



Syntagma GmbH

Politikanalyse, Evaluation & Beratung

*Évaluation de l'actuelle politique suisse
en matière de VIH
par un panel international d'experts*

sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique

Rolf Rosenbrock, Calle Almedal, Jonathan Elford,
Daniel Kübler, France Lert et Srdan Matic

en collaboration avec

Larissa Plüss, Kathrin Frey et Axel J. Schmidt

22 Septembre, 2009

Bergwerkstrasse 36, 8810 Horgen, Suisse

Tél. (+41) 78 815 67 60, e-mail : syntagma@sunrise.ch

Table des matières

0	EN BREF	1
1	INTRODUCTION	2
1.1	MANDAT ET OBJECTIF DU RAPPORT D'EXPERTS	2
1.2	LA SUISSE DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL	2
1.3	LES TROIS QUESTIONS DE LA RECHERCHE.....	4
1.4	DÉMARCHE ET MÉTHODE.....	5
1.5	STRUCTURE DU RAPPORT.....	6
2	DU SIDA AU VIH	6
3	SURVEILLANCE	7
3.1	RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....	8
3.2	RECOMMANDATIONS POUR LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE.....	9
3.3	RECOMMANDATIONS POUR LA SURVEILLANCE COMPORTEMENTALE.....	10
3.4	RECOMMANDATIONS POUR LA SURVEILLANCE CLINIQUE	12
4	PRÉVENTION PRIMAIRE	13
4.1	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA PRÉVENTION PRIMAIRE POUR LES GAYS ET AUTRES HSH.....	13
4.2	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA PRÉVENTION PRIMAIRE POUR LES MIGRANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE.....	16
4.3	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA PRÉVENTION PRIMAIRE POUR LES CDI	18
4.4	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA PRÉVENTION PRIMAIRE POUR LA POPULATION GÉNÉRALE	19
5	TRAITEMENT ET SOINS	20
5.1	RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ACCÈS AU TEST, AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT.....	20
5.2	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE TEST VIH	21
5.3	RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ET L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	23
6	PRÉVENTION POSITIVE	25

7	GOUVERNANCE	27
7.1	RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....	27
7.2	RECOMMANDATION POUR LA GOUVERNANCE CONCERNANT LES HSH.....	28
7.3	RECOMMANDATION POUR LA GOUVERNANCE CONCERNANT LA POPULATION GÉNÉRALE	29
7.4	RECOMMANDATION POUR LA GOUVERNANCE CONCERNANT LES MIGRANTS	30
7.5	RECOMMANDATION POUR LA GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION POSITIVE	30
8	SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES	31
9	RÉFÉRENCES	33
10	ANNEXE : LISTE DES SPÉCIALISTES AUDITIONNÉS	36

Liste des abréviations

ASS	Aide Suisse contre le Sida (ASS)
BerDa	<i>Beratungsleitfaden und Datenverwaltungssystem</i> : outil de récolte de données statistiques et de structuration des consultations sur le VIH
CDI	Consommateurs de drogues injectables
CFPS	Commission fédérale pour les problèmes liés au sida
HAART	<i>Highly active antiretroviral therapy</i> : traitement antirétroviral hautement actif
HSH	Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes
IST	Infections sexuellement transmissibles
MSW	<i>Male sex workers</i> : hommes qui se prostituent
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OG	Organisations non gouvernementales
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisations non gouvernementales
ONU	Organisation des Nations Unies
PICT	<i>Provider Initiated Counselling and Testing</i> ; dépistage du VIH et conseil initiés par les médecins
PNVS	Programme national VIH/SIDA
SHCS	Etude suisse de cohorte VIH
VCT	<i>Voluntary Counselling and Testing strategy</i> : conseil et dépistage volontaire
VEGAS	Association d'entreprises gay suisses
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

0 En bref

Le panel international d'experts chargé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'évaluer la politique actuelle de la Suisse en matière de VIH est arrivé aux conclusions suivantes sur les trois questions auxquelles il devait répondre :

1. Comment minimiser la transmission du VIH en Suisse ?

- En concentrant les efforts sur les principaux groupes à risque : 1) gays et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), 2) migrants d'Afrique subsaharienne, 3) consommateurs de drogues par voie intraveineuse (CDI), selon la devise « *put the effort where the virus is* ».
- En intégrant les activités de prévention du VIH dans une stratégie globale de santé sexuelle.
- En combinant prévention non médicale et prévention médicale.

2. Comment assurer le dépistage à temps des personnes infectées, leur prise en charge médicale et leur adhésion thérapeutique ?

- Par le développement et la mise en pratique d'une stratégie cohérente de test VIH.
- Par la promotion continue du conseil et du dépistage volontaire du VIH (*Voluntary Counselling and Testing VCT*) et le renforcement du dépistage du VIH et du conseil initiés par les médecins (*Provider Initiated Counselling and Testing PICT*).
- Par l'amélioration de l'adhésion thérapeutique (prévention des abandons), au moyen d'incitations pour les médecins et les patients.

3. Comment aménager au mieux la politique suisse en matière de VIH pour ce qui est de la division du travail, des ressources et des incitations (gouvernance) ?

- En soutenant la création d'une organisation nationale de santé pour les gays.
- En aidant les organisations existantes à tirer meilleur profit du potentiel d'innovation et de la capacité de mobilisation des groupes touchés.
- En diversifiant les partenariats entre l'OFSP et la société civile.
- En renforçant le rôle et les compétences de l'OFSP en tant que leader (par ex. reformulation des mandats de prestations, soutien structurel à des organisations de la société civile).

1 Introduction

1.1 Mandat et objectif du rapport d'experts

La politique suisse en matière de VIH est formulée dans le Programme national VIH/SIDA (PNVS) 2004-2008 (OFSP 2003). En mars 2008, ce programme a été prolongé de deux ans (jusqu'en 2010). Selon le PNVS 2004-2008, la politique VIH suisse couvre trois champs d'activité : 1) la prévention de la propagation du VIH ; 2) le traitement et le conseil ; 3) la solidarité avec les personnes à risque et les personnes infectées, et intervient à trois niveaux : 1) information de la population générale, 2) information et motivation spécifiques des groupes cibles et 3) prévention et conseil individuels (OFSP 2003). Avec la prolongation du programme jusqu'en 2010, les trois niveaux d'intervention ont été renommés « axes » et le troisième a été modifié comme suit : 3) prévention de la transmission du VIH dans les couples sérodifférents (www.bag.admin.ch, août 2009). Afin de décider de l'avenir du PNVS après 2010, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé un panel international d'experts de dresser un état des lieux de la politique actuelle en matière de VIH/SIDA en Suisse. Un bilan qui s'impose vu que les problèmes et questions relatifs à ce domaine ont fondamentalement changé depuis le milieu des années 1990, avec l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) (Rosenbrock et al. 2000). L'infection VIH n'est plus synonyme de mort imminente, en Suisse du moins. Mais aussi : les comportements par rapport au risque d'infection ont changé (Dubois-Arber et al. 2001) et les décideurs sont moins enclins à débloquer des fonds pour la prévention (Neuenschwander et al. 2005). Tous ces développements posent la question de savoir si la conception actuelle du PNVS (Knoepfel et al. 1997) est encore apte à générer des stratégies efficaces de prévention, de traitement et de gouvernance, ou si elle doit être modifiée.

Le travail des experts a donné lieu à deux rapports : 1) un rapport de fond scientifique avec une description de la situation actuelle dans le domaine VIH en Suisse (Plüss et al. 2009) ; 2) un rapport condensé avec les recommandations des experts pour la future politique VIH suisse (le présent rapport d'experts). Le rapport d'experts donne des recommandations dans les domaines de la surveillance, de la prévention primaire, du traitement et de l'accompagnement, de la prévention positive et de la gouvernance. Il s'adresse aux responsables du PNVS au sein de l'OFSP et ses partenaires, ainsi qu'aux autres spécialistes intéressés à la politique VIH.

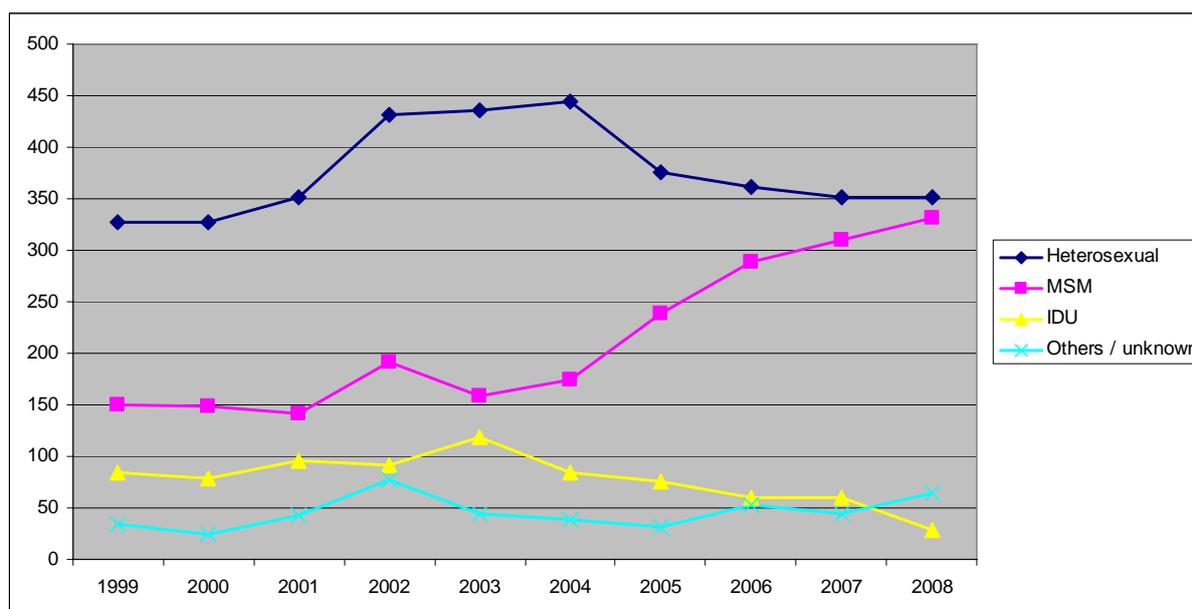
1.2 La Suisse dans le contexte international

En 2007, on estimait que 33 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. Près de 2.5 millions d'infections ont été enregistrées en 2007, dont 1.7 million (68 %) en Afrique subsaharienne (www.who.int, accédé en mai 2009). L'infection VIH demeure une priorité de

santé publique en Europe également, car elle continue de se propager dans de nombreux pays européens. D'après les chiffres 2007, le nombre de nouvelles infections dans les régions européennes de l'OMS continue d'augmenter. Entre 2000 et 2007, le nombre de cas VIH rapportés en Europe occidentale a presque doublé, passant de 39 à 75 personnes infectées sur 1 million d'habitants (www.eurohiv.org, accédé en mai 2009). Dans les pays de l'Union européenne (UE) et de l'Association européenne de libre échange (AELE), les rapports sexuels entre hommes sont le principal vecteur de transmission du VIH, suivis par les rapports hétérosexuels. Près de 40 % des nouvelles infections transmises par voie hétérosexuelle ont impliqué un(e) ressortissant(e) d'un pays où l'épidémie VIH est généralisée, même si la proportion varie d'un pays à un autre.

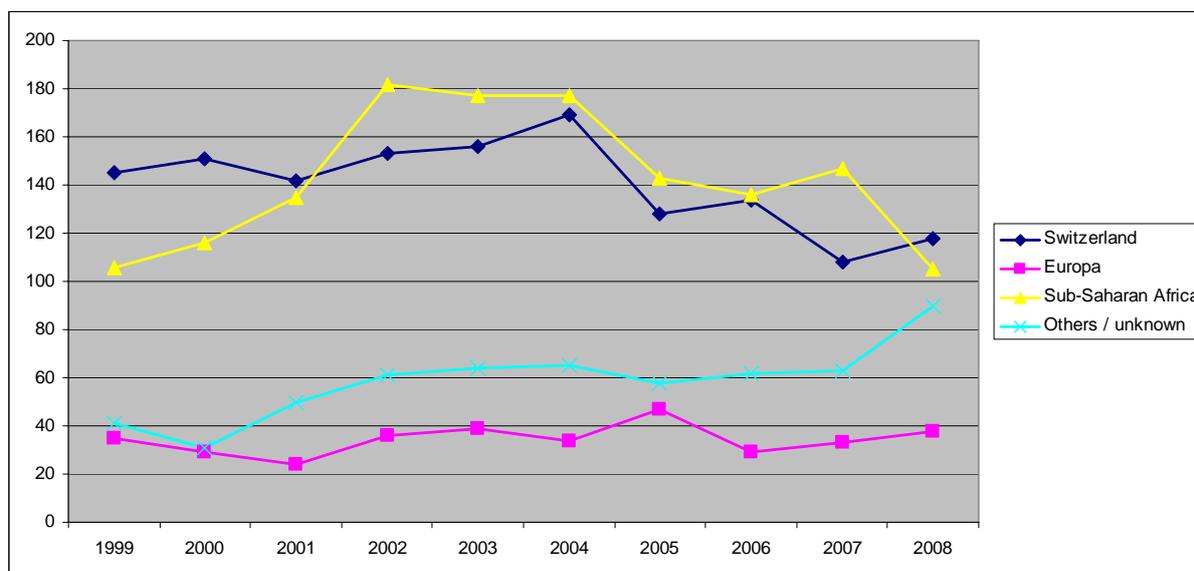
En comparaison avec d'autres pays d'Europe occidentale, la Suisse accuse un taux de nouvelles infections plutôt élevé. Proportionnellement à l'ensemble de la population, ce taux est comparable à celui de la France, du Luxembourg ou de la Grande Bretagne, mais il est trois fois plus élevé que celui de l'Allemagne ou de l'Autriche (www.eurohiv.org, accédé en mai 2009). Entre 2000 et 2008, le nombre de nouveaux cas VIH a augmenté d'environ un tiers en Suisse. Jusqu'en 2004, l'augmentation touchait surtout les hétérosexuels (graphique 1). Par la suite, ce nombre a baissé et s'est stabilisé, alors que celui des nouvelles infections dans la population homosexuelle (HSH) prenait l'ascenseur ; il a pratiquement doublé depuis 2004. Ainsi, le total annuel des nouveaux cas d'infection VIH est demeuré plus ou moins constant depuis 2002 (760 en moyenne), mais avec un changement dramatique de proportions entre transmission hétérosexuelle et transmission homosexuelle.

Graphique 1 : Nombre de nouveaux diagnostics VIH selon le mode de transmission (1999-2008) (Source : OFSP)



Il ressort de l'analyse des régions d'origine que les cas de transmission impliquent souvent des personnes provenant de pays à prévalence VIH élevée, principalement d'Afrique subsaharienne. La proportion des migrants de cette région d'Afrique sur le nombre total de nouvelles personnes touchées est de 23 % en moyenne (1999-2008). Dans ce groupe, le VIH est transmis le plus souvent par contacts hétérosexuels. En conséquence de quoi, la proportion de migrants d'Afrique subsaharienne dans les nouveaux diagnostics VIH par transmission hétérosexuelle est de 38 % en moyenne (1999-2008) (graphique 2).

Graphique 2 : Transmission hétérosexuelle : nombre de nouveaux diagnostics VIH selon la région d'origine (1999-2008) (Source : OFSP)



La Suisse est confrontée aux mêmes difficultés que la plupart des autres pays d'Europe occidentale. D'une part, le nombre de nouveaux cas déclarés de VIH dans le groupe des HSH est en hausse alors qu'il s'est stabilisé dans la population hétérosexuelle. D'autre part, la circulation des personnes est devenue plus facile et moins chère depuis 10-20 ans, avec des effets sur les modèles migratoires et la mobilité. La migration circulaire et des visites plus fréquentes dans le pays d'origine sont plus abordables. Le fait que les migrants de pays à haute prévalence vivant en Suisse peuvent désormais rentrer chez eux régulièrement pourrait contribuer à augmenter encore le nombre de nouveaux diagnostics VIH.

1.3 Les trois questions de la recherche

L'OFSP a identifié trois questions de fond concernant le fonctionnement du système VIH suisse – dans les domaines de la prévention, du traitement et de la gouvernance – auxquelles il doit répondre pour pouvoir développer un programme VIH efficace au-delà de 2010.¹ Ces

¹ Procès-verbal de la réunion du 16 septembre 2008, Fachstelle Evaluation und Forschung, H. Brunold.

trois questions ont été précisées comme suit pour les besoins de l'évaluation :

- 1. Comment minimiser la transmission du VIH en Suisse ?**
- 2. Comment assurer le dépistage à temps des personnes infectées, leur prise en charge médicale et leur adhésion thérapeutique ?**
- 3. Comment aménager au mieux la politique suisse en matière de VIH pour ce qui est de la division du travail, des ressources et des incitations (gouvernance) ?**

1.4 Démarche et méthode

Un panel international d'experts présidé par le professeur Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin), spécialiste mondialement connu dans le domaine des politiques VIH depuis le tout début de l'épidémie, a été chargé de dresser le bilan de la situation actuelle en Suisse en partant des trois questions susmentionnées et de formuler des recommandations. Ses autres membres : Calle Almedal, ancien conseiller ONUSIDA, Jonathan Elford, titulaire de la chaire de santé publique à la City University London, France Lert, directrice de l'Unité Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, INSERM (Paris), Srđan Matic, chef ad int. de la Division des maladies transmissibles de l'Office européen de l'OMS ; Daniel Kübler, professeur à l'Institut de science politique de l'Université de Zurich et membre de la Commission fédérale des problèmes liés au SIDA (CFPS), en tant que représentant suisse. Une équipe de collaborateurs scientifiques (Larissa Plüss, Kathrin Frey), Syntagma Ltd. Horgen (Suisse), placée sous la conduite de Prof. Dr. Daniel Kübler, et Axel J. Schmidt (MD, MPH), coordinateur scientifique du *European MSM Internet Survey* (EMIS) à l'Institut Robert Koch, Berlin, ont apporté leur soutien scientifique au panel.

L'évaluation s'est déroulée en trois phases. La *phase initiale* (novembre 2008 – mars 2009) a servi à mettre en place les fondements scientifiques de l'évaluation. D'abord, le panel d'experts a défini les critères pertinents de l'évaluation en lien avec les trois questions à l'étude. Ensuite, il a chargé l'équipe de recherche de récolter et d'analyser les données utiles pour faire un bilan de la politique VIH en Suisse. Les résultats de cette recherche forment la base scientifique de l'évaluation ; ils font l'objet d'un rapport séparé (Plüss et al. 2009).

Dans la *deuxième phase* du projet (avril– juillet 2009), le panel d'experts a pris connaissance dudit rapport scientifique et s'est entretenu avec un certain nombre d'acteurs clés impliqués dans la mise en œuvre de la politique suisse en matière de VIH. Ces entretiens ont eu lieu début mai 2009 à Berne et à Zurich ; 13 personnes travaillant dans les domaines de la surveillance, de la prévention, de la thérapie et du traitement du VIH en Suisse ont été interviewées.²

² Voir liste complète des participants à ces réunions dans l'appendice.

Le panel d'experts a ensuite répondu aux trois questions et formulé des recommandations pour la future politique VIH en Suisse, qui figurent dans le présent rapport d'experts.

La *troisième phase* (août– octobre 2009) a consisté à faire valider le rapport d'experts par les personnes interviewées. Leurs réactions et commentaires ont été intégrés dans la version finale. Les deux produits finaux, le rapport scientifique de fond et le rapport d'experts, ont été achevés en octobre 2009.

1.5 Structure du rapport

Le rapport commence par une analyse des aspects contextuels à considérer dans la formulation d'un nouveau programme national VIH/SIDA et des défis correspondants (chap. 2). Dans les chapitres suivants, le panel d'experts émet des recommandations pour les domaines de la surveillance (chap. 3), de la prévention primaire (chap. 4), du traitement et des soins (chap. 5), de la prévention positive (chap. 6) et de la gouvernance (chap. 7).

2 Du SIDA au VIH

Pendant les 28 ans qui se sont écoulés depuis les premiers cas de SIDA, les conditions et possibilités de gérer l'infection VIH, son traitement et les stratégies de prévention ont considérablement changé.

Comme le SIDA était au départ une maladie mortelle et qu'aucun traitement médical n'était disponible, la lutte contre l'épidémie s'est d'abord concentrée sur la prévention comportementale (campagnes nationales STOP SIDA) et structurelle. Sous l'impulsion de la « nouvelle santé publique », on se mit à développer des concepts novateurs inspirés pour l'essentiel des sciences sociales, en collaboration étroite avec les organisations d'entraide des principaux groupes touchés, notamment la communauté gay (Rosenbrock et al. 2000: 1610). Ces concepts visaient à renforcer la motivation des gens à se comporter de manière préventive, ainsi qu'à faire respecter les droits et la dignité des personnes vivant avec le VIH.

À cette période de grande visibilité du SIDA et d'attention publique, succéda une phase de baisse d'intérêt (Rosenbrock et al. 2000: 1613). En Europe occidentale, la pandémie tant redoutée ne se produisit pas, en partie grâce aux mesures de prévention primaire mises en œuvre en étroite collaboration avec les groupes les plus touchés. Puis, avec l'arrivée sur le marché des thérapies antirétrovirales hautement efficaces (HAART), le taux de mortalité du SIDA baissa sensiblement dès le milieu des années 1990. La période de survivance s'allongea considérablement ; le VIH devint une maladie chronique « normale » et le rôle de la médecine clinique gagna en importance. Aujourd'hui, l'accent est mis sur la prévention secondaire qui vise un accès facilité au test, au dépistage précoce et au traitement. La médicalisation et la

gestion avant tout clinique du VIH en tant que maladie chronique ont eu pour effet l'individualisation des personnes touchées. Les communautés soudées des débuts de l'épidémie – spécialement la communauté gay – se sont relâchées et leurs formes et structures modifiées.

La transition du SIDA au HIV coïncide avec un changement sensible dans les approches de prévention. Pendant ces dix à quinze dernières années, la prévention structurelle et comportementale, orientée prévention primaire, a fait place progressivement à la prévention médicale, axée elle sur le dépistage et le traitement qui ont un impact aussi bien sur la prévention secondaire que sur la prévention primaire. Les deux approches ont toujours été en concurrence dans l'histoire du VIH. Il est pourtant indispensable de les combiner, pour bénéficier de leurs avantages respectifs. Une politique cohérente s'impose, qui conjugue prévention primaire, prévention secondaire et traitement dans un souci d'efficacité.

Par ailleurs, suite aux changements observés dans l'évolution de l'épidémie, le lien entre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) a gagné en importance, d'autant que le VIH et les IST se renforcent réciproquement. D'où l'importance d'une approche de prévention globale, qui intègre les IST et inclut la prévention du VIH et des IST dans le champ plus vaste de la santé sexuelle.

Avec les lignes directrices et recommandations présentées dans les chapitres suivants, le panel d'experts souhaite contribuer à la formulation d'une politique VIH suisse capable de relever les défis esquissés plus haut.

3 Surveillance

En Suisse, le VIH est soumis à une triple surveillance : épidémiologique, comportementale et clinique. La surveillance épidémiologique est du ressort de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Elle consiste à récolter et centraliser les résultats de tests VIH positifs que les laboratoires doivent lui annoncer (données non nominatives). Ces résultats sont complétés par une série de données cliniques sur le mode de transmission présumé, l'avancement de la maladie, la charge virale, etc., elles aussi non nominatives. La surveillance comportementale est assurée par l'Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP) de l'Université de Lausanne. Elle inclut des enquêtes régulières menées dans la population générale, chez les HSH et les consommateurs de drogues injectables (CDI), ainsi qu'un monitoring continu des ventes annuelles de préservatifs et de la distribution de seringues. La surveillance clinique des personnes infectées est assurée par l'étude suisse de cohorte VIH (*Swiss HIV Cohort Study SHCS*) dont elle figure l'élément essentiel. Initiée en 1988, la SHCS suit environ la moitié de l'effectif total des personnes séropositives de 16 ans et plus en Suisse. Elle relève des données

sur les maladies associées au VIH, les antirétroviraux et autres médicaments administrés, les paramètres de laboratoire et des données démographiques basiques.

Ce chapitre donne des recommandations générales en matière de surveillance, ainsi que des recommandations spécifiques pour ses trois volets – épidémiologique, comportemental et clinique. Relevons à ce propos que les trois types de surveillance ne peuvent donner qu'un tableau approximatif de l'épidémie et sa dynamique.

3.1 Recommandations générales

3.a Améliorer l'échange d'informations entre les différents acteurs de la surveillance

Une collaboration efficace et l'échange d'informations entre les acteurs de la surveillance sont essentiels pour le bon fonctionnement du système de prévention du VIH en Suisse. Un groupe de travail (SurvAIDS) a d'ailleurs été institué à cet effet en 2004, groupe dans lequel sont représentés tous les protagonistes de la surveillance (OFSP, IUMSP, SHCS et Aide Suisse contre le Sida ASS). Au début, il se réunissait quatre fois par année, depuis 2008, deux fois. Cet échange doit être maintenu. Cependant, le flux d'informations entre la SHCS et les autres domaines de la surveillance n'est pas suffisant. Un accès plus aisé aux données non nominatives des personnes séropositives suivies dans l'étude de cohorte permettrait aux autres acteurs d'en savoir plus, et donc, d'améliorer le travail de prévention. Le panel d'experts recommande le renforcement des canaux de communication.

À l'intérieur même de l'OFSP, l'échange d'informations et de savoir est entravé en sus par le fait que le SIDA et les maladies infectieuses ont chacun leur section. Il importe que les deux sections collaborent et coordonnent leurs activités.

3.b Étendre la surveillance aux IST autres que le VIH

Depuis 2000, le nombre de cas déclarés d'IST en Suisse a constamment augmenté, après une baisse dans les années 1990 (Low 2007). Le nombre de nouveaux cas de chlamydia a doublé entre 1999 et 2005, celui des gonorrhées triplé entre 1999 et 2006. Pour la syphilis, il est plus difficile de faire des comparaisons à cause de procédures de notification disparates (OFSP 2008b). La surveillance de la syphilis a été suspendue en 1999, faute de ressources, pour redémarrer en 2006. Pendant ces quelques années, le nombre de cas de syphilis aurait pratiquement triplé. En réaction à cette évolution, un nouveau système de surveillance a été mis en place en 2005, avec obligation de déclarer les cas de gonorrhée et de syphilis (déjà en vigueur pour les infections à chlamydia), toujours de manière anonyme.

Malgré ces efforts, les représentants de l'OFSP estiment que la surveillance d'IST autres que le VIH est insuffisante. Comme le VIH augmente la probabilité de contracter une IST et vice-versa, le lien entre ces infections est crucial. D'où l'importance d'améliorer la surveillance

des autres IST en combinaison avec le VIH, aussi bien dans la population générale que dans les groupes particulièrement exposés au risque VIH ou IST.

3.c Intégrer les facteurs contextuels de la prise de risques dans la surveillance

Si l'on veut mener une prévention efficace, il faut connaître les facteurs contextuels de la prise de risques. Quelles sont, typiquement, les situations à risque ? Quand et où se présentent-elles ? Quelles en sont les variables les plus importantes ? Dans quelle mesure l'alcool, la consommation de drogues et des problèmes d'ordre psychique ont-ils pour effet de faire baisser la garde ? Quel lien entre le niveau national des infections VIH et d'autres maux de la société contemporaine comme le suicide, la dépression, d'autres IST, l'attitude générale face à la prise de risques et le nombre de substances psychoactives prises sur ordonnance ?

Ciesla et Roberts (2001), par exemple, ont établi que la dépression et les troubles dépressifs sont fréquents chez les personnes séropositives (probabilité de dépression 1.99 fois plus élevée que chez les personnes séronégatives). Évidemment, la question de savoir si ces troubles psychiques sont dus à la gravité de la maladie ou si, en fait, ils sont à l'origine de la prise de risque, demeure posée. Toujours est-il qu'il manque en Suisse des données sur la relation entre infection VIH et santé mentale, plus spécialement entre exposition au VIH et santé mentale, un lien potentiellement déterminant pour la prévention primaire. La SHCS relève des données concernant le traitement psychiatrique des personnes suivies et a commencé récemment à récolter des données sur les troubles dépressifs. Les activités de surveillance ont également été adaptées pour tenir compte des facteurs contextuels de la prise de risques. Depuis 2007, l'IUMSP inclut les stratégies individuelles de réduction des risques (sérosorting, positionnement stratégique, etc.) dans ses enquêtes régulières menées chez les HSH.

Comme le taux de prévalence VIH est relativement élevé en Suisse, il est important d'identifier les facteurs contextuels et structurels de la prise de risques et d'utiliser le savoir acquis à ce sujet pour mieux formuler et cibler les futures stratégies de prévention.

3.2 Recommandations pour la surveillance épidémiologique

3.d Surveiller le comportement de la population suisse à l'égard du test VIH

En Suisse, comme pratiquement partout ailleurs, seuls les tests VIH-positifs sont récoltés sous forme anonyme et centralisés (OFSP). Le comportement en matière de dépistage de la population en général et des groupes vulnérables en particulier ne fait pas l'objet d'un contrôle systématique. L'Enquête suisse sur la santé fournit des informations ad hoc, mais elle n'est menée que tous les cinq ans. L'IUMSP pose également des questions sur le test dans ses enquêtes auprès de la population générale, des HSH et des CDI. Quelques offres spécifiques de dépistage, comme les checkpoints à Zurich et Genève, livrent à leur tour des informations sur le

comportement de groupes cibles spécifiques par rapport au dépistage, mais ces données ne sont pas récoltées de manière systématique ni centralisées.

Sur la base des données qui leur ont été fournies, les experts sont arrivés à la conclusion que l'augmentation des cas de VIH chez les HSH en Suisse pouvait refléter aussi bien une recrudescence des cas de transmission (incidence) qu'une augmentation des tests VIH. Pour l'heure, il n'est pas possible de confirmer une tendance générale à l'augmentation des tests de dépistage en Suisse. Afin d'arriver à des résultats probants, il faudrait enregistrer aussi bien les tests négatifs que les tests positifs. L'OFSP est en train de faire des efforts dans ce sens, efforts qui doivent être soutenus et concrétisés.

3.e Estimer le taux d'incidence VIH dans les différents groupes de population

L'OFSP devrait envisager d'estimer le taux d'incidence VIH dans les différents groupes de population. L'augmentation du nombre de diagnostics VIH dans un groupe X peut en effet s'expliquer par la concomitance de divers facteurs, y inclus une incidence accrue, comme des tests de dépistage plus nombreux, des changements dans les flux de migrants ou encore une amélioration des procédures de notification/déclaration des infections. Des estimations robustes de l'incidence VIH sont donc nécessaires pour établir si le taux de transmission du VIH a changé dans un groupe donné. Pour celui des HSH, par exemple, on pourrait utiliser les données de laboratoire de cas récents d'infection VIH et les combiner avec les données sur le comportement de ce groupe en matière de dépistage.

3.3 Recommandations pour la surveillance comportementale

3.f Poursuivre la surveillance comportementale et l'asseoir sur une base durable

En Suisse, la surveillance comportementale a été initiée en 1987 par l'OFSP. Mise en œuvre par l'IUMSP, elle comprend des enquêtes régulières dans la population générale, chez les HSH et les CDI, ainsi que le monitoring de la vente de préservatifs et de la distribution de seringues. Le recul général de nouveaux cas de SIDA depuis l'avènement des HAART s'est soldé par une baisse du besoin (perçu) en information et par une diminution des crédits pour la récolte et l'analyse de données. En conséquence de quoi, l'enquête régulière sur le comportement VIH dans la population générale a été abandonnée récemment au profit d'un module « comportement sexuel » intégré dans l'Enquête suisse sur la santé menée tous les cinq ans (Dubois-Arber 2008).

Comme la surveillance comportementale fournit des informations cruciales pour la prévention primaire et secondaire, il faut absolument éviter de nouvelles coupes. Tout du moins les comportements des groupes les plus touchés doivent-ils faire l'objet d'une surveillance régulière, et les structures et processus correspondants être posés sur une base durable.

De manière générale, le panel d'experts se félicite de la qualité de la surveillance comportementale conduite par l'IUMSP, tout spécialement en ce qui concerne les données sur les HSH (Balthasar et al. 2008a, 2008b, 2005). Ces données ont servi de système d'alerte précoce en montrant que le niveau de protection dans les communautés gay et HSH baissait depuis le milieu des années 1990 (Balthasar et al. 2008a). Le panel d'experts souligne l'importance de poursuivre l'« enquête gay », voire de recueillir des données plus détaillées encore sur les facteurs contextuels de la prise de risques dans ce groupe (voir recommandation 3.c).

Le panel d'experts salue en outre le fait que les chercheurs de l'IUMSP participent à des projets de recherche européens (par ex. Dubois-Arber et al. 2003b).

3.g Améliorer la recherche sur les comportements des migrants

Il ressort des données empiriques que l'établissement de plusieurs offres à bas seuil efficaces a permis, ces dernières années, d'améliorer l'accès des migrants aux services suisses de la santé. Toutefois, une rapide évaluation de la situation des migrants (Zuppinger et al. 2000) a mis au jour une série de difficultés liées à la communication au sujet de la sexualité, des relations sociales et du sexe. D'où la nécessité d'améliorer la recherche sur les comportements des migrants 1) pour cerner les facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver la prévention et 2) pour obtenir des informations utiles sur le comportement sexuel et « prise de risques » de la population migrante, et sur leur bagage social général.

Suite au recul des nouveaux cas de VIH dans la population migrante subsaharienne après 2002, décision fut prise de suspendre la surveillance des femmes migrantes. Une enquête comportementale de sentinelle a redémarré récemment dans une clinique universitaire ambulatoire d'obstétrique-gynécologie. Selon Dubois-Arber et al. (2008), il s'agirait là d'un moyen prometteur de recruter des femmes migrantes et d'obtenir des informations au sujet de leur comportement sexuel. Au moment où nous écrivons ces lignes, les résultats de cette étude ne sont pas encore disponibles.

3.h Améliorer la recherche sur les comportements des sex workers

Une étude récente sur le marché du sexe en Suisse a révélé que la prévalence VIH est sans doute plus élevée chez les *sex workers* que dans la population générale, étant donné que les CDI et les migrants sont surreprésentés dans le domaine de la prostitution (Bugnon et al. 2009: 49). Près de 70 % des *sex workers* ont un permis de séjour temporaire ou d'établissement et quelque 15 % sont des migrants sans permis de séjour.

La population des *sex workers* est généralement très mobile, ce qui rend difficile un monitoring suivi de l'incidence du VIH et d'autres IST. Il manque en Suisse des données sur leur comportement et sur leur état de santé général, ainsi que des estimations plus précises sur la prévalence du VIH dans ce groupe. Le panel d'experts recommande le relevé de données plus

pointues sur la structure, la santé et le comportement de cette population et l'amélioration de la recherche comportementale dans le domaine de la prostitution.

3.4 Recommandations pour la surveillance clinique

3.i Poursuivre et soutenir la surveillance de manière générale

La surveillance clinique est assurée par la SHCS, une étude de cohorte prospective et multicentrique initiée en 1988. De très nombreuses études et autres publications ont puisé dans le vaste réservoir de données de la SHCS. Le panel d'experts a été impressionné par la qualité et la productivité de la recherche basée sur la SHCS. L'étude de cohorte est financée par des crédits de recherche du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), qui se montent actuellement à quelque 3 millions de francs par année (OFSP 2005: 11). La SHCS fournit des informations cruciales sur les personnes VIH-positives. Inutile de dire que ces activités de recherche doivent être poursuivies.

3.j Améliorer le transfert de connaissances entre SHCS et spécialistes de la prévention

L'étude de cohorte dispose d'un immense volume de données sur les caractéristiques individuelles et l'histoire médicale de personnes VIH-positives. Par le passé, cette information était utilisée principalement par les cliniciens, pour répondre à des questions de recherche clinique, et les résultats publiés dans des revues spécialisées évaluées par des pairs. Mais d'autres aspects scientifiques importants pour la prévention du VIH ne sont pas systématiquement incorporés. Par ailleurs, les sciences sociales ne participent ni à la planification ni à l'analyse des données de la cohorte. Bref, les questions sexuelles et de comportement sont actuellement négligées dans la SHCS ; elles devraient être abordées aussi bien sous l'angle scientifique que sous l'angle de la santé publique. Il importe encore d'améliorer et de renforcer le transfert de savoir vers les spécialistes de la prévention et les représentants des groupes touchés afin de faciliter la formulation de stratégies de prévention idoines. Par ailleurs, une collaboration plus étroite avec eux permettrait à la SHCS de mettre en œuvre des mesures de prévention secondaire en fonction du contexte. Pour résumer : les canaux de communication entre prévention et traitement doivent être élargis, renforcés et institutionnalisés.

3.k Mettre l'accent sur la surveillance comportementale dans la SHCS

Afin de développer encore le potentiel considérable des données de la cohorte, la SHCS doit intégrer des chercheurs en sciences sociales et des représentants des communautés touchées dans sa structure organisationnelle pour étudier le comportement préventif et de prise de risques – sexuels et non sexuels – des personnes vivant avec le VIH. La recherche comportementale pourrait notamment renseigner sur les occasions manquées de dépistage, partant,

améliorer la stratégie correspondante. De tels projets de recherche en sciences sociales au sein de la SHCS pourraient être commandités et par l'OFSP ou le Fonds national.

4 Prévention primaire

Le panel d'experts estime que la prévention primaire mise en œuvre par l'OFSP et l'ASS dans le cadre du PNVS 2004-2008 est une réussite partielle. Pour que les défis esquissés au chapitre 2 puissent être relevés, il faut à son avis que l'OFSP reconsidère les priorités et les approches de la prévention primaire. Ainsi, la priorité doit être très clairement accordée aux mesures de prévention à l'attention des groupes de population les plus touchés, à savoir les gays et les HSH, et les migrants provenant de pays à forte prévalence VIH (Afrique subsaharienne). En outre, la prévention du VIH doit être systématiquement intégrée dans une approche plus vaste de promotion de la santé sexuelle. Le panel d'experts approuve la « Vision de la santé sexuelle et reproductive 2010 » de l'OFSP (2006), axée sur les cinq principaux champs d'activités de la SSR, à savoir le développement psychosexuel, la reproduction, le bien-être sexuel, les IST et la violence sexuelle. Il convient de réaliser cette vision en dépit des obstacles institutionnels et structurels du système fédéral. L'Internet et les TIC offrent de nouvelles voies pour la prévention primaire et devraient être davantage mis à profit.

4.1 Recommandations concernant la prévention primaire pour les gays et autres HSH

En Suisse, le nombre de nouveaux diagnostics VIH dans le groupe des HSH a passé de 174 en 2004 à 334 en 2008, ce qui équivaut à une augmentation en termes absolus mais aussi relatifs par rapport à d'autres voies de transmission. En 2004, 23,5 % de toutes les nouvelles infections diagnostiquées touchaient des HSH ; en 2008, cette proportion était de 43 %. Il s'agit donc du groupe de population le plus affecté par le VIH en Suisse.

4.a Renforcer la prévention destinée aux gays et aux autres HSH

La politique suisse en matière de VIH doit accorder la priorité absolue aux activités de prévention destinées à ce groupe de population. Le panel d'experts reconnaît que l'ASS et ses organisations membres en font beaucoup dans ce domaine, mais il n'est pas convaincu que ces activités s'inscrivent dans une démarche pertinente et innovante. Selon les experts, ce n'est pas la quantité des projets ou des sites qui importe, mais le fait que les efforts de prévention destinés à ce groupe de population procèdent d'une approche globale et cohérente, fondée sur une typologie des prises de risques, et différenciée en fonction des différents sous-groupes de HSH et des situations à risque respectives. Les critères d'évaluation de ce travail de prévention pourraient s'appuyer sur une série de facteurs comme les indicateurs de la surveil-

lance comportementale et l'évolution du nombre de nouvelles infections dans le groupe en question. En clair : le panel d'experts recommande de renforcer le travail de prévention avec et pour les HSH, plus spécialement ceux qui s'identifient comme gays.

4.b Développer une stratégie de prévention cohérente pour gays et autres HSH

Le panel d'experts a d'abord pensé qu'il manquait une stratégie de prévention globale explicitement destinée aux gays et autres HSH. En juin 2009, il a pris connaissance d'un document remis par la direction de l'ASS (« Stratégie HSH »), qui tient toutefois davantage d'une esquisse de projet que d'une stratégie cohérente. Les activités de l'ASS et de ses organisations membres, sans conteste multiples et variées, semblent s'additionner plutôt que se conjuguer judicieusement. Une stratégie pour HSH au sens où nous l'entendons devrait montrer comment les différentes approches et interventions de prévention sont reliées les unes aux autres, compte tenu des défis décrits au chapitre 2.

Premièrement, une stratégie nationale pour gays et HSH devrait clarifier la notion de « prévention médicale » souvent utilisée par les acteurs suisses interviewés en mai 2009. Les offres de conseil et de dépistage à bas seuil basées sur la communauté (checkpoints à Genève et Zurich) semblent en être l'élément clé. Le checkpoint de Zurich fournit la palette de prestations la plus complète, y inclus la prophylaxie post-exposition (PEP), le test VIH et IST, le traitement et les soins, le soutien psychologique et le conseil. En 2007, le checkpoint Zurich a lancé en plus le projet « checkpoint mobile », avec des tests sur place lors de parties sexuelles, dans les dark rooms, les saunas, etc. Le panel d'experts approuve ce développement, mais souligne la nécessité de clarifier le rôle des checkpoints dans la stratégie nationale et de développer plus avant le concept de « prévention médicale ». Ce concept devrait mettre en lumière les articulations entre prévention comportementale, prévention basée sur la communauté et prévention médicale. Comme cette approche combine les instruments de la prévention de manière nouvelle, elle doit faire l'objet d'un accompagnement et d'une évaluation scientifiques.

Deuxièmement, la « Déclaration de la CFSP sur la non infectiosité » (Vernazza et al. 2008 les conséquences) et ses effets, la disponibilité de la PEP et les connaissances au sujet de la primo-infection doivent être placés dans le contexte de la stratégie de prévention globale pour les HSH. La CFPS est une commission extraparlamentaire instituée par le Conseil fédéral, qui fournit un soutien stratégique et spécialisé à l'OFSP. Dans sa déclaration, la CFSP postule que les personnes VIH-positives ne souffrant d'aucune autre IST et qui suivent une thérapie efficace ne transmettent pas l'infection par voie sexuelle (Vernazza et al. 2008).

Troisièmement, pour ce qui concerne la prévention comportementale, la stratégie doit considérer les mesures de réduction des risques comme le sérosorting (sélection du partenaire d'après son statut sérologique), le positionnement stratégique (choix de la position active ou réceptive selon le statut sérologique, fondé sur le fait que la personne active est moins expo-

sée à la transmission du VIH que la personne réceptive) et le retrait avant éjaculation, mesures qui semblent être couramment pratiquées par les HSH en Suisse.

Quatrièmement, une stratégie globale de prévention pour HSH doit cibler de manière différenciée les sous-groupes de HSH, à savoir les gays s'identifiant comme tels, les hommes bisexuels et les *sex workers* masculins (MSW), et tenir compte d'autres paramètres encore comme l'âge, les préférences sexuelles, etc.

Finalement, la stratégie globale que nous venons de décrire doit encore inclure des mesures de prévention structurelle : efforts politiques pour prévenir la discrimination et la stigmatisation, et mise à disposition de matériel de protection dans les endroits où se déroulent les contacts sexuels. Le panel d'experts approuve l'introduction et la mise en œuvre de la Charte de prévention pour les établissements gays par l'Association des entreprises gay Suisse (VEGAS) et reconnaît les efforts consentis pour combattre la discrimination sociale et en matière judiciaire. Il recommande le renforcement de ces initiatives et le développement d'approches nouvelles. Le panel d'experts a noté avec intérêt et satisfaction le développement d'un travail de prévention plus nuancé à Genève, où Dialogai s'adresse aux hommes gays s'identifiant en tant que tels et Groupe SIDA Genève plutôt aux autres HSH dans leurs futures campagnes de prévention. Cette différenciation des activités de prévention et la division du travail doivent être activement encouragées, et les effets de ce partage de compétences évalués.

La stratégie globale de prévention à l'attention des HSH doit pouvoir s'appuyer sur les données de la recherche et de la surveillance, et encourager l'implication de la communauté gay et des autres groupes de HSH (par ex. les MSW). Elle doit diffuser des messages de prévention cohérents et définir les efforts structurels à faire pour favoriser l'adoption d'un comportement de protection au niveau individuel.

4.c Promouvoir les approches participatives

Les experts partagent l'idée que les approches participatives doivent être renforcées, non seulement au niveau de la prestation de mesures de prévention, mais aussi à celui de la conception d'interventions qui répondent aux besoins des HSH. Encore faut-il que ces approches participatives et/ou basées sur la communauté soient adaptées aux structures et caractéristiques changeantes des sous-groupes gay. Le panel d'experts reconnaît que la professionnalisation progressive du travail VIH pourrait entraver de telles initiatives. Il souligne néanmoins la nécessité absolue d'impliquer la communauté et de s'appuyer davantage sur la recherche en sciences sociales (recherche participative basée sur la communauté). Le site www.loge70.ch développé par l'association Loge 70, l'ASS et la Aids-Hilfe Zurich est, à ce titre, considéré comme un bon exemple.

4.d Mieux adapter les messages et les mesures en fonction des sous-groupes de la communauté gay et des aspects contextuels de la prise de risques

La prévention primaire destinée aux gays doit refléter la diversité de ce groupe cible et tenir compte de facteurs contextuels – différences régionales/locales, âge, style de vie, lieux de rencontre, origine ethnique, consommation de drogues, santé mentale et autres (par ex. séro-sorting) – qui influent sur le comportement sexuel à risques. Les messages de prévention spécifiques doivent être étayés par la recherche et tenir compte des stratégies de réduction des risques en usages dans les groupes-cibles. Il faudrait par exemple envisager de diffuser des messages nuancés selon les différents groupes d'âge.

4.e Mieux reconnaître le potentiel de l'Internet et des nouveaux médias et mieux l'exploiter

Le panel d'experts reconnaît que l'OFSP et l'ASS ont su faire bon usage de l'Internet dans leurs projets de prévention (par ex. www.drgray.ch). Il recommande d'intensifier encore l'utilisation de l'Internet – fortement mis à contribution, notamment, pour la recherche de partenaires dans les milieux gays – et des autres nouveaux médias, d'autant que la demande est grande.

4.2 Recommandations concernant la prévention primaire pour les migrants d'Afrique subsaharienne

La thématique « migration et VIH » comporte des aspects multiples qui la rendent très complexe. Les migrants sont particulièrement touchés par le VIH. Premièrement, ils viennent pour certains de pays à prévalence VIH élevée. Deuxièmement, ils sont plus exposés au risque d'infection du fait même du processus migratoire. Leur accès à la prévention, au test et aux soins est encore compromis par des facteurs socioculturels et le manque de connaissance de la langue locale. Troisièmement, la stigmatisation et la discrimination dont ils peuvent faire l'objet renforcent encore leur vulnérabilité. Par ailleurs, des questions importantes relatives à la famille sont souvent négligées, par ex. sur les soins à donner à un enfant porteur du virus, ou le fait que des membres de la famille sont dispersés dans plusieurs pays et y ont un accès plus ou moins aisé au traitement. Le panel d'experts tient à souligner l'importance de l'approche inclusive du gouvernement suisse qui sépare statut légal et accès au traitement et n'impose aucune restriction aux migrants pour ce qui est de la prestations de soins.

4.f Renforcer le projet AFRIMEDIA

En Suisse, la prévention du VIH se concentre sur les migrants provenant de pays d'Afrique subsaharienne où le VIH est endémique. Le projet de prévention AFRIMEDIA s'adresse à ce groupe depuis 2002. Financé par l'OFSP, AFRIMEDIA a été mis en œuvre conjointement par

la Croix Rouge suisse et l'Institut Tropical Suisse jusqu'en 2006, puis délégué à l'ASS. Le projet se fonde sur une approche d'éducation par les pairs et implique des personnes clés des communautés migrantes, notamment des autorités religieuses. À l'heure actuelle, il est mis en œuvre par les antennes locales/régionales de l'ASS dans sept cantons (Fribourg, Berne, Genève, Neuchâtel, Vaud et Zurich) (Tshibangu 2007).

Sur la base de la documentation du projet, de son évaluation (Hammer et al. 2006) et de la rencontre avec le coordinateur d'AFRIMEDIA, le panel d'experts est arrivé à la conclusion que l'approche d'AFRIMEDIA se prête bien au travail de prévention primaire pour les communautés migrantes. Si le nombre de diagnostics VIH augmente dans des groupes de migrants d'autres régions (Europe de l'Est, Asie du Sud-est, Caraïbes, etc.), il faut à son avis lancer des projets de prévention similaires à l'intention de ces communautés.

Toutefois, de manière générale, les experts ont eu l'impression qu'AFRIMEDIA était plutôt fragile. Ils formulent trois recommandations concrètes pour consolider et étendre le projet.

4.g Réduire la stigmatisation liée au VIH dans les communautés de migrants doit être une priorité absolue

Le panel d'experts comprend qu'AFRIMEDIA vise aujourd'hui déjà à réduire la stigmatisation liée au VIH dans la population cible et à soutenir des réseaux d'entraide pour les personnes VIH-positives. La stigmatisation non seulement induit l'isolement mais encore agit comme un frein sur la prévention, le dépistage précoce et le traitement. D'où l'importance d'intensifier la lutte contre la stigmatisation, notamment au travers de discussions avec les gens, en impliquant d'autres membres respectés des communautés visées, religieux ou non, en encourageant les migrants porteurs du virus à parler ouvertement de leur statut, ou encore via la mise en réseau avec des organisations suisses de personnes séropositives et une présence accrue des acteurs de la prévention dans les lieux de rencontre des migrants.

4.h Renforcer l'aspect participatif d'AFRIMEDIA

Le panel d'experts a eu l'impression que le potentiel de mobilisation des institutions sociales des communautés migrantes (institutions religieuses et culturelles, clubs de sport, commerces, etc.) n'a pas été suffisamment exploré ni exploité par AFRIMEDIA, faute de moyens. Or, de telles institutions atteignent les communautés cibles plus efficacement que les seuls médiateurs, notamment lorsqu'il s'agit d'un domaine tabou comme le VIH. Le panel d'experts recommande donc une focalisation sur l'aspect participatif. Première étape : dresser l'inventaire des institutions sociales.

4.i Élargir le champ d'action du projet

Pour de nombreux migrants d'Afrique subsaharienne, le VIH n'est sans doute pas le problème numéro 1. Ils peuvent cependant avoir l'impression que des organisations suisses s'adressent à eux uniquement pour parler de VIH. Cette situation risque de restreindre l'efficacité des

activités de prévention. AFRIMEDIA devrait envisager d'élargir son champ d'action à d'autres questions de santé, à commencer par la santé sexuelle et reproductive, et à un soutien en cas de problèmes sociaux (logement, intégration, etc.). Mais cet élargissement ne doit en aucun cas se faire au détriment de la lutte contre la stigmatisation qui, comme nous l'avons vu, doit avoir la priorité absolue.

4.j Améliorer la prévention, le conseil et le test pour les requérants d'asile

L'OFSP et l'Office fédéral des migrations (anciennement Office fédéral des réfugiés) ont intensifié leurs activités de prévention ces quatre dernières années, y inclus le test VIH et conseil volontaires pour les requérants d'asile. Mentionnons la production de nouvelles brochures de prévention, le développement de plusieurs offres à bas seuil, ainsi que l'organisation par les antennes de l'ASS de séances d'information sur le VIH dans les foyers de requérants d'asile. Le panel d'experts salue ces activités, mais a du mal à en apprécier la qualité et l'efficacité. Il recommande une évaluation sérieuse ; sur la base des résultats, on pourra décider si ces activités doivent être soutenues, voire étendues, et lesquelles.

4.3 Recommandations concernant la prévention primaire pour les CDI

Vers le milieu des années 1980, des mesures de réduction des risques ont été introduites dans les villes et cantons suisses afin de remédier aux problèmes liés à l'augmentation de la consommation de drogues par intraveineuse et la propagation du VIH. Mesures sanitaires (par ex. distribution et échange de seringues propres, structures d'injection supervisées, programme de distribution de méthadone et d'héroïne) et mesures sociales (contacts et conseils, aide à la recherche d'un logement et d'un emploi, etc.), grâce auxquelles le nombre de nouvelles infections VIH dans le groupe des CDI a très fortement diminué dès le début des années 1990 (OFSP 2009: 92). Au niveau suisse, ces mesures s'inscrivent dans le programme national de réduction des problèmes liés à la consommation de drogues, qui est coordonné par la Section drogues de l'OFSP.

4.k Poursuivre les activités de prévention destinées aux CDI

Après avoir pris connaissance des données épidémiologiques et de la surveillance (Zobel et al. 2003, Dubois-Arber et al. 2008) et de l'évaluation de Zobel et Dubois-Arber (2004, 2006), et suite aux interviews de mai 2009, le panel d'experts s'est convaincu que la prévention primaire à l'attention des CDI était une réussite – pour ce qui concerne l'infection VIH, nettement moins pour ce qui est de l'hépatite C. À son avis, la poursuite du programme de réduction des risques est indispensable pour confirmer ces bons résultats. La surveillance de ce groupe cible demeure cruciale et doit être maintenue.

4.4 Recommandations concernant la prévention primaire pour la population générale

L'OFSP réserve environ 28 % (CHF 2.4 millions) de son budget annuel pour la prévention du VIH à la campagne STOP SIDA destinée à la population générale. Les experts sont unanimes à reconnaître que la campagne STOP SIDA LOVE LIFE doit être poursuivie et continuer de remplir les fonctions définies dans le PNVS 2004-2008 (OFSP 2003: 20) : 1) informer l'ensemble de la population et inciter à la protection ; 2) véhiculer un signal politique visible : le SIDA est un problème d'intérêt national à prendre au sérieux ; 3) créer une marque commune pour la prévention du SIDA, motiver les partenaires dans leur travail de prévention et les soutenir dans leurs efforts au niveau local. Ils émettent les recommandations suivantes.

4.1 Axer la campagne pour la population générale sur la promotion de la santé sexuelle

2005 a marqué le lancement d'une nouvelle campagne de prévention « LOVE LIFE STOP SIDA », qui reflète une approche plus positive de la sexualité et met l'accent sur le bien-être sexuel en tant qu'éléments intégrants d'une politique globale de santé publique. Le panel d'experts approuve ces efforts ainsi que la « Vision en matière de santé sexuelle et reproductive 2010 » (OFSP 2006) et recommande leur développement. Une approche à large spectre de la santé sexuelle devrait inclure non seulement la prévention du VIH mais aussi celle d'autres IST. Le panel d'experts sait que, en Suisse, la santé sexuelle est du ressort des cantons et n'est pas considérée comme une priorité de santé publique. À son avis, la Fondation pour la santé sexuelle et reproductive (PLANeS), avec ses centres régionaux de planning familial, grossesse, sexualité et éducation sexuelle, est l'organisation idoine pour développer et mettre en œuvre l'approche globale décrite plus haut. Le panel d'experts suggère que l'OFSP implique désormais PLANeS dans la campagne « LOVE LIFE STOP SIDA ».

4.m Adapter la campagne destinée à la population générale aux différents groupes de population

Afin de tenir compte de l'hétérogénéité de la population générale, le panel d'experts recommande que la campagne soit mieux adaptée aux différents groupes de population et tienne compte de la diversité sexuelle, culturelle, sociale et régionale. Il a noté plus particulièrement l'absence de stratégies visibles ciblant les groupes de migrants.

4.n Poursuivre et améliorer l'éducation en santé sexuelle dans les écoles

L'éducation sexuelle figure au programme de toutes les écoles suisses (Spencer et al. 2001), mais les contenus et l'organisation des cours varient d'un canton à un autre. En l'absence de données sur la qualité de cette éducation, le panel d'experts a du mal à évaluer la situation actuelle en la matière.

Compte tenu de l'organisation fédérale du système suisse de la formation, le panel d'experts recommande que l'OFSP continue de soutenir le Centre national de compétences pour l'éducation sexuelle à l'école, rattaché à la Haute école pédagogique de Suisse centrale. En outre, il suggère une évaluation de l'éducation sexuelle dispensée dans les cantons.

4.0 Poursuivre la prévention primaire à l'attention des prostituées et la nuancer en fonction des différents contextes de travail

Les prostituées sont un groupe vulnérable des points de vue légal, socio-économique et sanitaire ; elles sont donc plus exposées au risque d'infection. Le panel d'experts recommande la poursuite du travail de prévention primaire destiné aux prostituées et à leurs clients, à savoir les projets ApiS (ciblant les prostituées) et Don Juan (ciblant les clients). Ce travail pourrait à son sens être intensifié, sa couverture géographique étendue et de nouvelles approches être développées, afin de répondre aux besoins de cette population toujours plus disparate et mobile, partant, difficile à atteindre.

5 Traitement et soins

Les recommandations concernant le traitement et les soins se concentrent sur l'accès au test HIV, le diagnostic, le traitement, l'adhésion thérapeutique et l'accompagnement global des personnes VIH-positives.

5.1 Recommandations concernant l'accès au test, au diagnostic et au traitement

5.a Maintenir le libre accès au traitement, indépendamment du statut légal

En Suisse, l'assurance maladie est obligatoire. La HAART (thérapie antirétrovirale hautement active) figure dans le catalogue des soins médicaux couverts par cette assurance obligatoire. Toute personne séropositive a en principe droit à une HAART en Suisse, aussi une personne étrangère sans permis de séjour. Les compagnies d'assurance n'ont pas le droit de faire des réserves à raison de l'âge, du sexe ou de l'état de santé d'une personne pour ce qui concerne les prestations de l'assurance obligatoire. Elles sont aussi tenues au secret professionnel. Pour ce qui concerne les migrants : la Suisse ne connaît pas de restrictions d'entrée, de séjour ou d'établissement pour les personnes étrangères VIH-positives – pas de restrictions quant à l'accès aux soins, pas de test obligatoire, ni de renvoi en cas de diagnostic VIH-positif. Le statut légal est complètement séparé de l'accès au traitement. Le panel d'experts se félicite de cette approche inclusive du gouvernement suisse et considère qu'il s'agit là d'une condition essentielle pour une gestion efficace et humaine de l'épidémie.

5.b Améliorer l'accès des migrants au test et au diagnostic VIH

Comme nous venons de le voir, l'appartenance à un groupe à risque ou l'origine géographique n'ont aucune influence sur l'accès au traitement (Keiser et al. 2004; Staehelin et al. 2003). Le point névralgique, c'est l'accès au test et au diagnostic VIH. Le fait que, au moment où ils commencent le traitement, l'infection VIH soit plus avancée dans le groupe des migrants que dans d'autres groupes semble indiquer qu'il demeure des obstacles dans ce domaine, même s'il est vrai que de nombreux migrants sont infectés avant d'arriver en Suisse. D'après Staehelin et al. (2004), 70 % des migrants d'Afrique subsaharienne et 50 % des migrants d'Asie du sud-est étaient infectés avant d'arriver en Suisse.

Plusieurs offres à bas seuil ont été mises en place pour les migrants. Dans un tiers des cantons environ, il existe des services médicaux pour requérants d'asile et migrants, qui dispensent des soins également aux étrangers sans permis de séjour. Des séances d'information sur le VIH sont en outre organisées régulièrement dans les foyers cantonaux et communaux pour requérants d'asile. Toutes ces mesures, qui favorisent l'accès des migrants au test, au diagnostic et aux soins doivent être soutenues, étendues et dotées de moyens financiers suffisants.

5.2 Recommandations concernant le test VIH

5.c Formuler des lignes directrices cohérentes en matière de dépistage du VIH

En 2007, l'OFSP a introduit une nouvelle stratégie de test et de conseil volontaires (VCT) dans le but de prévenir les infections et de détecter les infections HIV à un stade précoce. Cette stratégie s'adresse à la population générale. Dans les grandes villes, des centres de VCT pour HSH et migrants ont été mis en place. Par ailleurs, tous les médecins généralistes sont équipés pour le dépistage du VIH.

Afin d'améliorer la qualité des conseils émis par les centres VCT de Suisse, l'OFSP a développé en 2008 un instrument fort utile de récolte des données et de structuration des consultations, le BerDa (*Beratungsleitfaden und Datenverwaltungs-system*). Sur la base d'un questionnaire qui établit automatiquement le profil à risque du demandeur de test, le BerDa aide le personnel des centres VCT à donner des consultations de qualité et à mettre en œuvre correctement les recommandations de l'OFSP tout au long de l'activité de conseil (prétest et post-test). Les experts estiment que cet instrument est prometteur. Si une évaluation en confirme l'utilité, il convient d'en systématiser l'emploi.

Outre les mesures décrites plus haut, l'OFSP a émis des recommandations à l'attention des médecins concernant le dépistage dans des cas spéciaux. Ainsi, le test VIH doit être systématiquement proposé aux femmes enceintes et aux patients tuberculeux. Dans d'autres cas encore – IST, mononucléose, lésions muco-cutanées, exanthème, transfusion sanguine récente, partage de seringues, rapports sexuels à risque, etc. – l'OFSP conseille aux médecins de pro-

poser le test VIH avec quelque insistance, conformément au nouveau concept relatif au Dépistage du VIH et conseil initiés par les médecins (*Provider Initiated Counselling and Testing - PICT*) (OFSP 2007). Le PICT donne une liste de contrôle pour faire l'anamnèse sexuelle des patients, incluant l'orientation et les pratiques sexuelles, l'emploi du préservatif, le type et le nombre de partenaires, la fréquence des rapports sexuels, l'usage d'alcool et de drogues, les violences sexuelles, etc. Le panel recommande d'étendre le PICT afin de réduire le nombre de diagnostics tardifs parmi les personnes présentant un risque élevé d'infection. Plus le diagnostic est précoce, meilleures sont les possibilités de prévention et de traitement.

Selon les travaux de Dubois-Arber et al. (2003a), l'attitude des médecins par rapport au risque d'exposition au VIH et au dépistage diffère en fonction du patient et de sa situation. De manière générale, ils seront plus attentifs à des patients présentant un risque « évident » d'exposition au VIH (par ex. personnes toxicodépendantes) et penseront moins à soumettre les patients « neutres » (par ex. jeunes adultes et patients venus pour un contrôle médical) à une anamnèse sérieuse. Quant aux migrants, ils font rarement l'objet d'une investigation plus poussée quant au risque d'exposition au VIH. Nous ne disposons malheureusement pas de données récentes qui permettraient d'infirmes ces constats de Dubois-Arber et al. (2003) et de montrer que le PICT a modifié fondamentalement l'attitude des médecins.

Nous l'avons vu : l'OFSP donne des lignes directrices basiques aux médecins pour qu'ils analysent systématiquement une exposition possible au VIH. Le problème se situe sans doute au niveau de l'exécution. Le panel d'experts suggère une adaptation des directives, le développement d'une stratégie cohérente de dépistage et sa mise en œuvre par le corps médical, selon les recommandations suivantes.

5.d Maintenir le principe du consentement informé pour le dépistage du VIH et d'autres IST

Avant de lancer le projet VCT en 2007, l'OFSP avait mené une large consultation parmi les experts suisses. Il semble que le consentement informé en tant que condition préalable pour le test VIH remporte la majorité absolue des suffrages. Cela se justifie d'autant plus qu'un résultat de test positif a des nombreuses répercussions pour la personne concernée, non seulement médicales, mais aussi psychologiques et sociales.

Le panel d'experts insiste sur le maintien du caractère volontaire du test. Selon lui, il n'y a pas lieu de soumettre les patients à des tests de routine, sans leur accord, ni d'obliger certains groupes cibles à passer le test.

5.e Proposer le test VIH gratuitement ou à bas prix

Actuellement, le test VIH est pris en charge par l'assurance maladie uniquement s'il s'inscrit dans un diagnostic plus large et dans un contexte clinique. Dans tous les autres cas, le patient doit payer le test de sa poche, une politique qui fait obstacle aux objectifs de la santé publique

et de la prévention et qui s'écarte de ce qui se fait dans d'autres pays. Les experts recommandent d'offrir le test VIH gratuitement ou de le facturer au prix le plus bas (mesure à négocier entre l'OFSP et les assureurs maladie suisses). Aujourd'hui déjà, des centres de dépistage ne facturent pas le test dans des cas spécifiques, pratique qui doit être encouragée, aussi financièrement. Il importe d'éviter que des personnes à faible capacité financière renoncent au test à cause de son prix.

5.f Formuler et mettre en œuvre des directives en matière d'anamnèse sexuelle à l'attention des médecins

Afin de ne pas manquer des opportunités de dépistage du VIH, il faut des lignes directrices précises à l'attention des médecins. Celles-ci devraient porter non seulement sur les symptômes / maladies symptomatiques du VIH et les comportements sexuels, mais encore donner des instructions détaillées sur la manière de parler avec les patients au sujet de leur vie sexuelle et comment analyser correctement le risque d'exposition au VIH. D'après une étude de Dubois-Arber et al. (2003a), face au cas hypothétique d'un jeune adulte se présentant avec un problème de santé anodin, seul un médecin sur deux aborde l'histoire sexuelle du patient.

Les médecins doivent être encouragés à faire l'anamnèse sexuelle de leurs patients même s'ils viennent en consultation pour un problème de santé en apparence mineur et ne présentent a priori qu'un faible risque d'exposition au VIH. Pour cela, ils ont besoin d'un protocole clair. On pourrait se servir par ex. du PICT (OFSP 2007) ou du guide BerDa utilisé dans les centres VCT, qui pourrait être adapté pour les cabinets privés. Les deux doivent être évalués quant à leurs avantages respectifs, dans le but d'arriver à des directives idoines en matière d'anamnèse sexuelle, si nécessaire différenciées en fonction des utilisateurs.

5.3 Recommandations concernant l'accompagnement global et l'adhésion thérapeutique des personnes vivant avec le VIH

5.g Améliorer la gestion individualisée des cas afin de renforcer l'adhésion thérapeutique et le bien-être des personnes VIH-positives

On sait que l'adhésion thérapeutique est déterminante pour le succès de la thérapie (OMS 2003). On sait aussi qu'une prise en charge médicale individualisée est, à son tour, déterminante pour l'adhésion thérapeutique. Prendre en charge une personne VIH-positive, c'est non seulement lui fournir des prestations médicales, mais aussi parler avec elle de sa vie sociale, de ses émotions, de son histoire et comportement sexuels. L'adhésion thérapeutique et le comportement de protection sont donc une affaire personnelle d'une part, une affaire de santé publique d'autre part.

De manière générale, il semble que les médecins exerçant en privé se soucient de l'adhésion

thérapeutique de leurs patients, mais qu'ils sont moins sensibles aux facteurs émotionnels (Dubois-Arber et al. 2003a: 53). Deux tiers seulement des médecins s'intéressent à l'impact du traitement sur la vie de famille et le travail du patient (61 % et 66 % respectivement). Un tiers seulement questionne les patients sur leur vie sexuelle, un quart sur les émotions et le comportement de protection, lors du premier rendez-vous. C'est dire que les médecins ne collectent pas d'informations sur le développement d'un problème de santé de longue durée.

Comme l'infection VIH est une condition chronique qui touche à tous les aspects de la vie, une prise en charge globale est nécessaire pour aider la personne touchée à gérer la maladie et à empêcher qu'elle ne contamine ses partenaires sexuels.

5.h Prévoir des incitations pour les médecins et les patients, afin d'améliorer le suivi thérapeutique et prévenir les abandons

Cette faiblesse du système de santé suisse est bien connue : les malades chroniques ne bénéficient pas d'un soutien optimal, dû à divers obstacles et contraintes adverses en rapport avec l'assurance maladie. Comme la continuité des soins est non seulement un enjeu individuel mais aussi un enjeu de santé publique, il y a lieu de considérer la mise en place d'incitations financières et non financières pour les médecins et les patients.

Le système de santé doit prévoir des incitations pour les prestataires de soins afin d'éviter que les patients n'abandonnent le traitement et ne perdent le contact. Le panel d'experts conseille à l'OFSP d'évaluer le phénomène d'abandon en collaboration avec les organisations concernées, le système de soins et les assurances maladie.

5.i Renforcer l'étude des comportements sexuels et de l'histoire sexuelle des personnes vivant avec le VIH pour améliorer la prévention secondaire

En avril 2000, l'étude de cohorte a introduit un bref questionnaire sur le comportement sexuel des sujets, avec des questions sur le type de contacts sexuels, l'utilisation de préservatifs (sans distinction entre pénétration vaginale, orale ou anale), le type de partenariat (couple stable ou partenaires occasionnels) et le statut VIH (connu ou non) du partenaire stable. À part cela, il n'existe pas en Suisse d'étude systématique ni de consultation standardisée à ce sujet, et chaque médecin y va de sa propre méthode.

Afin d'améliorer la prévention secondaire, il importe de multiplier les efforts concernant la discussion de questions de prévention avec des patients VIH-positifs, compte tenu de leur état émotionnel, de leur(s) partenaire(s) et de leur comportement social et sexuel. Et encore ces efforts doivent-ils s'inscrire dans une démarche systématique.

5.j Inclure le partenaire principal de la personne infectée dans le traitement et les soins

Selon le panel d'experts, inclure le partenaire principal dans la prise en charge clinique peut grandement contribuer à la réussite de la thérapie et à l'adhésion thérapeutique. Travailler avec des couples est important également pour la prévention secondaire. Les couples sérodifférents, plus spécialement, ont besoin d'un conseil avisé pour gérer le risque d'infection et faire face à des situations difficiles.

6 Prévention positive

Depuis l'arrivée sur le marché de médicaments antirétroviraux hautement efficaces (HAART), l'espérance de vie des personnes infectées a considérablement augmenté. En fait, le VIH est aujourd'hui assimilé à une maladie chronique (en Suisse). La prévention secondaire n'en est devenue que plus importante. L'accent doit être mis désormais sur des mesures spécifiques à l'attention des personnes VIH-positives, et notamment pour réduire la stigmatisation et la discrimination.

Dans le sillage de la médicalisation du VIH, un nombre croissant de personnes séropositives veulent parler en leur nom et non plus obéir à ce qu'on leur dit de faire. La prévention positive vise à accroître l'estime et la confiance de soi, de même que les compétences requises pour que les porteurs du virus protègent leur santé et évitent de transmettre le VIH à d'autres (International HIV/AIDS Alliance 2007: 4). Le PNVS (2004-2008) s'est concentré pour l'heure sur la solidarité à l'égard des personnes menacées d'infection, infectées ou malades (champ d'activité 3) et sur la prévention et le conseil individuels (niveau d'intervention 3) (OFSP 2003). Dans le cadre de la prolongation du programme jusqu'en 2010, les trois niveaux d'intervention ont été renommés « axes » et le troisième axe s'intitule désormais « éviter toute transmission du virus au sein des couples sérodifférents » (www.bag.admin.ch, août 2009). Le panel d'experts préfère s'en tenir à la notion plus large de « prévention positive », à son sens essentielle, qui part des besoins, des compétences et du droit à l'autodétermination des personnes vivant avec le VIH. Il plaide pour la mise en œuvre d'une prévention axée sur les besoins des personnes VIH-positives et qui respecte leur droit d'avoir des relations sexuelles, de choisir d'avoir des enfants et de vivre une vie épanouie et en bonne santé.

6.a Encourager les personnes VIH-positives à parler en leur propre nom

D'après l'OFSP, l'implication des personnes VIH-positives est importante pour la réussite de la prévention et de la thérapie. Elle a un double objectif : optimiser la santé de ces personnes et éviter qu'elles transmettent le virus à leur partenaire (www.bag.admin.ch, accédé en juin 2009). Pour donner la voix aux personnes VIH-positives, il faut renforcer les organisations

qui les soutiennent. Fondée en 2007, LHIVE est actuellement la seule ONG suisse de personnes vivant avec le VIH et le sida ; elle combat les préjugés, la discrimination et la stigmatisation, organise des rencontres et des activités, et offre un soutien à la réinsertion dans le marché du travail. L'ASS a également une unité d'advocacy et de lutte contre la discrimination de personnes vivant avec le VIH.

6.b Combiner prévention primaire et prévention médicale

L'évolution de l'infection VIH a entraîné un déplacement d'accent, de la prévention structurelle et comportementale basée sur la communauté (accent sur la prévention primaire) à la prévention médicale relevant de la santé publique (accent sur l'aspect « test et traitement », qui a un impact tant sur la prévention primaire que sur la prévention secondaire). Afin d'éliminer la compétition entre ces deux approches et de réduire au minimum le nombre de nouvelles infections, il faut combiner les deux pour profiter de leurs avantages respectifs. Le panel d'experts recommande un échange institutionnalisé de connaissances et d'expériences entre représentants du domaine de la prévention et représentants du domaine médical.

La prévention positive engendre de nouvelles tâches pour les médecins et les soignants, et partant, une formation et des ressources correspondantes.

6.c Concevoir une stratégie de prévention globale, incluant le VIH et les autres IST

Le VIH favorise la transmission d'une autre IST et vice-versa. Ce constat est d'autant plus important que le VIH n'est plus synonyme de mort rapide et certaine. Une stratégie de prévention globale, ou plutôt de promotion de la santé sexuelle, doit donc inclure toutes les autres IST. Cette orientation correspond aux conditions de vie et aux besoins actuels des personnes vivant avec le VIH.

En 2005, la campagne STOP SIDA a été refocalisée sur la promotion de la santé sexuelle de la population, en tant qu'élément de la politique de santé publique. Toutefois, des activités de prévention concrètes dans le domaine des IST autres que le VIH n'ont pas encore été entreprises dans le cadre de cette campagne.

6.d Inclure le partenaire principal de la personne infectée dans la consultation suivant l'annonce du test positif

En cas de diagnostic VIH-positif, le conseil médical et psychologique doit inclure le partenaire (principal) de la personne touchée. Selon l'étude suisse sur la transmission du SIDA (CHAT), en 2006, quelque 30 % d'hommes infectés et 60 % de femmes infectées ont été contaminés dans le cadre d'un partenariat stable (www.bag.admin.ch, accédé en juin 2009). C'est dire l'importance d'inclure les partenaires. Or il semble que cela ne soit pas encore l'usage courant en Suisse. Par ailleurs, les couples sérodifférents doivent être conseillés par leurs médecins afin de gérer le risque de VIH avec succès.

7 Gouvernance

Dans ce chapitre, nous allons examiner 1) si les tâches relatives à la politique VIH sont partagées efficacement entre les acteurs, 2) si les ressources et activités de prévention sont judicieusement investies en fonction des taux de prévalence du VIH dans les différents groupes à risque et 3) si des mesures incitatives peuvent motiver les acteurs à accomplir correctement leurs tâches. Suite à l'évaluation de la situation actuelle, le panel d'experts recommande plusieurs changements dans le partage des tâches et l'allocation des ressources. Ces recommandations sont décrites plus bas, subdivisées en recommandations d'ordre général et recommandations spécifiques pour les différents groupes cibles.

7.1 Recommandations générales

7.a Revoir la répartition des tâches et l'allocation des ressources et adapter la donne au stade d'évolution actuel de la maladie

La politique VIH est assumée par l'OFSP moyennant des contrats de prestations et le financement de projets et d'institutions. Cet office collabore étroitement avec l'ASS pour la mise en œuvre de projets de prévention (Bütschi/Cattacin 1994). ONG de la première heure dans la lutte contre le VIH (fondée en 1985) et forte d'une longue expérience, l'ASS occupe une place très importante, si ce n'est monopolistique, dans le domaine. Ces structures basiques n'ont pas beaucoup changé au fil des années. Selon Neuenschwander (2007), la politique suisse en matière de VIH est caractérisée par une inertie structurelle.

Sur la base d'une analyse de l'allocation de fonds, le panel d'experts constate que les activités de prévention de l'ASS reflètent de manière adéquate la prévalence du VIH dans les différents groupes à risque. Toutefois, hormis le projet « Mission Possible » qui a manqué d'atteindre son but, l'ASS n'a pas réagi avec suffisamment de promptitude à la recrudescence des cas d'infection dans le groupe des HSH au moyen de mesures de prévention et de moyens financiers ad hoc. Certes, l'ASS a introduit plusieurs nouveaux outils de prévention ces dernières années, elle a aussi esquissé une stratégie de prévention globale à l'attention des HSH en juin 2009, mais ces mesures donnent l'impression de s'additionner les unes aux autres plutôt que de former un tout cohérent. Bref, la question se pose de savoir si le travail de prévention de l'ASS et son financement par l'OFSP correspondent encore à la dynamique actuelle de l'épidémie.

L'ASS, faîtière nationale de plusieurs antennes locales et régionales, met en œuvre des projets de prévention structurelle et comportementale dans tous les groupes cibles. Elle offre une large palette de canaux d'information (sites Internet, brochures, etc.) et de formations pour spécialistes. *De facto*, la centrale de l'ASS traite les affaires courantes, mais n'a pas su déve-

lopper de nouvelles idées. Par ailleurs, il semble que l'association soit en train de perdre le contact avec la communauté gay et réagisse avec lenteur à la tendance internationale d'intégrer la prévention du VIH dans le champ plus vaste de la santé sexuelle. L'OFSP n'a pas été capable d'anticiper ce développement ni d'assumer un rôle de pilote.

De l'avis des experts, il est clair qu'un changement s'impose. Il existe diverses possibilités de réorganiser les tâches et de redistribuer les compétences. Après analyse de différentes solutions, le panel d'experts a retenu les options qui lui paraissaient les plus prometteuses et les présente ci-dessous sous forme de suggestions.

7.b Renforcer la CFPS en tant que groupe d'experts

La Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA (CFPS) est une commission extra-parlementaire instituée par le Conseil fédéral. Fondée en 1988, la CFPS fournit un soutien stratégique et spécialisé à l'OFSP. Elle contrôle et évalue la planification et les résultats des acteurs évoluant au sein du système VIH/sida et conseille l'OFSP et ses partenaires sur des questions spéciales relevant du domaine VIH/sida (OFSP 2003: 43-44).

Le panel d'experts se félicite de la rapide institution de cette commission indépendante. Regroupant des experts de différents domaines et disciplines, la CFPS met en réseau des acteurs étatiques, des ONG, des médecins, des scientifiques et autres protagonistes dans le domaine de la politique VIH. Le panel d'experts recommande le maintien de cette commission et l'extension de son expertise à la santé sexuelle dans son ensemble.

7.2 Recommandation pour la gouvernance concernant les HSH

7.c Créer une organisation nationale de santé pour les gays

Se fondant sur des entretiens avec des représentants des milieux gay, le panel d'experts a eu l'impression que les associations gay ne se sentent pas vraiment représentées par l'ASS qui, à leur avis, ne fait pas un travail de prévention clairement axé sur les gays et les HSH. Ceci est d'autant plus problématique que le nombre de nouvelles infections a constamment augmenté dans ce segment de population (de 159 en 2003 à 327 in 2008).

Le panel d'experts recommande la création d'une organisation nationale de santé pour gays. Cette nouvelle structure pourrait être placée sous la responsabilité de l'ASS tout en restant largement indépendante, ou alors être établie comme organisation autonome – la décision à ce sujet doit être négociée entre les partenaires concernés. Il est vital que cette organisation ait une identité gay et fasse un travail de prévention durable pour les gays et les autres HSH. Elle ne doit pas se focaliser uniquement sur le VIH mais sur la santé sexuelle en général. En outre, elle doit aborder des questions contextuelles (par ex. consommation de drogues, santé mentale, prostitution masculine, etc.) et inclure les gays VIH-positifs. En clair : la nouvelle orga-

nisation gay doit reposer sur un concept stratégique global de santé sexuelle.

De l'avis des experts, ladite organisation doit être créée par des associations d'entraide à forte identité gay comme Dialogai, VoGay, les checkpoints à Genève et Zurich, Loge 70 et PINK CROSS. Même si elle n'est pas à proprement parler une organisation de lutte contre le VIH, PINK CROSS devrait être impliquée dans la formulation de la stratégie. Elle est l'association faîtière des organisations gay au niveau suisse et représente environ 8'000 homosexuels (gays, lesbiennes et transsexuels) issus des quatre régions linguistiques du pays. PINK CROSS défend les intérêts de ses membres face aux autorités et à l'opinion publique et milite pour faire reconnaître le mode de vie homosexuel au même titre que les autres.

La section SIDA de l'OFSP, en tant que responsable fédéral de la politique VIH en Suisse, est appelé à collaborer étroitement avec les associations de la base dans le cadre de ce projet. La future organisation pourrait être instituée et financée via des mandats de prestations.

7.3 Recommandation pour la gouvernance concernant la population générale

7.d Transformer PLANeS en une organisation nationale de santé sexuelle pour l'ensemble de la population.

PLANeS, est la faîtière nationale des centres de consultation en planning familial, grossesse et sexualité et des services d'éducation sexuelle. PLANeS propose des formations en santé sexuelle et un service d'information national sur la grossesse, l'avortement et le planning familial. Elle promeut une éducation sexuelle de qualité, défend l'autodétermination des femmes en matière de procréation et s'investit dans la prévention des IST (y inclus le VIH).

Le panel d'experts estime que PLANeS est l'institution idoine pour intégrer la prévention du VIH et des IST dans le contexte général de la santé sexuelle. Il recommande sa promotion au rang d'organisation nationale de santé sexuelle pour la population générale.

La santé sexuelle – un des volets de la politique suisse en matière de santé publique – est du ressort des cantons. L'OFSP ne joue pas un rôle dirigeant dans ce domaine. À l'heure actuelle, PLANeS est subventionnée par l'OFSP pour remplir sa mission en tant que faîtière et non pas, explicitement, pour financer des offres de prévention. Cependant, au cas où PLANeS étendrait son champ d'action à la prévention du VIH, elle pourrait obtenir des fonds supplémentaires au titre de la lutte contre les maladies infectieuses, qui est un mandat fédéral.

PLANeS doit continuer de se concentrer sur une éducation de qualité en santé sexuelle et reproductive, sur la prévention comportementale et structurelle des IST et sur la défense des droits en matière de sexualité. Outre ses offres destinées à la population générale, PLANeS devra fournir des services de prévention et d'information aux *sex workers* et à leurs clients, ainsi qu'aux HSH qui ne se considèrent pas comme gays. À cet effet, PLANeS sera appelée à

coopérer étroitement avec l'organisation de santé pour gays et l'ASS.

Les experts soulignent l'importance d'intégrer la prévention du VIH dans le contexte large de la santé sexuelle et reproductive, et de dispenser une éducation sexuelle de qualité.

7.4 Recommandation pour la gouvernance concernant les migrants

7.e Renforcer le programme d'éducation par les pairs AFRIMEDIA au sein de l'ASS

Le panel d'experts reconnaît l'importance d'AFRIMEDIA. Il recommande le renforcement financier du projet afin qu'il puisse générer un impact accru et plus durable dans la population cible. Il suggère en outre son extension à d'autres besoins et intérêts des migrants, comme la santé en général, le logement, l'intégration, la recherche d'un emploi, etc. Pour cela, il faut des institutions partenaires ad hoc et un engagement financier de tous les acteurs fédéraux concernés.

AFRIMEDIA est rattaché à l'ASS ce qui semble un bon arrangement. Le panel ne remet pas en cause la structure actuelle, mais plaide au contraire pour la poursuite, le renforcement et l'extension du projet. AFRIMEDIA doit continuer d'être soutenue par l'ASS ; il doit aussi développer et mettre en œuvre des activités de prévention de manière plus autonome.

Le panel d'experts recommande une évaluation des besoins des autres groupes régionaux ou ethniques vivant en Suisse. La situation épidémiologique dans les communautés de migrants doit être l'objet d'une surveillance constante. Si nécessaire, notamment en cas d'augmentation de diagnostics VIH dans ces groupes, des programmes inspirés des expériences d'AFRIMEDIA devront être mis en place.

7.5 Recommandation pour la gouvernance en matière de prévention positive

7.f Soutenir les organisations d'entraide de personnes vivant avec le VIH

La prévention positive inclut entre autres choses le droit des personnes vivant avec le VIH de parler par et pour elles-mêmes. Afin de garantir ce droit individuel, il est nécessaire de renforcer les organisations de la base qui soutiennent les personnes séropositives.

Il existe pour l'heure une seule organisation de personnes vivant avec le VIH au niveau suisse. LHIVE a été fondée en 2007 ; son petit budget est financé par des dons et les cotisations de membres. Cette organisation d'entraide fait campagne contre les préjugés, la discrimination et la stigmatisation des personnes séropositives, organise des rencontres et activités régulières à leur intention et les aide à se réinsérer sur le marché du travail. Le secrétariat central de l'ASS offre lui aussi un service d'advocacy pour les personnes vivant avec le VIH et

lutte contre la discrimination.

Le panel d'experts recommande à l'OFSP de soutenir LHIVE et la section de l'ASS qui travaille dans le domaine de la prévention positive avec des moyens appropriés et/ou d'encourager la création ou le développement d'autres organisations d'entraide pour faire entendre les personnes vivant avec le VIH.

8 Synthèse et perspectives

Le panel d'experts reconnaît les bons résultats obtenus avec l'actuelle politique VIH, mais il souligne que cette politique doit être adaptée à la nouvelle donne : situation changée, nouvelles possibilités de gérer le VIH, développements sociétaux (rôle de l'Internet, modèles migratoires, individualisation, etc.). Il a formulé des recommandations détaillées à cet effet et suggéré diverses mesures pour minimiser le nombre de nouvelles infections et favoriser le dépistage à temps, la prise en charge médicale et un niveau élevé d'adhésion thérapeutique.

Se fondant sur le rapport scientifique de fond préparé par l'équipe de recherche suisse (Plüss et al. 2009), sur leurs discussions à l'interne et sur les entretiens avec différents acteurs du domaine VIH/SIDA en mai 2009, les membres du panel estiment que des changements incifs s'imposent dans le dispositif actuel de lutte contre le VIH en Suisse. L'élément clé de ce dispositif est le partenariat entre organisations gouvernementales (OG) et organisations non gouvernementales (ONG). Si ce partenariat a été fort productif et efficace par le passé, des améliorations s'imposent de part et d'autre.

ONG. Premièrement, le panel d'experts préconise la création d'une organisation suisse de santé pour les gays, à partir de la base, afin de garantir que les futurs projets de prévention destinés aux communautés gay correspondent à leurs besoins et niveau de connaissance. Deuxièmement, il estime que PLANeS est bien placée pour intégrer le VIH et les IST dans le contexte large de la santé sexuelle pour la population générale et qu'elle devrait, à ce titre, assumer le rôle d'organisation nationale. Troisièmement, le programme actuel AFRIMEDIA destiné aux migrants d'Afrique subsaharienne doit être renforcé. Quatrièmement et finalement, il importe de soutenir convenablement les organisations d'entraide des personnes vivant avec le VIH et d'introduire le concept de la prévention positive.

OG. Le panel d'experts recommande que l'OFSP adapte l'allocation de ses moyens plus précisément en fonction de l'incidence et de la prévalence du VIH et donc réévalue ses partenariats. Les experts sont conscients du fait que l'OFSP est tributaire de la coopération de divers acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux pour la mise en œuvre de la politique VIH suisse, a fortiori dans un État fédéral. Ils estiment toutefois que l'OFSP pourrait faire un meilleur usage de ses attributions et compétences et veiller à engager les ressources disponibles en fonction de la prévalence du VIH dans les différents groupes à risque. Le panel invite l'OFSP

à assumer pleinement son rôle de leader et à utiliser tous les instruments de pilotage dont il dispose (mandats de prestations, incitations, collaboration dans des groupes de travail, etc.).

La direction de l'OFSP est cruciale pour le développement et la mise en œuvre réussie de la politique suisse en matière de VIH au-delà de 2010. Le panel d'experts est convaincu que l'OFSP est capable de promouvoir et de soutenir les changements nécessaires au niveau de la gouvernance, ainsi que d'introduire des mesures susceptibles de motiver tous les acteurs à accomplir leurs tâches.

9 Références

- Balthasar, Hugues, André Jeannin et Françoise Dubois-Arber (2008a). *Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2007*. Lausanne: IUMSP.
- Balthasar H., A. Jeannin, S. Derendinger et F. Dubois-Arber (2008b). *Withdrawal, serosorting and strategic positioning: the use of risk reduction strategies in men who have sex with men (MSM) in Switzerland, 2007*. Poster présenté lors du XVIIe Congrès international sur le SIDA, Mexico, 3-8 août 2008.
- Balthasar, Hugues, André Jeannin et Françoise Dubois-Arber (2005). *Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : premiers résultats de GaySurvey 04*. Lausanne: IUMSP.
- Bugnon, Géraldine, Milena Chimienti et Laure Chiquet (2009). *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations. Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*. Genève : Uni Genève.
- Bütschi, Danielle et Sandro Cattacin (1994). *Le modèle suisse du bien-être*. Lausanne : Réalités sociales.
- Ciesla, Jeffrey A. and John E. Roberts (2001). *Meta-Analysis of the Relationship Between HIV Infection and Risk for Depressive Disorders*. *The American Journal of Psychiatry* 158(5): 725-730.
- Dubois-Arber, Françoise, André Jeannin, Hugues Balthasar, Brenda Spencer et Roger Staub (2008). *Swiss behaviour surveillance system 1986-2008*. Présentation lors du XVIIe Congrès international sur le SIDA, Mexico, 3-8 août 2008.
- Dubois-Arber, Françoise, André Jeannin, Giovanna Meystre-Agustoni, Brenda Spencer, Florence Moreau-Gruet, Hugues Balthasar, Fabienne Benninghoff, Karen Klaue et Fred Paccaud (2003a). *Évaluation de la stratégie de prévention du VIH/SIDA en Suisse. Septième rapport de synthèse 1999-2003*. Lausanne: IUMSP.
- Dubois-Arber Françoise, J-P. Gervasoni, F. Hamers, F. Perez et F. Paccaud (2003b). *Evaluation of "Surveillance on HIV/AIDS project EC funded", implementation of 2nd generation surveillance on HIV/AIDS in eight selected countries executed by UNAIDS/WHO: final report*. Lausanne: IUMSP.
- Dubois-Arber, Françoise, André Jeannin, Brenda Spencer, Giovanna Meystre-Agustoni, Mary Haour-Knipe, F. Moreau-Gruet, Fabienne Benninghoff et Fred Paccaud (2001). *Prévention du VIH/sida en Suisse : bilan et perspectives*. *Forum Med Suisse* (24): 621-625.

- Hammer, Stephane, Judith Trageser and Simone Ledermann (2006). *Evaluation der Strategie „Migration und Gesundheit 2002 – 2006“*. Beilagenband 3: Ergebnisse der Projektevaluationen. Zürich: INFRAS.
- International HIV/AIDS Alliance (2007). *Positive Prevention – HIV prevention with people living with HIV*.
- Keiser, Olivia, Patrick Taffé, Marcel Zwahlen, Manuel Battegay, Enos Bernasconi, Rainer Weber, Martin Rickenbach and the Swiss HIV Cohort Study (2004). *All cause mortality in the Swiss HIV cohort study from 1990 to 2001 in comparison with the Swiss population*. AIDS 18(13): 1835-1843.
- Knoepfel, Peter, Frédéric Varone, Werner Bussmann and Luzius Mader (1997). *Evaluationsgegenstände und Evaluationskriterien*, in: Werner Bussmann, et al. (Hrsg.). *Einführung in die Politikevaluation*. Basel: Helbing und Lichtenhahn, p. 78-118.
- Low, Nicola (2007). *STIs aus Public-Health Sicht*. Exposé tenu lors du colloque de l'ASS sur les infections sexuellement transmissibles, 30 août 2007.
- Neuenschwander, Peter (2007). *Aidspolitik in der Schweiz: Stabilität oder Wandel? Eine Analyse der Aidspolitik auf Bundesebene und in sieben Kantonen*. Zürich: Dissertation an der Universität Zürich.
- Neuenschwander, Peter, Kathrin Frey and Daniel Kübler (2005). *Die Zukunft der HIV/AIDS-Prävention im Zeitalter der Normalisierung. Die Situation auf Bundesebene und in sieben Kantonen*. Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 5. Zürich: Institut für Politikwissenschaft.
- Plüss, Larissa, Kathrin Frey, Daniel Kübler and Rolf Rosenbrock (2009). *Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Scientific Background Report*. Sur mandat de l'OFSP. (à venir)
- Rosenbrock, Rolf, Françoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrice Pinell, Doris Schaeffer and Michel Setbon (2000). *The normalization of AIDS in Western European countries*. Social Science and Medicine 50: 1607-1629.
- Stahelin, Cornelia, Niklaus Egloff, Martin Rickenbach, Christine Kopp, Hansjakob Furrer and the Swiss HIV Cohort Study (2004). *Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: A Single Center Study on Epidemiologic Migration-Specific and Clinical Features*. AIDS Patient Care and STDs 18(11): 665-675.
- Stahelin, Cornelia, Martin Rickenbach, Nicola Low, Martin Egger, Bruno Ledergerber, Bernard Hirschel, Valérie D'Acromont, Manuel Battegay, Thomas Wagners, Enos Bernasconi, Christine Kopp, Hansjakob Furrer and the Swiss HIV Cohort Study (2003). *Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: Access to antiretroviral therapy, disease progression and survival*. AIDS 17(15): 2237-2244.

- Office fédéral de la santé publique (2009). Bulletin 6, 2.02.2009: 92-95. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2008a). Spectra 70. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2008b). *Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 1988 à 200: situation actuelle et perspective*. Bulletin 8, 18.02.2008. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2007). *Dépistage du VIH et conseil initiés par les médecins*, Bulletin des médecins suisses 88: 1207-1209.
- Office fédéral de la santé publique (2006). *Vision sexuelle und reproduktive Gesundheit 2010*. Document interne (seulement en allemand), octobre 2006. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2005). *Programme national VIH/SIDA 2004-2008. Rapport sur les développements actuels et bilan de la mise en œuvre du programme de l'OFSP après 20 mois*. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2003). *Programme national VIH/SIDA 2004-2008*. Berne.
- Tshibangu, Noël (2007). *AFRIMEDIA. Rapport annuel 2007*. Zurich: Aide Suisse contre le Sida.
- Vernazza, Pietro, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi et Markus Flepp (2008). « *Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle* », Bulletin des médecins suisses 89(5): 165-169.
- World Health Organisation (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: WHO.
- Zobel, Frank et Françoise Dubois-Arber (2006). *Pour un système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse: situation et évolution des comportements à risque chez les consommateurs de drogue*. Lausanne: IUMSP (Raisons de santé, 123).
- Zobel, Frank et Françoise Dubois-Arber (2004). *Short appraisal of the role and usefulness of Drug consumption facilities (DFC) in the reduction of drug-related problems in Switzerland: appraisal produced at the request of the Swiss Federal Office of Public Health*. Lausanne: IUMSP.
- Zobel, Frank, Ralph Thomas, Sophie Arnaud, Elisabeth de Preux, Tatjana Ramstein, Brenda Spencer, André Jeannin et Françoise Dubois-Arber (2003). *Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)*. 4^e Rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: IUMSP.
- Zuppinger Brigitte, Christine Kopp et Hans-Rudolf Wicker (2000). *Rapid Assessment: Interventionsplan HIV/AIDS-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen*. Bern: Institut für Ethnologie Universität Bern.

10 Annexe : Liste des spécialistes auditionnés

Date : 6/7 mai 2009

Lieux : Berne et Zurich

Épidémiologie et surveillance

Karim Boubaker, directeur de la Section des maladies infectieuses, OFSP

Françoise Dubois-Arber, responsable de l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP), Université de Lausanne

Traitement et soins

Patrick Francioli, médecin-chef, Service de médecine préventive hospitalière, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, directeur de l'étude suisse de cohorte VIH (SHCS)

Pietro Vernazza, médecin-chef, Département d'infectiologie, Hôpital cantonal de St Gall, président de la Commission fédérale des problèmes liés au sida (CFPS)

Gouvernance et prévention primaire

Daniel Bruttin, directeur de l'Aide Suisse contre le Sida (ASS)

Roger Staub, directeur de la Section SIDA, OFSP

Elisabeth Zemp, présidente de PLANeS

Gouvernance et prévention primaire - HSH et VCT

Steven Derendinger, Section SIDA, OFSP, président de l'Association VoGay, Lausanne

Michael Häusermann, Dialogai, Genève

Reto Jeger, directeur de ZAH (Zürcher Aids-Hilfe)

Benedikt Zahno, responsable du domaine HSH et VCT (*checkpoint*), ZAH

Gouvernance et prévention primaire - Migration

Mary Haour-Knipe, conseillère indépendante (1999-2007 : conseillère principale sur le thème « Migration et VIH/SIDA » à l'Organisation internationale pour les migrations, Genève)

Noël Tshibangu, responsable du projet AFRIMEDIA, Aide Suisse contre le Sida (ASS)