutte contre le VIH/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.

### RECOMMANDATIONS

> **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.**

## BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Aids-Hilfe Schweiz, editor. Diskriminierungsbericht: wo kranke und behinderte Menschen überall benachteiligt werden. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz; 2001.

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>.

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).

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).

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).

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 Santé Publique 1998; 46: 205-17.

Bucher T, Wittwer U. Wo tut es denn www? Evaluation der Klientendaten von [www.drgay.ch](http://www.drgay.ch). Zürich: Aids-Hilfe Schweiz, Universität Zürich, Psychologisches Institut; 2003 (à paraître).

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.

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).

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.



- 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.
- 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.
- 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 (SFM); 2001. (Rapport de recherche).
- Ensman A, Sardi M. Evaluation de la campagne STOP SIDA 2000-2001 et du site stopsida.ch. Genève: érasme SA; 2001.
- Godenzi A, Mellini L, De Puy J. Le secret autour du VIH/sida. Fribourg: Université de Fribourg; 2003.
- 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.
- 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 œuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 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).
- Kübler D, Neuenschwander P, Papadopoulos Y, unter Mitarbeit von Christian Sartori und Sibylle Stamm. Aids-politik 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).
- 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.
- 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).
- 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).

- 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).
- 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.
- 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).
- 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>.
- Office fédéral de la santé publique. VIH et sida: programme national 1999 à 2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
- Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. Koordinationsstelle des FOS, editor. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1999: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik: Gegenüberstellung von Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2000. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 101).
- 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).
- 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/ff/index.htm>.
- 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/ff/>.
- 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).
- 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.
- 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>.

UNAIDS. National AIDS programmes: A guide to monitoring and evaluation. Geneva : UNAIDS/WHO ; 2000.

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'Office fédéral de la santé publique 1999; 49: 916-19.

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.

Zenger C A. Rechtliche Aspekte von HIV/Aids und ihre ökonomischen Konsequenzen. Eine juristische und empirische Analyse. Suisse-Sida Recherche, Infothèque Sida 2001.

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.

Zuppinger B, Kopp C, Wicker HR. Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsahariens. Berne : Institut d'ethnologie, Université de Berne; 2000.