

Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse

Cinquième rapport de synthèse 1993-1995

Version abrégée

Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse

Cinquième rapport de synthèse 1993-1995

Version abrégée

Françoise Dubois-Arber, André Jeannin,
Giovanna Meystre-Agustoni, Florence Moreau-Gruet,
Mary Haour-Knipe, Brenda Spencer, Fred Paccaud

Avec la collaboration de

Fabienne Benninghoff, Antonella Cavaleri, Philippe Ciompi,
François Fleury, Marianne Gertsch, IPSO Sozialforschung,
Madeleine Koffi-Blanchard, Elke Konings, Jean-Christophe Luthy,
Martine Verwey

Remerciements

L'évaluation n'aurait pu être menée à bien sans l'excellente collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique à Berne, le travail important fourni par l'ensemble des chercheurs responsables des études et la précieuse collaboration de Myriam Maeder, secrétaire de l'Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'IUMSP.

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

Qu'ils soient tous ici très vivement remerciés.

Cette évaluation a été mandatée par l'Office fédéral de la santé publique et financée par la Commission de contrôle de la recherche sur le sida, projet no 91-7074, Berne.

atelier alain kissling graphiste

1023 Crissier, CH
Email: alain.kissling@span.ch

Citation suggérée

Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Meystre-Agustoni, G., Moreau-Gruet, F., Haour-Knipe, M., Spencer, B., Paccaud, F., *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: cinquième rapport de synthèse 1993-1995*. Version abrégée, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996.

Cette brochure est un abrégé du rapport suivant

Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Meystre-Agustoni, G., Moreau-Gruet, F., Haour-Knipe, M., Spencer, B., Paccaud, F., *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé public. Cinquième rapport de synthèse 1993-1995*.

Adresse pour commande
Institut universitaire de médecine
sociale et préventive/UEPP
17, rue du Bugnon
CH-1005 Lausanne
tél. 0041 21/314 72 92
fax 0041 21/314 73 73

© IUMSP/UEPP, septembre 1996/avril 1997

Table des matières

		Résultats de la prévention	27
		Population générale	27
		Comportements sexuels	27
		Le préservatif : image et problèmes	29
		Test VIH	29
		Adolescents	31
		Entrée dans la sexualité	31
		Comportements sexuels	31
		Contraception	32
		Homo bisexuels	34
		Activité et pratiques sexuelles	34
		Protection contre le VIH	34
		Les couples	35
		Les séropositifs	36
		Les jeunes (moins de vingt-cinq ans)	36
		Test VIH	36
		Problèmes rencontrés avec les préservatifs	36
		Toxicomanes	38
		Partage de matériel d'injection	38
		Prévention de la transmission sexuelle du sida	38
		Prévalence de l'infection à VIH	39
		Risques d'exposition professionnelle au VIH	
		chez le personnel hospitalier et prévention	40
		Epidémiologie du sida et du VIH	43
		Solidarité et discrimination en relation	
		avec l'épidémie du sida	44
		Conclusions générales	47
		Développement de la stratégie	47
		Résultats de la stratégie	48
		Contexte	49
		Recommandations	51
		Bibliographie	52
		Annexes	54
Stratégie de prévention du sida en Suisse	5		
Evaluation continue	6		
Mise en œuvre de la prévention	9		
Campagne nationale STOP SIDA 1993-1995	9		
Programmes de prévention du sida adressés			
aux consommateurs de drogue	10		
Remise de matériel d'injection par			
des structures ad hoc	10		
La remise de seringues par les pharmacies	12		
Distribution de préservatifs par les centres			
à bas seuil	13		
Prévention du sida en prison	13		
Projets s'adressant à des populations			
particulières de consommateurs de drogue	13		
Programmes de prévention du sida adressés			
à des populations spécifiques	15		
Le programme de prévention du sida			
pour les prostituées étrangères travaillant			
en Suisse (Projet « Barfüsserfrauen »)	15		
Le Projet Migrants	18		
Activité de prévention du sida des médecins			
praticiens de premier recours	21		
Programmes de formation pour le personnel			
médical et paramédical extra-hospitalier			
et les bénévoles	26		

Stratégie de prévention du sida en Suisse

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

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

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

- une intervention destinée à informer et motiver l'ensemble de la population ;
- une intervention adressée à des groupes cibles spécifiques (adolescents, toxicomanes, homosexuels, etc.), utilisant canaux et messages appropriés ;
- une intervention en profondeur, inscrite dans la durée et reposant sur l'interaction individuelle (conseil, transmission d'information). Elle fait appel à des personnes dont la situation ou le rôle en font des multiplicateurs potentiels de messages de prévention (médecins, parents, enseignants, etc.).

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

¹ Cette stratégie est développée en détails dans le manuel « Prévention du sida en Suisse, buts, stratégies, mesures ». OFSP, Berne, 1993.

Evaluation continue

Depuis 1986, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne la tâche d'évaluer de façon continue la stratégie de prévention du sida en Suisse. Ce document est une version abrégée du rapport de synthèse couvrant la période 1993-1995 (sixième phase du programme d'évaluation) ².

Le concept d'évaluation retenu consiste en une approche d'évaluation globale, capable d'appréhender les éléments de mise en œuvre et de résultats de la prévention, ainsi que les éléments pertinents de l'environnement social. Il s'agit donc, au fil du temps, d'examiner et d'illuminer les divers composants de la stratégie et de ses effets.

2 Précédents rapports publiés :

- Hausser, D., Lehmann, Ph., Gutzwiller, F., Burnand B. et Rickenbach, M. : *Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP*. Octobre 1986. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986. (CahRechDoc IUMSP no 7).
- Hausser, D., Lehmann, Ph., Dubois-Arber, F., et Gutzwiller, F. : *Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse*. Décembre 1987. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987. (CahRechDoc IUMSP, no 23).
- Dubois-Arber, F., Lehmann, Ph., Hausser, D. et Gutzwiller, F. : *Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Deuxième rapport de synthèse*. Décembre 1988. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. (CahRechDoc IUMSP, no 39).
- Hausser, D., Zimmermann, E., Dubois-Arber, F., et Paccaud, F. : *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, troisième rapport de synthèse, 1989-1990*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990. (CahRechDoc IUMSP, no 52).
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Meystre-Agostoni, G., Gruet, F., et Paccaud, F. : *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Quatrième rapport de synthèse 1991-1992*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993. (CahRechDoc IUMSP, no 82).

Les principales questions de l'évaluation globale sont :

En relation avec la mise en œuvre de la prévention :

- **Quelles sont les activités de prévention qui se mettent en place, comment se développent-elles, avec quelles difficultés et réussites ?**
- **Y a-t-il des lacunes dans la couverture préventive (lacunes régionales, groupes spécifiques inégalement touchés, etc.) ?**
- **La prévention se développe-t-elle à tous les niveaux attendus ?**
- **Les autres acteurs de la prévention, partenaires de l'OFSP, tels que les cantons, les associations, certains groupes professionnels, les multiplicateurs sont-ils actifs ?**
- **Y a-t-il des éléments qui garantissent la pérennité et la qualité de la prévention ?**

En relation avec les résultats de la prévention :

- **Observe-t-on une amélioration des connaissances, des changements de comportement dans les domaines visés par la prévention (notamment comportement sexuel, modes de consommation de drogues, qualité du counselling, etc).**
- **Voit-on émerger des attitudes de solidarité, de peur ?**
- **La situation épidémiologique se modifie-t-elle ?**
- **Apparaît-il des effets secondaires, inattendus ou non désirés de la prévention ?**

Le programme d'évaluation est défini comme une succession de phases, d'une durée d'un an dans les premières années, de deux ans par la suite. Chaque phase comporte de dix à vingt études complémentaires dont la synthèse permet de juger globalement le développement et les effets des stratégies mises en place. Il n'est cependant pas possible de rendre compte dans chaque phase de la totalité des actions de prévention (celles suscitées directement par l'OFSP et celles de ses partenaires).

De même, il n'est pas toujours possible d'individualiser les effets de chaque activité ou programme compte tenu du foisonnement et de la diversité des actions. Des priorités sont donc établies à chaque phase. Les domaines d'activité à évaluer sont choisis à chaque période en commun par l'OFSP et les évaluateurs. Pour chacun des domaines, sont définies, en plus des questions générales telles que celles décrites plus haut, des questions plus spécifiques auxquelles l'évaluation tente de répondre. On trouvera donc dans chaque phase des études qui sont répétées régulièrement (monitoring d'activités ou de comportements), d'autres qui traitent d'un domaine déjà abordé précédemment mais en l'approchant sous un autre angle, des études nouvelles, etc. (Voir le tableau synoptique des études menées depuis 1986 en annexe no 1). Les résultats de l'évaluation sont régulièrement restitués aux responsables de la prévention de façon à permettre, le cas échéant, des ajustements dans la stratégie de prévention. Il s'agit donc d'un programme d'évaluation, qui accompagne la stratégie et se complète au fil du temps et de nouvelles interrogations.

Dans la phase 1993-1995 de l'évaluation, les domaines qui ont été choisis comme prioritaires sont les suivants :

a) dans le cadre de l'évaluation du déroulement des actions de prévention ou de l'émergence de multiplicateurs de messages (processus) :

- la campagne STOP SIDA (un bilan des données existantes dans ce domaine est établi à chaque phase) ;
- les activités de réduction des risques liés au VIH chez les toxicomanes (un bilan des données existantes dans ce domaine de la prévention ciblée est fourni à chaque phase) ;
- 2 programmes/projets s'adressant à des populations cibles spécifiques :
 - le Projet « Barfüsserfrauen », programme de prévention du sida auprès des prostituées étrangères (évaluation de la période pilote de ce nouveau programme) ;
 - le Projet Migrants (évaluation du devenir du programme de prévention mis sur pied par l'OFSP à l'intention des communautés espagnole, portugaise et turque, après une évaluation de la période pilote lors de la phase précédente) ;
- les activités de prévention du sida par les médecins praticiens de premier recours (répétition d'une étude

menée en 1990, pour observer l'évolution de la mobilisation des professionnels et de leur pratique dans ce domaine) ;

- les programmes de formation pour le personnel médical et paramédical extra-hospitalier et les bénévoles (évaluation d'aide à la décision concernant la poursuite du soutien de ces programmes par l'OFSP) ;

b) dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité de la prévention (résultats) :

- l'évolution des connaissances, attitudes, comportements de la population générale de 17 à 45 ans, ainsi que le suivi de la vente de préservatifs (enquêtes régulièrement répétées pour le suivi des tendances à moyen terme et analyse d'autres données existantes) ;
- l'évolution des comportements des adolescents (analyse secondaire des données de diverses enquêtes) ;
- l'évolution des comportements chez les homosexuels (étude régulièrement répétée pour le suivi des tendances à moyen terme) ;
- l'évolution des comportements chez les toxicomanes (analyse secondaire des données de diverses études) ;
- les risques professionnels de contamination par le VIH du personnel hospitalier (étude nouvelle, bilan de l'exposition au risque et des mesures de protection) ;
- l'évolution du nombre de personnes séropositives ou atteintes du sida (utilisation des données épidémiologiques du système de surveillance) ;

c) pour l'évaluation du contexte dans lequel se déroule la prévention du sida :

- la solidarité avec les personnes atteintes par le VIH (analyse secondaire de données recueillies à ce sujet dans diverses études de l'évaluation).

Les caractéristiques méthodologiques des différentes études entreprises dans cette phase de l'évaluation sont résumées en annexe 2. Chacun des domaines est traité dans les chapitres qui suivent. Les principales questions d'évaluations sont suivies d'un résumé des données recueillies, des conclusions en rapport avec le questionnement et de recommandations. Des conclusions et recommandations intéressant l'ensemble de la stratégie apparaissent à la fin. Pour un complément d'information, on peut se référer au rapport général ou aux rapports scientifiques des différentes études.

Mise en œuvre de la prévention

Sont résumées ici les principales données se rapportant aux activités de prévention ayant fait l'objet d'une attention prioritaire durant la phase actuelle de l'évaluation (campagnes générales ou adressées à des groupes spécifiques, interventions de multiplicateurs). Elles sont issues d'études du programme d'évaluation ou d'une synthèse de documents existants (rapports d'activité, rapports d'études locales, etc.).

Campagne nationale Stop Sida 1993-1995

Questions prioritaires :

- **continuité de la campagne**
- **visibilité de la campagne**
- **acceptabilité de la campagne**

La campagne STOP SIDA, qui s'adresse à l'ensemble de la population, s'est poursuivie à un rythme régulier et soutenu : cinq phases en 1993, six en 1994, quatre en 1995. Les thèmes traités sont restés les mêmes : promotion de l'usage de préservatifs, rappel que la fidélité mutuelle est aussi un moyen de se protéger, abstinence de drogues ou usage de seringues propres, solidarité avec les personnes atteintes.

En 1995, 69 % de la population se souvenaient avoir vu l'une ou l'autre des phases de la campagne de cette année-là et, pour chacune de ces phases, entre 20 % et 40 % s'en souvenaient avec certitude (identification précise).

La campagne continue de bénéficier d'un accueil très positif : 60 % de la population pensent que la campagne continue d'attirer l'attention bien qu'elle ait bientôt dix ans d'existence et 90 % qu'il faut la poursuivre.

Programmes de prévention du sida adressés aux consommateurs de drogue

- **Comment se développent les activités de réduction des risques, en particulier celles concernant la remise de matériel d'injection ?**
- **Quels sont les problèmes rencontrés ? les lacunes ? les disparités régionales ?**
- **Quelles sont les expériences intéressantes qui pourraient être développées ?**

Remise de matériel d'injection par des structures ad hoc

Dès 1986, sont progressivement apparues en Suisse des structures de contact et d'aide aux toxicomanes qui se consacrent principalement à des activités de réduction des risques liés au sida³ (conseils, remise de matériel d'injection avec parfois un lieu d'injection, préservatifs). Selon les cas on y trouve aussi des soins de base, des services domestiques, des lieux de repos, une mini-caféteria. Elles ne dispensent pas de traitement mais peuvent orienter leurs clients vers d'autres centres appropriés. Ces structures n'exigent aucun engagement de la part des consommateurs, sont facilement accessibles et respectent l'anonymat. Elles peuvent être fixes ou mobiles (bus).

La population suisse accepte assez généralement la nécessité de rendre le matériel d'injection stérile accessible aux consommateurs du fait des risques de contamination par le VIH. Pourtant, ces structures ont donné et donnent encore lieu à des controverses et cristallisent des craintes diverses : craintes de favoriser la

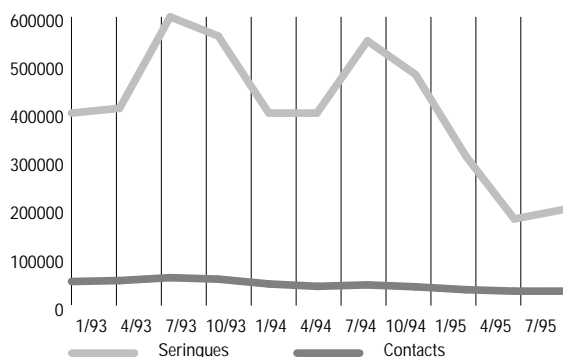
consommation de drogues, de promouvoir la voie intra-veineuse comme mode d'administration, de décourager les désirs d'abstinence ; craintes de troubles de l'ordre public dans les quartiers concernés, d'attraction du trafic de drogue, voire d'attraction de consommateurs d'autres villes ou régions. Cette polarisation du débat à leur sujet a eu pour conséquence un développement chaotique de ce type de structures. On a observé des successions de changements de lieu ou d'organisation responsable, d'ouvertures et de fermetures, de modifications dans l'organisation de l'offre. Malgré ces aléas dans les premières années de leur existence, une certaine continuité a pu être maintenue dans certaines villes.

A la fin de 1995, il existait en Suisse vingt-trois de ces structures réparties dans neuf cantons (AG, BE, BS, GE, LU, SG, SH, SO, ZH). Treize de ces structures sont pourvues d'un local d'injection (BE, une; BS, trois ; ZH, six ; SO, deux ; SH une).

³ pour ces raisons, on les appelle souvent structures « à bas seuil d'accessibilité ».

La plupart de ces structures se trouvent en Suisse alémanique. Dans certaines villes romandes, les travailleurs de rue remettent du matériel stérile à leurs clients, de façon ponctuelle (FR, JU, VD notamment). En Suisse romande, l'approvisionnement se fait donc essentiellement dans les pharmacies.

Distribution de seringues et nombre de contacts dans les centres à bas seuil en Suisse : 1993-1995.



Le monitoring continu des activités de ces structures « à bas seuil » mis en place dès 1993 montre l'évolution suivante :

- environ 7 millions de seringues ont été remises en 1993, 6,3 millions en 1994, 3,21 millions en 1995. Ceci représente à peu près 17 000 - 19 000 seringues par jour ou 500 000 - 700 000 par mois pour 1993 - 1994, 9 000 par jour ou 270 000 par mois en 1995⁴ jusqu'à la fin de l'année.
- le nombre de contacts pendant lesquels ce matériel est distribué a oscillé autour de 50 000 par mois en 1993 pour diminuer progressivement en 1994 et 1995 (un peu plus de 30 000 par mois à la fin de 1995).

On n'observe donc pas l'augmentation continue de la demande en matériel d'injection que craignaient ceux qui pensaient que la mise à disposition de matériel d'injection encouragerait les consommateurs de drogue à commencer à s'injecter.

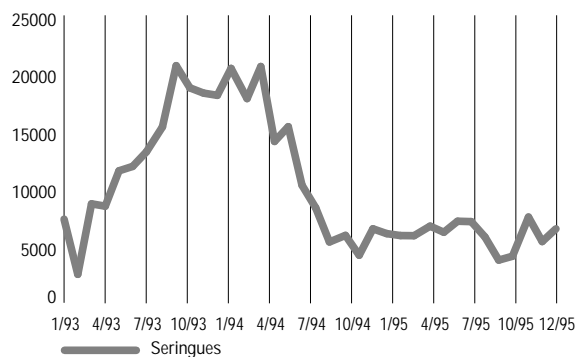
Une baisse importante de la remise de seringues s'amorce à la fin de 1994. Elle est accompagnée, dans

une moindre mesure, d'une diminution du nombre de contacts, ce qui signifie qu'un nombre plus bas de seringues est emporté à chaque contact. Cette diminution importante et durable de la remise de matériel d'injection est, quantitativement, surtout due à la fermeture de la « scène ouverte » du Letten à Zurich en février 1995. La baisse de remises de seringues dans cette ville ne s'est pas accompagnée d'une « reprise » de la distribution de matériel d'injection par les centres des cantons voisins. On a observé des effets semblables dans d'autres villes lors de changements brusques opérés dans les scènes locales (dispersion des scènes à St-Gall, Olten, Soleure) ou dans le mode de distribution (Lucerne : passage d'une structure avec local d'injection à un bus mobile en avril 94) : ils ont entraîné une désorganisation durable du système de distribution de seringues.

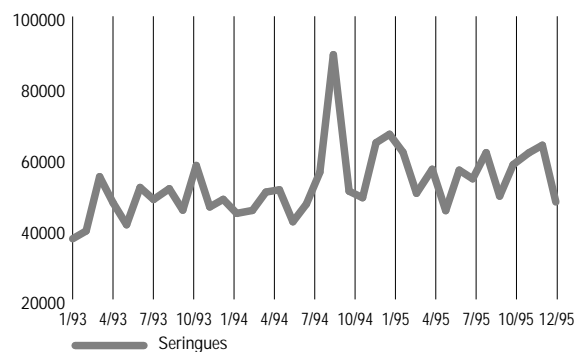
Lors de changements brusques dans la situation de ces populations vulnérables (fermeture de lieux de refuge, dispersion de scènes ouvertes avec augmentation de la répression) l'insécurité des consommateurs augmente. L'approvisionnement en produit devient pour eux une priorité telle que celui en matériel d'injection passe au second plan et que l'administration des doses se fait dans une situation de stress augmentée et dans des lieux encore plus inappropriés. Lors de la fermeture du Platzpitz en 1992, une augmentation de la fréquence du partage de seringues avait été documentée à Zurich. En 1995, on peut estimer que l'on s'est trouvé dans une situation de déficit de l'approvisionnement en seringues à Zürich, donc d'un risque accru de transmission du VIH ou d'infections lorsque les consommateurs utilisent plusieurs fois le même matériel. Des témoignages d'intervenants de terrain confirment que les consommateurs réutilisent leurs seringues et prennent moins de seringues lors de leurs visites dans les centres à bas seuil. Dans certains centres zurichois, le rapport aiguilles/seringues distribuées a augmenté.

⁴ Ces données, un peu plus élevées que celles qui apparaissent sur la figure, tiennent aussi compte des seringues qui sont distribuées dans les centres d'hébergement.

Lucerne



Bâle



Une telle désorganisation de la remise de matériel stérile ne s'observe pas dans les lieux où le système n'a pas subi de changements. On observe dans ces endroits une stabilisation du nombre de seringues remises (Bâle, Berne, Genève). On peut parler alors d'une véritable clientèle de ces centres, associée probablement à une situation plus favorable pour établir un lien durable basé sur la confiance, qui puisse déboucher sur d'autres types de prise en charge.

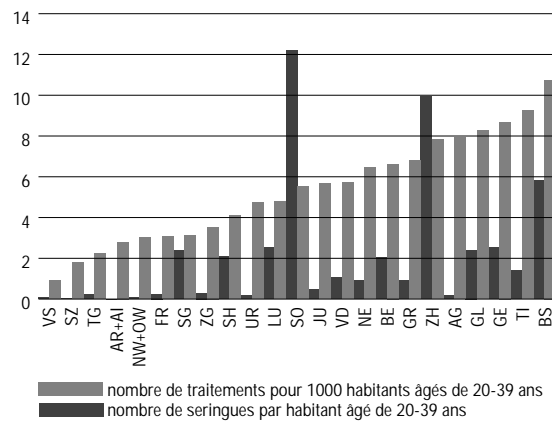
La remise de seringues par les pharmacies

Les pharmacies représentent, dans la plupart des cantons suisses, la seule source d'approvisionnement locale en matériel d'injection. Selon une enquête menée sur l'ensemble des pharmacies suisses on pouvait estimer que, pour les derniers mois de 1994, 100 000 seringues étaient vendues au détail ou en

Flashbox chaque mois sur l'ensemble du territoire (moins du quart de ce qui est distribué dans les centres à bas seuil).

La vente de seringues en pharmacie pose cependant des problèmes : heures d'ouvertures limitées, prix du matériel, gêne des consommateurs à se désigner comme toxicomanes, réticence de certains pharmaciens à l'égard d'une clientèle jugée difficile. Cependant ceux-ci sont généralement ouverts à la remise de matériel d'injection aux consommateurs. Dans l'enquête mentionnée plus haut, 80 % des pharmaciens approuvent la vente de seringues aux toxicomanes. En pratique, 71 % les vendent systématiquement, 23 % dans certaines conditions et 5 % refusent d'en vendre aux toxicomanes ou ne le font qu'exceptionnellement. Parmi ceux qui, en principe, sont d'accord de vendre des seringues : 41 % ne mettent aucune restriction à la vente. Les Romands sont un peu plus restrictifs que leurs collègues alémaniques et tessinois. Toutefois, on a pu observer une évolution en faveur d'une plus grande ouverture : par ex. dans le canton de Vaud, les ventes de seringues par les pharmacies ont été multipliées par six entre 1991 et 1994. Dans plusieurs cantons, (notamment VD et GE), des initiatives de sensibilisation des pharmaciens aux problèmes des toxicomanes ont été prises et ont éveillé beaucoup d'intérêt de la part des pharmaciens qui sont prêts à s'investir un peu plus dans la prévention du sida et qui sont, souvent depuis longtemps, des partenaires dans les traitements de méthadone. Plus généralement, il semble que la vente de seringues en pharmacie se développe progressivement. Il n'en reste pas moins que l'approvisionnement en matériel d'injection est très inégal selon les différentes régions et cantons suisses et que, en Suisse romande, l'accès au matériel d'injection reste insuffisant, même si on tient compte du fait que la proportion de toxicomanes dépendants en traitement de méthadone (n'ayant en principe pas ou peu souvent recours à des injections) y est assez élevée.

Nombre de traitements à la méthadone en cours en 1994 et nombre de seringues remises la même année : cantons suisses.



Distribution de préservatifs par les centres à bas seuil

Tous les centres à bas seuil mettent des préservatifs à disposition de leurs clients. En général, les préservatifs ne font pas l'objet d'une distribution active mais les consommateurs peuvent se servir librement. Peu de centres (Genève, Lucerne, Bâle) comptabilisent les préservatifs distribués, ce qui constitue peut-être un indicateur de l'intérêt moindre porté à cet aspect de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogues. Seul, le Bus de Genève se montre très actif dans la promotion du préservatif et les conseils aux usagers à ce sujet.

En 1995, le nombre de préservatifs distribués par contact est en moyenne de 1,3 à Genève, 0,7 à Lucerne et 0,4 à Bâle.

Prévention du sida en prison

L'existence de consommation de drogue et de partage de matériel d'injection en prison a été documenté dans plusieurs études. Quatre établissements pénitentiaires mettent du matériel de désinfection à disposition des détenus. En 1994, un programme pilote de prévention à la prison pour femmes de Hindelbank a été entrepris pour une période d'un an. Il offrait aux détenues et au personnel des séances d'information et des discussions ainsi que des possibilités de consultation et

de conseil personnalisé aux détenues. Des automates permettant l'échange de seringues étaient installés dans six endroits facilement accessibles de l'établissement.

L'évaluation de ce programme a montré qu'il avait été bien accueilli par les détenues et le personnel. Plus de 5000 seringues ont été distribuées (14 par jour en moyenne). On n'a observé ni une augmentation incontrôlée de l'utilisation de seringues, ni une utilisation abusive de ce matériel (comme arme par exemple). Ce programme n'a pas non plus incité quelqu'un à commencer à consommer de la drogue. En revanche, le nombre (faible) de personnes ayant admis avoir employé durant le mois écoulé une seringue utilisée par quelqu'un d'autre a diminué (de 8 à 1) entre le début et la fin du programme pilote.

Projets s'adressant à des populations particulières de consommateurs de drogue

Deux projets de prévention du sida s'adressant à des toxicomanes qui se prostituent ont débuté récemment à Bâle et à Genève. Un projet pilote de prévention de la transmission sexuelle du sida chez les consommateurs de drogues fonctionnant selon le principe de l'éducation par les pairs a débuté à St-Gall (projet MEDIA) et est en cours d'évaluation (voir ci-après).

Conclusions

- Les consommateurs de drogue font largement usage du matériel d'injection stérile quand il est à disposition et ce d'autant plus que l'accès est facile.
- L'offre en structures accessibles à bas seuil, spécifiquement adressées aux toxicomanes (remise de matériel d'injection, lieux d'injection) s'est développée durant les dernières années, de même que l'offre par les pharmacies. Il n'y a pas d'indice que la mise à disposition de matériel d'injection encourage les consommateurs de drogue à commencer à s'injecter.
- Lorsque des structures à bas seuil ont été fermées ou des scènes dispersées, on a observé une baisse dans la remise de matériel d'injection, traduisant une insécurité, des difficultés d'approvisionnement et probablement une exposition accrue à des risques infectieux (VIH, abcès) pour les toxicomanes les moins organisés et/ou les plus dépendants.
- La consommation de drogue par injection est une réalité dans les lieux de détention. Le projet pilote de Hindelbank a montré que la mise à disposition de matériel d'injection en prison est acceptable, faisable, utile et ne présente pas de danger.
- La prévention de la transmission sexuelle du VIH reste un parent pauvre de la prévention du sida auprès des toxicomanes.

Recommandations

- L'accessibilité au matériel d'injection stérile doit encore être améliorée en proposant plus systématiquement, et en le faisant connaître publiquement, des offres complémentaires (possibilité de remise de seringues à travers des structures à bas seuil d'accessibilité, dans les structures de traitement, dans les pharmacies, dans des automates).
- Si des changements dans les scènes, des fermetures ou simplement des changements de structures dont on peut penser qu'ils vont avoir une incidence sur l'accessibilité au matériel d'injection sont prévisibles, des mesures permettant d'assurer la transition doivent être mises en place assez tôt, en associant tous les partenaires du domaine (intervenants sociaux, police, consommateurs).
- La sensibilisation des pharmaciens au rôle qu'ils ont comme partenaires dans la prévention du sida chez les toxicomanes devrait être renforcée (formation, développement de réseaux de pharmaciens-ressources, etc.), d'autant plus qu'ils sont souvent aussi des partenaires dans les traitements de méthadone prescrits aux toxicomanes.
- Le thème du non-partage de seringues (une seringue, une injection) et des instruments servant à préparer l'injection, quel que soit le partenaire ou la situation en cause, doit être rappelé de manière permanente dans les structures qui offrent du matériel.
- La question de services spécifiques de proximité pour les prostitué(e)s toxicomanes doit être remise à l'ordre du jour dans toutes les grandes villes.
- Il faut développer la prévention du sida en prison.
- La prévention de la transmission sexuelle du VIH devrait devenir une des priorités dans l'action des structures qui s'occupent de toxicomanes. Une formation adéquate dans ce sens devrait être ouverte aux intervenants qui y travaillent.
- Parallèlement, d'autres actions de proximité (éducation par les pairs, travail de rue) centrées sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH devraient être développées et évaluées.

Programmes de prévention du sida adressés à des populations spécifiques

Depuis plusieurs années, l'OFSP a initié ou soutenu des programmes de prévention qui s'inspirent du concept de l'éducation par les pairs. Il s'agit de recruter des personnes appartenant aux populations spécifiques que l'on cherche à atteindre – si possible des personnes reconnues dans leur milieu comme des leaders ou des personnes d'expérience – pour les former à la prévention. Ces personnes peuvent ensuite, avec un certain soutien, mener une activité de prévention adaptée au milieu dont elles sont issues, que ce soit par des contacts personnels ou une intervention dans des groupes. Deux de ces programmes ont fait l'objet d'une évaluation : le projet « Barfüsserfrauen » qui s'adresse aux prostituées étrangères travaillant en Suisse et le Projet Migrants destiné aux populations espagnole, portugaise et turque installées en Suisse.

Pour mémoire, un troisième projet est encore en cours d'évaluation : le projet « MEDIA ». Ce projet, développé par la AIDS-Hilfe St-Gall vise à recruter et former des médiateurs appartenant au milieu des consommateurs ou ex-consommateurs de drogue. Ces médiateurs sont censés ensuite être actifs dans leur milieu comme transmetteurs d'information sur le sida (avec une attention particulière à la prévention de la transmission sexuelle du VIH/autres MST), comme conseillers, voire comme « modèles » de référence. Pour faciliter le contact et l'entrée en dialogue, les médiateurs disposent d'une sorte de « paquet cadeau » qu'ils remettent à la personne avec qui ils discutent. Cette boîte contient divers accessoires de toilette, des préservatifs, des désinfectants, etc. On attend un effet boule-de-neige d'une telle action.

Dans sa phase pilote, le projet MEDIA a choisi trois groupes cibles particuliers :

- les détenus de la prison de Saxerriet (milieu semi-ouvert) dont une majorité sont incarcérés pour des infractions à la Loi sur les stupéfiants ;

- les personnes ex-consommatrices de drogue en contact avec un groupe de self-help formé d'anciens toxicomanes ;
- les jeunes immigrés italiens de la deuxième et troisième génération consommateurs de drogues.

Une synthèse des expériences tirées des programmes d'éducation par les pairs sera effectuée dans la prochaine phase de l'évaluation.

Le programme de prévention du sida pour les prostituées étrangères travaillant en Suisse (Projet « Barfüsserfrauen »)

Plusieurs études ont mis en évidence la vulnérabilité particulière de certaines catégories de prostituées (clandestines, « non professionnelles », danseuses, toxicomanes, etc.) et tout spécialement la vulnérabilité des femmes migrantes ayant recours à la prostitution. C'est à l'intention de ces femmes que l'Aide Suisse contre le sida (ASS) a mis en place dès 1993 le Projet « Barfüsserfrauen ». Ce projet, du type éducation par les pairs recrute et donne une formation adaptée à des prostituées ou ex-prostituées provenant des milieux des prostituées migrantes. Elles interviennent ensuite auprès des femmes de leur communauté en leur apportant information et conseils. Le support de l'information est une audio-cassette existant en plusieurs langues, que les médiatrices font écouter à un groupe de femmes réunies par elles pour une session où l'on parle ensuite librement de prévention du sida et d'autres problèmes tels que l'accès aux institutions de soin et d'aide sociale, les problèmes avec la police, etc. Les médiatrices, rémunérées, travaillent environ dix heures par mois pour le projet.

- **Est-ce que le modèle d'éducation par les pairs est applicable dans ce milieu ?**
- **Est-il possible de recruter, former et maintenir en activité des médiatrices issues de la population concernée ?**
- **Quelles sont les conditions d'un transfert du projet à des organisations locales dans d'autres villes de Suisse ?**

Le projet a été évalué durant son implantation à Zürich et à Bâle, avant son extension à d'autres régions de Suisse. L'évaluation s'est concentrée sur la faisabilité d'un modèle d'éducation par les pairs dans ce milieu (recrutement, formation, activité des médiatrices) et sur les conditions de transfert du projet, initialement mené centralement par L'ASS, à des organisations partenaires dans d'autres villes, chargées d'en assurer le fonctionnement à plus long terme.

Une première phase d'évaluation rapide du projet a eu lieu en 1994. Elle a permis de confirmer la faisabilité du projet et mis en évidence certains problèmes de fonctionnement. La deuxième partie de l'évaluation, plus approfondie a débuté en 1995. A cette époque, cinq médiatrices (quatre Dominicaines et une Camerounaise) travaillaient pour le projet à Zürich, toutes depuis plus d'un an. Quatre avaient été des prostituées, une travaillait encore dans un cabaret. Elles étaient âgées de vingt à cinquante ans.

Le travail des médiatrices n'a pas pu être appréhendé dans sa totalité. Il reste notamment des interrogations sur la nature et la qualité de leur intervention. Toutefois des éléments importants du fonctionnement du projet et de l'utilité du concept de médiateur ont été analysés.

Le recrutement est très difficile et il est ardu de trouver des femmes appartenant à chacun des grands groupes de nationalités représentées en Suisse dans ce domaine : même si les prostituées étrangères en Suisse sont souvent polyglottes et que les médiatrices s'adressent à un cercle de femmes plus large que leur cercle d'origine, l'éventail de provenance des femmes recrutées est resté limité, et constitue un obstacle à un accès plus diversifié à la population cible. Mais ces femmes sont motivées et restent dans le projet (turn over faible).

La formation des médiatrices est brève, surtout centrée sur les moyens de prévention du sida et fait peu de place aux questions de mise en œuvre du travail même de médiatrice (comment parler de prévention, individuellement et en groupe, comment gérer les questions, demandes de conseil, etc.). A ce titre, elle ne correspond encore que partiellement aux besoins des médiatrices qui n'ont pas forcément le savoir-faire ou les connaissances nécessaires pour faire face à ces situa-

tions. Le suivi des médiatrices, tel qu'il est organisé (rencontres mensuelles brèves avec les médiatrices, pas de présence sur le terrain, pas d'appui individuel approfondi ni de discussion de groupes régulières), ne permet ni de capter toute la richesse et la diversité de l'expérience des médiatrices, ni la gestion en commun du projet. Il ne permet pas suffisamment non plus le conseil aux médiatrices ou l'écoute de leurs problèmes.

Les médiatrices et/ou leur action sont connues dans les lieux qu'elles fréquentent. Elles ont chacune leur manière de travailler et la façon d'organiser l'activité préventive qui a été proposée (réunions de groupes avec des prostituées contactées auparavant) est peu appliquée. En fait, elles « adaptent » le projet aux circonstances rencontrées : leur contact avec les prostituées se résume parfois à une simple distribution de préservatifs ou de la cassette, les contacts sont souvent individuels et assez brefs. Le monitoring des activités des médiatrices a montré qu'en douze mois (janvier à décembre 1995), 600 femmes environ avaient été contactées, 500 cassettes et 9000 préservatifs distribués par dix médiatrices en activité entre Zürich et Bâle. La nature de ces contacts (individuels, en groupe, temps consacré, contacts répétés, etc.) n'est pas connue et est certainement variable. Selon les données recueillies par le projet, environ 1500 femmes auraient été contactées par les médiatrices à Zurich et Bâle entre 1993 et 1995.

Quant à la population cible, elle a davantage de connaissances que ce qui était supputé. Ces connaissances sont toutefois imparfaites, notamment en ce qui concerne le risque de contamination par le baiser, par les rapports oro-génitaux ou l'usage du test VIH et ses limites. Les prostituées déclarent généralement se protéger dans leurs rapports sexuels avec les clients, les exceptions à la protection n'étant pas dues à des lacunes de connaissances mais à des circonstances liées à leur condition précaire (pression financière, menaces de violence de la part de certains clients). En revanche, la question de l'utilisation de préservatifs lors de rapports privés reste un tabou et les médiatrices ont de la peine à aborder cette question avec les femmes qu'elles rencontrent.

L'étude des conditions de transfert à des organisations partenaires locales de la gestion courante du projet à plus long terme a mis en évidence la difficulté de trouver des organisations qui sont familiarisées à la fois avec les problèmes de la prostitution, du sida et de la migration (problèmes culturels, de langue, etc.). Une formation complémentaire dans l'un ou l'autre de ces domaines et un soutien financier (par exemple pour rétribuer des traductrices) s'avèrent souvent nécessaires pour rendre ces institutions capables de suivre et soutenir les médiatrices dans leur travail.

Conclusions

- **Le Projet « Barfüsserfrauen », malgré les difficultés rencontrées, a démontré que le concept d'éducation par les pairs est tout à fait applicable à la prévention du sida chez les prostituées étrangères en Suisse. Il est possible, dans certaines limites, de recruter, former, suivre et maintenir en activité des médiatrices issues des milieux auxquels l'on souhaite s'adresser.**

Recommandations

- **Le Projet « Barfüsserfrauen » devrait être maintenu et développé. La formation et l'encadrement des médiatrices devraient être renforcés.**
- **Lors du transfert du projet ou sa création dans d'autres villes, il faut assurer la formation et le soutien de la (les) responsable(s) locale(s) de façon à ce qu'elle(s) puisse(nt) assumer toutes les tâches d'encadrement des médiatrices, en particulier dans les domaines (sida, prostitution, migration, soutien social) qui ne feraient pas partie des compétences premières de l'organisation locale partenaire choisie.**

Le Projet Migrants

Ce projet, qui a débuté en 1991, repose sur les principes suivants :

- la prévention du sida adressée aux personnes d'origine étrangère en Suisse est destinée à leur garantir un accès à la prévention et des ressources pour préserver leur santé égaux à ceux de la population autochtone ;
- seules des personnes bien informées et motivées sont à même de se protéger et de protéger autrui contre la diffusion du VIH. L'information doit être culturellement adaptée ;
- des programmes de prévention participatifs basés dans les communautés ont de bonnes chances d'être acceptés et compris. Les programmes doivent être coordonnés par des personnes appartenant elles-mêmes aux communautés visées.

Pour sa phase pilote (janvier 1991 à décembre 1992) qui a fait l'objet d'une évaluation, ce programme s'adressait à trois communautés distinctes : les communautés espagnole et portugaise, numériquement importantes en Suisse et la communauté turque, culturellement plus éloignée. Par la suite il s'est élargi à d'autres communautés (latino-américaine, tamoule, africaines) et à d'autres situations (requérants d'asile).

La structure du programme comprend un coordinateur général, de nationalité suisse, pour l'ensemble du programme ainsi que des coordinateurs appartenant à chacune de ces communautés responsables de la mise en place du programme dans leur communauté.

Dans chacune de ces communautés, l'action du programme a été structurée en trois phases :

- sensibilisation de la population générale et élaboration de matériel éducatif adapté aux spécificités culturelles ;
- recrutement et formation de médiateurs (stratégie de multiplication) formés à mener des activités dans leurs propres communautés :
 - a) dans un premier temps des activités de prévention pour l'ensemble de la communauté ;
 - b) par la suite des actions de prévention ciblées auprès des groupes de personnes plus exposées au risque dans leurs communautés (jeunes toxicomanes par ex.).

Les étapes de détermination des besoins et de mise en route de ce programme (période pilote) ont été étudiées dans les phases précédentes du programme d'évaluation.

Dans cette phase-ci, les principales questions d'évaluation portant sur ce programme étaient :

- **Comment se poursuivent les activités du programme au-delà de la phase pilote ?**
- **Qui sont les médiateurs et comment travaillent-ils (profil, activités développées, relations avec le projet, besoins exprimés, succès et problèmes qu'ils rencontrent dans leur action) ?**
- **Quel est le statut actuel des connaissances, attitudes et comportements en relation avec la prévention du sida dans les trois communautés concernées par le programme ? (Cet aspect de l'évaluation est traité dans la partie résultats de ce résumé).**

Les **activités** du programme se sont développées dans les trois communautés, souvent sur le mode boule de neige (génération de demandes à partir d'activités réalisées). La plupart des activités du programme s'adressent à la population générale (intervention dans des manifestations, réunions d'information, articles dans les journaux des communautés, émissions radio-phoniques, permanences téléphoniques). Conséquence d'une visibilité croissante du programme, des demandes ou des opportunités d'interventions plus spécifiques se font jour : les médiateurs sont sollicités pour des questions concernant les personnes atteintes par le VIH, entreprennent des actions auprès de groupes nouveaux (homosexuels, toxicomanes). Le programme est donc bien entré dans une phase d'implantation plus profonde dans les trois communautés.

Quatre-vingt-un **médiateurs** ont été contactés par téléphone et interrogés sur leur activité. Des entretiens en profondeur ont ensuite été menés avec huit d'entre eux.

Les médiateurs sont plutôt des femmes dans les communautés espagnole et portugaise, des hommes dans la communauté turque. Ils sont d'âge moyen (30 - 45 ans), vivent en général en Suisse depuis de nombreuses années, participent à la vie associative de leur communauté et se recrutent dans toutes sortes de profession, plus souvent dans le domaine médico-social ou éducatif. Les coordinateurs saisissent les opportunités de recrutement qui se présentent, sans qu'un profil prédéterminé de personnes soit recherché et que des tâches particulières soient assignées aux médiateurs. La moitié d'entre eux ont bénéficié de cours sur la prévention du sida (donnés par le programme ou d'autres institutions), un quart se sont formés « sur le tas » avec les coordinateurs, les autres ont reçu une formation au cours de leurs activités professionnelles ou se sont formés eux-mêmes. Il n'existe pas de cadre formel de supervision de leur activité par le projet. Le pool des médiateurs n'est pas constant du fait que certains retournent dans leur pays d'origine.

Si l'on considère la manière de mener les activités et les relations avec le programme, on constate une grande diversité de situations : le concept même de médiateur est assez flou et complexe dans la pratique. De même l'organisation du travail avec les médiateurs n'est pas structurée. L'activité du programme s'est développée le long de réseaux partant des trois coordinateurs. Chacun d'entre eux a sa propre façon de travailler, et leurs réseaux sont par nature très divers, mêlant relations formelles et informelles. Il en résulte une grande diversité des médiateurs et une personnalisation des réseaux. La dissémination géographique des médiateurs rend difficile la coordination par une seule personne, ce qui se traduit par un manque de relation des médiateurs avec le programme et entre eux. Les médiateurs ne se rencontrent pas, sauf à l'occasion de cours et sont reliés verticalement au coordinateur. Le bénévolat n'est pas la règle ; certains médiateurs sont rémunérés ou plutôt défrayés, d'autres pas, sans qu'il existe des règles établies.

Leurs rôles et activités sont très divers : certains sont plutôt des facilitateurs de contact entre le programme et les communautés (personnel d'ambassade, journalistes, responsables d'associations) mais n'ont pas d'activité préventive propre.

Pour ceux qui ont une activité, celle-ci peut être classée en trois grandes catégories :

- **prévention du sida dans le contexte de l'activité professionnelle** (par exemple les enseignants de langue et de culture qui abordent la question du sida pendant leurs cours). Ils ont besoin des coordinateurs pour se former sur le sida au début de leur activité et pour s'approvisionner en matériel (brochures etc.) mais ont normalement besoin d'un suivi ou d'un encadrement relativement minime par la suite ;
- **prévention à un niveau plus individuel dans les milieux concernés** ou accompagnement de personnes malades du sida. Les activités s'étendent par réseaux, de personne en personne, selon les besoins qui émergent du terrain. Certains de ces médiateurs sont suivis de très près par les coordinateurs tandis que d'autres travaillent indépendamment du Projet Migrants et y ont recours occasionnellement ;
- **animation de stands d'information** et de séances de prévention, à la demande d'une association par exemple. La plupart de ces médiateurs exercent leurs activités de prévention du sida en collaboration avec les coordinateurs, et sont donc supervisés de façon très directe. Deux ou trois groupes de tels médiateurs commencent à opérer dans des régions éloignées des coordinateurs de façon plus indépendante après avoir suivi une série de séances de formation.

Le fonctionnement est donc souple, plutôt créatif mais peu structuré et inégalement supervisé. Le rythme des interventions est irrégulier. Au bout de quelques temps d'activité, il arrive souvent que le médiateur actif soit considéré comme une personne-ressource (un contact) pour tout ce qui a trait à la prévention du sida dans sa communauté, ce qui correspond bien aux buts du programme. Mais il devient aussi une personne privilégiée à laquelle on s'adressera si on est personnellement concerné par le VIH (bien que son mandat soit la prévention et non pas le soutien des personnes atteintes). Il va de soi que la plupart des médiateurs n'ignoreront pas de telles demandes, mais ceci peut les amener à porter un fardeau de plus en plus lourd de problèmes d'autant plus graves que les personnes qui l'interpellent sont étrangères (isolement, manque de droits etc.).

Le programme a réussi à développer un réseau de médiateurs, avec des forces et faiblesses. Points forts : la diversité des médiateurs et des actions entreprises par eux ; une motivation soutenue chez nombre d'entre eux ; souplesse et créativité dans le système. Points faibles : la dépendance des liens avec les coordinateurs, le statut peu clair de médiateur, une formation et un suivi pas toujours suffisants. Le fait que certains médiateurs soient devenus des personnes-ressources dans leur communauté pour d'autres questions relatives au sida que la prévention seulement, est à la fois un point fort et une faiblesse si les médiateurs n'arrivent pas à mobiliser autour d'eux les ressources existantes dans le réseau sida régional. De même le fait qu'il y ait un renouvellement constant d'une partie du pool de médiateurs peut être considéré comme un « plus » (renouvellement des réseaux d'intervention) et un « moins » (coût de la recherche et de la formation de nouveaux médiateurs).

Conclusions

- **Le Projet Migrants se déroule conformément à ses objectifs : informer la population générale étrangère et favoriser la solidarité avant d'entreprendre une prévention plus ciblée auprès de groupes particulièrement exposés dans ces communautés ; travailler avec les communautés au travers de réseaux. Un réseau de médiateurs a pu se mettre en place et fonctionne.**
- **Le projet est connu dans les communautés cibles, qui se sentent concernées par le sida, mais aussi par les problèmes de toxicomanie**

Recommandations

- **Il faut renforcer le soutien des médiateurs (au sein du Projet Migrants lui-même et par une meilleure coordination avec les ressources locales).**
- **Il est souhaitable d'étendre ce projet à d'autres communautés étrangères vivant en Suisse.**

Activités de prévention du sida des médecins praticiens de premiers recours

Les libres praticiens occupent une position favorable dans le dispositif de prévention du sida. La nature de la relation médecin-patient favorise la transmission de conseils personnalisés et la fréquence élevée des consultations au sein de la population leur garantit une large diffusion.

En 1995, une nouvelle étude a été entreprise pour décrire les comportements préventifs des libres praticiens dans le domaine du sida, les comparer à ceux observés en 1990, explorer les déterminants de la pratique de la prévention et du counselling et comprendre si les médecins souhaitent ou non donner plus d'importance à cette dimension de leur activité.

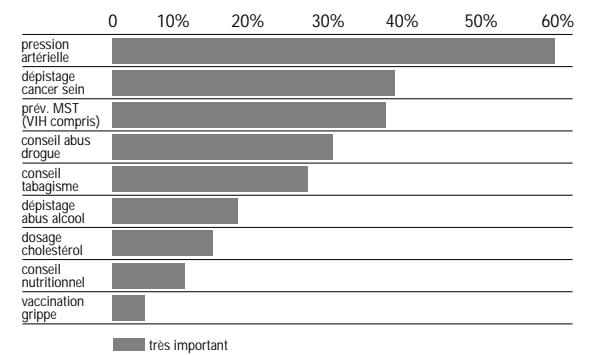
- **Quelle est l'activité de prévention du sida effectuée par les médecins de premier recours ?**
- **S'est-elle développée ces dernières années ?**
- **Quelle place occupe-t-elle dans leur travail en général ?**

L'étude est constituée d'un volet quantitatif (questionnaire envoyé à 1500 médecins) et d'un volet qualitatif (entretien avec 32 médecins). Elle concerne les spécialités a priori les plus concernées par le sida et sa prévention : praticiens sans FMH, généralistes FMH, internistes, dermatologues et gynécologues. Le questionnaire a été retourné par 796 d'entre eux, soit un taux de réponse de 55 %.

La plupart des médecins considèrent que la **prévention en général** est importante dans leur activité, mêmes si les attitudes face à la prévention et leurs pratiques sont très diverses : les uns agissant à la demande du patient, d'autres étant plus interventionnistes ou, en termes de contenu, certains s'attachant surtout à des activités de dépistage centrées sur des

examens de laboratoire, d'autres pratiquant davantage un dialogue avec le patient, assorti de conseil préventif. Un tiers des médecins considèrent comme très importante l'activité de prévention des maladies sexuellement transmises (VIH compris) dans leur propre pratique.

Importance attribuée à différentes activités préventives au cabinet médical.



Interrogés sur la forme que peut prendre leur **activité préventive dans le domaine du sida** : 87 % mentionnent comme très important le conseil approfondi aux patients séropositifs afin d'éviter de nouvelles infections, 56 % l'investigation des risques lors de l'anamnèse, l'offre de conseils et, le cas échéant, la proposition d'un test, 48 % le bref rappel de conseils de protection à tous les jeunes patients.

Dans la pratique : deux tiers des médecins (la moitié en 1990) disposent des brochures ou des affiches sur le sida dans leur salle d'attente. Un médecin sur six abandonne généralement au patient l'initiative d'aborder le thème du sida. Un sur cinq prend habituellement lui-même cette initiative tandis que près de deux sur trois adaptent leur comportement à la situation et partagent cette initiative avec le patient.

Un conseil adapté suppose une connaissance de la situation dans laquelle se trouve le patient et en particulier une anamnèse portant sur la sexualité et la toxicomanie, de façon à mettre en évidence une éventuelle exposition au risque de transmission du VIH. Cette **investigation du risque** n'est pas faite systématiquement : par exemple, dans le cas d'un nouveau patient jeune et ne consultant pas pour un problème urgent,

70 % des médecins disent qu'ils abordent toujours ou souvent le domaine de la consommation de drogues, 68 % celui de la contraception utilisée, 49 % celui de la sexualité et 47 % les antécédents de maladies sexuellement transmissibles (MST). Les médecins pratiquant en ville sont plus systématiques que leur confrères de la campagne.

Plus généralement, les médecins adoptent des stratégies différentes au gré des circonstances. Les patients appartenant aux segments de la population classiquement associés à l'épidémie retiennent particulièrement leur attention : 95 % des médecins recherchent une éventuelle exposition au virus lors de l'anamnèse d'un consommateur de stupéfiants, 88 % lors de l'anamnèse d'une prostituée et 84 % lors de celle d'une personne entretenant des relations homosexuelles. Consultant pour des affections attestant d'une prise de risque dans le domaine sexuel, les patients atteints de MST sont également l'objet d'investigations de la part d'une proportion importante des médecins (91 %). Les personnes consultant pour d'autres motifs en relation avec leur vie sexuelle ne sont pas aussi souvent examinées dans la perspective de dépister un éventuel contact avec le virus (contraception 54 %, grossesse 63 %). C'est surtout à l'endroit des catégories de patients illustrant le mieux la population « tout-venant » (adolescents et jeunes adultes, nouveaux patients, patients célibataires, séparés, divorcés ou veufs, migrants) que l'anamnèse du risque est la moins systématique. Il s'agit pourtant de personnes dont ils ne connaissent a priori pas les habitudes sexuelles (nouveaux patients) ou qu'ils peuvent suspecter avoir une vie affective instable, raisons pour lesquelles un surcroît d'attention devrait s'imposer. La situation s'est cependant nettement améliorée entre 1990 et 1995 : pour presque toutes les catégories relevant de la « population générale », la proportion de médecins se déclarant systématiques dans l'anamnèse du risque a pratiquement doublé. Par exemple, ils sont maintenant 55 % à investiguer les risques avec leurs jeunes patients alors qu'ils n'étaient que 23 % à le faire en 1990.

Systématisation de l'anamnèse du risque chez différents types de patients ou de situations : 1990 - 1995.

	1990	1995	p
Toxicomanes	93	95	n.s.
Patients MST	87	91	**
Homosexuels	70	85	***
Voyageurs tropicaux	54	61	*
Demande de contraception	52	54	n.s.
Patients portant des tatouages	46	27	***
Grossesse	36	63	***
Patients séparés ou divorcés	26	23	n.s.
Nouveaux patients	23	41	***
Adolescents ou jeunes adultes	23	55	***

* p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001

Pour approcher **la pratique du conseil préventif**, deux situations hypothétiques ont été présentées aux médecins. Elles évoquaient des circonstances appelant la diffusion de conseils préventifs distincts. La première avait trait à la consultation d'un jeune adulte connu pour s'injecter de l'héroïne. La seconde concernait une jeune fille de seize ans, entretenant des relations sexuelles avec un partenaire unique à l'époque de la consultation, et qui demandait un moyen contraceptif.

Dans le premier cas, la grande majorité des médecins proposent un conseil préventif articulé autour de l'usage de matériel d'injection stérile (87 %), de l'utilisation régulière de préservatifs (86 %) et de la proposition de se soumettre à un test de dépistage du VIH (73 %). Par rapport à 1990, le principal changement réside dans l'association de ces trois types de conseils : les médecins étaient alors beaucoup moins sensibles à la nécessité d'aborder aussi la sphère sexuelle de leurs patients toxicomanes.

Dans le second cas (demande de contraception par une jeune fille), seuls 56 % des médecins proposent une solution qui combine contraception et protection contre le VIH et les autres MST (préservatif + pilule, préservatif seul ou préservatif + pilule du lendemain en cas d'accident avec le préservatif), 38 % conseillent la pilule seule, 7 % prônent l'abstinence. Plus de la moitié des médecins ont déjà expliqué à certains de leurs patients comment utiliser un préservatif.

Divers **obstacles** sont **susceptibles d'entraver le développement de la prévention du VIH au cabinet médical**. Les médecins en attribuent certains au patient, d'autres au praticien, d'autres encore aux dispositions relatives au remboursement des actes médicaux.

La réticence et le manque d'intérêt des patients à parler de prévention du VIH sont perçus, par les médecins, comme les obstacles les plus importants au développement de leur action préventive. L'enquête qualitative suggère toutefois que les patients manifestent rarement de manière explicite leurs réticences ou leur manque d'intérêt. Ces réactions semblent leur être imputées par les médecins sur la foi d'arguments assez diffus et constituer, pour une part au moins, une projection des réticences du corps médical. A cet égard, le fait que le thème VIH/sida soit souvent abordé à l'initiative du patient démontre que réticences et manque d'intérêt, s'ils existent incontestablement, représentent plutôt une attitude minoritaire parmi le public.

En ce qui concerne les obstacles attribuables au corps médical lui-même (manque de temps, de connaissances ou de compétences, gêne à discuter de questions relatives à la sexualité ou à la consommation de stupéfiants), aucun n'est perçu comme important par plus d'un médecin sur trois. Enfin, la rémunération insuffisante de l'activité de conseil (dimension fondamentale de la prévention dans le domaine du VIH/sida) n'apparaît un obstacle majeur que pour moins d'un médecin sur cinq.

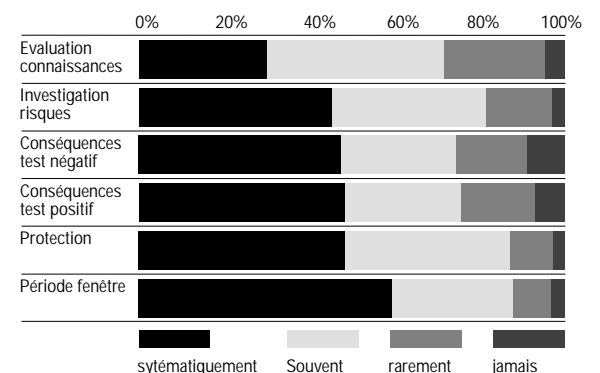
Le test de dépistage du VIH est fréquemment pratiqué par les médecins : pratiquement tous en ont prescrit au moins un dans les six mois précédant l'enquête (en moyenne dix-sept par médecin dans ce laps de temps). Le profil des patients testés est différent selon les spécialités : les gynécologues prescrivent essentiellement le test en cas de grossesse, si une patiente présume qu'elle a couru un risque ou dans les bilans de couple. Les dermatologues le prescrivent le plus souvent en cas de risque avéré (généralement un patient venant pour une MST), les généralistes dans le cas d'exposition au risque, de bilan de santé mais aussi à la demande d'assurances-vie.

Motif(s) du dernier test réalisé au cabinet médical (en %)

	médecins 1er recours	gynécologues	dermatologues
Risque, présumé			
par le patient	30.2	26.8	48.0
Assurance vie	21.5	2.4	0
Bilan de santé	19.6	7.3	16.0
Bilan de couple	13.7	19.5	0
Risque, présumé			
par le médecin	13.6	6.1	28.0
Grossesse	4.7	57.3	0
Phobie	10.2	7.3	8.0
Suspicion d'une atteinte			
des défenses immunitaires	5.2	0	20.0
Choix de contraception	2.9	7.3	0
Bilan pré-opératoire	0.3	1.2	0

Dans bien des cas, c'est la demande de test qui donne accès à la problématique VIH/sida dans le contexte de la consultation. Le **pré-test counselling** constitue donc un moment particulièrement important et devrait inclure une anamnèse du risque, une évaluation des connaissances du patient concernant la prévention du sida, une discussion avec lui des conséquences éventuelles d'un résultat positif ou négatif, des recommandations concernant la prévention et la vérification que le test se fait dans des conditions permettant une interprétation correcte (absence d'exposition au risque dans les trois derniers mois).

Fréquence des thèmes abordés lors du pré-test counselling (n = 783).



Les médecins consacrent en moyenne un peu moins de dix minutes au pré-test counselling et ne sont pas systématiques : seule la question de la validité du test (période fenêtre de trois mois) est systématiquement abordée par plus d'un médecin sur deux et, par exemple, trois médecins sur dix n'évoquent que rarement ou jamais les conséquences, pour le patient, d'une sérologie positive ou négative.

La **communication du résultat du test** offre l'occasion de rappeler des conseils de protection. En cas de résultat positif, la communication se fait pratiquement toujours en face à face, ce qui est moins souvent le cas dans les situations de résultat négatif où téléphone et courrier sont aussi utilisés.

Même si elles sont minoritaires et en recul par rapport à 1990, certaines **attitudes de nature discriminatoire à l'égard des personnes** séropositives persistent au sein du corps médical. Elles concernent notamment le refus de prendre en charge des personnes infectées par le VIH ou malades du sida, l'obligation imposée à certains segments de la population de se soumettre périodiquement au test et l'instauration d'un test à l'occasion de chaque hospitalisation. Partiellement dictées par la peur, de telles attitudes soulèvent de réels problèmes éthiques.

Conclusions

- L'attention que les médecins de premier recours portent à la prévention de l'infection par le VIH au sein de la population générale s'est sensiblement renforcée. Leur intérêt – justifié – pour les groupes classiquement considérés à risque ne s'est pas relâché. Les anamnèses de patients représentatifs de la « population générale » montrent encore quelques lacunes. C'est le cas en ce qui concerne la sphère de l'activité sexuelle. D'une manière générale, les médecins paraissent en mesure de diffuser des conseils adéquats.
- Des lacunes peuvent encore être observées au niveau du counselling accompagnant le test VIH. Si les médecins se montrent en règle générale attentifs à ne jamais tester le patient à son insu, le contenu du pré-test counselling apparaît encore souvent incomplet. La communication des résultats s'effectue, à de rares exceptions près, de manière adéquate.

Recommandations

- Les médecins devraient recevoir régulièrement des informations épidémiologiques leur rappelant le fait que la diffusion du VIH/sida dans la population ne se limite pas aux groupes classiquement considérés comme concernés par l'épidémie.
- Afin de leur permettre de mieux individualiser leurs démarches préventives, l'attention des médecins devrait être attirée sur certaines circonstances ou certaines caractéristiques psychosociales propres à accroître le risque d'infection.
- Dans cet ordre d'idées, on mentionnera à titre d'exemple l'utilité d'informations sur les caractéristiques de la vie affective des adolescents et des jeunes adultes (fidélité séquentielle), sur les problèmes que les personnes divorcées ou traversant des difficultés conjugales rencontrent lorsqu'elles cherchent à nouer une nouvelle relation (enjeu affectif pouvant faire passer au second plan la nécessité de se protéger) ou sur les tendances actuelles en matière de tourisme sexuel (destinations favorites).
- L'épidémie de VIH/sida a profondément modifié les enjeux liés à la prévention des grossesses non désirées. Les médecins devraient être renseignés sur les conseils à fournir en matière de contraception, notamment chez les adolescents. Ces conseils devraient au moins inclure l'usage du préservatif (seul, ou en association avec la CPC – contraception post-coïtale ou « pilule du lendemain » – en cas de problème ou éventuellement associé à la pilule).
- Les lacunes qui apparaissent encore dans la manière de procéder au test VIH requièrent un rappel des recommandations relatives à la nécessité du pré-test counselling et à ses différentes dimensions.

Programmes de formation pour le personnel médical et para-médical extra-hospitalier et les bénévoles

Au début de l'année 1994, l'OFSP a demandé l'évaluation des programmes qu'il finance pour la formation du personnel et des bénévoles en matière de sida dans le domaine extra-hospitalier. Ces programmes font depuis 1988 l'objet de deux mandats distincts, l'un pour la Suisse alémanique (mandat Spitex géré par l'Aide Suisse contre le Sida), l'autre pour la Suisse romande (mandat géré par le centre médico-social Pro Familia à Lausanne).

L'évaluation a permis de mettre en évidence des réussites et des points faibles (mandat Pro Familia), et des dysfonctionnements importants dans le cas de Spitex. A la suite de cette évaluation, des décisions ont été prises dans le cas des deux programmes (non-renouvellement du contrat avec l'ASS dans le cas de Spitex, modifications dans les règles de fonctionnement du financement des cours dans le cas de Pro Familia).

Dans les deux cas, sans que l'on puisse encore porter de jugement de valeur sur le bien-fondé des nouvelles orientations (qui devront faire l'objet d'un suivi), l'OFSP a clarifié sa position, tant sur le plan des objectifs à poursuivre, que sur celui des pouvoirs et des responsabilités qu'il choisit d'assumer dans ce domaine.

Résultats de la prévention

Sont résumées ici les principales données se rapportant aux effets de la prévention dans les groupes de population ayant fait l'objet d'une attention prioritaire durant la phase actuelle de l'évaluation (population générale de dix-sept à quarante-cinq ans, migrants, adolescents, homo-bisexuels, toxicomanes, personnel hospitalier), ainsi que l'évolution de la situation épidémiologique.

Questions générales, valables pour toutes les populations étudiées :

- **Quel est l'état des connaissances sur le sida ?**
 - **La prévention a-t-elle modifié l'activité sexuelle en général ?**
 - **Comment évolue l'exposition à des risques (potentiels) de transmission du VIH ?**
 - **Quels sont les modes de gestion de la prévention mis en place par les individus et comment évoluent-ils ?**
 - **Voit-on apparaître des effets secondaires non désirés de la prévention ?**
-

Population générale

Au niveau de la population générale, le suivi des résultats d'ensemble des efforts de prévention du sida est assuré depuis 1987 par une enquête téléphonique périodique auprès de la population résidente, annuelle jusqu'en 1992, biennale depuis, la dernière datant de 1994 (n = 2800). Aux informations qu'elle fournit se joignent des données d'autres sources qui permettent d'approfondir et de valider l'image obtenue.

Les **connaissances** de la population sur les modes de transmission du VIH et les moyens de s'en protéger ont été approchées par l'analyse des réponses spontanées des personnes sur ce qu'elles savaient à ce sujet. Le préservatif comme moyen efficace de prévention du sida est mentionné par plus de 90 % de la population et, de façon générale, les moyens de protection sont toujours nommés plus fréquemment que les mesures d'évitement (par exemple usage de préservatifs plutôt qu'abstinence ou évitement de contacts avec des prostituées, ou usage de seringues stériles plutôt que non-consommation de drogues). Malgré une proximité croissante de la maladie qui se traduit par une augmentation du nombre de personnes connaissant quelqu'un touché par le virus, la **Crainte** liée au sida demeure stable.

Comportements sexuels

La prévention du sida ne semble pas avoir eu d'effet majeur sur la sexualité en termes d'activité sexuelle. La fréquence des rapports sexuels et le nombre total de partenaires dans la vie n'ont pas changé entre 1987 et 1994. Toutefois, chez les jeunes adultes, s'amorcent deux tendances : la diminution de la proportion de personnes ayant de multiples partenaires et de la fréquence des changements de partenaire stable.

Evolution de la fréquence de quelques situations de vie où la question de la prévention se pose, population dix-sept à quarante-cinq ans, 1987-1984, en pour-cent.

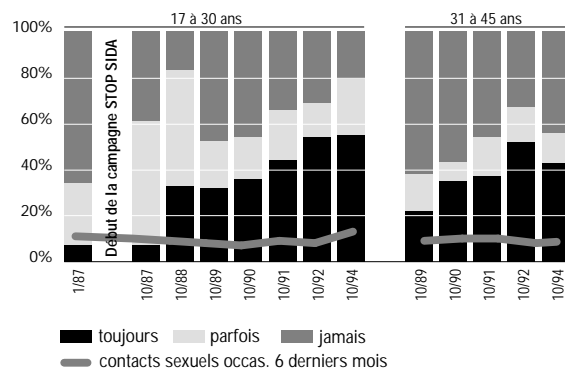
	1/87	10/87	10/88	10/89	10/90	10/91	10/92	10/94
Nouveau partenaire stable dans l'année								
17-30 ans			20	15	17	14	15	14
31-45 ans				4	3	4	4	4
Un partenaire occasionnel ou plus dans les 6 derniers mois								
17-30 ans	18	14	15	15	12	15	14	13
31-45 ans				9	10	10	8	9
Expérience d'injection de drogue								
17-30 ans	1	< 1	1	1	1	1	1	1
31-45 ans				< 1	1	1	1	1
Contacts avec des prostituées dans les 6 derniers mois (hommes)								
17-30 ans	2	1	1	2	2	3	2	2
31-45 ans				1	1	2	2	3

Il faut aussi relever qu'une fraction non négligeable de la population se trouve, à un moment donné, en situation de devoir se poser la question de la prévention du sida du fait d'un changement de partenaire, de partenaires multiples ou occasionnels ou d'injection de drogues. C'est ainsi qu'en 1994, chez les dix-sept à trente ans, 14 % ont changé de partenaire stable dans l'année et 13 % ont eu un ou des partenaires occasionnels dans les six mois avant l'enquête.

Le principal changement intervenu depuis le début de la stratégie de prévention du sida réside dans un usage accru de préservatifs en situation d'exposition potentielle à un risque de transmission du VIH :

- chez les personnes de dix-sept à trente ans, l'usage systématique de préservatifs en cas de relation avec un partenaire occasionnel a passé de 8 % en 1987 à 56 % en 1994, et chez celles de trente-et-un à quarante-cinq ans de 22 % en 1989 à 42 % en 1994. On note une stabilisation de l'usage de préservatifs depuis 1992 ;
- l'utilisation de préservatifs au début de la relation avec un nouveau partenaire stable a aussi augmenté : en 1994, 64 % des personnes qui avaient établi une nouvelle relation stable ont utilisé des préservatifs dans la population de dix-sept à trente ans, 72 % dans celle de trente-et-un à quarante-cinq ans.

Utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels, population dix-sept à quarante-cinq ans.



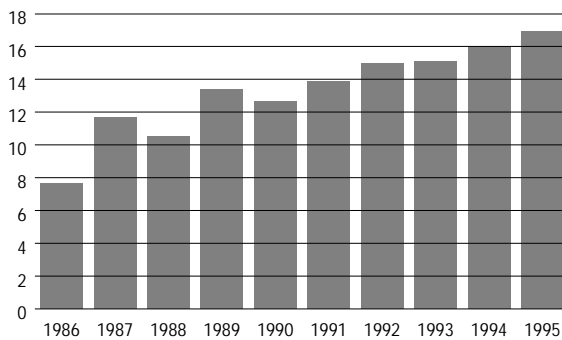
Par ailleurs, une enquête auprès de la **population d'origine étrangère** en Suisse à qui s'adressait le Projet Migrants (communautés espagnole, portugaise et turque) a été conduite en 1995 dans le cadre de l'évaluation de ce projet. Elle a montré que ces trois populations ont maintenant des connaissances et un niveau de protection en cas d'exposition potentielle à un risque de transmission du VIH équivalents à ceux de la population suisse. Certains éléments de comparaison avec des données antérieures recueillies dans ces communautés indiquent une amélioration des connaissances et des comportements préventifs entre 1990 et 1995.

Les **femmes** sont tendanciellement moins souvent impliquées dans des situations comportant une exposition potentielle d'infection par le VIH. Lorsqu'elles y sont confrontées, il apparaît toutefois qu'elles disent utiliser moins systématiquement le préservatif que les hommes : en 1994, 37 % (± 9) des femmes et 57 % (± 7) des hommes ont utilisé des préservatifs de façon conséquente avec leurs partenaires occasionnels, 61 % (± 9) et 71 % (± 8) avec le nouveau partenaire stable – ici la différence n'est pas significative – 21 % (± 2) et 30 % (± 3) lors du dernier rapport.

Il existe de légères différences entre les régions linguistiques concernant la fréquence des expositions à un risque potentiel d'infection ou des comportements de protection. L'évolution temporelle de ces situations ne suggère aucunement l'apparition de processus de divergence ou de convergence croissantes.

L'augmentation de l'usage de préservatifs dans la population est confirmée par la mise sur le marché de préservatifs qui a passé de 7,6 millions d'unités en 1986 à 16,9 millions en 1995.

Mise sur le marché de préservatifs, en millions.



Le préservatif : image et problèmes

L'image du préservatif, étudiée dans les enquêtes de population depuis 1991, a diverses facettes, qui n'ont pas varié ces dernières années. L'acceptation sociale du préservatif est très forte, il est considéré comme un objet banal. Il n'apparaît ni « ringard » ni « dépassé », ni spécifiquement « pour les jeunes » (et ceci pour toutes les catégories d'âge) et il ne provoque pas de gêne lors de l'achat ; son emploi n'apparaît pas compliqué.

Trois dimensions suscitent par contre plus de problèmes. Tout d'abord, son impact sur la relation est cause de barrières, parce qu'il « crée des doutes sur le partenaire » (pour près d'un répondant sur sept), ou parce qu'il est jugé « inutile quand on s'aime » (pour près d'un répondant sur cinq). Des obstacles à l'utilisation plus importants proviennent des conséquences personnelles perçues par l'utilisateur : le préservatif « diminue le plaisir » pour 30 % des répondants et semble « pas naturel » à plus de 40 % d'entre eux. Enfin, l'efficacité de la protection offerte par le préservatif apparaît problématique à près de quatre répondants sur dix ; ce doute n'est cependant pas en train d'augmenter.

Il faut rapprocher ces préoccupations de la réalité des problèmes rapportés dans l'enquête menée régulièrement sur les comportements des dix-sept à

quarante-cinq ans : certes, en 1994, 68 % des personnes utilisatrices de préservatifs n'avaient jamais eu de problèmes de glissement ou de rupture de préservatifs, il n'en reste pas moins que le tiers restant en avait déjà eus.

Environ une personne sur trois a utilisé des préservatifs dans les six derniers mois et, chez ces utilisateurs, le taux de glissement de préservatifs est estimé à 0,6 % et le taux de rupture à 0,3 %. Les « accidents », tant glissements que ruptures surviennent dans leur grande majorité avec des préservatifs de qualité, lors de rapports vaginaux entre des partenaires de longue date. Ils constituent donc probablement une facette incontournable du recours à large échelle au préservatif pour la prévention du sida. Les ruptures ne semblent pas survenir dans des circonstances particulières. La moitié des personnes ayant fait l'expérience d'une rupture de préservatifs rapportent une diminution de la confiance dans ce moyen de protection même si deux tiers affirment vouloir en utiliser autant qu'auparavant.

Test VIH

Parallèlement à une certaine stagnation dans l'utilisation des préservatifs, un autre phénomène est en train de se produire : **une proportion importante de la population a choisi de se soumettre à un test VIH** : 31 % des hommes et 38 % des femmes de dix-sept à quarante-cinq ans. Si l'on prend en compte les tests effectués lors d'un don de sang, ce ne sont pas moins de 61 % des hommes et 51 % des femmes de cette classe d'âge qui ont déjà eu un ou plusieurs tests VIH (56 % sur l'ensemble). Selon des indications recueillies dans les centres de test anonyme et auprès des médecins praticiens, il se pourrait que l'on assiste à la mise en place par certaines personnes d'une gestion individuelle de la prévention qui inclut le test (soit comme vérification de la séronégativité des deux membres d'un couple avec un éventuel abandon de préservatifs par la suite, soit comme vérification qu'un risque couru n'a pas abouti à une infection).

Conclusions

- Un haut niveau de protection par le préservatif a été atteint sans que l'activité sexuelle se soit sensiblement modifiée depuis le début des campagnes de prévention. Les ventes de préservatifs ont plus que doublé entre 1986 et 1995.
- En 1995, dans l'ensemble, on peut considérer que les trois populations d'origine étrangère étudiées ont des connaissances et un niveau de protection en cas d'exposition potentielle à un risque de transmission du VIH équivalents à ceux de la population suisse.
- Les femmes sont tendanciellement moins souvent impliquées dans des situations comportant une exposition potentielle d'infection par le VIH. Lorsqu'elles y sont confrontées, il apparaît toutefois qu'elles utilisent moins systématiquement le préservatif que les hommes.
- Les faibles différences régionales constatées dans l'exposition à des risques potentiels d'infection et dans la protection ne nécessitent pas de mesures spéciales.
- Le préservatif est désormais considéré comme un objet banal mais des doutes persistent sur l'efficacité de la protection qu'il offre. Ces doutes ne sont cependant pas en train d'augmenter.
- Les accidents dans l'usage de préservatifs (rupture et glissement) sont une réalité dont il faut tenir compte
- Le test VIH volontaire devient une pratique répandue dans de larges segments de la population. Les tests répétés sont fréquents. Ce recours au test VIH volontaire intervient de manière autonome dans la population, sans que les autorités de santé publique aient diffusé à grande échelle des consignes claires à ce sujet.

Recommandations

- Il faut élaborer et communiquer des réponses claires aux problèmes concrets auxquels doit faire face la population : circonstances des tests VIH, problèmes de préservatifs, décision d'arrêt d'utilisation du préservatif.
- La prévention du sida doit intégrer les messages relatifs aux maladies sexuellement transmissibles et à la contraception.

Adolescents

Les adolescents et les jeunes adultes constituent un des groupes cibles de la stratégie de prévention du sida. Pour nombre d'entre eux, l'entrée dans la vie sexuelle comporte une période de recherche du partenaire idéal qui se traduira par des changements de partenaire et donc un certain risque d'exposition au VIH.

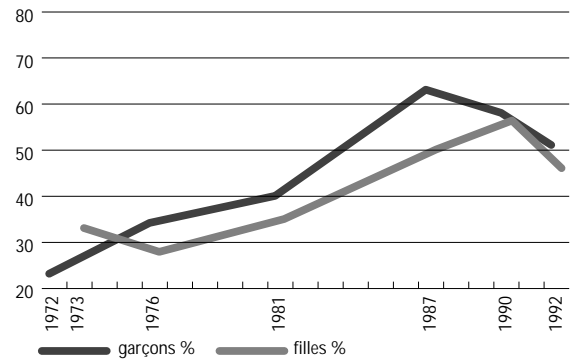
Les données utilisées pour l'évaluation de leurs comportements proviennent de deux sources principales : l'enquête régulière auprès de la population de dix-sept à quarante-cinq ans et l'étude « Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health » menée en 1992-1993 auprès de 9300 adolescents de quinze à vingt ans scolarisés ou en apprentissage. Une revue de la littérature accompagnée d'une analyse secondaire des données d'études existantes en Suisse sur la sexualité des adolescents a été effectuée.

Entrée dans la sexualité

Les **discussions avec les parents** sur le thème de la sexualité sont significativement plus fréquentes chez les filles (68 %) que chez les garçons (50 %).

Pour 12 % des filles et 16 % des garçons, le **premier rapport sexuel** a eu lieu avant quinze ans. La proportion d'adolescents sexuellement actifs entre quinze et seize ans est de 25 %. Le taux est identique chez les garçons et chez les filles, mais plus élevé chez les apprentis que chez les étudiants.

Proportion de jeunes sexuellement actifs à dix-sept ans, Suisse 1972-1992.



Certains ont craint que la promotion de l'usage de préservatifs n'incite les adolescents à avoir une activité sexuelle plus précoce ou de plus nombreux partenaires (effet incitateur, effet de permissivité). Ceci ne s'est pas produit. La tendance à long terme à l'abaissement de l'âge d'entrée dans la sexualité, mesurée par l'évolution de la proportion de jeunes de dix-sept ans sexuellement actifs, s'est inversée à la fin des années 1980, après le début de la prévention du sida à large échelle. En effet, la proportion des jeunes sexuellement actifs à dix-sept ans, qui avait lentement augmenté depuis les années septante, a commencé à diminuer.

Comportements sexuels

En ce qui concerne la **fréquence des rapports sexuels et le nombre de partenaires**, on constate que :

- les filles déclarent des rapports sexuels plus réguliers que les garçons mais la fréquence hebdomadaire de ces rapports reste cependant faible : 29 % seulement des jeunes de dix-sept à vingt ans sexuellement actifs ont deux rapports ou plus par semaine ;
- les garçons rapportent davantage de partenaires que les filles.

Divers indicateurs concordants suggèrent que l'on assiste, chez les adolescents, à une diminution de la fréquence des situations impliquant un **risque potentiel de transmission du VIH**. La proportion de jeunes de dix-sept à vingt ans ayant eu un nouveau partenaire stable durant l'année de l'étude est passée de 27 % en

1988 à 22 % en 1994 ; 17 % en 1987 avaient eu un **partenaire occasionnel** ou plus durant les six derniers mois, ils sont 12 % en 1994 ; enfin la proportion de ceux qui ont eu plus de deux partenaires au total durant leur vie a également diminué, passant de 34 % en 1987 à 25 % en 1994.

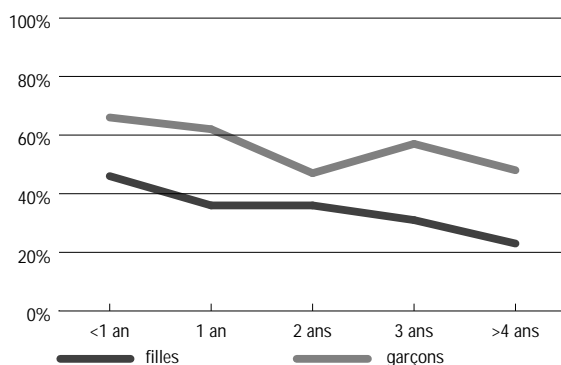
C'est chez les adolescents que la progression de **l'utilisation de préservatifs** a été la plus marquée :

- chez les dix-sept à vingt ans, l'usage systématique de préservatifs en cas de relation avec un **partenaire occasionnel** a passé de 16 % en 1987 à 69 % en 1994 ;
- l'utilisation de préservatifs au début de la relation avec un **nouveau partenaire** stable a aussi augmenté : elle a passé de 42 % en 1988 à 59 % en 1994.

Contraception

80 % des adolescents (proportion similaire chez les garçons et les filles) utilisent une **méthode contraceptive** lors de leur premier rapport sexuel. Ce recours à la contraception varie cependant selon l'âge auquel ce premier rapport a eu lieu : il est moins fréquent chez ceux qui commencent plus jeunes. Le type de contraception utilisé inclut souvent le préservatif. En effet, une forte proportion d'adolescents qui commencent leur vie sexuelle y ont recours, proportion qui diminue avec l'allongement de la durée de la vie sexuelle.

Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel selon la durée de la vie sexuelle.



Cet abandon de l'utilisation de préservatifs est plus marqué chez les filles, qui ne sont peut-être pas

encouragées suffisamment à adopter le préservatif comme moyen de contraception (en association ou non avec d'autres méthodes), au moins pendant les premières années de leur vie sexuelle.

Enfin, la généralisation de l'usage de préservatifs⁵ ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des grossesses non désirées : la Suisse reste un des pays européens avec le plus bas taux d'interruptions de grossesse pour l'ensemble de la population et la tendance séculaire à la baisse s'est poursuivie durant ces dernières années. On dispose pour quelques cantons de données d'interruption de grossesses selon l'âge qui n'indiquent pas non plus d'augmentation récente du nombre d'interruptions de grossesse chez les adolescentes/jeunes adultes.

Ces résultats plutôt rassurants concernant les adolescents dans leur ensemble doivent toutefois être relativisés : une étude menée auprès des jeunes en situation de « décrochage » (abandon de scolarité ou d'apprentissage, situation sociale précaire, etc.) a montré que ces jeunes étaient beaucoup plus exposés que les autres à toutes sortes de risques pour leur santé, y compris dans le domaine de la sexualité (grossesses non désirées, abus sexuels, prises de risque, etc.)

⁵ dans la mesure où ceux-ci sont parfois considérés comme un moyen contraceptif moins efficace que le pilule.

Conclusions

- Divers indices concordants suggèrent que l'on assiste chez les plus jeunes à une diminution de la fréquence des situations impliquant un risque potentiel de transmission du VIH.
- Ce sont les adolescents qui ont adopté de la manière la plus conséquente des comportements de protection par l'usage systématique du préservatif. Cette augmentation du recours au préservatif comme contraception ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des grossesses non désirées.
- La promotion de l'usage de préservatifs ainsi que la généralisation de l'éducation sexuelle n'ont pas été accompagnées d'une précocité sexuelle plus marquée.
- Le problème de la contraception chez les jeunes qui se trouvent dans des situations de monogamie séquentielle n'a pas encore fait l'objet de suffisamment d'attention.
- Certains jeunes défavorisés socialement, en situation de « décrochage », sont particulièrement exposés à des risques pour leur santé

Recommandations

- Il importe, en particulier chez les jeunes, de promouvoir l'usage de préservatifs autant comme moyen de contraception que de prévention du sida et des MST. Cela pendant toute la période d'entrée dans la sexualité et de recherche de partenaire, qui caractérise l'adolescence, jusqu'à la constitution d'un partenariat durable. Il faut pour cela offrir, aux filles et aux garçons, des possibilités de suivi de la contraception :
 - contrôles réguliers, conseils, accès à la contraception post-coïtale ou pilule du lendemain en cas de problème (oubli, rupture) avec le préservatif, éventuellement prescription d'une pilule si les rapports sexuels sont réguliers, etc.
- Il faut donner une attention particulière aux jeunes en difficultés, qui ne sont pas atteints par des actions de prévention dans les lieux de formation.

Homo- bisexuels

Quatre études concernant les homo- bisexuels et ayant pour but de connaître la situation de la prévention dans ce groupe de population ont été menées depuis 1987. La dernière, présentée ici, a été réalisée en 1994. Elle utilisait un questionnaire qui a été inséré dans la presse gay, diffusé par les associations et dans des bars et saunas. 1195 questionnaires ont été retournés. Ce collectif est comparable à ceux des années précédentes pour le niveau éducatif, la répartition linguistique et le lieu de résidence, en revanche la moyenne d'âge est un peu plus basse (1994 : 35,3 ans, 1992 : 37,1 ans) et la proportion de personnes ayant une relation stable est plus élevée. Des interviews (32) en profondeur ont aussi été menées, centrées sur la protection au sein des couples.

Les répondants sont pour leur majorité (>90 %) des personnes ayant une activité sexuelle exclusivement homosexuelle, 41 % appartiennent à une association homosexuelle et 12 % à une association de lutte contre le sida. Les trois quarts d'entre eux connaissent une personne séropositive, malade ou morte du sida, ce qui est considérablement plus que la moyenne de la population suisse (25 %). Un tiers des personnes interrogées a une relation stable exclusive, un autre tiers une relation stable et d'autres partenaires sexuels et un dernier tiers n'a aucune relation stable.

Activité et pratiques sexuelles

3 % des répondants n'ont pas eu de partenaires au cours des douze derniers mois, 17 % en ont eu un seul, 32 % en ont eu de deux à cinq, 17 % de six à dix, 15 % de onze à vingt et 16 % en ont eu plus de vingt.

La pratique sexuelle la plus commune avec tous les partenaires est la masturbation. Les pratiques de fellation et de pénétration sont fortement liées au type de relation. Ainsi 76 % des répondants pratiquent la pénétration dans le cadre de leur relation stable, par contre ce n'est le cas que de 60 % des répondants avec leurs

partenaires occasionnels. 35 % des répondants ont des relations sexuelles plusieurs fois par semaine, 33 % plusieurs fois par mois, 17 % occasionnellement, 15 % irrégulièrement mais avec des périodes d'activité intense.

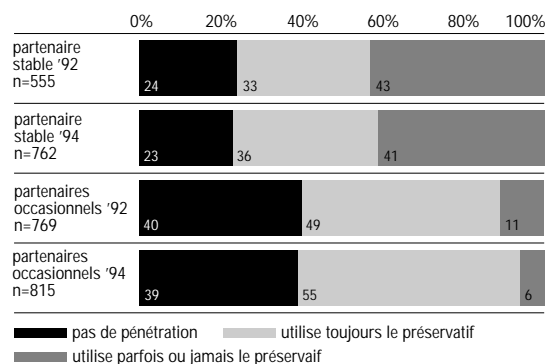
La fréquence et la répartition des pratiques sexuelles n'ont pas changé ces dernières années.

Protection contre le VIH

Le risque d'infection en cas de **fellation** est mieux pris en compte qu'en 1992. C'est particulièrement le cas dans les relations occasionnelles où 88 % des répondants (78 % en 1992) disent ne pas avoir eu de sperme dans la bouche ou ne pas avoir pratiqué la fellation au cours des douze derniers mois. Avec le partenaire stable, ces proportions sont inférieures (en 1994, 65 %, en 1992 : 62 %).

La présente étude montre que le niveau de protection contre le VIH dans le cas de la **pénétration anale** continue à être élevé, particulièrement dans les relations avec les partenaires occasionnels, puisque environ 90 % des répondants ne s'exposent pas à un risque de transmission du VIH, soit parce qu'ils ne pratiquent pas la pénétration, soit parce qu'ils utilisent systématiquement le préservatif. Entre partenaires stables, environ 60 % ne se sont pas exposés à un risque de transmission du VIH car ils ne pratiquent pas la pénétration ou utilisent toujours le préservatif, le 40 % restant n'utilisant pas toujours le préservatif.

Usage du préservatif avec partenaires stables et avec partenaires occasionnels lors de la pénétration anale au cours des douze derniers mois : comparaison 1992-1994.



Toutefois il n'est pas exclu que les répondants sous-estiment leur niveau d'exposition au risque, en particulier avec leur partenaire stable. Des analyses montrent qu'une part importante de ceux qui ont une relation stable ne connaissent par leur propre statut sérologique ou celui de leur partenaire et pratiquent la pénétration anale sans préservatif.

Les couples

Plusieurs résultats de cette étude confirment que des expositions au risque d'infection par le VIH peuvent exister parmi les homosexuels qui ont une relation stable :

- la pénétration anale est plus répandue entre partenaires stables et l'usage du préservatif est nettement moins important. La fréquence de l'activité sexuelle entre partenaires stables est plus élevée qu'entre partenaires occasionnels ;
- parmi les 70 % du collectif qui ont une relation stable, la moitié environ ont une relation non exclusive et plusieurs autres partenaires dans l'année ;
- un tiers des relations stables ont une durée d'une année et moins. Cela suppose des changements de partenaires fréquents. Dans un tiers des relations stables d'une durée de trois mois et moins, le préservatif n'est déjà plus toujours utilisé lors de la pénétration anale. Il semble donc que la procédure d'attente de trois mois pour réaliser le test et abandonner l'usage du préservatif ne soit pas toujours suivie. Le niveau d'utilisation du préservatif lors des relations anales continue à baisser à mesure que la relation se prolonge ;
- un peu plus de la moitié des homosexuels ayant une relation stable et pratiquant la pénétration anale connaissent leurs statuts sérologiques mutuels (57 %). La connaissance des statuts sérologiques mutuels a une forte influence sur l'usage de préservatifs : entre séronégatifs les préservatifs ne sont pas souvent utilisés et presque toujours lorsqu'un des partenaires est séropositif. En revanche, un tiers environ des couples qui ne sont pas au courant de leurs statuts sérologiques mutuels n'en utilisent pas toujours, ce qui n'est pas sans risque dans une population au taux de séropositivité élevé ;
- les différences d'âge dans les couples sont importantes, impliquant un brassage des générations et le

risque que certaines classes d'âge « historiquement » plus touchées par l'infection transmettent le virus à des plus jeunes, s'ils ne suivent pas les consignes de protection ;

- les partenaires les plus amoureux se protègent moins contre l'infection par le VIH ;
- les interviews montrent que des non-dit existent entre les membres d'une relation stable. Des comportements de non protection peuvent être liés à des raisons affectives (garder le partenaire, difficultés relationnelles, non-dit, idéal de fidélité...). Très souvent la fidélité est sous-entendue. Malgré la liberté plus grande qui existe entre homosexuels en termes de partenaires extérieurs au couple, il semble qu'une partie d'entre eux soit très attachée à la fidélité (et ceci plus particulièrement parmi les plus jeunes). La gestion des risques d'infection par le VIH avec les partenaires extérieurs et au sein de la relation, en particulier lors d'accidents de préservatifs est rarement prévue et il semble que la négociation de la protection lors des relations extérieures ait souvent lieu après une exposition au risque. Rares sont les couples qui établissent précocement des accords concernant la prévention du sida en cas de relations extérieures (usage de préservatifs seulement avec les partenaires extérieurs et réintroduction du préservatif dans le couple lors d'oublis ou d'accidents de préservatifs, abstention de rapports anaux avec les partenaires extérieurs, etc.).

Les séropositifs

Ils ont un nombre moyen de partenaires plus élevé que les séronégatifs et les non testés et pratiquent davantage la pénétration anale. Ils sont plus nombreux que les séronégatifs et les non testés à admettre une exposition au risque de transmission au cours de l'année. Toutefois, on ne peut pas écarter l'éventualité que, conscients des conséquences potentielles plus graves d'un non usage du préservatif, les séropositifs puissent s'en rappeler mieux et en rapporter plus que les séronégatifs et les non testés. Relevons que les séropositifs ne forment pas un groupe homogène dans la gestion du risque sida (fréquence de l'activité sexuelle, nombre de partenaires, pratique de la pénétration, protection). Par ailleurs la majorité des répondants séropositifs ont informé leur partenaire stable de leur séropositivité, les partenaires occasionnels étant moins souvent informés. Il semble que, par peur de discrimination, il soit encore difficile de parler de sa séropositivité.

Les jeunes (moins de vingt-cinq ans)

Selon les données recueillies par questionnaire, les jeunes ne s'exposent pas davantage au risque que leurs aînés, au contraire, ils se protégeraient même un peu mieux. Néanmoins, les données qualitatives montrent que la période de découverte de l'homosexualité est difficile à vivre par une proportion importante d'entre eux et que certains considèrent alors la protection contre l'infection par le VIH comme un problème secondaire.

Test VIH

Le pourcentage des personnes testées pour le VIH atteint 73 % et 50 % ont passé plusieurs fois le test. 10 % des répondants de ce collectif sont séropositifs, pourcentage qui montre une légère baisse par rapport aux années précédentes. Il se dessine une tendance à la stabilisation de la prévalence de la séropositivité. Cependant, le fait que 10 % environ des répondants aient eu une autre maladie sexuellement transmissible dans l'année, montre bien le potentiel d'exposition à un risque de transmission du VIH.

Répondants testés pour le VIH et statut sérologique, 1994.

	1994	1992	1990	1987
	n = 1195	n = 934	n = 720	n = 795
% de testés	73 % ± 3 %	72 % ± 3 %	67 % ± 3 %	57 % ± 3 %
• Séropositifs	10 % ± 2 %	11 % ± 2 %	13 % ± 2 %	14 % ± 2 %
• Séronégatifs	87 % ± 2 %	87 % ± 2 %	81 % ± 2 %	77 % ± 3 %
• Ne veulent pas le dire*	3 % ± 1 %	2 % ± 1 %	6 % ± 2 %	9 % ± 2 %

* ou ne savent pas.

Problèmes rencontrés avec les préservatifs

21 % des répondants ont eu au moins une rupture de préservatif dans l'année écoulée, 12 % un glissement. Ces accidents sont plus nombreux parmi les répondants ayant un nombre de partenaires élevé ou des relations sexuelles fréquentes. Les répondants utilisant toujours un lubrifiant lors de la pénétration anale avec leur partenaire stable ont un peu moins d'accidents de préservatifs que ceux qui n'en utilisent pas toujours. L'usage systématique de lubrifiants lors de la pénétration anale a passé de 63 % en 1992 à 72 % en 1994. Toutefois 6 % emploient encore des lubrifiants inadéquats.

Conclusions

- Le niveau de protection contre le VIH continue à être élevé dans cette population.
- Il existe des difficultés à maintenir systématiquement et à long terme une protection adéquate. Ceci est surtout valable entre partenaires stables. Au sein des couples, il manque souvent l'établissement d'accords clairs concernant la prévention en cas de relations sexuelles avec des partenaires extérieurs.
- Les jeunes homosexuels se protègent autant que leurs aînés, mais décrivent la période de « coming out » comme un moment où la prévention peut apparaître comme secondaire.
- Il se dessine une tendance à la stabilisation du taux de séropositivité mais de nouvelles infections continuent à se produire.

Recommandations

- Il faut rappeler que le fait d'avoir un partenaire stable n'est pas une protection en soi contre l'infection par le VIH dans une population au taux élevé de séropositivité. Il s'agit d'encourager les couples qui souhaitent abandonner l'usage du préservatif à ne le faire qu'après avoir fait un test dans de bonnes conditions.
- L'importance de la communication dans le couple, ainsi que des accords clairs concernant la prévention dès le début de la relation sont des thèmes de discussion à promouvoir au sein des couples homosexuels.
- Des moyens devraient être trouvés pour soutenir les jeunes homosexuels qui découvrent leur orientation sexuelle pour que, dans cette période difficile, ils ne négligent pas les comportements de prévention. Les homosexuels qui ont des relations sexuelles avec des jeunes qui commencent leur vie sexuelle devraient rendre ces derniers attentifs au fait qu'ils doivent se protéger dès leurs premières relations (à titre d'exemple et par solidarité intergénérationnelle).

Toxicomanes

Les efforts de prévention du sida auprès des consommateurs de drogue se sont orientés vers la réduction des risques de transmission du VIH par le sang (partage de matériel d'injection) et par voie sexuelle. Les données suivantes sont tirées d'études menées à ce sujet entre 1989 et 1995.

Partage de matériel d'injection

Une diminution du partage de seringues a été rapportée dans toutes les études qui comparent l'expérience de partage au cours de l'existence à celle dans les six derniers mois ou dans le dernier mois. Certes, toutes les études présentées ne s'adressent pas à des populations comparables : certaines ont été menées auprès de patients entrant en traitement, d'autres parmi les personnes qui fréquentent les centres à bas seuil où du matériel d'injection est disponible. La tendance est cependant générale. Notons aussi a) que le fait d'avoir partagé du matériel dans sa vie est plus fréquent en Suisse romande où les seringues sont moins facilement accessibles et b) que, actuellement, seule une minorité des consommateurs de drogue par voie intraveineuse s'expose à ce risque :

- sur cinq études menées entre 1993 et 1995 et concernant divers groupes de toxicomanes (entrées en traitement ambulatoire, personnes fréquentant les centres de distribution de seringues, population plus cachée et hors traitement), la proportion de personnes ayant au moins une fois dans leur vie partagé le matériel d'injection s'échelonne entre 39 % et 51 % ;
- dans ces mêmes études le partage au cours des six derniers mois varie de 11 % à 17 %.

Il semble que le partage soit plus fréquent chez les consommateurs débutants ou irréguliers (en contact moins étroit avec les structures offrant du matériel stérile ?) et entre partenaires ou amis.

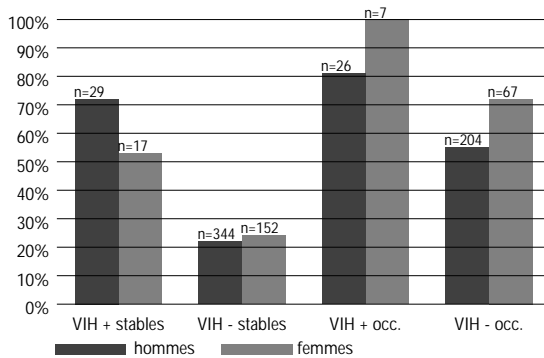
Prévention de la transmission sexuelle du sida

Des progrès dans l'usage de préservatifs ont été enregistrés, ce qui montre bien que les consommateurs de drogues sont aussi capables d'adapter leurs comportements sexuels à la réalité imposée par l'épidémie. La prévention de la transmission sexuelle du VIH reste cependant un problème majeur parmi les consommateurs de drogue, qui ont fréquemment des partenaires qui ne s'injectent pas ou qui ne sont pas consommateurs. Ceci concerne surtout la protection avec les partenaires stables. Les changements de comportements obtenus ne sont pas encore suffisants compte tenu de la prévalence de l'infection à VIH dans ce groupe. La voie sexuelle de transmission pourrait donc devenir prépondérante dans cette population et s'étendre à d'autres populations.

Dans l'ensemble, la protection par le préservatif est la plus fréquente en cas de prostitution : quatre études réalisées entre 1989 et 1994 indiquent des proportions de protection systématique de 46 % (1989) à 87 % (1994). Avec les partenaires occasionnels (non clients), elle est semblable à celle que l'on rencontre dans la population générale : neuf études menées entre 1989 et 1995 rapportent des taux de protection systématique dans les six derniers mois de 38 % (1989) à 77 % (1992). L'emploi de préservatifs est beaucoup moins fréquent entre partenaires stables (avec lesquels les contacts sont répétés) : dans les neuf études mentionnées le taux de protection systématique oscille entre 12 % (1989) et 22 % (1992).

Les séropositifs utilisent plus souvent des préservatifs que les séronégatifs mais certains d'entre eux ne le font pas ou pas systématiquement et ceci peut arriver avec toutes les catégories de partenaires. Les femmes se protègent mieux avec leur partenaires occasionnels que les hommes. C'est le contraire qui est vrai dans le cas de la relation stable.

Toxicomanes : proportion de personnes utilisant systématiquement des préservatifs, selon le sexe, le statut sérologique du répondant et le type de partenaire (stable ou occasionnel).



Prévalence de l'infection à VIH

Des taux de séroprévalence assez stables au cours des dernières années font penser que l'on est arrivé à une diminution de la progression de l'épidémie dans cette population massivement testée : en 1989-1990, la prévalence rapportée dans les différentes études s'établissait autour de 20 %, en 1993-1994, elle se situe plutôt entre 10 % et 15 %. Elle est encore inférieure chez les personnes qui ont commencé à s'injecter après 1986.

Conclusions

- Le partage de seringues a fortement diminué.
- Même si des progrès dans l'usage de préservatifs ont été enregistrés, la prévention de la transmission sexuelle du VIH reste un problème majeur parmi les consommateurs de drogue, qui ont fréquemment des partenaires qui ne s'injectent pas ou qui ne sont pas consommateurs.
- L'ensemble de ces résultats, encourageants, peut être relié à l'effort considérable de mise en place de structures à bas seuil d'accessibilité orientées vers la réduction des risques.

Recommandations

- La prévention de la transmission sexuelle du VIH, remise dans un contexte plus général de « santé sexuelle » (intégrant la prévention des MST, des grossesses non désirées, la prévention de la violence sexuelle, etc. mais aussi les questions liées à la maternité), devrait devenir une des priorités dans l'action des structures qui s'occupent de toxicomanes. Une formation adéquate dans ce sens devrait être ouverte aux intervenants qui y travaillent.
- Parallèlement, d'autres actions de proximité (éducation par les pairs, travail de rue) centrées sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH dans le sens cité plus haut devraient être développées et évaluées.

Les risques d'exposition professionnelle au VIH chez le personnel hospitalier et leur prévention

L'apparition du sida a fait resurgir avec acuité dans le système de soins la question de l'exposition professionnelle au VIH et aux autres affections virales transmises par le sang. Ce problème n'était pas neuf : la transmission des hépatites avait déjà mobilisé les responsables de l'hygiène hospitalière mais n'avait pas fait l'objet de préoccupations aussi fortes que le VIH au sein du personnel hospitalier ; ceci malgré le pouvoir infectieux plus élevé des hépatites ainsi que la morbidité et la mortalité non négligeables de ces affections parmi les travailleurs de la santé avant la vaccination systématique contre l'hépatite B. Le risque de séroconversion après une exposition percutanée est actuellement estimé être entre 0.2 % et 0.5 % pour le VIH, entre 2 % et 40 % pour l'hépatite B chez les personnes non immunes et entre 3 % et 10 % pour l'hépatite C.

L'OFSP a institué en 1989 un système de déclaration volontaire de tous les cas d'exposition professionnelle à du sang contaminé par le VIH (ou présumé l'être) ainsi que des recommandations sur le suivi des cas et sur les mesures de prévention des maladies transmises par le sang.

Questions d'évaluation :

- Quelle est l'incidence des accidents par piqûre et coupure avec du matériel souillé au sein du personnel ?
- Quelles sont les circonstances dans lesquelles ces accidents se produisent le plus fréquemment ?
- Qu'est-ce que le personnel connaît des mesures de protection à prendre et comment les applique-t-il ?
- Comment fonctionne le système de déclaration des accidents mis en place d'après les directives de l'OFSP ?

Une enquête par questionnaire a été menée dans sept hôpitaux suisses auprès des infirmier(ère)s, des médecins chirurgiens et anesthésistes et du personnel de maison. Le taux de participation d'ensemble a été de 72 % (personnel de maison 74 %, infirmier(ère)s 74 %, médecins 59 %). Le collectif constitué comprend : 2434 infirmier(ère)s, 314 médecins et 368 personnes chargées du nettoyage (personnel de maison).

440 accidents survenus dans le dernier mois ont été décrits par le personnel infirmier et médical (dont 38 % avec du matériel souillé par du sang ou un liquide biologique), 35 dans les douze derniers mois chez le personnel de maison (94 % avec du matériel souillé). Seuls les accidents survenus avec du matériel souillé ont été pris en compte dans les calculs d'incidence.

Incidence annuelle d'accidents avec du matériel souillé pour différentes catégories de personnel, hôpitaux suisses, 1995.

	Taux annuel d'incidence par personne, calculé sur les accidents :		
	du jour	du mois	de l'année
Infirmier(ère)s n = 2434	2.23 (1.37-3.43)	0.49 (0.38-0.61)	
Chirurgiens n = 238	11.05 (5.57-19.72)	4.28 (3.37-5.36)	
Anesthésistes n = 76	3.14 (0.07-17.47)	2.11 (1.09-3.68)	
Personnel de maison n = 368		0.17 (0.05-0.42)	0.11 (0.07-0.15)

L'incidence d'accidents avec du matériel souillé⁶ se situe entre 2,1 et 8,2 par jour et pour 1000 infirmier(ère)s, selon que l'on prenne en compte les accidents rapportés pour le dernier mois ou pour le dernier jour travaillé. Exprimé autrement, ceci représente une fréquence moyenne d'accident de 0,49 à 2,23 par an et par infirmier(ère). Les taux les plus élevés sont observés au bloc opératoire (infirmier(ère)s instrumentistes et anesthésistes). Ces taux sont un peu plus élevés que ceux que l'on trouve dans la littérature mais ceux-ci sont en général basés sur les déclarations officielles et non des questionnaires.

Pour les chirurgiens, l'incidence d'accidents avec du matériel souillé est plus élevée que chez le personnel infirmier : de 4,28 à 11,05 accident par an et par médecin. Ces taux sont plus proches de ce que l'on trouve dans la littérature (entre 2,1 et 12,5).

Pour le personnel de maison, l'incidence est plus faible : entre 0,11 et 0,17 par an et par personne (taux comparables à ceux de la littérature), mais cette catégorie de personnel n'est pas censée se trouver en contact avec du matériel souillé qui devrait être jeté après usage de façon à éviter ce genre d'incident.

De l'avis même de ceux qui en sont victimes, ces accidents sont en partie évitables (évitement des gestes dangereux, plus d'attention lors de la manipulation d'objets piquants et tranchants, usage systématique de contenants appropriés).

Si l'on considère la nature et les circonstances des accidents on constate que :

- la plupart des accidents surviennent dans une situation « normale » (pas d'urgence, pas d'énervement ou de fatigue particulière ressentis) ;
- les chirurgiens sont particulièrement exposés à de tels accidents, qui sont fréquemment des blessures superficielles causées par des aiguilles (de suture) non creuses, donc moins susceptibles de contenir une grande quantité de matériel potentiellement infectant ;
- les infirmier(ère)s sont un peu moins exposé(e)s mais représentent la majeure partie du personnel exposé dans un hôpital. La plupart des accidents ont lieu avec des aiguilles creuses. Ils surviennent dans des lieux très divers (le plus fréquent étant au lit du malade) ; les contenants pour matériel usagé devraient

être disposés de façon à diminuer le temps et la distance entre l'utilisation du matériel et son élimination. Le recapuchonnage d'aiguilles est encore une cause d'accidents malgré les instructions claires données par tous les hôpitaux ;

- le personnel de maison est moins exposé mais les accidents qu'il subit sont plus graves (proportion plus élevées de blessures profondes avec saignement), probablement parce qu'il ne s'attend pas à se trouver en contact avec du matériel coupant, la plupart du temps déposé par inadvertance ou négligence dans des endroits où il ne devrait pas se trouver (poubelles par ex.) ;
- le port de gants, en tout cas chez les chirurgiens (gants doubles) et le personnel de maison, semble être en relation avec la gravité de l'exposition (diminution de la gravité de la blessure mais aussi de la quantité de sang inoculé par « essuyage » de l'objet). En revanche, il ne semble pas avoir d'influence sur l'occurrence des blessures.

Le système de déclaration au sein de l'hôpital ne fonctionne pas très bien. Si la plupart du personnel de maison signale un accident à un supérieur ou à la personne responsable dans l'hôpital, seule une minorité des infirmier(ère)s et surtout des médecins le fait. Apparemment, chez le personnel soignant, deux logiques principales sont à l'œuvre : l'évaluation personnelle de la situation qui semble prendre en compte la gravité de la blessure et le degré de « risque » du patient (selon quels critères ?) et la banalisation (manque de temps, le fait que ce genre d'accident soit fréquent, que le système de déclaration soit jugé trop compliqué ou contraignant). Quelles que soient les directives mises en place par les hôpitaux, le fait que l'appréciation du risque soit faite seulement par la personne qui a eu un accident est inadéquat.

Le personnel des hôpitaux semble relativement bien informé sur les risques professionnels de contamination par les virus des hépatites et du sida et les moyens de les prévenir mais semble moins bien disposé à appliquer les conseils ou directives reçus, que ce soit dans le domaine de la protection ou de la déclaration des accidents.

⁶ Pour la description du mode de calcul, se référer au rapport d'étude.

Conclusions

- Les accidents par piqûre ou coupure avec du matériel souillé sont plus fréquents que ne le laisse supposer le système de déclaration mis en place au niveau suisse. Une partie de ces accidents est évitable, en particulier ceux qui touchent le personnel de maison.
- La déclaration des cas d'accident par le personnel touché est encore insuffisante.

Recommandations

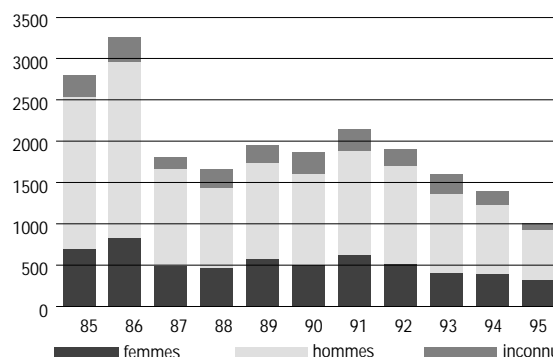
- Il faut lutter contre la banalisation des accidents à tous les niveaux par une meilleure sensibilisation du personnel de santé. En particulier, il faudra veiller à ce que les risques d'hépatites soient pris en compte au même titre que les risques liés au VIH et à ce que la prévention de ces risques se fasse toujours avec le souci de préserver les droits du patient (non-stigmatisation, consentement éclairé dans le cas de la nécessité de faire un test). Il faut lutter aussi contre la négligence qui consiste à déposer du matériel souillé dans des endroits inappropriés, source d'accidents pour ceux qui s'occupent du nettoyage.
- Des améliorations peuvent encore avoir lieu dans l'information du personnel, la mise à disposition de matériel plus adéquat ou la mise en place de procédures plus sûres.
- Tout accident avec du matériel souillé devrait être au moins annoncé à une personne compétente (formée) pour permettre un jugement plus objectif de la situation et décider de la marche à suivre (ne pas poursuivre les investigations, en référer à une personne spécialisée). Le système de déclaration des cas doit être rendu plus facile d'accès.

Epidémiologie du sida et du VIH

Compte tenu de la latence entre le moment de l'infection par le VIH et l'apparition du sida, les données épidémiologiques sur l'incidence des cas de la maladie ne présentent qu'un intérêt mineur pour l'évaluation, dans les années qui suivent le début de l'activité préventive : on cherche à détecter des résultats précoces de la prévention. Cela étant, on constate une diminution du taux d'accroissement de l'incidence des cas de sida dans les dernières années. La proportion des cas chez les homosexuels et les toxicomanes a diminué entre 1992 et 1995 (38.9 % à 32.6 % chez les homosexuels ; 40.9 % à 34.8 % chez les toxicomanes) alors que la proportion de cas hétérosexuels a augmenté de 16.9 % en 1992 à 27 % en 1995⁷. La proportion des femmes a continué de croître (20.6 % en 1987, 21.3 % en 1992, 27.2 % en 1995).

Les données épidémiologiques concernant les nouveaux cas de séropositivité découverts chaque année sont un peu plus utiles mais restent difficilement interprétables. On note cependant une tendance à la diminution des nouveaux cas de séropositivité découverts chaque année. En 1995, 1008 tests ont été déclarés positifs (la moyenne annuelle depuis 1987 étant de 1705). La tendance en chiffres absolus est légèrement décroissante. La proportion des tests positifs sur l'ensemble de ceux effectués dans les centres de test anonymes (seule source pour ce type de données) est restée stable autour de 1 % ces dernières années. En 1995, les femmes représentent 33 % (27 % en 1992) des 926 tests positifs pour lesquels le sexe est connu. Tant chez les hétérosexuels que chez les homosexuels et les toxicomanes, la proportion de tests positifs par rapport à l'ensemble des tests effectués a baissé depuis 1985 avec stabilisation dans les années 1990-1995. On découvre de moins en moins de nouveaux cas dans la population de moins de trente ans.

Résultats VIH-positifs des laboratoires de confirmation en Suisse, selon le sexe.



De façon générale, la population étant en grande majorité composée d'hétérosexuels, il n'est pas étonnant que la proportion de cas de transmission hétérosexuelle augmente ; les données actuelles ne permettent pas de conclure à un développement rapide de l'épidémie par ce mode de transmission en Suisse.

⁷ Etat au 29 février 1996

Solidarité et discrimination en relation avec l'épidémie du sida

L'encouragement de la solidarité envers les personnes séropositives et les malades du sida a été défini dès le début comme un des buts de la stratégie de prévention du sida et le thème de la solidarité est très régulièrement un objectif central ou accessoire des interventions de prévention. L'évaluation des attitudes et comportements relatifs à la solidarité et à la discrimination se base pour l'essentiel sur les informations fournies par les études périodiques auprès de la population générale. D'autres données concernant les personnes de nationalité étrangère et les homosexuels sont tirées des études correspondantes.

- **Existe-t-il des indices d'attitudes de discrimination ou au contraire d'attitudes de solidarité au sein de la population ?**

Il existe au niveau de la population générale un certain malaise face aux personnes séropositives ou malades du sida qui est resté inchangé entre 1990 et 1995 et une partie de la population pense que les personnes vivant avec le sida sont rejetées. Ce malaise ne se traduit cependant pas par une attitude personnelle de rejet. Au contraire, il y a une très large acceptation de principe des personnes séropositives, tant dans le domaine du travail, que dans le domaine privé. On doit conserver quelque distance face à cette unanimité affirmée : si elle reflète très vraisemblablement l'existence d'une norme sociale très claire, elle n'est cependant pas prédictive du détail des comportements individuels.

En 1994 comme en 1990, l'image sociale des personnes séropositives mais pas malades du sida reste prioritairement celle de malades incurables. Elles continuent à être perçues par la moitié de la population environ comme un danger pour autrui et comme des per-

sonnes isolées et souffrant d'un handicap. Un peu plus d'un tiers des répondants les considèrent comme des personnes en bonne santé. Ce sentiment que les personnes séropositives constituent un danger pour autrui est tempéré par l'opinion qu'elles prennent des précautions pour ne pas infecter autrui. Cette capacité qui leur est reconnue d'éviter la mise en danger de soi-même ou d'autrui s'est maintenue à un niveau très élevé : plus de 80 % des gens le pensent.

Les réponses spontanées concernant les moyens de se protéger personnellement du sida montrent une absence de réponses mentionnant l'évitement de groupes sociaux (les prostituées, les homosexuels, les séropositifs ou malades du sida) ou de lieux ou circonstances (les saunas, les WC publics, la vie quotidienne en général) auxquels pourrait être associée une tendance à la stigmatisation. Ces données n'indiquent donc ni la présence ni l'émergence de processus de stigmatisation qui lieraient certains groupes à l'image de l'épidémie de sida.

Interrogée sur les moyens à mettre en œuvre concernant les personnes séropositives, la population mentionne systématiquement des mesures concernant les aspects sociaux et humains allant dans le sens de la solidarité. On note l'absence de demande de mesures stigmatisantes et discriminatoires à l'égard des personnes séropositives.

Les attitudes de la population étrangère⁸ en Suisse sont, dans l'ensemble, similaires à celles de la population générale. Ainsi, plus de quatre répondants sur cinq reconnaissent le besoin de solidarité et de sympathie pour les personnes malades du sida et leur droit au meilleur traitement médical possible ; la grande majorité (un peu moins chez les Turcs) rejette les mesures d'isolement.

D'autres indices indirects d'atmosphère plutôt solidaire sont observables dans la population. Dans une étude consacrée aux problèmes de la drogue en Suisse, menée auprès de la population de dix-huit à septante ans, on note une grande majorité d'avis favorables sur les propositions suivantes d'intervention : apporter de

8 Les données proviennent de l'évaluation du Projet Migrants.

l'aide aux jeunes en difficulté (98 %), en particulier aux toxicomanes sous forme de traitement (97 %) ou sous forme d'aide à la survie (92 %), de programmes d'échanges de seringues (87 %), de locaux où les toxicomanes peuvent s'injecter la drogue (73 %).

L'opinion des homosexuels et particulièrement des homosexuels séropositifs sur la discrimination et la solidarité à l'égard des personnes atteintes par le VIH apporte un éclairage différent sur cette question. Un tiers des répondants estime que les employeurs ou les assurances pratiquent le test sans en informer les personnes concernées. Les deux tiers des homosexuels estiment aussi que la violence à leur égard a augmenté ces dernières années. D'autre part, 15 % disent avoir fait l'objet d'injures ou d'agressions au cours des douze derniers mois.

Les réponses que donnent les homosexuels au sujet de la discrimination à l'égard des séropositifs laissent penser que celle-ci est bien réelle, même si elle est plus feutrée. Ainsi deux tiers des répondants estiment que les séropositifs sont marginalisés, même entre homosexuels. Deux tiers des homosexuels estiment d'ailleurs qu'un séropositif a intérêt à garder son diagnostic secret, pour éviter les discriminations.

Conclusions

- **On peut penser que la norme sociale de solidarité est forte en Suisse, notamment grâce aux campagnes STOP SIDA et empêche l'apparition de tout phénomène de rejet visible.**
- **En revanche, la solidarité individuelle, unanimement affirmée, n'est probablement pas sans faille.**

Recommandation

- **La solidarité doit rester un élément essentiel de la prévention du sida.**

Conclusions générales

En préambule, on peut dire que, presque dix ans après le début de l'intervention à grande échelle dans le domaine de la prévention du sida, l'OFSP a su maintenir une stratégie forte, continue et cohérente, ce qui est loin d'être le cas dans d'autres pays européens par exemple. Il a aussi fait l'effort de réaffirmer le cadre « doctrinal » en matière de prévention du sida en publiant en 1993 le manuel « Prévention du sida en Suisse » et en

le faisant largement connaître. Soulignons aussi que les résultats de cette stratégie s'observent dans tous les milieux depuis plusieurs années et que certaines améliorations récentes ont encore été mises en évidence.

De façon générale, les comportements préventifs ont atteint un haut niveau, même si des améliorations sont encore souhaitables.

Développement de la stratégie

Entre 1993 et 1995, les activités de prévention du sida se sont poursuivies dans tous les domaines visés et à tous les niveaux prévus par la stratégie adoptée par la Suisse.

On note en particulier la poursuite des initiatives en direction de groupes cibles spécifiques, tout spécialement :

- le développement d'actions impliquant des médiateurs qui fonctionnent généralement selon le modèle de l'éducation par les pairs (Projet « Barfüsserfrauen », projet Média) ;
- la stimulation de l'activité de multiplicateurs, personnes actives dans leur milieu qu'il soit professionnel ou non (médecins, migrants).

Si l'on se réfère aux trois niveaux d'intervention définis par la stratégie on peut faire les constatations suivantes :

- **L'intervention destinée à la population générale (essentiellement la campagne STOP SIDA) a continué à jouer son rôle de rappel des messages principaux de la prévention et continue à être bien perçue par la population.** Dans ce cas, l'OFSP a un rôle prépondérant. La campagne n'a toutefois pas encore vraiment réussi à thématiser la question de l'importance des aspects relationnels dans la mise en pra-

tique de la prévention. Elle n'a pas non plus intégré dans ses messages la problématique prévention du sida/prévention des autres maladies sexuellement transmises/contraception.

- **La prévention destinée à des groupes cibles spécifiques se développe**, souvent par le biais de programmes spéciaux financés intégralement (Projet Migrants, Projet « Barfüsserfrauen » à ses débuts) ou partiellement par l'OFSP (certains programmes de remise de matériel d'injection), parfois financés par les cantons (programmes d'éducation sexuelle développés par les systèmes scolaires, très divers d'un endroit à l'autre⁹). Ces programmes doivent être pensés en terme de durée et de couverture. La question du rôle de l'OFSP se pose alors : quel degré de responsabilité se reconnaît-il ? Quel rôle et quel degré d'implication choisit-il ? Quelles relations établit-il avec ses partenaires ? Quel contrôle souhaite-t-il/peut-il exercer ? Jusqu'à présent, la plupart de ces programmes (à l'exception des programmes d'éducation sexuelle), se trouvaient dans une phase d'impulsion, d'expérimentation, nécessairement à une échelle modeste à leur début. Plusieurs de ces programmes ont pu être testés sur leur faisabilité et acceptabilité, certains sur leur efficacité. Ils entrent dans une phase d'extension où toutes ces questions deviennent très importantes et mettent directement en cause la capacité financière, organisationnelle et de leadership en matière de santé publique de l'OFSP. Jusqu'à présent, toutes sortes de modalités de mise en œuvre de programmes ont existé. Actuellement les évaluations menées n'ont pu que mettre en évidence certains problèmes ou avantages liés à certains modes de fonctionnement et une

9 Cet aspect de la prévention a été évalué lors des phases précédentes de l'évaluation.

réflexion doit être menée à ce sujet au sein de l'OFSP, parallèlement à la poursuite d'évaluation d'expériences diverses.

Le développement de ces programmes a aussi posé d'autres questions, relatives à la nature de la prévention du sida comme entité séparée d'autres problèmes de santé ou de société. Dans presque toutes les populations qui ont fait l'objet de programmes spéciaux (prostituées, consommateurs de drogue, migrants par ex.), le problème du sida n'en est qu'un parmi d'autres... Se pose alors la question de l'intégration du sida dans des approches plus globales de la santé ou de la jonction avec d'autres programmes connexes existants (ceux ayant un rapport avec la santé sexuelle par ex.). Ces rapprochements devraient se faire sans perdre de vue certains aspects urgents de la prévention du sida et

sans diluer totalement la prévention spécifique du sida dans des approches trop globales. Cette question de l'intégration, de la normalisation du problème sida est essentielle et n'est pas spécifique à la prévention, on la retrouve dans les domaines de la formation et des soins.

- **Le troisième niveau de la stratégie, celui de l'intervention en profondeur dans le cadre du conseil individuel s'est aussi développé.** Par exemple, les attitudes et pratiques des médecins en matière de prévention ont évolué positivement, l'ancrage de la prévention dans l'activité de routine s'améliore. L'intérêt soutenu pour les programmes de formation complémentaire (cf. Pro Familia, par exemple) en est aussi un signe.

Résultats de la stratégie

Si l'on considère les résultats de la stratégie de prévention, on peut faire les observations suivantes :

- **Des comportements de prévention existent dans tous les groupes de population étudiés et les niveaux de protection (estimés par le caractère systématique de celle-ci) sont élevés.** En particulier, on n'observe pas de déficit majeur de prévention dans de grands groupes de population (par exemple dans les populations étrangères, ou chez les consommateurs de drogue), bien qu'il existe des différences entre groupes ou à l'intérieur de groupes (par exemple des différences de protection entre hommes et femmes). Il faut cependant relever que l'on observe un certain plafonnement du niveau des comportements préventifs, difficile à interpréter : est-il simplement un palier, exprime-t-il une inertie, prélude à une régression dans un environnement où le sida perd de son caractère prioritaire ? Le suivi à plus long terme, à la fois des activités de prévention et de leurs résultats globaux permettra de se prononcer. Il est aussi délicat de porter un jugement de valeur sur ce plafonnement, puisqu'on ne sait pas quel niveau de protection il faut atteindre dans une population pour obtenir un ralentissement

durable de la progression de l'épidémie, voire une régression de l'épidémie. Les données épidémiologiques à disposition font penser qu'on est arrivé à une stabilisation de l'épidémie sans qu'on en comprenne toujours bien les mécanismes.

- **Ces changements importants dans le sens d'un accroissement de la protection ne se sont pas accompagnés de changements majeurs dans l'activité sexuelle.** En particulier, la promotion de l'usage de préservatifs et la généralisation de l'éducation sexuelle n'ont pas été accompagnées d'une précocité sexuelle plus marquée ou d'une particulière libéralisation des mœurs qui aurait pu conduire, par exemple, à une augmentation du nombre de partenaires sexuels. Au contraire, chez les jeunes, c'est plutôt une tendance inverse qui semble s'amorcer.

- **On observe aussi de plus en plus une gestion individuelle de la prévention, une adaptation de la prévention par les individus en fonction de leur contexte/de leurs caractéristiques/de leur conscience personnels.** On n'est plus au temps du « tout préservatif » : des pratiques de protection différentielle selon les partenaires, de tests répétés, etc., se développent. Elles ne sont pas toujours pratiquées à bon escient (cf. les problèmes que la protection différentielle pose au sein des couples) ou en toute connaissance des enjeux (tests à répétition sans protection,

par exemple), mais elles existent et la prévention doit en tenir compte en affinant ses messages et la qualité de son counselling.

- **On voit aussi apparaître des problèmes liés à une utilisation massive de préservatifs :** même si les taux d'échecs sont bas, de plus en plus de gens ont fait l'expérience de « ratés » dans l'usage de préservatifs (ruptures, etc.) et doivent les gérer. Il s'agit d'apporter des réponses à ces problèmes concrets qui, rappelons-le n'ont pas eu jusqu'à présent de conséquences mesurables en termes de santé publique comme une augmentation des grossesses non désirées et qui ne remettent pas en cause la nécessité de l'utilisation de préservatifs. Il faut en effet éviter que ces incidents n'incitent les gens à cesser d'utiliser des préservatifs : leur efficacité n'est pas en cause. Ces problèmes renvoient à des questions de contraception, de pratique du test, de counselling adapté, d'information, de qualité des préservatifs, etc.
 - **Dans le domaine de la consommation de drogues, la facilitation de l'accès à du matériel d'injection stérile, n'a pas conduit à une augmentation des pratiques d'injection.**
-

Contexte

- **Malgré une proximité et une visibilité toujours plus grandes de l'épidémie, on n'observe pas d'augmentation des peurs et la solidarité, pour autant que l'on puisse la mesurer, est majoritairement présente.**

- Les trois niveaux d'intervention gardent leur importance, même si la prévention ciblée et la prévention individuelle prennent de plus en plus d'importance au fur et à mesure que le problème du sida se « normalise ». Il faut bien entendu continuer à s'adresser à la population en général et aux jeunes en particulier. Il est important que la question de la prévention continue à apparaître comme un problème actuel qui concerne tout le monde. Cette conscience permanente que le sida peut concerner chacun et la protection généralisée forment réellement une sorte de «filet de sécurité». En effet, seule une protection généralisée et continue peut éviter que l'infection ne se propage rapidement dans de nouveaux secteurs de la population ou ne se développe à bas bruit.
- L'encouragement à la solidarité doit rester un des piliers de la stratégie de prévention
- Il faut poursuivre la réflexion stratégique en différenciant les objectifs atteignables à moyen et ceux atteignables à long terme. Parallèlement, il faut définir plus précisément les moyens à mettre en œuvre pour les obtenir, en tenant compte du degré de couverture qui est souhaité et de la question de l'égalité d'accès à la prévention et aux soins.
- Il faut préciser les rôles des partenaires dans la prévention, en particulier réfléchir au rôle et aux priorités de l'OFSP (problèmes de délégation, de supervision/contrôle, de conseil, d'impulsion, de coordination, etc.) qui peuvent être différents selon les domaines considérés.
- Il faut penser à la pérennisation des actions entreprises. Cette réflexion a déjà été en partie menée au niveau de la prévention individuelle (formation et sensibilisation des médecins et autres intervenants dans le domaine de la prévention, institutionnalisation de l'éducation sexuelle à l'école): dans ce cas, il s'agit de s'assurer que tout cela continue en gardant le contact avec ceux qui se chargent de la formation des intervenants, de l'élaboration des programmes de prévention à l'école, etc.
- La question se pose un peu différemment pour les programmes adressés aux groupes-cibles (homosexuels, prostituées, migrants, etc.). Pour l'instant, ils reposent encore, pour la plupart d'entre eux, sur des structures ad hoc, dont le financement est reconduit régulièrement (ou non). L'avenir de ces structures doit être envisagé à long terme: soit elles acquièrent une stabilité et un financement à long terme, soit leurs activités sont intégrées dans d'autres programmes existants pour leur garantir une assise durable. Ces passages peuvent être délicats dans une période de restrictions budgétaires à tous les niveaux. Ceci signifie surtout que, pour toute nouvelle action d'envergure, programme, structure, ces questions devraient d'emblée être présentes. Alors que la pression de l'urgence n'existe plus, il est préférable, de privilégier le critère de maintien dans la durée (« sustainability ») à tous les autres au moment des choix.
- Le financement de programmes-pilotes locaux devrait se faire dans une optique voisine: de tels programmes devraient être financés s'il est raisonnable de penser qu'une extension/généralisation est possible voire probable, en d'autres termes si on peut penser que les conditions rencontrées ailleurs sont relativement semblables ou que le programme est facilement adaptable.

Bibliographie

Bibliographie abrégée (principales sources utilisées).

Benninghoff, F., Gervasoni, J.-P., Dubois-Arber, F., *Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès pour consommateurs de drogues en Suisse : remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux*, Soz. Präventiv-med, 1996; 41 Suppl. 1: S 5-S 14.

Burgi, D., Fleury, F., *A national AIDS prevention programme for migrants*. In Haour-Knipe, M. and Rector, R. (Editors.) *Crossing Borders : Migration, Ethnicity, and AIDS*. London : Taylor and Francis, 1996 (à paraître).

Cavaleri, A., Verwey, M., Dubois-Arber, F., *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Prévention du sida auprès des prostituées étrangères : le Projet « Barfüsserfrauen »*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.8).

Gertsch, M., *Evaluation der Aidspräventionsstrategie in der Schweiz. Das Spitex-Mandat der Aids-Hilfe Schweiz : Rekonstruktion der Geschichte des Mandates von 1988 bis 1994*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.2).

Gertsch, M., *Evaluation Der Aidspräventionsstrategie in der Schweiz. Das « mandat de coordination et formation VIH/sida » : Evaluation der Aktivität der Pro Familia Lausanne im Bereich HIV/Aids*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.3).

Gervasoni, J.-P., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Spencer, B., Devos, T., Paccaud, F., *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase II : Deuxième rapport de synthèse 1993-1996*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111a).

Haour-Knipe, M., Fleury, F., *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Le programme de prévention du sida auprès des populations étrangères en Suisse : étude 1994-1995*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.7).

Harding, T.W., Schaller, G., *HIV/AIDS and prisons : updating and policy review*. Geneva : WHO Global Programme on AIDS, 1992.

IPSO Sozialforschung, Dübendorf. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 6, 1993-1995. Représentative Befragung zur Kondom-Benützung (Bericht t7, 1994)*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.1).

Jeannin, A., Dubois-Arber, F., Paccaud, F., *HIV Testing in Switzerland*. AIDS, 1994 ; 8 : 1599-1603.

Koffi-Blanchard, M.C, Dubois-Arber, F., Michaud, P.-A., Narring, F., Paccaud, F., *Hat sich der Beginn der Sexualität bei Jugendlichen in der Zeit von Aids verändert ?* Schweiz Med Wochenschr 1994 ; 124 (24) : 1047-1055.

Kübler, D., Hausser, D., *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical. Etude exploratoire auprès d'une population cachée*. Lausanne : IREC/EPFL, 1995 (Rapport de recherche no 131).

Marro, J.-J., André, G., Gervasoni, J.-P. et al., *Toxicomanie et pharmacies. Situation dans le canton de Vaud*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994 (Cah Rech Doc IUMSP, no 114).

Moreau-Gruet, F., Dubois-Arber, F., *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 6, 1993-1995. Les hommes aimant d'autres hommes : Etude 1994*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120.5).

Narring, F., Tschumper, A., Michaud, P.A, Vanetta, F., Meyer, R., Wydler, H. et al., *La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994 (Cah Rech Doc IUMSP, no 113 a).

Nelles, J., Waldvogel, D., Maurer, C. et al., *Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank : Evaluationsbericht*. Bern : Psychiatrische Universitätsklinik, 1995.

Ronco, C., Spuhler, G., *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern : Schlussbericht*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111.1).

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R., *Essais de prescription médicale de stupéfiants : rapport intermédiaire des mandataires de la recherche* (version abrégée). Institut für Suchtforschung/Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Zürich : November 1995.

Delbos Piot, I., Narring, F., Michaud, P.-A., *La santé des jeunes hors du système de formation : comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande*. Santé publique, 1995 ; 7 (1) : 59-72.

Annexe 1

Liste des études de l'évaluation selon le type d'étude et la phase du programme d'évaluation

Evaluation de la brochure d'information tous ménages

1986				
Monitoring périodique				
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995
comportements 17-30 ans	comportements 17-30 ans	comportements 17-45 ans	comportements 17-45 ans	comportements 17-45 ans
marché des préservatifs	marché des préservatifs	marché des préservatifs	marché des préservatifs	marché des préservatifs
médias	médias	médias		activité des centres à bas-seuil
Etudes répétées utilisant une méthode ou des indicateurs identiques (mesures des tendances)				
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995
homo- bisexuels		homo- bisexuels	homo- bisexuels	homo- bisexuels
toxicomanes		toxicomanes	toxicomanes	toxicomanes
apprentis	éducation sexuelle	apprentis	éducation sexuelle	
		parents et prévention*	parents et prévention*	
		étudiants étrangers	étudiants étrangers	
		médecins (quantitatif)		médecins (quantitatif)
		solidarité*		solidarité*
			prévalence du test VIH*	prévalence du test VIH*
		prévention sida au cabinet médical : patients *	prévention sida au cabinet médical : patients *	
		image des préservatifs*	image des préservatifs*	image des préservatifs*
Séries d'études sur un même thème				
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995
campagne STOP SIDA	campagne STOP SIDA	campagne STOP SIDA	campagne STOP SIDA	campagne STOP SIDA
	programmes scolaires	programmes scolaires	programmes scolaires	
	programmes de prévention pour toxicomanes	programmes de prévention pour toxicomanes	programmes de prévention pour toxicomanes	programmes de prévention pour toxicomanes
politiques cantonales	politiques cantonales			politiques cantonales**
	migrants	migrants	migrants	migrants
	formation personnel extra-hospitalier et bénévoles			formation personnel extra-hospitalier et bénévoles
« sex tourists »**	personnel hospitalier (attitudes)	« sex tourists »*		personnel hospitalier (risque professionnel)
Etudes uniques non répétées				
1987	1988	1989-1990	1991-1992	1993-1995
dragueurs	jeunes marginaux	parents	étudiants en médecine	prostituées étrangères
patients des médecins sentinelles	éducateurs et assistants sociaux	prévention en prison**	campagne clients de prostituées	mise en œuvre de la stratégie 1993-1997
leaders informels	recrues		campagne parents	adolescents suisses : entrée dans la sexualité (revue de littérature)
	image de la sexualité			
	médecins (qualitatif)		hétérosexuels adultes	accidents de préservatifs*
	centres de test		clients de prostituées	adolescents : différence entre sexes concernant la sexualité (analyses secondaires)
	feed-back de l'évaluation			

* module inclus dans l'enquête comportements des 17-45 ans ** études effectuées hors programme d'évaluation.

Annexe 2

Caractéristiques méthodologiques des différentes études

Etude	Couverture*	Collectif	n	Instrument
Programmes de réduction des risques pour toxicomanes	Suisse	programmes existants	env. 20	relevé mensuel des activités
Médecins praticiens	Suisse	échantillon aléatoire	796	questionnaire postal
			31	interview
Programme Barfüsserfrauen	Zurich, Bâle	protagonistes du programme	env. 50	interview
Formation Spitex	SA	protagonistes du programme	20	interview
Formation proFamilia	SR, SI	responsables	6	interview
		clients	20; 79	interview, questionnaire postal
Migrants	communautés :	adultes		
	• espagnole	éch. ciblés, stratifiés	375	questionnaire autoadministré
	• portugaise		336	questionnaire autoadministré
	• turque		132	questionnaire autoadministré
	(SR,SA)			
	médiateurs dans les trois communautés	médiateurs	81	interview téléphonique et en face à face analyse secondaire données et documents
Population générale 17-45 ans	Suisse	échantillon aléatoire	2800	questionnaire téléphonique
Homo- bisexuels	Suisse	volontaires	1195	questionnaire diffusé par presse et organisations d'homosexuels
		volontaires	32	interview
Toxicomanes	SR, SA	volontaires 1993	1119	questionnaire en partie autoadministré
	SR, SA	volontaires 1994	907	idem
Personnel hospitalier	SR, SA	6 hôpitaux	3116	questionnaire distribué dans les services et par poste
Vente de préservatifs	Suisse	marché		données de mise sur le marché par les grands distributeurs

*SR: Suisse romande ; SA: Suisse alémanique ; SI: Suisse italienne.