

Centre hospitalier universitaire vaudois
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

SYSTÈME DE SUIVI DE LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN SUISSE

Rapport de synthèse 2004-2008

*André Jeannin, Giovanna Meystre-Agustoni,
Stéphanie Locicero, Françoise Dubois-Arber*

*Avec la collaboration de
Sophie Arnaud, Hugues Balthasar, Corinne Blöchliger,
Björn Callensten, Jean-Pierre Gervasoni, Patrick Hohlfeld,
Thérèse Huissoud, Sandrine Jiekak Dommange, Claudia Kessler
Bodiang, Daria Koutaissoff, Saira Renteria, Sanda Samitca,
Domenic Schnoz, Brenda Spencer, Rachel Voellinger-Pralong,
Frank Zobel*

Etude financée par

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne
Contrat 04.000158/2.24.01.-744

Citation suggérée

Jeannin A, Meystre-Agustoni, Locicero S, Dubois-Arber F.
Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse : rapport de synthèse 2004-2008. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2009 (Raisons de santé, 155a). Version corrigée septembre 2010.

Remerciements

Le système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse a bénéficié de l'excellente collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique à Berne et avec la *Swiss HIV Cohort Study*, du travail important fourni par l'ensemble des chercheurs responsables des études et de la précieuse collaboration de Myriam Maeder, Marie-Jeanne Pellaz, secrétaires à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'IUMSP.

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

Qu'ils soient tous ici très vivement remerciés.

Avis aux lectrices et aux lecteurs

Dans le but d'alléger le texte et de faciliter la lecture, nous avons choisi de renoncer à différencier les genres masculin et féminin dans un certain nombre de situations. C'est tout particulièrement le cas lorsque nous parlons des partenaires sexuels, qui peuvent être aussi bien des femmes que des hommes.

Nom fichier : RdS155a-Système suivi stratégie contre sida en Suisse.doc/pdf

TABLE DES MATIERES

1	Résumé des principaux résultats	7
1.1	Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	8
1.2	Usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI)	9
1.3	Migrants	9
1.4	Prostitution	10
1.5	Personnes vivant avec le VIH/sida (PVA)	10
1.6	Population générale et jeunes	11
2	Introduction	13
3	Epidémiologie du VIH/sida	15
4	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)	17
4.1	Introduction	17
4.2	Les participants aux enquêtes Gaysurvey 2004 et 2007	18
4.3	Activité sexuelle et comportements préventifs	19
4.4	Relations stables	19
4.4.1	Comportements préventifs avec le partenaire stable	20
4.5	Relations occasionnelles	22
4.5.1	Protection avec les partenaires occasionnels	22
4.5.2	Facteurs associés au non usage du préservatif lors du dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel	23
4.5.3	La 'réduction des risques' lors de rapports non protégés avec les partenaires occasionnels	24
4.6	Indicateur global d'exposition au risque	24
4.7	Test VIH	26
4.8	Traitement et protection	26
4.9	Autres maladies infectieuses	29
4.10	Santé mentale	29
4.11	Conclusions	30
5	Usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI)	33
5.1	Evolution du dispositif de réduction des risques	33
5.2	Enquête sur les UDI usagers des structures à bas seuil (SBS)	35
5.3	Conclusions	40
6	Migrants	43
6.1	Panels d'experts	44
6.2	Etude pilote pour une enquête sentinelle de surveillance comportementale chez les migrants, en particulier d'origine subsaharienne	45
6.3	Analyse des données de l'Enquête Suisse sur la Santé (2007)	47
6.4	Conclusions	51
7	Prostitution	53
7.1	Analyse de la situation de la prostitution en Europe et en Suisse	53
7.2	Données provenant d'enquêtes dans diverses populations	55
7.3	Conclusions	58

8	Personnes vivant avec le VIH/sida (PVA)	59
8.1	Les personnes vivant avec le VIH/sida de la <i>Swiss HIV Cohort Study</i> (SHCS)	59
8.1.1	Evolution des effectifs	59
8.1.2	Caractéristiques sociodémographiques	61
8.1.3	Comportements préventifs	61
8.2	HSH	64
8.3	UDI	67
8.4	Conclusions	67
9	Population générale	69
9.1	Dispositif de monitoring dans la population générale	69
9.2	Partenaires sexuels et protection par le préservatif	70
9.2.1	Activité sexuelle	71
9.2.2	Partenaires stables et occasionnels	72
9.2.3	Utilisation du préservatif durant la vie et lors du dernier rapport sexuel	74
9.3	Orientation sexuelle mesurée par le genre des partenaires	75
9.3.1	Estimation du nombre de personnes concernées	75
9.3.2	Comparaison des échantillons HSH de ESS et Gaysurvey	79
9.4	Le préservatif comme produit, déterminants de l'achat, problèmes lors de l'utilisation	80
9.5	Le conseil individuel en matière de prévention du VIH/sida au cabinet médical	82
9.6	Test VIH	83
9.7	Evolution du contexte	85
9.7.1	Proximité de la maladie	85
9.7.2	Connaissances des moyens de protection	86
9.7.3	La connaissance de l'existence des traitements antirétroviraux et les attitudes face aux conséquences possibles sur la prévention	87
9.7.4	Attitudes face aux personnes séropositives	90
10	Jeunes de 17 à 20 ans	91
10.1	Education sexuelle à l'école	91
10.2	Entrée dans la sexualité	93
10.3	Contraception	94
10.4	Conclusions	95
11	Comportements sexuels dans le contexte du VIH/sida : évolution avec l'âge	97
11.1	Préambule	97
11.2	Activité sexuelle	97
11.3	Nouveau partenaire stable et protection	98
11.4	Partenaires occasionnels et protection	99
11.5	Préservatif au dernier rapport	101
11.6	Test de dépistage du VIH dans la vie et au cours des douze mois précédant l'enquête	101
11.7	Conclusions	104
12	Conclusions et recommandations	105
12.1	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	105
12.2	Usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI)	106
12.3	Migrants	106

12.4	Prostitution	106
12.5	Personnes vivant avec le VIH/sida	107
12.6	Population générale et jeunes	107
12.7	Inégalités sociales	107
12.8	Système de surveillance	107
13	Bibliographie	109
14	Annexes	113
14.1	Annexe au chapitre population générale	113
14.2	Annexe au chapitre Conclusions et recommandations	125
	Liste des tableaux	127
	Liste des figures	127

1 RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS

De 1987 à 2003, la Suisse a disposé d'un dispositif d'évaluation continu étendu de sa stratégie de lutte contre le sida, qui comprenait une évaluation de certaines interventions, un monitoring de programmes et un monitoring des comportements dans plusieurs populations. Dès 2004, l'évaluation en continu a laissé la place à la poursuite du monitoring des comportements (et de certaines interventions) Tableau 1-1, sous la forme d'un système de surveillance de deuxième génération correspondant aux exigences de la situation d'une épidémie de type concentré, telle que la connaît la Suisse.

Ce rapport présente le volet comportemental de ce système de surveillance, regroupant les analyses faites dans les diverses populations pour la période 2004 à 2008.

Tableau 1-1 Composantes du dispositif de surveillance comportementale (2004-2008)

Domaine	Dispositif
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) (comportements)	<ul style="list-style-type: none"> Répétition de l'enquête Gaysurvey en 2004 et 2007
Usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) : monitoring	<ul style="list-style-type: none"> Poursuite du monitoring de la remise de seringues dans les structures à bas seuil d'accessibilité pratiquant la réduction des risques (SBS) avec estimations provenant des traitements d'héroïne (HeGeBe) Répétition de l'enquête sur la remise de seringues en pharmacie en 2005
Usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) : comportements	<ul style="list-style-type: none"> Répétition de l'enquête auprès des consommateurs fréquentant les structures à bas seuil (SBS) en 2006 Panels d'experts "système d'alerte " : mis sur pied en 2005
Migrants (comportements)	<ul style="list-style-type: none"> Analyse secondaire des données du module sexualité de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) Panels d'experts "système d'alerte " : mise sur pied en 2004 Enquête " sentinelle " pilote chez les femmes des consultations ambulatoires de gynécologie/obstétrique à Lausanne
Travailleur(euse)s du sexe	<ul style="list-style-type: none"> Analyse secondaire des données de l'Enquête téléphonique périodique sur la Prévention du VIH/sida en Suisse (EPSS), des enquêtes SBS et HSH, système de surveillance biologique du VIH Panels d'experts " système d'alerte " : mis sur pied en 2005
Personnes vivant avec le VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> Analyse secondaire des données de la Swiss HIV Cohort Study (SHCS) et des données de Gaysurvey et de SBS
Population générale^a (comportements)	<ul style="list-style-type: none"> Répétition enquête EPSS (1987-2007) chez les 17-45 ans Introduction en 2007 d'un module sexualité (" core "de EPSS) dans l'ESS chez les 16-74 ans dans le but de pérenniser ce module et d'abandonner l'enquête EPSS par la suite Utilisation des données de l'enquête <i>Health behaviour in school children</i> (HBSC/OMS) chez les 15-16 ans de 2006 Poursuite du monitoring des mises sur le marché des préservatifs (1986-2007)

^a Les jeunes (17-20 ans) sont inclus dans la population générale de l'enquête EPSS, ainsi que dans l'ESS (16-20 ans). Ils font l'objet d'une exploitation des données spécifique.

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

L'érosion des comportements préventifs, amorcée dans la seconde moitié des années 1990, se poursuit parmi les HSH de Suisse. La majorité des HSH continue néanmoins de se protéger efficacement contre le VIH. La diminution des comportements préventifs va de pair avec la forte augmentation, de 2003 à 2008 en Suisse, de nouveaux diagnostics VIH-positifs dans ce segment de population.

L'une des composantes de l'activité sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, est restée stable entre 2004 et 2007, après avoir sensiblement augmenté depuis la fin des années 1990. Cependant, on observe que le pourcentage de répondants pratiquant la pénétration anale – notamment dans le contexte de relations occasionnelles – continue de croître, atteignant une valeur proche de celle observée jusqu'à présent dans les situations de relations stables (80% ou plus).

Dans le contexte de la relation stable, on constate, depuis le début des années 2000, une diminution de l'usage de préservatifs. Ceux-ci n'ont cependant jamais été très fortement utilisés dans ce contexte, compte tenu des autres moyens de prévenir l'infection au VIH au sein du couple (test de dépistage au début de la relation, accords mutuels, etc.). Cela étant, le pourcentage de couples indéterminés en ce qui concerne le statut sérologique de l'un et/ou l'autre partenaire est élevé (près de 40%), et ce, malgré un recours important au test de dépistage du VIH parmi les HSH d'une manière générale. Environ un couple sur six n'utilise pas de préservatifs alors que les circonstances présentent un risque de transmission du VIH. Ce rapport n'a guère changé au cours des dernières années, si bien que la prévention au sein des relations stables demeure un enjeu majeur de la prévention.

Au niveau des comportements préventifs, l'usage non systématique de préservatifs avec les partenaires occasionnels continue également d'augmenter. On n'observe pas ou peu de différences entre les jeunes (moins de 30 ans) et les répondants plus âgés. S'agissant des jeunes, cette situation est préoccupante et n'augure pas, à moyen terme, une amélioration des comportements préventifs parmi les HSH. Elle peut, en outre, refléter des lacunes en termes de prévention primaire auprès des jeunes HSH.

Les analyses centrées sur les expositions au risque laissent apparaître – pour la première fois dans l'histoire de l'enquête – des variables de stratification sociale parmi les facteurs de risques. Les HSH de nationalité étrangère et les HSH ayant un niveau d'étude n'égalant pas le secondaire supérieur sont plus susceptibles de s'exposer au risque de transmission. L'affiliation à une organisation homosexuelle, relais indispensable des messages de prévention, apparaît en revanche comme un facteur protecteur.

L'usage de préservatifs lors de rencontres sexuelles occasionnelles est plus ou moins fortement influencé par ce que les répondants savent (ou croient savoir) de leur partenaire. Bien connaître son partenaire, ou en être amoureux, augmente ainsi le risque de rapports non protégés, tandis que le fait de ne pas connaître le statut sérologique du partenaire augmente la probabilité d'utiliser le préservatif. D'une manière générale, la confiance placée dans le partenaire apparaît comme un déterminant central de la gestion des risques avec les partenaires occasionnels. Du point de vue de la prévention, elle apparaît clairement comme un facteur de risque, car l'information dont disposent les partenaires d'une relation sexuelle occasionnelle est nécessairement imparfaite. On observe que le fait d'être VIH-positif est fortement associé au non-usage de préservatifs, tant dans le contexte de relations occasionnelles que lors de rapports avec des partenaires de statut sérologique différents ou inconnus. Ce constat, en soi, ne constitue pas une nouveauté. Il convient cependant de souligner que, dans leur majorité, les HSH séropositifs utilisent des préservatifs avec leurs partenaires sexuels.

La majorité des HSH ayant pratiqué la pénétration anale sans préservatif avec des partenaires occasionnels ont eu recours à des stratégies alternatives dites de "réduction des risques" (retrait, sérosorting, positionnement stratégique), dont le niveau d'efficacité demeure incertain, voire inconnu. Le retrait avant éjaculation est la pratique la plus répandue, suivie par le sérosorting et le positionnement stratégique. Si la grande majorité des HSH (plus des deux tiers) a recouru à l'une ou l'autre stratégie lors de rapports non protégés avec des partenaires occasionnels, on ignore dans quelle

mesure leur application est systématique dans ce type de circonstances et quelles sont les croyances des HSH concernant leur niveau d'efficacité.

1.2 USAGERS DE DROGUE PAR VOIE INTRAVEINEUSE (UDI)

La mise à disposition de matériel d'injection suit une tendance à la baisse, plus probablement due à une diminution du nombre d'UDI qu'à une baisse de l'accessibilité des seringues. La couverture estimée peut être considérée comme satisfaisante.

On observe une tendance continue à la diminution du nombre de personnes qui s'injectent et des nouveaux injecteurs.

Le partage de seringues est stable à un niveau bas (moins de 10% en 2006), le partage de matériel servant à préparer l'injection est en diminution.

Les données obtenues indirectement sur l'exposition aux risques en prison montrent qu'environ un quart des personnes incarcérées a eu recours à l'injection en prison et que le partage de matériel semble y être plus élevé qu'à l'extérieur.

La prévalence rapportée du VIH est stable, aux alentours de 10%, et l'accès aux antirétroviraux est jugé satisfaisant par les professionnels.

En revanche la prévalence rapportée du VHC est très élevée (plus de 50%) et l'accès au traitement encore insuffisant. Cette situation problématique laisse présager une charge de morbidité très élevée dans les années à venir dans cette population.

La majorité des personnes fréquentant les structures à bas seuil en Suisse sont actuellement en traitement de substitution, traitement qui n'est manifestement pas satisfaisant chez ces personnes puisqu'une consommation se poursuit, y compris par injection. Ceci appelle à reconsidérer la fonction des SBS qui devraient s'ouvrir à une forme de prise en charge des consommateurs (identification des personnes en traitement, offre de prise en charge plus formelle, contact avec les structures de traitement dans une forme de suivi en partenariat); ceci suppose l'abandon de certains aspects "classiques" des structures à bas seuil d'accès comme l'anonymat ou l'absence de prise en charge individuelle.

1.3 MIGRANTS

Un faisceau d'informations récoltées au moyen de techniques différentes atteste l'existence de comportements à risque au sein de la population originaire d'Afrique subsaharienne et trouve confirmation dans les résultats de la surveillance biologique.

Les migrants d'origine subsaharienne apparaissent vulnérables en matière d'exposition au risque dans le cadre des relations sexuelles. Ils ont tendanciellement plus de nouveaux partenariats sexuels mais sont moins nombreux que les Suisses à se protéger au début d'une nouvelle relation. S'ils sont proportionnellement plus nombreux à s'être déjà fait tester, le taux de couverture de cette population demeure malgré tout insuffisant compte tenu de la prévalence probablement élevée du VIH qui la caractérise.

Les migrants d'origine balkanique sont actuellement peu touchés par l'épidémie VIH. Ils n'ont pas plus de nouveaux partenariats sexuels que les Suisses mais ils se protègent en revanche moins (quel que soit le type de partenaire). Ils sont en outre moins nombreux à s'être fait tester.

Les migrants en situation irrégulière forment une population relativement jeune dont la précarité des conditions d'existence peut augmenter le risque de devoir accepter des relations sexuelles non

protégées voire non désirées. Une fraction très importante de cette population est composée de personnes latino-américaines qui tendent à avoir plus de nouveaux partenariats sexuels que le reste de la population, qui se protègent moins (quel que soit le type de partenaire) et qui sont plus nombreuses à s'être déjà fait tester.

En raison de l'effectif réduit de certains groupes nationaux, la surveillance comportementale des migrants nécessite des approches méthodologiques particulières. La méthode du panel d'experts a permis de récolter des informations de manière qualitative. Elle est pertinente dans une perspective d'alerte mais elle n'est pas suffisante pour assurer le suivi de la surveillance comportementale. L'étude de faisabilité pour un dispositif sentinelle montre que cette approche peut être efficacement mise en place dans une consultation hospitalière de gynécologie-obstétrique (lieu de passage de nombreuses migrantes), qu'elle est bien acceptée par le public-cible, qu'elle est intégrable dans le fonctionnement quotidien d'une consultation de gynécologie-obstétrique.

1.4 PROSTITUTION

En ce qui concerne la prostitution féminine, les données font apparaître une augmentation probable du nombre de travailleuses du sexe mais pas du nombre de clients. En effet, dans les enquêtes en population, la proportion d'hommes hétérosexuels ayant eu, dans leur vie, des rapports sexuels avec des travailleuses du sexe, est restée stable chez les hommes âgés de 17 à 30 ans entre 1987 (11.3%) et 2007 (10.0%) et chez ceux de 31 à 45 ans (19.9% en 1989, 19.2% en 2007).

Il n'existe pas en Suisse de données directes sur les comportements préventifs chez les femmes travailleuses du sexe, non UDI; cependant des données indirectes – recueillies auprès d'experts et de clients – sont très convergentes sur le fait que les préservatifs sont généralement utilisés. Chez les femmes en situation de vulnérabilité, la protection est probablement moins systématique.

Les HSH qui se prostituent s'exposent davantage que les autres HSH aux risques d'IST.

Chez les HSH, la proportion de clients de travailleurs du sexe est un peu plus élevée que dans la population générale, et la protection par les préservatifs dans cette situation en cas de pénétration anale est élevée. En revanche, la fellation se fait généralement sans préservatif.

Chez les UDI, dans le cadre de la prostitution féminine, la protection avec le client est très élevée; cette protection est moins élevée chez les UDI masculins qui se prostituent.

1.5 PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (PVA)

En 2008, près des trois-quarts des personnes enrôlées dans la *Swiss HIV Cohort Study* (SHCS) avaient eu des rapports sexuels avec pénétration avec un partenaire stable au cours des 6 derniers mois, proportion en diminution par rapport à 2007. Cette baisse est constatée chez les hommes et chez les femmes, dans tous les groupes de transmission, et quel que soit le statut du partenaire. Parmi ces personnes, la proportion d'utilisateurs systématiques du préservatif a baissé à 71.9% en 2008 (77.0% en 2007). En 2008, le préservatif a été utilisé systématiquement dans 84% des relations dont le partenaire stable était séronégatif.

Dans l'ensemble, la proportion de personnes enrôlées dans la SHCS ayant eu des relations sexuelles avec pénétration avec des partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois est restée stable. Parmi elles, la proportion de personnes utilisant systématiquement le préservatif dans ces circonstances a diminué et se situe à 80.2% dans l'ensemble en 2008 (85.1% en 2007). La diminution s'est produite essentiellement chez les hommes et plus particulièrement chez les hommes infectés lors d'un rapport homosexuel.

Les données de l'enquête GaySurvey de 2007 montrent également, parmi les répondants séropositifs, une augmentation de la fréquence des rapports anaux non protégés avec les partenaires occasionnels (mais pas avec le partenaire stable).

Chez les UDI, 7% des personnes séropositives rapportaient en 2006 avoir prêté une seringue usagée au cours des six derniers mois.

1.6 POPULATION GENERALE ET JEUNES

Chez les personnes de 17 à 45 ans, l'utilisation de préservatifs avec le partenaire stable, au début au moins de cette nouvelle relation se situe en 2007 à un niveau élevé, entre 60 et 80%, pour toutes les catégories d'âge et de sexe.

Dans la population générale de 17 à 45 ans, l'utilisation systématique de préservatifs avec les partenaires occasionnels semble toujours bonne, en particulier chez les jeunes (90% chez les garçons de 17-20 ans, 80% chez les filles). On observe cependant une diminution progressive et marquée de l'usage de préservatifs dans les situations à risques (nouveaux partenaires et partenaires occasionnels) dans les classes d'âge plus élevées (46-74 ans). Cet effet est plus marqué chez les femmes que chez les hommes.

La part de la population ayant effectué au moins un test VIH au cours de la vie (en dehors du don de sang) s'accroît au cours du temps. En 2007, chez les personnes de 31-45 ans, elle était de 53% chez les hommes et 62% chez les femmes. 10% des personnes de 31 à 45 ans avaient fait un test dans les 12 derniers mois. Le test est moins répandu dans les classes d'âge plus âgées, y compris chez des personnes ayant des comportements à risque.

Chez les jeunes, la tendance à la hausse de la proportion des jeunes actifs sexuellement à un âge donné se poursuit. Environ deux tiers des garçons sont sexuellement actifs à 17 ans alors que ce n'est le cas que d'une fille sur deux environ.

Huit jeunes âgés de 17 à 20 ans sur dix déclarent utiliser un moyen de contraception : préservatif pour la majorité des hommes et pilule pour la majorité des femmes.

La très grande majorité des jeunes a eu l'occasion de parler de sexualité et/ou de VIH/sida durant la scolarité. La couverture est analogue dans toutes les régions linguistiques. En 2007, plus de neuf jeunes sur dix déclarent avoir reçu des conseils à propos de l'utilisation du préservatif durant leur scolarité ; plus de huit sur dix ont abordé le thème de la pilule du lendemain et ont reçu une information sur les structures offrant aide et conseil en matière de sexualité. Toutefois, moins de sept sur dix ont discuté du test VIH et moins de six sur dix ont abordé le thème de l'homosexualité. Trois élèves sur quatre s'estiment satisfaits des informations reçues dans le cadre scolaire.

2 INTRODUCTION

De 1987 à 2003, la Suisse a disposé d'un dispositif d'évaluation continu étendu qui comprenait une évaluation de certaines interventions, un monitoring de programmes et un monitoring des comportements dans plusieurs populations¹. Dès 2004, l'évaluation en continu a laissé la place à la poursuite du monitoring des comportements (et de certaines interventions), sous la forme d'un système de surveillance de deuxième génération correspondant aux exigences de la situation d'une épidémie de type concentré^a, telle que la connaît la Suisse^{b,2}. Ce système allie une composante biologique, représentée en Suisse par la surveillance du VIH/sida menée par l'OFSP et les cantons, à une composante comportementale représentée par les diverses enquêtes répétées dans les populations d'importance pour le VIH/sida³.

Ce système a deux fonctions principales :

- Suivre l'évolution de la situation des nouveaux cas de VIH et anticiper, par la surveillance des comportements, l'évolution future ;
- Contribuer à orienter la politique de lutte contre le VIH en Suisse.

Ce rapport présente le volet comportemental de ce système de surveillance, regroupant les analyses faites dans les diverses populations pour la période 2004 à 2008.

Le Tableau 2-1 présente les éléments de ce dispositif. Les populations incluses dans le système de surveillance sont : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI), les migrants, les travailleur(euse)s du sexe, les personnes vivant avec le VIH/sida, la population générale et les jeunes.

Pour plusieurs populations (UDI, travailleur(euse)s du sexe et migrants), des panels d'experts ont été ajoutés au dispositif d'enquêtes pré-existant. Il s'agissait, dans les populations pour lesquelles les enquêtes avaient lieu à un rythme moins soutenu (UDI) ou chez lesquelles il n'existait aucune enquête spécifique répétée (travailleur(euse)s du sexe, migrants) de tester la faisabilité de " systèmes d'alerte ". Les panels d'experts étaient composés de professionnels de terrain, à même de rapporter des observations pertinentes. Ces panels étaient destinés à préparer des enquêtes en proposant l'adjonction de questions particulières et/ou à obtenir un tableau " qualitatif " de la situation, permettant éventuellement d'orienter les interventions dans ces populations.

Les différents chapitres de ce rapport traitent de la surveillance comportementale dans les différentes populations retenues. Au début de chaque chapitre, on trouve une description plus précise des méthodes utilisées dans la population correspondante.

^a Prévalence de moins de 1% dans la population générale (femmes enceintes) et de plus de 5% dans une ou plusieurs populations spécifiques (en Suisse HSH, UDI).

^b Ce système permet aussi de répondre aux exigences de suivi de la Déclaration des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS).

Tableau 2-1 Composantes du dispositif de surveillance comportementale (2004-2008)

Domaine	Dispositif	Institution responsable
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) (comportements)	<ul style="list-style-type: none"> Répétition de l'enquête Gaysurvey en 2004 et 2007 	UEPP
Usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) : monitoring	<ul style="list-style-type: none"> Poursuite du monitoring de la remise de seringues dans les structures à bas seuil d'accessibilité pratiquant la réduction des risques (SBS) avec estimations provenant des traitements d'héroïne (HeGeBe) 	UEPP/HeGeBe
	<ul style="list-style-type: none"> Répétition de l'enquête sur la remise de seringues en pharmacie en 2005 	UEPP
Usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) : comportements	<ul style="list-style-type: none"> Répétition de l'enquête auprès des consommateurs fréquentant les structures à bas seuil (SBS) en 2006 	UEPP
	<ul style="list-style-type: none"> Panels d'experts "système d'alerte " : mis sur pied en 2005 	UEPP
Migrants (comportements)	<ul style="list-style-type: none"> Analyse secondaire des données du module sexualité de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 	UEPP
	<ul style="list-style-type: none"> Panels d'experts "système d'alerte " : mise sur pied en 2004 	UEPP/IST ^a
	<ul style="list-style-type: none"> Enquête " sentinelle " pilote chez les femmes des consultations ambulatoires de gynécologie/obstétrique à Lausanne 	UEPP/DGO ^b
Travailleur(euse)s du sexe	<ul style="list-style-type: none"> Analyse secondaire des données de l'Enquête téléphonique périodique sur la Prévention du VIH/sida en Suisse (EPSS), des enquêtes SBS et HSH, système de surveillance biologique du VIH 	UEPP/OFSP
	<ul style="list-style-type: none"> Panels d'experts " système d'alerte ": mis sur pied en 2005 	UEPP
Personnes vivant avec le VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> Analyse secondaire des données de la Swiss HIV Cohort Study (SHCS) et des données de Gaysurvey et de SBS 	UEPP/SHCS
Population générale^c (comportements)	<ul style="list-style-type: none"> Répétition (1987-2007) chez les 17-45 ans 	UEPP / institut de sondage
	<ul style="list-style-type: none"> Introduction en 2007 d'un module sexualité (" core "de EPSS) dans l'ESS chez les 16-74 ans dans le but de pérenniser ce module et d'abandonner l'enquête EPSS par la suite 	OFS/ institut de sondage / OFSP/UEPP
	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des données de l'enquête Health behaviour in school children (HBSC/OMS) chez les 15-16 ans de 2006 	ISPA/HBSC
	<ul style="list-style-type: none"> Poursuite du monitoring des mises sur le marché des préservatifs (1986-2007) 	UEPP

^a Institut Tropical Suisse, Bâle.

^b Département de gynécologie et d'obstétrique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

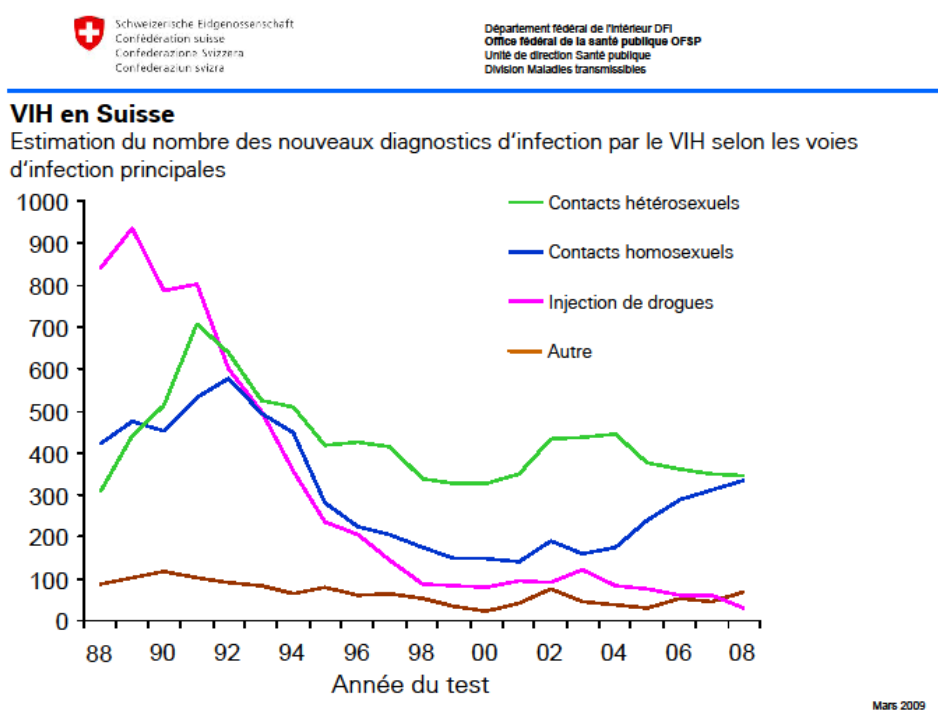
^c Les jeunes (17-20 ans) sont inclus dans la population générale de EPSS, ainsi que dans l'ESS (16-20 ans). Ils font l'objet d'une exploitation des données spécifique.

3 ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/SIDA

Après une réaugmentation de nouveaux cas de VIH en 2001 (minimum 578 cas en 2000), on assiste à une relative stabilisation des nouveaux cas entre 2006 (761) et 2008 (778). Il semblerait qu'une diminution des nouveaux cas s'amorce en 2009^a.

L'augmentation des nouveaux cas de VIH est essentiellement due à une recrudescence chez les HSH : 141 cas en 2001, 333 en 2008. C'est aussi dans ce groupe que la proportion déclarée d'infections récentes est la plus haute (48% versus 21% chez les cas à transmission hétérosexuelle et 18% chez les UDI), et en constante augmentation (53% des cas au premier trimestre 2009). On note toutefois, dans ce groupe aussi, moins de nouveaux cas au 1^{er} trimestre 2009 qu'au trimestre équivalent de 2008 (Figure 3-1).

Figure 3-1 Nouveaux cas de VIH selon les voies de transmission, 1988-2008



Mars 2009

En ce qui concerne les cas dus à une transmission par voie hétérosexuelle, une part importante des nouveaux cas (42% en 2008,) se trouvent chez des personnes d'origine subsaharienne^b. Le nombre absolu de nouveaux cas déclarés dans cette catégorie a cependant diminué ces dernières années (182 en 2002, 104 en 2008), mais reste très important compte tenu de la petite taille de la population à laquelle ils se rapportent. La proportion de cas récents chez les personnes d'origine subsaharienne par rapport

^a Cette évolution se confirme au troisième trimestre 2009 : on observe une diminution des nouveaux cas de VIH déclarés, avec, pour la première fois depuis 2003, une diminution des nouveaux cas chez les HSH. Office fédéral de la santé publique, Bulletin no 44, 26 octobre 2009.

^b Si l'on considère l'ensemble des cas selon l'origine (nationalité), les personnes d'origine subsaharienne représentent 19% du total des nouveaux cas en 2008.

aux personnes hétérosexuelles de nationalité suisse ou européenne est un peu inférieure, quoiqu'en augmentation^a.

Au sein des cas de transmission par voie hétérosexuelle chez les hommes, la part des infections où le partenaire est le plus probablement une personne travailleuse/travailleur du sexe semble stable (la définition a changé entre 2007 et 2008) ^a.

Le nombre de nouveaux cas chez les consommateurs de drogues est en constante diminution (96 en 2001, 30 en 2008). Le nombre de nouveaux cas semble stable en 2009.

^a Communication de Mr Martin Gebhardt de l'OFSP, que nous remercions chaleureusement.

4 HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES (HSH)

4.1 INTRODUCTION

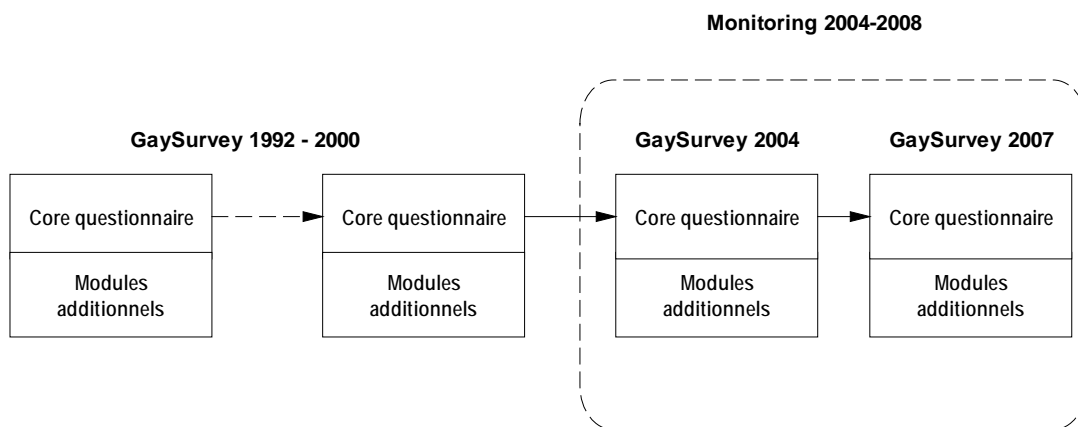
Le monitoring des résultats de la stratégie de prévention du VIH/sida chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) repose sur une enquête par un questionnaire auto administré menée périodiquement dans cette population en Suisse alémanique et en Suisse romande (Gaysurvey).

Le questionnaire est un instrument qui peut être schématisé en deux parties majeures (Figure 4-1) :

- Le " **core questionnaire** " : cette partie concerne les questions fixes répétées dans le temps qui permettent de suivre les tendances pertinentes sur le long terme.
- Les " **modules additionnels** " : selon l'évolution de la problématique, des questions peuvent être enlevées ou ajoutées afin d'adapter le questionnaire aux besoins du moment. Pour cela, des contacts privilégiés avec l'OFSP et les associations HSH constituent une phase préliminaire importante permettant d'identifier les problématiques émergentes et d'adapter le questionnaire en conséquence.

De même, la collaboration internationale en matière de lutte contre le VIH/sida s'exprime par un effort de systématisation et d'harmonisation d'indicateurs communs au niveau européen (Projet avec ECDC^a, projet EMIS^b). Elle s'exprime aussi par une participation active de l'IUMSP dans le développement de nouveaux outils permettant d'étudier la progression de la maladie ainsi que les effets du traitement combiné sur l'épidémie (Projet *MSM - Mathematical Model*^c).

Figure 4-1 Dispositif du monitoring HSH.



Dispositif_HSH(v090522).cht 22/05/09 - 10:35

^a European Centre for Disease Prevention and Control.

^b European MSM Internet survey on knowledge, attitudes and behaviour as to HIV and STI.

^c Bezemer D. et al. A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy, *AIDS* 2008; 22 1071-1077.

Huit enquêtes (1987⁴, 1990-92-94⁵-97⁶, 2000⁷, 2004⁸, 2007⁹) permettent de suivre l'évolution des comportements préventifs des HSH en Suisse^a. Pour chacune de ces études, des questionnaires ont été diffusés via la presse identitaire et les organisations homosexuelles. Pour les vagues d'enquêtes 2004 et 2007, le questionnaire a également été diffusé sur Internet (dans la suite du rapport, ces deux questionnaires et les échantillons apparentés seront appelés respectivement 'Papier' et 'Internet'). En 2004, 1158 questionnaires Papier et 1047 questionnaires Internet ont été retournés. En 2007, 1047 questionnaires Papier et 1906 questionnaires Internet ont été renvoyés.

Les questions portent principalement sur l'activité sexuelle et le mode de vie des répondants au cours des 12 mois précédant l'enquête, en particulier les pratiques sexuelles, l'usage de préservatifs et les stratégies alternatives de protection avec le partenaire stable et les partenaires sexuels occasionnels. Des questions portent également sur le recours au test VIH, le statut sérologique, les traitements antirétroviraux et les caractéristiques socio-démographiques (âge, zone de résidence, composition du ménage, revenu, nationalité, formation, etc.).

Les tendances temporelles sont examinées sur la base des échantillons Papier en raison de leur bonne comparabilité au cours du temps. Sauf mention contraire, toutes les tendances commentées dans ce rapport sont statistiquement significatives au seuil de 0.05 (test χ^2 de Pearson avec un degré de liberté). Les deux types d'échantillon (Papier et Internet) sont regroupés uniquement dans le cadre d'analyses contextuelles limitées à la vague d'enquête 2007.

Plusieurs rapports et articles parus dans des revues internationales ont été publiés par l'IUMSP entre 2004 et 2008 concernant les HSH⁹⁻¹³.

4.2 LES PARTICIPANTS AUX ENQUETES GAYSURVEY 2004 ET 2007

L'âge médian des participants au questionnaire Papier a fortement augmenté depuis le milieu des années 1990, passant de 33 ans en 1994 à 41 ans en 2007. Les causes de ce vieillissement sont vraisemblablement multiples. Il peut aussi bien refléter l'évolution de la structure par âge des membres d'associations gaies et/ou du lectorat de la presse gaie qu'un intérêt décroissant pour la thématique de l'enquête parmi les plus jeunes ou encore un report de participation sur le questionnaire en ligne. L'âge médian des répondants Internet est de 30 ans en 2007.

Le niveau de formation a également augmenté : en 2007, près de 59% des répondants ont déclaré avoir suivi une formation supérieure^b contre 44% en 1992.

Afin de tenir compte de l'association possible concernant la formation (universitaire ou non) et l'âge (+/- 30 ans) avec les variables d'intérêt, des analyses particulières ont été menées et sont décrites au paragraphe 3.3.

Un répondant sur deux environ vit dans une ville ou agglomération de plus de 100'000 habitants – proportion restée stable depuis le début du suivi.

En 2007, environ un tiers des répondants déclare cohabiter avec un partenaire masculin, contre 20% en 1992. A cette progression correspond une diminution de la proportion de répondants vivant seuls, ce mode de vie demeurant cependant majoritaire (1992 : 60% ; 2007 : 51%).

^a Des modifications ont été apportées au questionnaire Gaysurvey au fil des années mais les tendances sont mesurées depuis 1992.

^b Université, Haute école, brevet fédéral.

4.3 ACTIVITE SEXUELLE ET COMPORTEMENTS PREVENTIFS

La quasi totalité (99%) des répondants a déjà eu un rapport sexuel au cours de la vie. Plus de 90% des répondants au questionnaire Papier ont eu des rapports sexuels avec un ou des partenaires de même sexe exclusivement et près de 5% ont eu des rapports avec des partenaires des deux sexes. Le pourcentage de répondants rapportant une activité bisexuelle est sensiblement plus élevé parmi les répondants Internet que parmi les répondants au questionnaire Papier.

Après avoir augmenté au fil des enquêtes, le nombre de partenaires sexuels stable et occasionnels (au cours des 12 derniers mois) déclaré par les répondants est resté stable. Entre 1994 et 2004, le nombre médian de partenaires est passé de 5 à 7, puis est descendu à 6 en 2007 (évolution statistiquement non significative). Parmi les répondants Internet, la médiane, plus basse, est restée stable (5 partenaires).

En revanche, la proportion de répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec plus de 10 partenaires (au cours des 12 derniers mois) est en augmentation pour les répondants au questionnaire Papier (2000 : 8.6% et 2007 : 14.3 %) mais aussi pour les répondants Internet (2004 : 11.8% et 2007 : 13.2%). Le nombre médian de partenaires avec pratique de la pénétration anale est passé de 1 à 2 partenaires entre 2000 et 2004 pour se stabiliser à 2 partenaires en 2007.

Une analyse en fonction de l'âge des répondants, à savoir les moins de 30 ans et les 30 ans et plus, n'a pas révélé de différence de comportement concernant les rapports sexuels non protégés : les proportions de répondants ayant pratiqué la pénétration anale sans préservatif sont similaires quels que soient l'âge et le type de partenaire.

Une analyse de trois variables d'importance par rapport à l'exposition au risque a été menée en fonction de la formation suivie par les répondants (formation supérieure ou non) et de leur classe d'âge (moins de 30 ans / 30 ans et plus) :

- variable " exposition au risque " : pratique de la pénétration anale avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu au cours des 12 mois précédant l'enquête ;
- variable " nombre de partenaires avec pratique de la pénétration anale " au cours des 12 mois précédant l'enquête^a ;
- variable " test VIH " : le répondant a déjà passé un test au VIH au cours de sa vie.

Les tendances obtenues entre 1992 et 2007 ne montrent aucune évolution particulière des différents facteurs étudiés quels que soient l'âge ou la formation du répondant (avec un intervalle de confiance à 95%).

4.4 RELATIONS STABLES

Environ 70% des répondants ont eu une relation stable (relation actuelle ou terminée) avec un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois. C'est également le cas de la moitié, environ, des répondants Internet.

Les relations stables sexuellement non-exclusives^b sont très fréquentes : deux tiers des répondants ayant un partenaire stable depuis plus d'une année déclarent avoir eu un ou des partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête.

S'agissant des pratiques sexuelles, 80% des répondants déclarent avoir pratiqué la pénétration anale avec leur partenaire stable (contre environ 70% au début des années 1990) (Figure 4-2). Environ deux tiers ont pratiqué la pénétration anale réceptive et autant la pénétration anale active.

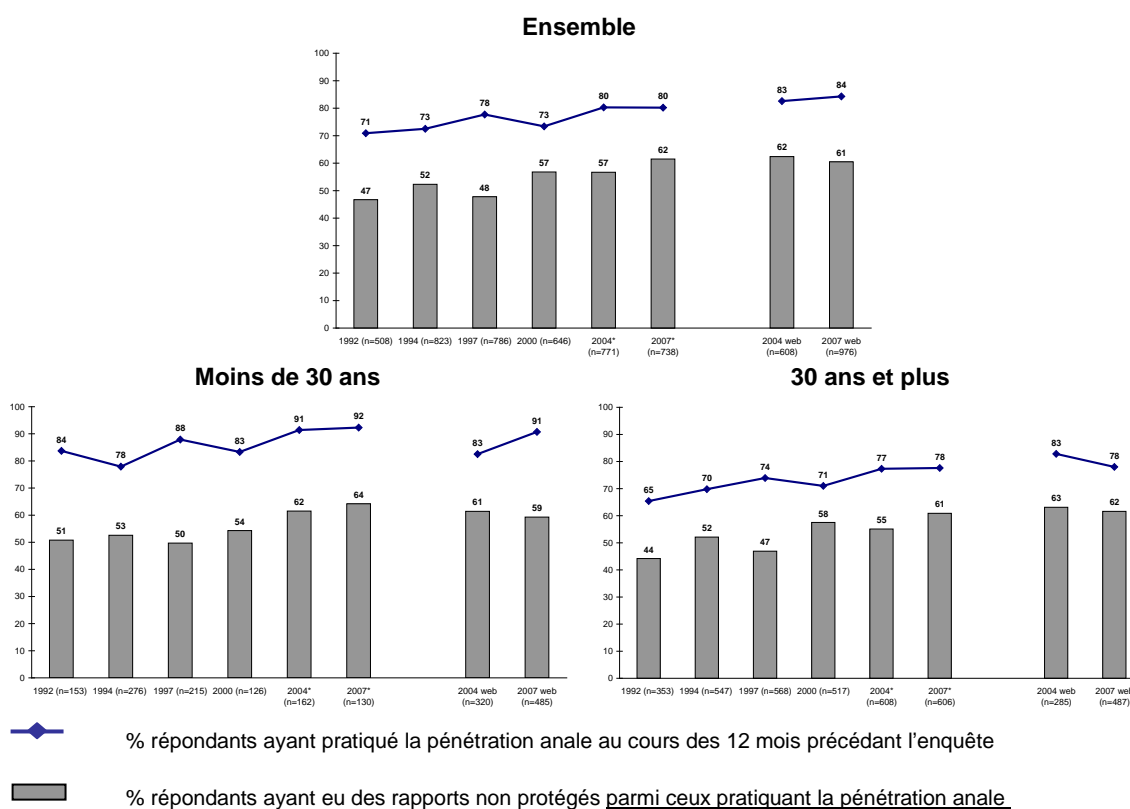
^a Tendances depuis l'année 2000 uniquement.

^b Relations sexuelles avec d'autres partenaires que le partenaire stable au cours des 12 derniers mois.

4.4.1 Comportements préventifs avec le partenaire stable

Depuis le début du suivi, une forte proportion des répondants déclare ne pas utiliser systématiquement de préservatifs lorsqu'ils pratiquent la pénétration anale avec leur partenaire stable. Cette situation est en nette augmentation depuis la fin des années 1990 : en 2007, 62% des répondants déclaraient ne pas utiliser systématiquement de préservatif lors de la pénétration anale, contre 48% dix ans plus tôt (Figure 4-2). Cette tendance à la hausse s'observe également quel que soit le groupe d'âge du répondant (-/+ de 30 ans).

Figure 4-2 Proportion de répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec leur partenaire stable au cours des 12 derniers mois et proportion de répondants ayant eu des rapports non protégés parmi ceux-ci (en %)



* Questionnaire imprimé uniquement

On observe de même, au fil des enquêtes, une augmentation importante de la proportion de répondants ayant reçu du sperme dans la bouche lors d'un rapport avec leur partenaire stable (1994 : 35.7% ; 2007 : 50.6%, questionnaires Papier et Internet confondus).

La plupart des couples recourent par ailleurs à des stratégies de prévention alternatives basées sur la confiance, des accords et/ou la connaissance mutuelle du statut sérologique de l'autre partenaire. Le Tableau 4-1 ci-dessous décrit les différentes manières rapportées de gérer le risque d'infection au VIH au sein d'un couple. La connaissance mutuelle du statut sérologique (conditionnant l'abandon du préservatif si les deux partenaires ont des statuts sérologiques concordants) est la technique la plus fréquente (38.5%). L'usage de préservatifs lors de la pénétration anale, choisi par environ un tiers des couples, arrive en seconde position. Environ un couple sur dix renonce au préservatif sans test VIH préalable (pratique sensiblement plus fréquente parmi les répondants Internet). Par ailleurs, la grande majorité des répondants (84%) ont parlé avec leur partenaire du risque d'infection par le VIH et de la manière de se protéger.

Tableau 4-1 " Parmi ces manières de gérer le risque d'infection par le VIH dans une relation stable, quelle est celle qui se rapproche le plus de la vôtre ? "

	Questionnaire		
	Papier	Internet	Ensemble
Effectifs	738	976	1714
% Nous ne pratiquons pas la pénétration anale	12.7	9.9	11.1
% Nous utilisons le préservatif lors de la pénétration anale	33.9	32.1	32.8
% Nous avons arrêté d'utiliser des préservatifs après avoir vérifié avec un test VIH que nous étions tous les deux séronégatifs	38.3	36.5	37.3
% Nous avons renoncé à utiliser des préservatifs après avoir évalué nos risques par le passé, sans faire le test VIH	7.3	13.1	10.6
% Nous sommes tous les deux séropositifs et n'utilisons pas le préservatif	1.6	0.9	1.2
% Autre, non réponse	6.1	7.4	6.9

L'analyse des comportements préventifs dans le contexte des relations stables implique que l'on tienne compte du statut sérologique des deux partenaires. On distingue ainsi les couples séroconcordants (les deux partenaires VIH-positifs ou VIH-négatifs), les couples sérodifférents (VIH-positif/VIH-négatif) et les couples de statut sérologique indéterminé (statut sérologique du répondant ou celui de son partenaire inconnu ou non rapporté). En 2007, échantillons Papier et Internet confondus, 49% des relations stables sont séroconcordantes négatives, 1.4% séroconcordantes positives. Les couples sérodifférents représentent, quant à eux, 7.4% des relations stables. Enfin, la part des couples de statut sérologique indéterminé s'élève à 42% (32.2% parmi les répondants au questionnaire papier et 49.2% parmi les répondants Internet, Tableau 4-2).

Tableau 4-2 Statut sérologique du couple stable et proportion de répondants rapportant avoir pratiqué la pénétration anale sans préservatif dans les 12 derniers mois

	Questionnaire papier					Internet	
	1994	1997	2000	2004	2007	2004	2007
Effectifs	823	786	646	771	738	608	976
% Séroconcordants négatifs	39.9	42.0	48.1	50.7	53.7	37.7	46.1
% PA sans préservatif	53.7	54.5	60.5	60.6	64.9	70.7	64.9
% Séroconcordants positifs	2.1	2.2	1.4	1.7	2.2	1.0	0.8
% PA sans préservatif	35.3	29.4	55.6	69.2	68.8	83.3	75.0
% Sérodifférents	7.0	8.3	9.6	7.5	11.9	4.1	3.9
% PA sans préservatif	6.9	7.7	12.9	8.6	11.4	4.0	7.9
% Indéterminé	51.0	47.6	40.9	40.1	32.2	57.2	49.2
% PA sans préservatif	30.0	27.3	25.8	32.4	36.1	41.7	41.0
% couples exposés au risque*	15.8	13.6	11.8	13.6	13.0	24.0	20.5

* Proportion de répondants rapportant avoir pratiqué la PA sans préservatif avec leur partenaire stable de statut sérologique différent ou inconnu

PA Pénétration anale

L'usage du préservatif varie fortement selon le statut sérologique du couple (Tableau 4-2). La pénétration sans préservatif est majoritairement pratiquée par les couples séroconcordants (positifs ou négatifs), tandis que cette pratique n'est rapportée que par une minorité de répondants en couple

sérodifférents. Plus du tiers des répondants en couple avec un statut VIH indéterminé rapportent avoir pratiqué des rapports anaux non protégés avec leur partenaire.

En 2007, une relation sur cinq de l'échantillon Internet est exposée au risque d'infection par le VIH^a (transmission du VIH d'un partenaire à l'autre), contre 1/8 dans l'échantillon Papier, sans amélioration notable depuis le début du suivi (Tableau 4-2).

4.5 RELATIONS OCCASIONNELLES

Environ trois quarts des répondants ont eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels^b – anonymes ou non – au cours des 12 derniers mois (70% parmi les répondants Internet). Ce pourcentage a très légèrement diminué au cours des dernières années.

En revanche, une proportion toujours croissante de répondants déclare pratiquer la pénétration anale dans le contexte de relations occasionnelles (Figure 4-3). De 56.4% en 1994, ce pourcentage est passé à 78.7% en 2007 (82.7% parmi les répondants Internet). Alors que, avec le partenaire stable, les répondants déclaraient à parts égales pratiquer la pénétration active et réceptive, les répondants sont plus nombreux à occuper la position active lors de relations occasionnelles. S'agissant des autres pratiques sexuelles, on observe une forte croissance de la pratique de l'anulingus, rapportée par environ 40% des répondants en 1994 contre plus de 60% en 2007.

4.5.1 Protection avec les partenaires occasionnels

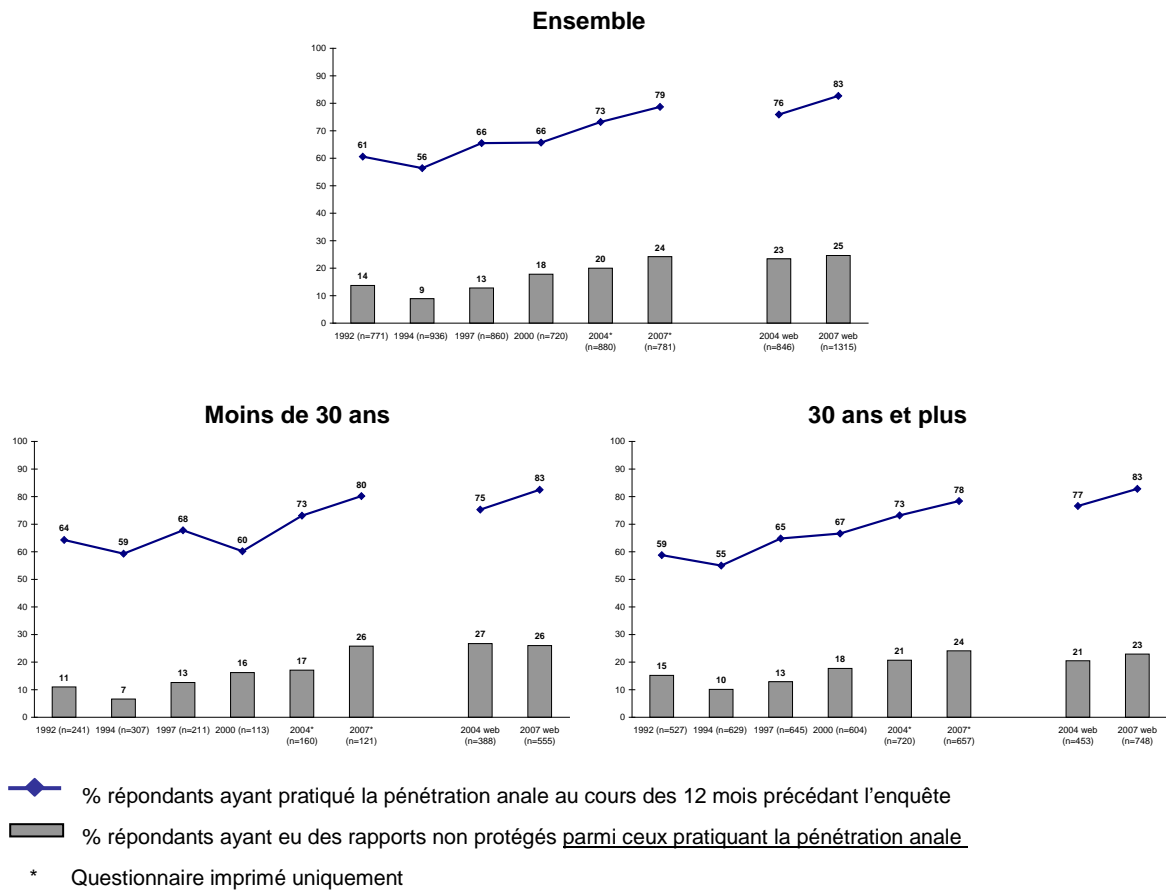
La grande majorité des répondants utilisent systématiquement des préservatifs avec leurs partenaires occasionnels. Néanmoins, depuis le milieu des années 1990, on observe une augmentation régulière de la part des répondants n'utilisant pas systématiquement le préservatif lors de la pénétration anale : de 8.9% en 1994, elle est passée à 24.2% en 2007 (Figure 4-3). Cette tendance à la hausse s'observe également quel que soit le groupe d'âge du répondant (-/+ de 30 ans).

On observe également, au fil des enquêtes, une augmentation de la proportion de répondants ayant reçu du sperme dans la bouche lors de rapports occasionnels : de 12% à 21% entre 1994 et 2007.

^a Nombre de répondants en couple sérodifférents ou de statut indéterminé ayant pratiqué la pénétration anale non protégée, rapporté à l'ensemble des répondants ayant eu un partenaire stable dans les 12 derniers mois.

^b Les partenaires occasionnels sont tous les partenaires sexuels que les répondants ne considèrent pas comme leur partenaire stable, indépendamment du degré d'interconnaissance.

Figure 4-3 Proportion de répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec un/des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois (en %) et proportion de répondants ayant eu des rapports non protégés parmi ceux-ci.



4.5.2 Facteurs associés au non usage du préservatif lors du dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel

Afin de mieux comprendre dans quelles circonstances les répondants sont disposés ou non à ne pas utiliser de préservatifs, plusieurs questions ont été posées portant sur le dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel. L'analyse étant limitée à l'année 2007, les données des deux enquêtes (Papier et Internet) ont été regroupées^a.

L'analyse montre que 14.3% des répondants n'ont pas utilisé de préservatifs lors de leur dernière pénétration anale (active ou réceptive) avec un partenaire occasionnel (position active : 9.9% ; position réceptive : 10.2%).

L'analyse multivariée permet de spécifier le degré d'association de chaque variable indépendamment des autres. Les facteurs principaux associés au non usage de préservatif, présentés selon leur force d'association, sont présentés dans le Tableau 4-3.

^a Base répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois.

Tableau 4-3 Facteurs principaux associés au non usage de préservatif*

	Odds Ratio ajusté	Intervalle de confiance à 95%
1. Être VIH-positif	3.79	(2.41-5.96)
2. Lieu du dernier rapport (ici la catégorie 'autre' ^a)	2.20	(1.15-4.19)
3. Connaître son partenaire	1.78	(1.26-2.53)
4. En être amoureux	1.72	(1.16-2.56)
5. Ne pas avoir (eu) de relation stable dans les 12 derniers mois	1.39	(1.02-1.88)

* Autres variables incluses mais omises du tableau

Si la séropositivité est un facteur très fortement lié au non usage du préservatif, le fait d'être séronégatif ou non testé ne se révèle pas, par contre, être un facteur discriminant.

Le fait d'ignorer le statut VIH du partenaire (OR: 0.41) et d'avoir parlé de la protection du VIH avec celui-ci (OR: 0.67) apparaissent, en revanche, comme des facteurs positivement associés à l'usage du préservatif.

L'âge n'apparaît pas comme un facteur discriminant concernant l'usage ou pas du préservatif.

4.5.3 La 'réduction des risques' lors de rapports non protégés avec les partenaires occasionnels

L'enquête 2007 comportait trois questions faisant référence aux stratégies dites de "réduction des risques" dont l'efficacité inégale – et jusqu'à présent peu étudiée – a suscité le débat ces dernières années^{14,15}. Il s'agit, en particulier, du *retrait avant éjaculation* (ci-après : retrait), du *positionnement stratégique* (choix de la position active ou réceptive selon son statut sérologique fondé sur le fait que la personne active est moins exposée à la transmission du VIH que la personne réceptive) et le *serosorting*, c'est-à-dire la sélection du partenaire sur la base de son statut sérologique. On a demandé aux répondants s'il leur était arrivé, au cours des 12 derniers mois, d'avoir des rapports sexuels sans préservatif en utilisant l'une ou l'autre de ces stratégies dans le but explicite "d'éviter une infection par le VIH".

Parmi les répondants qui n'ont pas utilisé systématiquement de préservatifs avec leurs partenaires occasionnels (échantillons Papier et Internet ensemble ; n=416), 46.9% ont répondu avoir pratiqué le *retrait*, 37.7% le *serosorting*, et 22.8% le *positionnement stratégique*. 70.2% des répondants ont indiqué avoir pratiqué au moins une de ces trois stratégies. On ignore néanmoins si les répondants ont systématiquement appliqué les stratégies en cause lors de rapports non protégés.

4.6 INDICATEUR GLOBAL D'EXPOSITION AU RISQUE

L'"indicateur global d'exposition au risque" est particulièrement intéressant car il permet d'obtenir des informations sur l'ensemble de la population HSH ainsi que sur leurs partenaires. Cet indicateur est donné par la proportion de répondants ayant eu au moins un rapport non protégé avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu au cours des 12 derniers mois.

Entre 1994 et 2007, cette proportion a augmenté, passant de 10.7% à 16.1% (15.7% parmi les répondants Internet). La moitié des répondants concernés a eu un seul épisode d'exposition au risque tandis que l'autre moitié en a eu à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois.

^a Les lieux proposés dans le questionnaire étaient : chez moi/chez lui, dans un sauna/sexclub/cinéma porno, darkroom/backroom, à l'extérieur, dans un lieu public (parc, toilettes, plage) et autres (à préciser). Les mentions les plus fréquentes dans la catégorie *autres* étaient : hôtels, voiture.

Les jeunes de moins de 30 ans semblent plus exposés aux risques, particulièrement pour les répondants au questionnaire papier de 2007 (Tableau 4-4). Cependant, l'association entre l'âge et la prise de risque n'est pas significative (<30 ans : p=0.198 ; ≥30 ans: p=0.100).

Tableau 4-4 Mention d'au moins un rapport non protégé avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu au cours des 12 derniers mois.

	Questionnaire papier					Internet	
	1992	1994	2000	2004	2007	2004	2007
	n=934	n=1195	n=916	n=1084	n=1045	n=980	n=1884
A mentionné au moins un rapport non protégé avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu							
Oui	16.5	10.7	14.2	14.0	16.1	18.7	15.7
Non	77.0	85.6	83.6	84.4	83.2	80.7	82.8
Non réponse	6.5	3.7	2.2	1.6	0.8	0.6	1.5
Par âge							
<30 ans	18.0	11.6	14.5	14.8	20.0	19.8	16.4
30 ans et plus	15.7	10.2	14.0	13.9	15.3	17.8	15.0

Les facteurs associés à l'exposition au risque ont été identifiés à l'aide d'une régression logistique impliquant essentiellement des caractéristiques socio-démographiques des répondants : âge, formation, résidence, nationalité, affiliation associative, statut sérologique VIH et mode d'enquête (Tableau 4-5). Les résultats de cette analyse montrent une forte association de la variable dépendante " risque " avec le fait d'être séropositif ou de nationalité étrangère. D'autres facteurs significativement associés apparaissent comme des facteurs protecteurs, c'est-à-dire associés à l'usage de préservatifs : avoir suivi une formation supérieure, être affilié à une organisation homosexuelle et avoir eu un partenaire stable dans les 12 derniers mois.

Tableau 4-5 Analyse de régression logistique : facteurs^a associés à l'exposition au risque^b

	Odds Ratio ajusté	Intervalle de confiance à 95%
Facteurs de prise de risque		
VIH-positif	2.97	(2.09-4.21)
de nationalité étrangère	1.56	(1.18-2.08)
Facteurs protecteurs		
formation supérieure	0.80	(0.64-1.00)
affiliation à une association homosexuelle	0.61	(0.43-0.87)
partenaire stable dans les 12 derniers mois	0.53	(0.43-0.65)

^a Les autres coefficients ne sont pas présentés dans le tableau

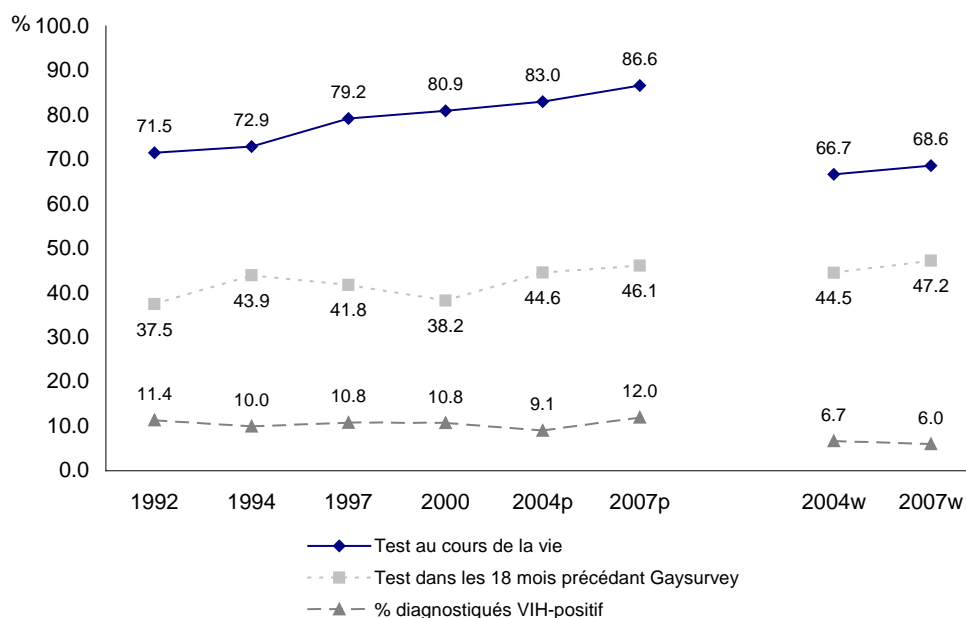
^b Indicateur global d'exposition au risque : proportion de répondants ayant au moins eu un rapport non protégé avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu au cours des 12 derniers mois

4.7 TEST VIH

Le recours au test VIH durant la vie a continuellement augmenté passant de 71.5% à 86.6%. Compte tenu du caractère cumulatif de cet indicateur, cette évolution est en partie liée au vieillissement des répondants. On observe des proportions moins élevées parmi les répondants Internet. Environ la moitié des répondants a recouru au test VIH dans les 18 mois précédant Gaysurvey^a quel que soit le mode d'enquête.

Le pourcentage de répondants déclarant avoir été diagnostiqués VIH-positif au dernier test (prévalence rapportée) est resté relativement stable au fil des enquêtes (environ 10%). Il est nettement plus élevé parmi les répondants au questionnaire papier que parmi les répondants Internet (environ 6%) (Figure 4-4).

Figure 4-4 Proportion de répondants ayant fait le test VIH (au cours de la vie, au cours des 18 derniers mois^a) et proportion de répondants ayant été diagnostiqués VIH-positif, par année et par mode d'enquête (p : version papier, w : version Internet)



4.8 TRAITEMENT ET PROTECTION

En janvier 2008, la Commission Fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) a rendu publique sa prise de position concernant la non transmission du VIH lorsqu'une personne séropositive sous traitement antirétroviral a une virémie dite indétectable^b. C'est un fait marquant dans l'histoire de

^a La proportion de répondants testés au VIH a été calculée sur les 18 mois précédant la diffusion du questionnaire. Par exemple, pour les répondants de l'année 1992, ont été prises en compte les réponses jusqu'à janvier 1991.

^b Les critères complets sont : un entretien médical avec le couple sérodifférents stable (les deux partenaires doivent y participer) pour expliquer dans les détails à quelles conditions une personne séropositive n'est plus infectieuse ; en premier lieu, la personne séropositive doit suivre un TAR (traitement antirétroviral) de manière conséquente et l'efficacité du traitement doit être contrôlée à intervalles réguliers par un médecin traitant (selon le protocole officiel de thérapie) ; en second lieu, la charge virale doit se situer en-dessous du seuil de détection depuis au moins six mois ; enfin, la personne séropositive ne doit être atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible. Dans le cas d'une relation stable dont les partenaires sont

l'épidémie qui est susceptible d'avoir des conséquences notables sur les comportements de safer sex des personnes séropositives.

Le Tableau 4-6 présente la situation des répondants séropositifs sexuellement actifs vis à vis de la déclaration de la CFPS.

Parmi les répondants séropositifs à Gaysurvey 2007, la proportion de personnes concernées serait de 1.1% si l'on considère la totalité des critères de la CFPS (personnes séropositives, en traitement, ayant une charge virale indétectable, n'ayant eu aucune IST au cours des 12 derniers mois et en couple sérodiscordant, sexuellement exclusif). Toutefois, nous pouvons aussi considérer que 19% des personnes sont potentiellement concernées si l'on s'arrête au critère " être en couple sérodiscordant ".

sérodifférents, la décision de renoncer ou non au préservatif incombe au partenaire séronégatif. Car, si, contre toute attente, il devait y avoir transmission du VIH, c'est lui qui subirait les conséquences d'une infection. La déclaration de la CFPS est disponible, entre autres, à l'adresse suivante http://www.saez.ch/pdf_f/2008/2008-05/2008-05-089.PDF.

Tableau 4-6 Collectifs concernés par l'application des critères de la déclaration de la CFPS, parmi les répondants à Gaysurvey 2007

Déclaration de la Commission Fédérale pour les problèmes liés au sida	n	% parmi les séropositifs	IC 95% ^b	% parmi les répondants Gaysurvey 2007 (n=2953)	IC 95%
Répondants sexuellement actifs	2925			99.1	(98.6 - 99.4)
dont ont passé un test VIH au cours de la vie	2210			74.8	(73.2 - 76.4)
dont séropositifs asymptomatiques	179	100.0		6.1	(5.2 - 7.0)
dont en traitement antirétroviral	113	63.1	(55.6 - 70.2)	3.8	(3.2 - 4.6)
dont charge virale indétectable	95	53.1	(45.5 - 60.6)	3.2	(2.6 - 3.9)
dont aucune IST les 12 derniers mois ^a	71	39.7	(32.4 - 47.2)	2.4	(1.9 - 3.0)
dont en couple 12 derniers mois	42	23.5	(17.5 - 30.4)	1.4	(1.0 - 1.9)
dont en couple sérodifférent ou inconnu	34	19.0	(13.5 - 25.5)	1.2	(0.8 - 1.6)
dont en couple exclusif	2	1.1	(0.1 - 4.0)	0.1	(0 - 0.2)

^a Réponses auto-déclarées

^b Les intervalles de confiance ont été calculés à l'aide de la loi binomiale exacte

4.9 AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Un peu moins de 10% des répondants 2007 ont eu une ou plusieurs infections sexuellement transmissibles (IST) au cours des 12 derniers mois, proportion élevée et relativement stable par rapport à 2004 (Tableau 4-7).

Entre 2004 et 2007, la proportion de répondants ayant contracté l'hépatite A reste stable aux alentours de 3.6%. Elle diminue par contre légèrement concernant l'hépatite B (2004 : 6.1% - 2007 : 5.2%). 61.4% des répondants sont vaccinés contre l'hépatite A et 64.4 % contre l'hépatite B.

En 2007, l'hépatite C a été ajoutée à la question " avez-vous eu une IST autre que le VIH/sida ? " 1.3% des répondants à Gaysurvey 2007 ont contracté une hépatite C.

Tableau 4-7 IST contractées autres que le VIH/sida et hépatites

	Gaysurvey 2004		Gaysurvey 2007	
	n=2244	%	n=2925	%
Aucune IST au cours des 12 derniers mois	2058	91.7	2659	90.9
Hépatite A	85	3.8	104	3.6
Hépatite B	136	6.1	153	5.2
Hépatite C	-	-	39	1.3

4.10 SANTE MENTALE

L'Enquête Suisse sur la Santé reprend, pour la première fois en 2007, 5 items du questionnaire SF-36^a. L'indice de détresse psychologique (DET_PSY) a alors pu être calculé selon les recommandations de J. Wang^b pour les répondants HSH et comparé à celui des répondants hommes hétérosexuels, tous étant sexuellement actifs.

Les scores obtenus permettent de classer les répondants en 3 catégories "selon des seuils qui ont été jusqu'ici utilisés dans diverses enquêtes européennes auprès de la population générale, mais aucun standard n'existe en la matière"^b : les personnes ayant des troubles psychiques hautement significatifs du point de vue clinique, celles ayant des troubles psychiques probables du point de vue clinique et enfin celles ayant une bonne santé psychique et un très faible niveau de détresse psychologique.

Le Tableau 4-8 présente les résultats obtenus pour les deux sous-populations étudiées.

^a SF-36 (36 item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey) est un instrument générique de mesure de la qualité de vie (<http://www.sf-36.org/>). Il comprend 36 items répartis en 8 dimensions. Les 4 premières dimensions (nommées fonctionnement physique, limitation du rôle lié à la santé physique, douleurs physiques et santé générale) permettent de mesurer la composante "santé physique". Les 4 autres dimensions (nommées vitalité (énergie/fatigue), fonctionnement ou bien-être social, limitations du rôle liées à la santé mentale et santé mentale) permettent de mesurer la composante "santé mentale"^{16,17}.

Les 5 items de la dimension santé mentale sont les suivants :

- 1) Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti très nerveux ?
- 2) Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu le cafard tel que rien ne pouvait vous remonter le moral ?
- 3) Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti calme et paisible ?
- 4) Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti abattu et déprimé ?
- 5) Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti heureux ?
- tout le temps / la plupart du temps / parfois / rarement / jamais.

^b Rapport "Enquête Suisse sur la Santé : les indices", Chapitre III : Etat de santé, Office Fédéral de la Statistique, Division Santé, Déc. 2008, p.33-34.

Tableau 4-8 Distribution de l'indice de détresse psychologique chez les HSH et dans la population générale masculine

DET-PSY	Hétérosexuels		HSH ^a		Total
	%	95% CI	%	95% CI	%
Troubles psychiques hautement significatifs du point de vue clinique	3.0	[2.6-3.5]	6.5	[3.5-10.8]	3.2
Troubles psychiques probables du point de vue clinique	9.5	[8.8-10.3]	12.9	[8.6-18.4]	9.7
Bonne santé psychique et très faible niveau de détresse psychologique	87.4	[86.6-88.2]	80.6	[74.4-85.8]	87.2
Total	6399		201		6600
	100.0%		100.0%		100.0%

^a HSH : hommes ayant eu au moins 1 rapport sexuel avec un homme dans la vie.

Source : ESS 2007.

La très grande majorité des répondants étudiés (plus de 80%), quelle que soit leur orientation sexuelle, est en bonne santé psychique selon l'indice de détresse psychologique. Le test du Chi2 de Pearson montre cependant une différence significative entre les deux sous-populations ($p=0.005$). On observe pour la population HSH de l'enquête suisse sur la santé une moins bonne santé psychique que les hétérosexuels, essentiellement concernant les troubles hautement significatifs du point de vue clinique.

4.11 CONCLUSIONS

- L'érosion des comportements préventifs, amorcée dans la seconde moitié des années 1990, se poursuit parmi les HSH de Suisse. La majorité des HSH continue néanmoins de se protéger efficacement contre le VIH. La diminution des comportements préventifs va de pair avec la forte augmentation, depuis 2003 en Suisse, de nouveaux diagnostics VIH-positifs dans ce segment de population¹⁸.
- L'une des composantes de l'activité sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, est restée stable entre 2004 et 2007, après avoir sensiblement augmenté depuis la fin des années 1990. Cependant, on observe que le pourcentage de répondants pratiquant la pénétration anale – notamment dans le contexte de relations occasionnelles – continue de croître, atteignant une valeur proche de celle observée jusqu'à présent dans les situations de relations stables (80% ou plus).
- Dans le contexte de la relation stable, on constate, depuis le début des années 2000, une diminution de l'usage de préservatifs ; usage qui n'a cependant jamais été très fortement utilisé dans ce contexte, compte tenu des autres moyens de prévenir l'infection au VIH au sein du couple (test de dépistage au début de la relation, accords mutuels, etc.). Cela étant, le pourcentage de couples indéterminés en ce qui concerne le statut sérologique de l'un et/ou l'autre partenaire est élevé (près de 40%), et ce, malgré un recours important au test de dépistage du VIH parmi les HSH d'une manière générale. Environ un couple sur six n'utilise pas de préservatifs alors que les circonstances présentent un risque de transmission du VIH. Ce rapport n'a guère changé au cours des dernières années, si bien que la prévention au sein des relations stables demeure un enjeu majeur de la prévention.
- Au niveau des comportements préventifs, l'usage non systématique de préservatifs avec les partenaires occasionnels continue également d'augmenter. On n'observe pas ou peu de différences entre les jeunes (moins de 30 ans) et les répondants plus âgés. S'agissant des jeunes, cette situation est préoccupante et n'augure pas, à moyen terme, une amélioration des comportements préventifs

parmi les HSH. Elle peut, en outre, refléter des lacunes en termes de prévention primaire auprès des jeunes HSH.

- Les analyses centrées sur les expositions au risque laissent apparaître – pour la première fois dans l'histoire de l'enquête – des variables de stratification sociale parmi les facteurs de risques. Les HSH de nationalité étrangère et les HSH ayant un niveau d'étude n'égalant pas le secondaire supérieur sont plus susceptibles de s'exposer au risque de transmission. L'affiliation à une organisation homosexuelle, relais indispensable des messages de prévention, apparaît en revanche comme un facteur protecteur.
- L'usage de préservatifs lors de rencontres sexuelles occasionnelles est plus ou moins fortement influencé par ce que les répondants savent (ou croient savoir) de leur partenaire. Bien connaître son partenaire, ou en être amoureux, augmente ainsi le risque de rapports non protégés, tandis que le fait de ne pas connaître le statut sérologique du partenaire augmente la probabilité d'utiliser le préservatif. D'une manière générale, la confiance placée dans le partenaire apparaît comme un déterminant central de la gestion des risques avec les partenaires occasionnels. Du point de vue de la prévention, elle apparaît clairement comme un facteur de risque, car l'information dont disposent les partenaires d'une relation sexuelle occasionnelle est nécessairement imparfaite. On observe que le fait d'être VIH-positif est fortement associé au non-usage de préservatifs, tant dans le contexte de relations occasionnelles que lors de rapports avec des partenaires de statut sérologique différents ou inconnus. Ce constat, en soi, ne constitue pas une nouveauté¹. Il convient cependant de souligner que, dans leur majorité, les HSH séropositifs utilisent des préservatifs avec leurs partenaires sexuels.
- La majorité des HSH ayant pratiqué la pénétration anale sans préservatif avec des partenaires occasionnels ont eu recours à des stratégies alternatives dites de "réduction des risques" (retrait, sérosorting, positionnement stratégique), dont le niveau d'efficacité demeure incertain, voire inconnu. Le retrait avant éjaculation est la pratique la plus répandue, suivie par le sérosorting et le positionnement stratégique. Si la grande majorité des HSH (plus des deux tiers) a recouru à l'une ou l'autre stratégie lors de rapports non protégés avec des partenaires occasionnels, on ignore dans quelle mesure leur application est systématique dans ce type de circonstances et quelles sont les croyances des HSH concernant leur niveau d'efficacité.
- Les critères de la déclaration de la CFPS annonçant la possibilité pour les séropositifs sous traitement antirétroviral d'avoir des rapports sexuels non protégés sans transmission du virus sont stricts et définis de manière très précise. Entre 1 et 19% des séropositifs de Gaysurvey 2007 seraient concernés ou potentiellement concernés par cette déclaration.

5 USAGERS DE DROGUE PAR VOIE INTRAVEINEUSE (UDI)

Durant la période 2004-2008, la surveillance des comportements et la collecte d'autres données pertinentes pour cette population ont compris les éléments suivants :

- La poursuite du monitoring de l'offre de réduction des risques (structures et matériel remis) :
 - le monitoring continu de la remise de seringues dans les structures à bas seuil d'accès spécialisées dans la réduction des risques liés à l'injection (SBS) en continu, ainsi qu'une estimation du nombre de celles remises par le programme de traitement à l'héroïne (HeGeBe) ;
 - la répétition en 2005 d'une enquête nationale dans les pharmacies qui avait déjà eu lieu en 1995 et 1997.
- La répétition en 2006, de l'enquête sur les comportements des usagers des structures à bas seuil d'accès dont l'activité principale est la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites, par la mise à disposition de matériel d'injection /d'inhalation stérile ou de locaux de consommation. Cette enquête avait déjà eu lieu en 1993, 1994, 1996, et 2000.
- L'enquête de 2006 a été précédée d'une phase d'analyse des données existantes et la réalisation de focus groupes menés avec des professionnels directement en contact avec les consommateurs de drogue dépendants : institutions à bas seuil d'accès, médecins de centres spécialisés de traitement pour consommateurs de drogue, professionnels de la réduction des risques en milieu festif. Il s'agissait d'analyser la situation des consommateurs en rapport avec les maladies infectieuses et les problèmes rencontrés¹⁹.

5.1 ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE RÉDUCTION DES RISQUES

Le monitoring de la remise de seringues par les SBS est continu depuis 1993. Toute SBS dont une des missions principales est la remise de matériel d'injection stérile aux consommateurs de drogue est éligible pour le monitoring. Le nombre de structures incluses dans ce monitoring a sensiblement augmenté au cours du temps. Leur nombre est ainsi passé de 29 en 1993 à 42 en 2008.

Ces structures^a (ou projets) se répartissent dans quatorze cantons^b, dont la plupart se trouvent en Suisse alémanique. Il n'y en a aucune dans la région italophone du pays. On compte en tout trente et une SBS, dont treize sont pourvues d'un local d'injection^c (état au 01.05.09).

Les pharmacies sont aussi des lieux d'approvisionnement en seringues. Lors de l'enquête menée dans l'ensemble des pharmacies en Suisse en 2005, il est apparu que les pharmacies restent un élément important du dispositif, avec environ 84'000 seringues vendues mensuellement, même si les ventes de seringues ont baissé d'environ 30% entre 1996 et 2005.

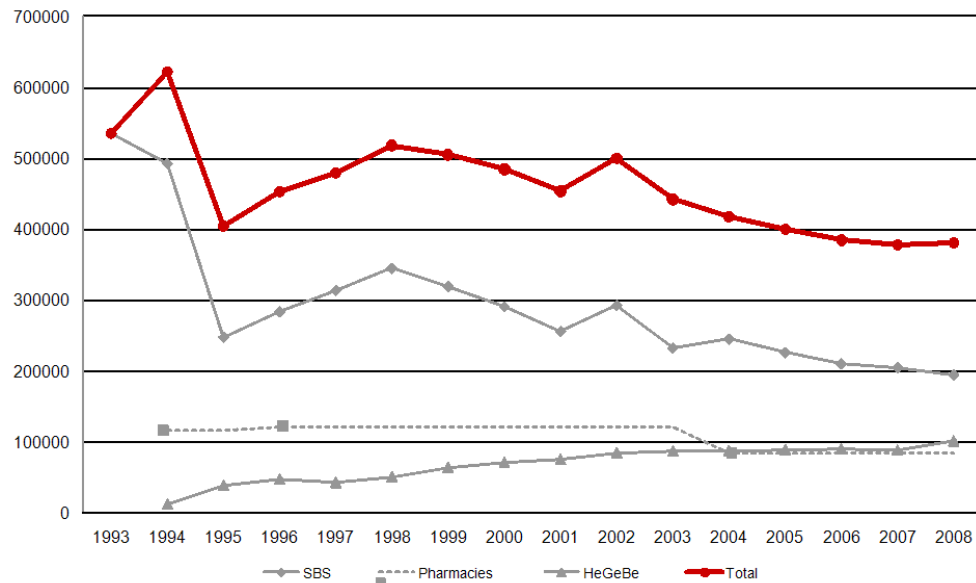
La Figure 5-1 montre l'évolution du nombre total estimé de seringues remises mensuellement aux UDI en Suisse, y compris le matériel utilisé dans le programme de prescription d'héroïne : un peu moins de 400.000 par mois en 2008. On observe une tendance à la baisse au cours des 10 dernières années, qui correspond à une diminution du nombre de consommateurs de drogue par injection (voir plus loin).

^a Dans la suite du texte, nous utiliserons le terme générique de « structure » pour parler des lieux d'approvisionnement en matériel stérile, qu'il s'agisse de structures « fermées », de bus ou de travailleurs de rue.

^b ZH, BE, SO, BS, GE, LU, SH, SG, VD, AG, JU, GR, NE, FR.

^c Les treize locaux d'injection sont répartis dans les cantons suivants : ZH(4), BE(2), BS(3), SO(1), GE(1), SH(1) et LU(1).

Figure 5-1 Estimation du nombre total de seringues remises mensuellement aux consommateurs de drogue par injection en Suisse entre 1993 et 2007 : SBS, pharmacies¹ et programme de prescription d'héroïne (HeGeBe)



¹ Seules trois mesures ont été effectuées dans les pharmacies, en 1994, en 1996 et en 2004 (identifiées par les ■). Pour l'estimation du total des seringues remises, les mêmes valeurs ont été gardées pour les années suivantes jusqu'à la mesure suivante.

Estimation de la couverture du dispositif

Le Tableau 5-1 montre quelques estimations de couverture, basées sur des données existantes concernant soit le nombre de consommateurs par injection, soit le nombre de seringues utilisées par semaine, tel que rapporté lors des enquêtes auprès d'UDI. Pour les estimations basées sur la première méthode, le dénominateur est la moyenne mensuelle du nombre total de seringues remises en Suisse en 2006 : 385'000 seringues.

La première méthode donne deux estimations qui se rapportent au nombre de seringues à disposition des personnes qui s'injectent : entre 26 et 44 seringues par mois. La deuxième fait référence aux besoins effectifs des consommateurs qui se situeraient entre 28 et 56 seringues par mois. Ces deux estimations se recouvrent largement, et l'estimation de la couverture se situe entre 47% (26.4/56) et 158% (44/28) des besoins (valeurs extrêmes).

Tableau 5-1 Estimations de la couverture du dispositif : nombre de seringues à disposition et besoin en seringues des UDI

Méthode 1 : seringues à disposition		Nombre de seringues à disposition par UDI par mois
Numérateur : moyenne mensuelle de seringues remises (en 2006)	385000	
Dénominateur : estimation du nombre d'injecteurs en Suisse		
1a) Estimation basée sur la différence entre :		
• Le nombre de consommateurs d'héroïne : valeur centrale de l'estimation du nombre de consommateurs d'héroïne faite en 2002 par l'OFSP : N=26000	26000-17191=8809 injecteurs	385000/8809=43.7
• Le nombre de personnes en traitement de méthadone, supposées ne plus s'injecter des drogues : N=17191 (en 2006)		
1b) Estimation :		
• basée sur la proportion d'injecteurs actuels parmi les personnes fréquentant les structures à bas seuil (enquête SBS 2006)	26000*0.56=14560 injecteurs	385000/14560=26.4
• rapportée à l'estimation du nombre de consommateurs d'héroïne faite en 2002 par l'OFSP : N=26000		
Méthode 2 : besoin en seringues		Nombre d'injections mensuelles
2a) Nombre médian d'injections par semaine chez les injecteurs actuels, enquête SBS 2006	7	7 × 4=28
2b) Nombre moyen d'injections par semaine chez les injecteurs actuels, enquête SBS 2006	14	14 × 4=56

5.2 ENQUETE SUR LES UDI USAGERS DES STRUCTURES A BAS SEUIL (SBS)^a

En 2006, l'enquête s'est déroulée dans les 22 SBS existantes, réparties dans dix cantons. En 2006, la moitié environ des SBS impliquées était pourvue de locaux d'injection et d'inhalation. Les analyses présentées ici ne portent que sur les usagers ayant déjà consommé de la drogue par injection au cours de leur vie. Cette sélection représente environ 90% des répondants des enquêtes menées de 1993 à 2000 et 75% de l'échantillon constitué en 2006 : 993 personnes en 1993, 677 en 1994, 855 en 1996, 832 en 2000 et 817 en 2006.

Caractéristiques socio-démographiques

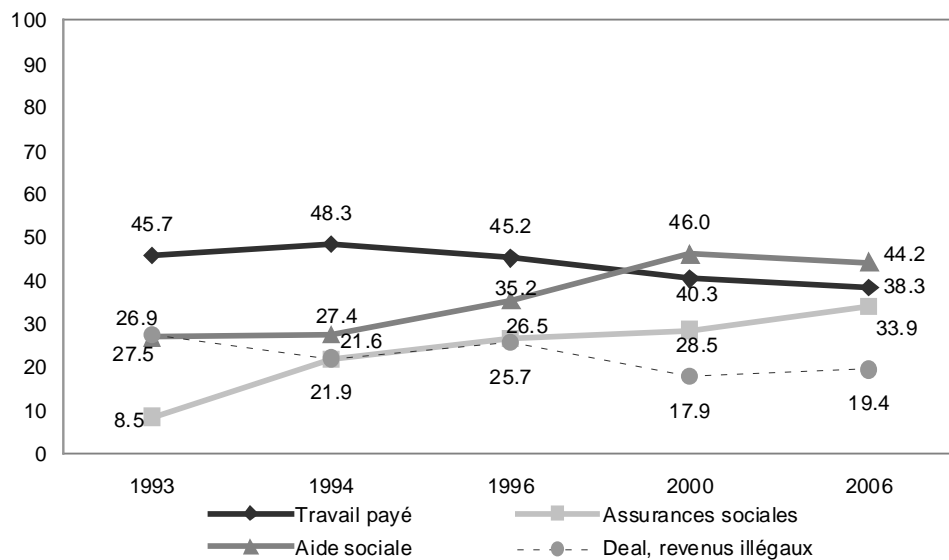
Près de trois quarts des répondants sont de sexe masculin. Cette proportion est restée particulièrement stable d'une enquête à l'autre. En revanche, on observe une augmentation régulière et significative de l'âge des répondants. En 2006, la médiane s'élève à 36 ans contre 26 ans en 1993. Les répondants de 35 ans et plus, qui représentent 11% de l'échantillon de 1993, représentent près de 59% en 2006. Cette évolution concerne aussi bien les hommes que les femmes.

La part de répondants tirant leur revenu d'un emploi (quel qu'il soit) a sensiblement diminué, tandis qu'une proportion croissante de répondants dépend de l'aide sociale et/ou d'une assurance sociale (chômage, invalidité) (Figure 5-2).

Le pourcentage de répondants n'ayant pas eu de domicile fixe dans le dernier mois a également diminué entre 2000 (11%) et 2006 (6%).

^a La méthodologie est décrite dans deux publications^{20,21}.

Figure 5-2 Sources de revenus des UDI (% des UDI mentionnant cette source de revenu dans les 12 derniers mois*), 1993-2006



* Plusieurs réponses possibles

Consommation de drogues

La quasi totalité des UDI interrogés a consommé de l'héroïne au cours de la vie (Tableau 5-2). Depuis 1994, on note néanmoins une diminution importante de la proportion de répondants rapportant en avoir consommé régulièrement (plusieurs fois par semaine) au cours du dernier mois (1994 : 61% ; 2006 : 43%). Parallèlement, la consommation de cocaïne accuse une importante augmentation (en dépit d'un décrochage observé en 2000). En 2006, près de deux tiers des répondants en avaient consommé régulièrement contre près d'un quart en 1993.

Une part croissante des UDI fréquentant les SBS est par ailleurs en traitement, plus souvent un traitement de substitution par la méthadone : en 2006, la proportion de personnes en traitement est de plus de 60%.

Tableau 5-2 Consommation d'héroïne et/ou de cocaïne au cours de la vie / au cours du dernier mois (%), 1993-2006

	1993 sans ZH	1994 sans ZH	1996	2000	2006	nptrend; p=
Effectifs	993	677	855	832	817	
Drogues dures au cours de la vie						
Héroïne	99.1	99.7	99.4	98.9	98.0	0.002
Cocaïne	84.4	92.8	93.5	88.4	95.5	0.000
Cocktails (héroïne et cocaïne ensemble)	71.9	84.9	89.9	80.0	83.8	0.007
Consommation régulière au cours du dernier mois						
Héroïne	60.5	68.4	66.3	53.1	43.1	0.000
Cocaïne	23.7	30.6	32.8	23.6	63.5	0.000
Cocktails (héroïne et cocaïne ensemble)	17.5	29.4	40.1	21.9	21.9	0.029

	1993 sans ZH	1994 sans ZH	1996	2000	2006	nptrend; p=
Traitement en cours						
Méthadone*	37.2	47.0	46.5	58.7	59.1	0.000
Héroïne sous prescription médicale*			11.2	4.3	5.1	0.000

* Parmi les usagers ayant déjà consommé de l'héroïne au cours de la vie

Notes En italique : données manquantes pour Zurich

Signification statistique des trends calculée après exclusion des données manquantes

Injection et risques liés à l'injection

La pratique de l'injection est en diminution, plusieurs indicateurs en témoignent (Tableau 5-3).

1. D'une part la proportion de nouveaux injecteurs (c'est-à-dire les personnes ayant adopté ce mode de consommation au cours des deux dernières années précédant l'enquête) a régulièrement baissé (de 19% en 1993 à 3% en 2006).
2. D'autre part, parmi les consommateurs s'étant déjà injecté de la drogue, on observe, à partir de 2000, une nette diminution du pourcentage de répondants ayant recouru à ce mode de consommation récemment (6 derniers mois).
3. Enfin, le nombre d'injections hebdomadaire (chez ceux qui s'injectent) a aussi diminué.

La grande majorité des répondants déclare s'injecter le plus fréquemment à domicile ou dans un local d'injection. On note une diminution très nette de la proportion de répondants déclarant s'injecter principalement à l'extérieur (1993 : 18% ; 2006 : 3%).

Le pourcentage de répondants ayant déclaré s'être déjà injecté avec une seringue (ou aiguille) ayant servi à quelqu'un d'autre (exposition au risque) est resté relativement stable au cours du temps (environ 40%). Après une forte diminution au début des années 1990, le pourcentage de répondants rapportant cette pratique au cours des 6 derniers mois s'est stabilisé autour de 10%. Si l'on prend les 30 derniers jours comme période de référence, cette proportion s'élève à 4.9% en 2006. Une proportion également stable de répondants (entre 8 et 9%) déclare avoir donné sa seringue à quelqu'un d'autre au cours des 6 derniers mois. En 2006, parmi les répondants s'étant injectés dans les 6 derniers mois, les personnes séronégatives sont proportionnellement moins nombreuses (n=37 ; 7.5%) à avoir utilisé une seringue usagée que les personnes séropositives (n=10 ; 13.5%) ou de statut sérologique inconnu (n=7 ; 18%).

La mise en commun du matériel servant à l'injection (cuillère, filtre, coton, eau) a fortement diminué. Cette pratique reste néanmoins fréquente (notamment la mise en commun de la cuillère).

La pratique de l'injection et l'utilisation de seringue(s) usagée(s) **en prison** font également partie des objectifs de surveillance. A ce titre, on note que les séjours récents en prison ont diminué au fil des enquêtes. En 1996, 36% des répondants y avaient séjourné au cours des deux années précédentes, contre 27% en 2000 et 21% en 2006 (p<0.001). Environ un quart des répondants s'est injecté de la drogue alors qu'ils étaient incarcérés (1996 : 27% ; 2000 : 31% ; 2006 : 23% ; p=0.275) ; une minorité non négligeable d'entre eux avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre (1996 : 20% ; 2000 : 31% ; 2006 : 11% ; p=0.352). Erratiques en raison de très petits effectifs, les évolutions sont difficiles à apprécier^a.

^a Dans le cadre de la surveillance des comportements, le choix d'insérer des questions concernant l'exposition au risque en prison dans les enquêtes auprès des UDI pour avoir une appréciation indirecte des risques en prison a été fait pour des raisons de coût et des raisons techniques (difficulté de mener de manière répétée des enquêtes dans le milieu carcéral).

Tableau 5-3 Pratique de l'injection, exposition au risque de transmission du VIH et du VHC (%), SBS, 1993-2006

	1993 sans ZH	1994 sans ZH	1996	2000	2006	nptrend ; p=
Effectifs	993	677	855	832	817	
Pratique de l'injection						
Injection au cours des 6 derniers mois	95.1	95.1	95.0	86.8	74.2 ^a	0.000
Nouveaux injecteurs*	18.7	16.4	7.4	3.2	3.3	0.000
Nombre d'injections au cours de la dernière semaine (base : injecteurs au cours des 6 derniers mois)						
Moyenne	-	-	17.7	13.7	13.8	
Médiane	-	-	14	7	7	0.000
Lieu d'injection le plus fréquent						0.000
Domicile	-	47.4	58.4	60.7	56.4	
Lieu public (à l'extérieur)	-	18.2	5.5	6.0	3.1	
Local public	-	2.6	3.0	3.4	2.0	
Local d'injection	-	29.8	28.6	24.4	32.8	
Non réponse	-	2.0	4.6	5.5	5.6	
Exposition au risque						
Utilisation de seringue(s) usagée(s) dans les 6 derniers mois**	16.5	8.9	10.7	11.5	8.9	0.000
Partage du matériel servant à l'injection**						
Cuillère	-	-	67.1	49.9	31.9	0.000
Filtre	-	-	42.5	36.2	21.1	0.000
Coton	-	-	3.1	6.1	2.0	0.115
Eau	-	-	-	24.6	15.8	0.000

^a Cette proportion est de 56% si on considère l'ensemble des personnes fréquentant les SBS, ce qui inclut aussi des personnes qui ne se sont jamais injectées des drogues

* Ayant commencé à s'injecter depuis moins de 2 ans

** parmi ceux ayant eu recours à l'injection dans les 6 derniers mois

Note En italique, données manquantes pour Zurich

Risques sexuels et protection

On observe peu d'évolutions récentes au niveau des expositions au risque dans le contexte de relations sexuelles. Environ un quart des répondants utilise systématiquement le préservatif dans le cadre de relations stables; on notera que 34% des UDI ont un partenaire stable lui-même (elle-même) UDI.

Plus de deux tiers des UDI utilisent systématiquement des préservatifs avec leurs partenaires occasionnels, soit un niveau de protection proche sinon supérieur à celui observé en population générale.

C'est avec les clients dans le cadre du travail du sexe que la protection est la plus élevée chez les femmes, on observe cependant une diminution de l'usage du préservatif dans les dernières années. La proportion de travailleurs du sexe est inférieure chez les UDI masculins et la protection nettement moindre dans cette situation (Tableau 5-4).

Tableau 5-4 Partenaires sexuels et utilisation de préservatifs (%), SBS, 1993-2006

	1993 sans ZH	1994 sans ZH	1996	2000 sans ZH	2006	nptrend; p=
Effectifs	993	677	855	716	817	
Relations sexuelles avec un partenaire stable (6 derniers mois)	56.9	54.4	50.8	54.5	51.9	0.127
toujours préservatif	25.5	25.5	26.7	28.0	28.5	0.211
Relations sexuelles avec des partenaires occasionnels	31.8	28.4	30.9	31.4	27.3	0.122
toujours préservatifs	59.5	70.8	64.4	71.1	71.8	0.008
Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel (%)	-	44.6	47.5	45.4	48.2	0.716
Prostitution au cours des 6 derniers mois (% femmes uniquement)	-	16.4	23.7	18.9	19.8	0.980
toujours préservatif avec les clients	-	90.0	94.7	74.4	81.4	0.030
Prostitution au cours des 6 derniers mois (% hommes uniquement)	-	1.8	2.1	3.8	2.6	0.343
toujours préservatif avec les clients	-	66.7	46.2	26.1	46.7	0.565

Test VIH et hépatites, overdoses et abcès

La quasi totalité des usagers des SBS a déjà recouru au test VIH. La prévalence rapportée du VIH parmi les répondants est restée stable à hauteur de 10% (Tableau 5-5).

S'agissant de l'hépatite C, on constate, entre 2000 et 2006, une augmentation de la couverture du dépistage et une légère diminution de la prévalence. La prévalence de l'hépatite C demeure néanmoins très élevée avec 56% des répondants testés. Il est en outre probable que la prévalence rapportée – en particulier pour l'hépatite C – soit en-deçà de la réalité. Une enquête de séroprévalence menée en France a montré un écart important entre les données biologiques et les données déclaratives. En l'occurrence, près d'un quart des consommateurs de drogues s'est déclaré à tort séronégatif pour le VHC. En comparaison, les données déclaratives pour le VIH se sont révélées nettement plus proches des données biologiques²².

Dans les dernières années, le nombre de cas aigus d'hépatite C dans l'ensemble de la population a régulièrement diminué (94 en 2003, 40 en 2008). Les hépatites parmi les UDI ont suivi jusqu'en 2006 la même évolution que dans la population générale (de 50 à 75% des cas aigus selon les années)²³.

La moitié des UDI a fait au moins une overdose au cours de la vie ; environ un quart a souffert d'un abcès en lien avec l'injection au cours des 6 derniers mois.

Tableau 5-5 VIH, Hépatite C, overdoses et abcès, prévalence en %, SBS, 1993-2008

	1993 sans ZH	1994 sans ZH	1996	2000	2006	nptrend ; p=
Effectifs	993	677	855	832	817	
Recours au test de dépistage du VIH au cours de la vie	90.2	92.5	93.7	96.2	95.8	0.000
Statut sérologique au dernier test VIH						0.560
séropositif	10.8	8.8	11.4	11.4	10.9	
séronégatif	87.2	89.3	86.5	86.5	87.0	
non réponse / NSP	2.0	1.9	2.2	2.1	2.2	
Recours au test de dépistage de l'hépatite C	-	-	-	79.8	88.4	*0.000

	1993 sans ZH	1994 sans ZH	1996	2000	2006	nptrend ; p=
Statut sérologique au dernier test pour l'hépatite C						0.064
séropositif	-	-	-	61.5	56.4	
séronégatif	-	-	-	34.3	40.4	
non réponse / NSP	-	-	-	4.2	3.2	
Overdose(s) au cours de la vie			52.3	48.2	54.7	0.240
Abcès en lien avec l'injection dans les 6 derniers mois					23.4	

En italique : données manquantes pour Zurich

Accès aux traitements

Selon les professionnels interrogés lors de focus groups en 2005, les personnes séropositives suivies dans les centres ambulatoires sont généralement en traitement pour le VIH/sida, mais avec des variations importantes qui peuvent notamment être liées au seuil d'accessibilité (pour la substitution) instauré par les centres. Plus ce seuil est élevé et plus il y a de probabilités que la grande majorité des patients VIH+ – mieux stabilisés – soient en traitement. La simplification des traitements pour le VIH/sida et la diminution des effets secondaires ont aussi permis d'améliorer l'observance des patients. Finalement, les collaborations entre les centres de traitement ambulatoire et les équipes des infectiologues des centres hospitaliers sont, s'agissant du traitement du VIH/sida, le plus souvent de très bonne qualité.

La situation pour le VHC est quelque peu différente. Selon les professionnels, un nombre insuffisant d'UDI infectés est traité pour le VHC. Ici, la mise en place d'un traitement demande une stabilisation préalable des consommations de drogues illégales et d'alcool. Le traitement est par ailleurs susceptible d'induire une dépression chez des sujets fragiles et une partie non-négligeable des personnes concernées refuse tout simplement de suivre un tel traitement, difficile à supporter. Le traitement doit être précédé d'une préparation soigneuse (motivation). Il arrive aussi que ce soient les hépatologues qui refusent le traitement en jugeant insuffisante la stabilisation des comportements de consommation des personnes infectées par le VHC. Cela renvoie aussi parfois à une différenciation des critères d'indication entre les équipes d'addictologie – parfois moins restrictives ou plus optimistes dans l'indication au traitement – et celles d'hépatologie. Il semble d'ailleurs que, lorsque ces deux pôles communiquent et collaborent efficacement comme pour le VIH/sida, la proportion de personnes traitées tend à augmenter.

5.3 CONCLUSIONS

- La mise à disposition de matériel d'injection suit une tendance à la baisse, plus probablement due à une diminution du nombre d'UDI qu'à une baisse de l'accessibilité des seringues. La couverture estimée peut être considérée comme satisfaisante.
- On observe une tendance continue à la diminution du nombre de personnes qui s'injectent et des nouveaux injecteurs.
- Le partage de seringues est stable à un niveau bas, le partage de matériel servant à préparer l'injection est en diminution.
- Les données obtenues indirectement sur l'exposition aux risques en prison montrent qu'environ un quart des personnes incarcérées a eu recours à l'injection en prison et que le partage de matériel semble y être plus élevé qu'à l'extérieur.

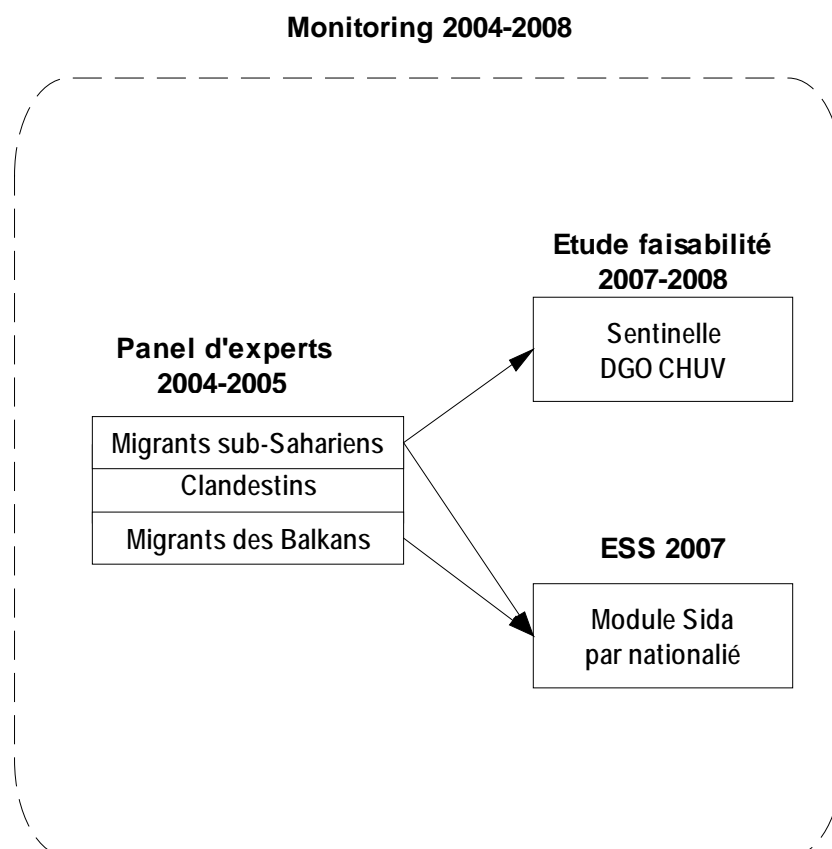
- La prévalence rapportée du VIH est stable, aux alentours de 10%, et l'accès aux antirétroviraux est jugé satisfaisant par les professionnels.
- En revanche la prévalence rapportée du VHC est très élevée et l'accès au traitement encore insuffisant. Cette situation problématique laisse présager une charge de morbidité très élevée dans les années à venir dans cette population.
- La majorité des personnes fréquentant les structures à bas seuil en Suisse sont actuellement en traitement de substitution, traitement qui n'est manifestement pas satisfaisant chez ces personnes puisqu'une consommation se poursuit, y compris par injection. Ceci appelle à reconsidérer la fonction des SBS qui devraient s'ouvrir à une forme de prise en charge des consommateurs (identification des personnes en traitement, offre de prise en charge plus formelle, contact avec les structures de traitement dans une forme de suivi en partenariat) ; ceci suppose l'abandon de certains aspects " classiques " des structures à bas seuil d'accès comme l'anonymat ou l'absence de prise en charge individuelle.

6 MIGRANTS

Trois études réalisées durant la période couverte par le présent rapport s'inscrivent dans une perspective de surveillance comportementale de certains groupes de migrants :

- **Panels d'experts** : entreprise entre 2004 et 2005 en région lémanique^a, cette démarche a été utilisée pour les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, pour les migrants sans statut légal (clandestins) et pour les migrants originaires des Balkans.
- **Enquête " sentinelle " pilote DGO** : cette démarche avait comme objectif principal d'évaluer la faisabilité d'un dispositif " sentinelle " dans le cadre d'un hôpital universitaire. Elle a été réalisée en 2007-2008 au sein du Département de Gynécologie et d'Obstétrique (DGO) du Centre hospitalier universitaire de Lausanne (CHUV). Cette étude s'intéressait aux migrantes en général et plus particulièrement à celles originaires d'Afrique subsaharienne.
- **Enquête suisse sur la santé (ESS)** : il s'agit d'une enquête transversale périodique dont l'édition 2007 comportait pour la première fois des questions concernant la sexualité. Ces données ont permis de procéder à une analyse par nationalité.

Figure 6-1 Dispositif de monitoring dans certaines populations migrantes



Dispositif_Migrants(v090706).cht 06/07/09 - 06:50

^a Région où se trouvent la majeure partie des migrants subsahariens vivant en Suisse.

6.1 PANELS D'EXPERTS

La méthode du panel d'experts a été choisie comme moyen de concrétiser la surveillance comportementale de groupes de migrants difficiles à atteindre. Il était prévu de réunir ces panels à deux reprises pendant la période, de manière à observer l'évolution de la situation. La première série de rencontres avec des experts provenant des milieux sanitaire et social a eu lieu entre fin 2004 et début 2005²⁴. Elle devait permettre de répondre aux questions suivantes :

- Les données à disposition sont-elles suffisantes pour se prononcer sur la situation de certains groupes de migrants ainsi que sur son évolution ; perçoit-on des problèmes émergents ?
- Les données à disposition sont-elles suffisantes pour agir ?
- La méthode retenue est-elle adéquate dans le cadre d'une surveillance de deuxième génération ou convient-il de procéder à des enquêtes de population ?

Trois groupes de migrants ont retenu l'attention :

1. Migrants d'origine subsaharienne : ils constituent une population dont l'effectif se situait entre 40 et 50'000 personnes en 2004^a. Ils proviennent de pays où la prévalence du VIH est élevée. En Suisse, les migrants subsahariens constituent une population particulièrement vulnérable sous l'angle du VIH/sida. Ils contribuent pour 42% en 2008 aux nouvelles infections détectées à la suite de relations hétérosexuelles, les femmes étant particulièrement atteintes.
2. Migrants en situation irrégulière : ils constituent une population qui n'est pas définie par son origine nationale mais par sa situation précaire. Les membres de ce groupe pourraient être exposés au VIH/sida du fait de leur manque d'intégration et d'un accès limité au dispositif sanitaire. Leur effectif est estimé entre 50 000 et 300 000 personnes selon les sources²⁵⁻³⁰. Cette population comporte une assez forte composante latino-américaine.
3. Migrants originaires des Balkans : ils constituent le plus important groupe d'étrangers vivant en Suisse (plus de 350 000 résidents permanents et plus de 15 000 personnes engagées dans la procédure d'asile en 2004). Leurs comportements et besoins en regard de l'épidémie n'avaient fait l'objet d'aucune évaluation avant 2005.

Principaux constats concernant les groupes étudiés

Au terme des réunions de panel, les informations réunies ont permis de dresser les constats suivants :

- Les informations récoltées montrent que la situation des populations migrantes concernées se caractérise par des modifications incessantes : augmentation rapide de l'effectif des Subsahariens, profil changeant des demandeurs d'asile, impact des décisions politiques sur les conditions d'existence de certains migrants ; apparition de nouvelles nationalités parmi les migrants sans statut légal ; arrivée en âge de maturité sexuelle des migrants de deuxième génération, mariages de migrants établis en Suisse avec des compatriotes vivant à l'étranger.
- Les experts consultés possèdent une bonne connaissance des conditions d'existence des trois populations, de leurs particularités et de leur vulnérabilité par rapport au VIH. Ils sont toutefois rarement en mesure de fournir des informations issues de données récoltées de manière systématique et fondées sur une investigation approfondie des comportements sexuels de leurs patients/usagers.
- Les migrants d'origine subsaharienne sont perçus comme un groupe particulièrement vulnérable. En dépit de sa grande hétérogénéité (langue, statut en regard de la législation sur l'immigration, prévalence du VIH dans le pays d'origine), ce groupe est néanmoins décrit comme homogène en matière de risques élevés pris dans le cadre des relations sexuelles. Les relations entre genres

^a Résidents permanents environ 25 000 personnes ; personnes engagées dans la procédure d'asile environ 16'000 personnes ; personnes en situation irrégulière estimées à quelques milliers.

caractérisées par la subordination de la femme jouent à cet égard un rôle important. Les conditions de vie particulièrement précaires d'une partie des migrants subsahariens ainsi que les conséquences de cette précarité sur leur capacité de prévenir les infections à VIH sont également mises en évidence. Les segments les plus vulnérables de cette population sont les demandeurs d'asile (en cours de procédure ou déboutés), les clandestins, les mineurs non accompagnés et les personnes qui se prostituent.

- La population des migrants sans statut légal est divisée en un groupe majoritaire (Latino-américains) – bien connu des experts – et des groupes nationaux numériquement peu importants mais préoccupants sous l'angle de la prévention du VIH car très précarisés et peu en contact avec les structures de prise en charge. L'existence de comportements à risque parmi ces migrants fait l'objet d'un large consensus. Ces comportements sont notamment attribués à la précarité multiforme qui caractérise cette population, aux rapports entre les genres, à la prostitution et, enfin, à l'injection de stupéfiants pour quelques segments minoritaires.
- Les migrants originaires des pays balkaniques sont peu touchés par l'épidémie de VIH/sida mais leur vulnérabilité pourrait augmenter avec la maturité sexuelle des jeunes de deuxième et de troisième génération. Cette population comprend quelques segments potentiellement plus vulnérables. C'est en particulier le cas des jeunes générations qui grandissent entre deux systèmes de valeurs ainsi que des albanophones dont les valeurs et coutumes pourraient faire obstacle à une protection efficace contre le VIH. Les relations entre genres (le statut de la femme par rapport à celui de l'homme), le silence autour du thème de la sexualité (dans le couple et dans le cadre familial) ainsi que la discrimination des personnes séropositives (voire de toute leur famille) constituent autant de problèmes à aborder en vue d'améliorer la capacité de faire face aux enjeux de l'épidémie.

Constats concernant la méthode

Si les panels d'experts ont permis de récolter des informations de manière qualitative et ont bien fonctionné comme système d'alerte, ils se sont révélés insuffisants en tant que méthode de surveillance comportementale des migrants.

La méthode du panel d'experts paraît adéquate pour évaluer à l'échelon régional la situation de groupes de migrants sans statut légal dont la composition varie d'une région à l'autre et pour repérer les problèmes (y compris les problèmes émergents) auxquels ils sont confrontés.

S'agissant des migrants d'origine balkanique, l'importance numérique de cette population devrait permettre d'en surveiller les comportements à travers les études périodiques en population générale.

La surveillance comportementale de la population originaire d'Afrique subsaharienne nécessite en revanche une autre approche. La méthode du panel d'experts s'est révélée insuffisante compte tenu de la vulnérabilité de ce groupe. Elle n'a pas permis de déterminer le niveau des risques auxquels il est exposé. Des enquêtes sentinelles réalisées dans le cadre de structures constituant des points de passage pour cette population devraient permettre de combler une partie au moins des lacunes que le panel d'experts a mis en lumière.

6.2 ETUDE PILOTE POUR UNE ENQUETE SENTINELLE DE SURVEILLANCE COMPORTEMENTALE CHEZ LES MIGRANTS, EN PARTICULIER D'ORIGINE SUBSAHARIENNE

Dans le prolongement des panels d'experts décrits dans la section précédente, une étude a été lancée en 2007 pour établir la faisabilité d'un dispositif sentinelle de surveillance comportementale fonctionnant dans un important point de passage pour la population migrante, d'origine subsaharienne en particulier³¹. Elle avait pour objectifs :

- de décrire les comportements sexuels en rapport avec le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmises (IST) des femmes migrantes – en particulier subsahariennes – dans une policlinique de gynécologie et d'obstétrique d'un hôpital universitaire ;
- de tester la faisabilité d'une telle étude dans une structure "sentinelle" et, plus particulièrement, de vérifier l'adéquation des moyens mis en œuvre (capacités logistiques, choix du lieu, personnes impliquées) ainsi que la réalisation du projet en vue de le reconduire à intervalles réguliers dans le cadre du système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse ;
- de plus et à la demande de la structure dans laquelle l'étude se déroulait, de connaître les besoins des patientes en matière de conseils sur le VIH et les autres IST et leur disponibilité à l'anamnèse sexuelle.

L'étude a été conduite dans le cadre du Département de gynécologie et d'obstétrique (DGO) du Centre hospitalier universitaire (CHUV) de Lausanne. Ce choix tient au fait que le DGO constitue un lieu de passage pour des femmes de toutes origines consultant notamment pour des motifs en relation avec leur sexualité (grossesses, IST, etc.).

Les informations ont été récoltées au moyen d'un questionnaire anonyme auto-administré incluant les indicateurs de comportement sexuel utilisés dans les autres études de monitoring. Le questionnaire a été traduit dans les langues pratiquées par les principales communautés étrangères consultant le DGO. Il a été distribué par les réceptionnistes, secrétaires et infirmières à l'ensemble des patientes consultant le département puis retourné directement aux chercheurs.

Le taux de réponse s'est élevé à 60.8%.

Plus de la moitié des patientes recrutées (51%) sont d'origine étrangère. Les ressortissantes de pays d'Afrique subsaharienne représentent 8% de l'ensemble du collectif étudié.

Les migrantes sont en général plus jeunes que les Suissesses. Trois quarts des participantes vivaient avec un partenaire (mari ou ami) (Tableau 6-1).

Tableau 6-1 Enquête sentinelle pilote DGO : caractéristiques sociodémographiques des patientes (n=685)

Origine	n	%	âge moyen	% vit avec partenaire	% que scolarité obligatoire
Suisse	336	48.6	35.6	72.6	7.5
UE (sans les pays d'Europe de l'Est)	150	21.6	32.7	80.0	24.7
Pays de l'Europe de l'Est	37	5.9	31.4	81.5	51.3
Asie	13	1.9	28.1	76.9	16.6
Afrique du Nord et Moyen Orient	43	6.5	31.3	79.5	36.3
Afrique subsaharienne	56	8.2	32.0	71.7	40.4
Amérique latine	43	6.3	30.8	75.0	38.7
Autre	7	1.0	33.5	100	0.0

14.3% des patientes ont eu deux partenaires ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête, cette proportion étant un peu plus élevée chez les femmes subsahariennes (16.7%) sans toutefois qu'il existe de différence statistiquement significative selon l'origine. 92.4% des patientes ont eu un partenaire stable durant l'année précédant l'enquête. Parmi elles, 53.3% n'ont jamais utilisé de préservatif avec lui. Malgré le fait qu'elles soient originaires d'une zone à haute prévalence, la moitié des patientes subsahariennes (49.9%) déclarent ne s'être jamais protégées avec leur partenaire sexuel stable.

Durant l'année précédant l'étude, 10.4% des patientes ont eu un ou plusieurs partenaires occasionnels. Bien que l'on ne constate aucune différence statistiquement significative, les femmes subsahariennes et latino-américaines sont tendanciellement plus nombreuses à s'être trouvées dans cette situation (respectivement 17.6% et 15.3% contre 10.3% pour les Suissesses). L'exposition au risque VIH et autres IST avec des partenaires sexuels occasionnels est observée chez une proportion élevée de patientes (sans différence significative en fonction de l'origine géographique) : 64.1% n'ont pas systématiquement utilisé de préservatif. Cette proportion est sensiblement plus importante que celle observée dans le cadre de l'enquête EPSS auprès de la population générale où elle n'atteint que 35.2%.

Au total, 13.3% des femmes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, cette proportion s'élève à 18.8% parmi les patientes subsahariennes.

3.9% des femmes déclarent avoir déjà accepté un cadeau ou de l'argent en échange d'un rapport sexuel. Les patientes subsahariennes et latino-américaines sont plus nombreuses dans ce cas (respectivement 17.7% et 13.7%).

Enfin, 71.8% des femmes ont déjà bénéficié d'un test de dépistage du VIH. Les femmes subsahariennes et latino-américaines sont les plus nombreuses à avoir été testées (87.2% et 79.6% respectivement).

Analysée sous l'angle de la faisabilité, l'étude

- montre qu'un département universitaire de gynécologie et d'obstétrique constitue bel et bien un lieu de passage où contacter la population cible (femmes migrantes et, en particulier, femmes migrantes subsahariennes) ;
- indique qu'une étude sur les comportements sexuels est bien acceptée par les patientes du département et qu'elles y participent dans une proportion satisfaisante quelle que soit leur origine géographique (taux de réponse par origine nationale analogue à la répartition des patientes du département) ;
- confirme la disposition du département à répéter l'étude ;
- suggère diverses adaptations organisationnelles, notamment la nécessité de conduire l'étude sur deux sites au moins de manière à disposer d'un public cible numériquement plus important pouvant être contacté dans un laps de temps réduit.

6.3 ANALYSE DES DONNEES DE L'ENQUETE SUISSE SUR LA SANTE (2007)

L'Enquête suisse sur la santé (ESS) est une enquête téléphonique périodique auprès des personnes âgées de 15 ans et plus résidant en Suisse. La dernière vague a été réalisée en 2007. Elle comprenait pour la première fois un module sur la sexualité destiné aux personnes âgées de 16 à 74 ans uniquement (15891 personnes éligibles pour ce module). Ce module comportait des questions concernant l'activité sexuelle et les comportements de protection durant les douze mois ayant précédé l'enquête ainsi que le recours au test VIH.

L'analyse des données de cette enquête a fourni un éclairage complémentaire sur les comportements sexuels des migrants. Dans la présente section du rapport et bien que les résultats soient présentés pour chaque origine, on s'est concentré d'une part sur les personnes provenant d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des Balkans et, d'autre part, sur les ressortissants suisses ainsi que sur ceux des pays membres de l'Union européenne et de l'AELE^a.

Parmi les participants à l'enquête, 9.5% sont originaires d'un pays de l'UE, 1.5% d'un pays balkanique, 0.5% d'Amérique latine (ou des Caraïbes) et 0.2% d'Afrique subsaharienne. 45.2% des répondants sont

^a Dans les analyses, les ressortissants de pays membres de l'AELE sont assimilés aux ressortissants de pays membres de l'UE.

des hommes. Les personnes originaires de l'UE ainsi que celles originaires des pays balkaniques sont plus nombreuses à être de sexe masculin, celles originaires d'Amérique latine étant majoritairement des femmes. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine ou de pays balkaniques sont sensiblement moins âgées que les Suisses et les ressortissants de l'UE. La proportion de personnes au seul bénéfice d'une scolarité obligatoire y est plus élevée que chez les Suisses (Tableau 6-2).

Tableau 6-2 Enquête ESS 2007 : caractéristiques sociodémographiques par origine

Origine	n	%	% hommes	âge moyen [SD]	% n'ayant que la scolarité obligatoire
Suisse	13853	87.2	44.3	47.1 [15.7]	9.6
Union européenne et AELE	1509	9.5	52.0	43.6 [13.7]	19.7
Pays balkaniques	236	1.5	54.2	34.6 [11.7]	28.0
Europe orientale et Asie centrale	23	0.1	26.1	32.8 [9.6]	4.3
Afrique subsaharienne	36	0.2	47.2	35.0 [11.8]	38.9
Afrique du Nord	23	0.1	56.5	39.2 [10.1]	8.7
Amérique latine et Caraïbes	75	0.5	34.7	35.4 [11.5]	18.7
Moyen Orient	48	0.3	62.5	35.3 [12.1]	37.5
Asie du sud, sud-est et est	45	0.3	42.2	35.5 [8.9]	26.7
US, Canada, Japon, Australie	35	0.2	51.4	41.6 [12.4]	0.0

Note Les 8 réponses manquantes par rapport à la nationalité ne figurent pas dans le tableau (n = 15883)

Activité sexuelle et comportements préventifs

Toutes origines confondues, 7.1% des personnes interrogées ont eu un nouveau partenaire stable au cours des douze mois précédant l'enquête. Si les personnes originaires de pays balkaniques sont proches – voire inférieures – de cette proportion, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine sont deux fois plus nombreuses à se trouver dans cette situation (Tableau 6-3).

On rappellera toutefois qu'avoir un nouveau partenaire stable est aussi associé à l'âge et que, sous cet angle, les migrants sont plus jeunes que les personnes de nationalité suisse. Cette réserve ne modifie cependant pas le fait que les migrants d'origine subsaharienne sont proportionnellement plus nombreux que les Suisses à avoir noué une nouvelle relation stable.

Dans une telle situation, 71.0% des personnes ayant eu un nouveau partenaire stable dans l'année ont utilisé un préservatif – au moins au début de leur relation. Les personnes originaires d'un pays balkanique, d'Amérique latine ou d'Afrique subsaharienne ont été proportionnellement moins nombreuses que les ressortissants européens ou suisses à avoir entretenu des rapports protégés, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif (Tableau 6-3).

Un tiers des personnes interrogées (31.4%) déclarent avoir eu des partenaires occasionnels au cours de leur vie et 8% au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les ressortissants des pays balkaniques et d'Afrique subsaharienne sont moins nombreux à avoir connu ce type d'expériences que les ressortissants de l'UE et les latino-américains, ces derniers apparaissant comme le groupe où ce type de relations est le plus fréquent.

Tableau 6-3 Enquête ESS 2007 : personnes ayant eu un nouveau partenaire stable au cours des 12 mois précédant l'enquête et utilisation du préservatif au moins au début de la relation, par origine

Origine	n	% ayant eu un nouveau partenaire stable au cours des 12 dernier mois	Parmi elles, proportion ayant utilisé le préservatif au début de la relation
Suisse	12789	6.9	70.7%
Union européenne et AELE	1405	7.9	76.9%
Pays balkaniques	194	4.6	4/9
Europe orientale et Asie centrale	21	4.8	1/1
Afrique subsaharienne	31	16.1	3/5
Afrique du Nord	22	4.5	1/1
Amérique latine et Caraïbes	67	13.4	5/9
Moyen Orient	40	17.5	4/7
Asie du sud, sud-est et est	32	0.0	-
US, Canada, Japon, Australie	31	16.1	4/5

Notes Le tableau ne porte que sur les personnes sexuellement actives. Les réponses manquantes n'y figurent pas. Les proportions sont indiquées sous forme de fraction lorsque les effectifs sont petits.

En matière de protection, 70.2% des personnes ayant eu des partenaires occasionnels au cours des douze mois précédant l'enquête déclarent avoir systématiquement utilisé des préservatifs. La protection observée chez les personnes originaires d'Amérique latine et de pays balkaniques est moins systématique que celle observée chez les Suisses ou les ressortissants de l'UE. L'effectif des personnes originaires d'Afrique subsaharienne (2) étant toutefois trop restreint pour permettre d'analyser ce résultat (Tableau 6-4).

Tableau 6-4 Enquête ESS 2007 : proportion de personnes ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi celles sexuellement actives et protection dans ces situations, par origine

Origine	n	% 12 derniers mois	Parmi elles, proportion ayant toujours utilisé le préservatif
Suisse	12676	7.8	70.3%
Union européenne et AELE	1381	9.1	75.4%
Pays balkaniques	189	6.9	7/14
Europe orientale et Asie centrale	20	15.0	2/3
Afrique subsaharienne	31	6.5	2/2
Afrique du Nord	22	9.1	1/2
Amérique latine et Caraïbes	65	12.3	4/9
Moyen Orient	41	7.3	1/3
Asie du sud, sud-est et est	29	0	-
US, Canada, Japon, Australie	31	9.7	1/3

Notes Le tableau ne porte que sur les personnes sexuellement actives. Les réponses manquantes n'y figurent pas. Les proportions sont indiquées sous forme de fraction lorsque les effectifs sont petits.

Le Tableau 6-5 ne concerne que les hommes. Il montre que les hommes originaires d'Afrique subsaharienne sont proportionnellement plus nombreux (mais petit effectif) à rapporter une activité

bisexuelle susceptible de constituer un 'pont' de l'épidémie entre la communauté homosexuelle et la population hétérosexuelle.

Tableau 6-5 Enquête ESS 2007 : genre des partenaires sexuels chez les hommes, par origine

Origine	n	Homosexuels	Bisexuels	Hétérosexuels
Suisse	5697	0.6%	2.1%	97.2%
Union européenne et AELE	747	0.9%	4.2%	94.9%
Pays balkaniques	108			100.0%
Europe orient. et Asie centrale	6			6/6
Afrique subsaharienne	15		2/15	13/15
Afrique du Nord	13			13/13
Amérique latine et Caraïbes	24	4/24		20/24
Moyen Orient	25			25/25
Asie du sud, sud-est et est	14			14/14
USA, Canada, Japon, Australie	16	1/16	1/16	14/16

Notes Le tableau ne porte que sur les personnes sexuellement actives. Les réponses manquantes n'y figurent pas. Les proportions sont indiquées sous forme de fraction lorsque les effectifs sont petits.

Une personne sur cinq environ (18.3%) a utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel. Les migrants originaires des pays balkaniques ou d'Amérique latine sont proches de cette valeur. Ceux originaires d'Afrique subsaharienne se situent pour leur part en dessous de celle-ci (Tableau 6-6). Sachant que l'utilisation de préservatifs au dernier rapport est aussi associée à l'âge (davantage d'utilisation chez les plus jeunes), l'écart entre les Suisses et les Subsahariens s'amplifie si on ne considère que le groupe des 16-45 ans.

Tableau 6-6 Enquête ESS : utilisation du préservatif lors du dernier rapport par origine

Origine	n	% l'ayant utilisé
Suisse	12669	18.0
Union européenne et AELE	1386	19.3
Pays balkaniques	192	21.9
Europe orientale et Asie centrale	20	45.0
Afrique subsaharienne	30	13.3
Afrique du Nord	22	36.4
Amérique latine et Caraïbes	66	19.7
Moyen Orient	39	15.4
Asie du sud, sud-est et est	31	19.4
US, Canada, Japon, Australie	30	26.7

Note le tableau ne porte que sur les personnes sexuellement actives. Les réponses manquantes n'y figurent pas.

Test de dépistage du VIH

35.4% des personnes résidant en Suisse ont été testées au moins une fois pour le VIH (en dehors d'un don de sang). Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine apparaissent comme étant les plus testées et celles originaires d'un pays balkanique comme les moins testées. 5.1%

des personnes résidant en Suisse ont eu un tel test dans les douze mois ayant précédé l'enquête. Les ressortissants d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine sont proportionnellement les plus nombreux à avoir été récemment testés et figurent parmi les personnes ayant réalisé, en moyenne, le plus grand nombre de tests (Tableau 6-7).

Tableau 6-7 Enquête ESS 2007 : proportion de personnes ayant déjà eu un test de dépistage pour le VIH, selon le groupe de nationalités

Origine	n=15705	% personnes testées	% personnes testées les 12 derniers mois	Nombre moyen de tests dans la vie
Suisse	13700	34.7	4.9	0.7
Union européenne et AELE	1487	45.3	6.1	1.0
Pays balkaniques	235	17.9	1.7	0.2
Europe orientale et Asie centrale	23	47.8	13.0	1.4
Afrique subsaharienne	36	66.7	22.2	1.4
Afrique du Nord	23	52.2	13.0	0.7
Amérique latine et Caraïbes	74	62.2	22.7	1.4
Moyen Orient	47	36.2	4.2	0.5
Asie du sud, sud-est et est	45	31.1	8.9	0.5
US, Canada, Japon, Australie	35	60.0	17.1	1.4

6.4 CONCLUSIONS

- Un faisceau d'informations récoltées au moyen de techniques différentes atteste l'existence de comportements à risque au sein de la population originaire d'Afrique subsaharienne et trouve confirmation dans les résultats de la surveillance biologique.
Les migrants d'origine subsaharienne apparaissent vulnérables en matière d'exposition au risque dans le cadre des relations sexuelles. Ils ont tendanciellement plus de nouveaux partenariats sexuels mais sont moins nombreux que les Suisses à se protéger au début d'une nouvelle relation. S'ils sont proportionnellement plus nombreux à s'être déjà fait tester, le taux de couverture de cette population demeure malgré tout insuffisant compte tenu de la prévalence probablement élevée du VIH qui la caractérise.
Les patientes d'origine subsahariennes qui consultent le département de gynécologie et d'obstétrique du CHUV sont proportionnellement plus nombreuses à s'être déjà prostituées que les femmes d'autres origines.
- Les migrants d'origine balkanique sont actuellement peu touchés par l'épidémie VIH. Ils n'ont pas plus de nouveaux partenariats sexuels que les Suisses mais ils se protègent en revanche moins (quel que soit le type de partenaire). Ils sont en outre moins nombreux à s'être fait tester.
- Les migrants en situation irrégulière forment une population relativement jeune dont la précarité des conditions d'existence peut augmenter le risque de devoir accepter des relations sexuelles non protégées voire non désirées. Une fraction très importante de cette population est composée de personnes latino-américaines qui tendent à avoir plus de nouveaux partenariats sexuels que le reste de la population, qui se protègent moins (quel que soit le type de partenaire) et qui sont plus nombreuses à s'être déjà fait tester.
- En raison de l'effectif réduit de certains groupes nationaux, la surveillance comportementale des migrants nécessite des approches méthodologiques particulières.
La méthode du panel d'experts a permis de récolter des informations de manière qualitative. Elle est

pertinente dans une perspective d'alerte mais elle n'est pas suffisante pour assurer le suivi de la surveillance comportementale.

- L'étude de faisabilité pour un dispositif sentinelle montre que cette approche :
 - peut être efficacement mise en place dans une consultation hospitalière de gynécologie-obstétrique (lieu de passage de nombreuses migrantes) ;
 - qu'elle est bien acceptée par le public-cible ;
 - qu'elle est intégrable dans le fonctionnement quotidien d'une consultation de gynécologie-obstétrique ;
 - que son efficacité devrait être améliorée en l'étendant à une seconde structure analogue (permettant à la fois de raccourcir la durée de l'étude et d'augmenter l'effectif des personnes répondant au questionnaire).

Ces constats montrent la nécessité de poursuivre la surveillance comportementale auprès des migrants subsahariens.

7 PROSTITUTION

La surveillance des comportements concernant la prostitution devrait prendre en compte les diverses populations de travailleurs(euses) du sexe. Toutefois, compte tenu de la difficulté de mener de manière systématique et répétée des enquêtes dans les diverses strates de ces populations, une stratégie alternative de surveillance a été utilisée.

Les activités de surveillance comportementale durant la période 2004-2008 ont comporté plusieurs volets.

1. Une analyse de la situation de la prostitution en Europe et en Suisse sur la base de la littérature scientifique et de " focus groups "de professionnels susceptibles de fournir des informations sur la prostitution^a (policiers et travailleurs sociaux travaillant auprès de travailleur(euse)s du sexe³²).
2. Une analyse secondaire des données concernant les comportements en lien avec la prostitution dans les enquêtes en population générale (en 2007), auprès des HSH (2007) et auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse (2006).

7.1 ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PROSTITUTION EN EUROPE ET EN SUISSE

Cette analyse se proposait de recueillir des informations sur différents aspects de la situation :

- importance numérique de la prostitution féminine, modes d'exercice de la prostitution, évolution de la situation ;
- existence et importance de situations de dépendance des travailleur(euse)s du sexe et de violence à leur rencontre ;
- prévalence du VIH et autres IST et comportements de protection ;
- problèmes émergents liés à la prévention du VIH/IST.

Importance numérique, modes d'exercice

Les données au sujet de l'effectif des travailleuses du sexe actives en Suisse et de son évolution sont rares. Les estimations ne vont pas toutes dans le même sens.

La dernière évaluation globale (émanant de la police fédérale / FedPol) date de 1999 et situait entre 11 et 12 000 l'effectif des travailleuses du sexe actives en Suisse.

Selon les estimations européennes plus récentes³³, la proportion de personnes qui se prostituent varie, pour les Etats européens, entre 0.1 (Suède) et 1.4% (Allemagne). L'Allemagne est une valeur extrême en raison probablement des dispositions juridiques qui reconnaissent la prostitution comme une activité commerciale parfaitement licite et celles qui la pratiquent comme des travailleuses indépendantes accédant de plein droit aux droits et obligations découlant de ce statut. La Suisse est très probablement proche de ses voisins français (0.2) ou italiens (0.4), ce qui pourrait donner un total se situant entre 14'000 et 28'000 personnes.

Sans être en mesure de fournir des indications précises, les observateurs interrogés lors de " focus groups "s'accordent à reconnaître que le volume de la prostitution est en constante augmentation. Genève est la seule ville pour laquelle des données précises sont disponibles. Elles montrent une très importante augmentation de l'effectif des travailleuses du sexe (effectif multiplié par trois) directement attribuable à l'entrée en vigueur des accords Suisse-Union Européenne relatifs à la libre circulation des

^a Appelés ci-après «experts».

personnes³⁴. Les travailleuses du sexe actives en Suisse proviennent dans une large mesure d'Europe orientale, d'Amérique latine (Brésil et Caraïbes en particulier), d'Afrique (Maghreb et Afrique subsaharienne) et d'Asie (Thaïlande). L'entrée en vigueur des accords relatifs à la libre circulation des ressortissants de l'Union européenne et l'entrée de plusieurs pays d'Europe orientale au sein de l'Union a permis à de nombreuses femmes originaires de ces Etats de venir en Suisse pour s'y prostituer. Les experts relèvent en particulier l'apparition de nombreuses ressortissantes de Bulgarie, de Roumanie, de Hongrie et de République tchèque. La répartition entre nationalités diffère selon les régions.

En Europe comme en Suisse, une transition s'opère de la prostitution de rue vers la prostitution dans des espaces clos. Elle s'explique par les dispositions prises, à l'échelon local, en vue de diminuer les inconvénients associés à la prostitution de rue (bruit, sentiment d'insécurité, atteintes à l'ordre et à la morale publics, etc.), par les contrôles opérés en vue d'identifier les personnes séjournant illégalement sur le territoire national mais aussi par la diffusion de moyens techniques permettant de mettre en relation travailleuses du sexe et clients (Internet, téléphone cellulaire, annonces dans la presse écrite, etc.). Le phénomène de la prostitution perd peu à peu son ancrage presque exclusif dans les grandes villes pour se diffuser en dehors des agglomérations, en particulier le long des grands axes routiers de Suisse alémanique où les prix pratiqués (immobilier, loyers) permettent de créer des établissements de grandes dimensions (clubs, saunas) et où les contrôles semblent moins fréquents.

Situations de dépendance et de violence

En Suisse, les experts s'accordent à reconnaître qu'une partie des travailleuses du sexe exercent leur activité sous la contrainte. Toutefois, s'ils constatent l'existence de situations assimilables à de la traite des êtres humains, ils ne sont pas en mesure de déterminer combien de travailleuses du sexe seraient occupées dans de telles conditions. Les situations où des femmes sont implicitement poussées à la prostitution en raison de l'organisation de leur travail, de la faible rétribution qui leur est servie ou d'engagements financiers apparaissent en revanche relativement fréquentes. C'est en particulier le cas des danseuses de cabaret ou des hôtes actives dans les bars contacts. C'est aussi le cas de maintes travailleuses du sexe poussées à multiplier le nombre de leurs clients pour payer et conserver la place de travail qu'elles occupent dans des salons. Une étude menée à Genève³⁵, ainsi que les rapports du programme Apis montrent que les situations de violences à l'encontre des travailleuses du sexe ne sont pas rares.

Prévalence VIH/IST, comportements de prévention

La prévalence du VIH est en général très basse parmi les travailleuses du sexe exerçant en Europe. Quelques segments de cette population font exception à la règle. Il s'agit des travailleuses du sexe qui s'injectent de la drogue, des travailleuses du sexe transgenres et des travailleuses du sexe d'Afrique subsaharienne. La situation est moins favorable en ce qui concerne la prévalence des autres IST qui apparaît toujours plus élevée chez les travailleuses du sexe que parmi la population générale. Les informations statistiques font défaut en ce qui concerne les travailleuses du sexe actives sur le territoire helvétique.

En matière de comportements de protection, les informations publiées au sujet de la situation en Europe montrent que la plupart des travailleuses du sexe déclarent se protéger. Les pratiques de protection varient cependant en fonction du type de partenaires et du genre de prestations. L'utilisation de préservatifs tend à être systématique lorsqu'il s'agit de relations impliquant une pénétration (vaginale ou anale) avec des partenaires payants. Elle est moins systématique lorsqu'il s'agit de prestations bucco-génitales. Elle est basse lorsque les relations sexuelles concernent des partenaires non payants. Certains segments de la population des travailleuses du sexe se montrent moins rigoureux dans leurs comportements de protection. Les travailleuses du sexe consommatrices de drogues par injection forment l'un de ces groupes. Elles se caractérisent notamment par une activité se déployant essentiellement sur la rue (i.e. là où les conditions de travail sont les plus risquées) et par un nombre de clients en moyenne un peu plus important que chez les autres catégories de travailleuses du sexe. Les autres travailleuses du sexe actives sur la rue ainsi que les travailleuses du sexe transgenres présentent également des niveaux de protection inférieurs à la moyenne.

Les informations réunies à propos de la situation en Suisse sont analogues à celles concernant l'Europe à l'exception de celles concernant les femmes toxicomanes qui paraissent adopter une protection plutôt élevée avec les clients. Toutefois, les informations transmises par les clients dans le cadre des opérations " Don Juan " suggèrent que la protection n'est pas toujours de mise. En Europe comme en Suisse, tout suggère que les pressions financières des clients sont à l'origine de la persistance de relations payantes non protégées.

Problèmes émergents soulevés par les experts

Il existe des craintes relatives à l'augmentation attendue du nombre de travailleuses du sexe. Une baisse des prix consécutive à une concurrence exacerbée pourrait contraindre les travailleuses du sexe à travailler plus (et donc à s'exposer plus) ou à offrir des prestations plus risquées en contrepartie d'une meilleure rétribution. Elle pourrait également contribuer à augmenter la violence régnant sur le marché du sexe (conflits entre travailleuses du sexe mais surtout conflits impliquant ceux qui organisent le marché). Elle pourrait également renforcer la tendance à l'essaimage du marché du sexe vers des zones où n'existent pas d'unités de police spécialisées dans le domaine de la prostitution et loin du périmètre d'intervention des organismes fournissant des prestations socio-sanitaires. L'augmentation du nombre des travailleuses du sexe implique enfin l'arrivée sur le marché du sexe de femmes étrangères (rencontrant des problèmes en raison de leur méconnaissance de la langue locale et de l'environnement juridique, sanitaire et social) et de femmes jeunes (souvent inexpérimentées).

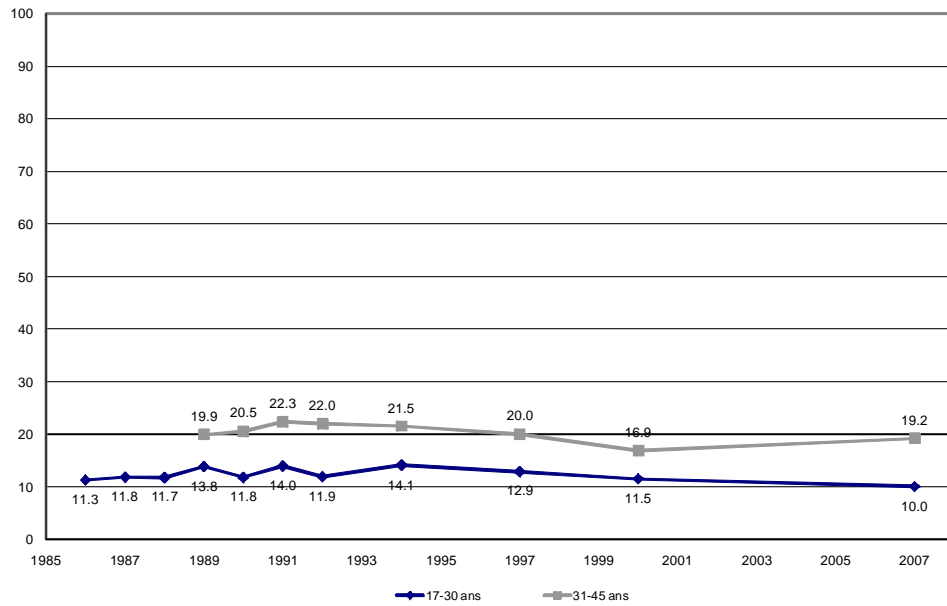
Du côté de la demande, la précarité accrue des travailleuses du sexe conséquence de l'augmentation de l'offre pourrait faciliter l'émergence d'exigences " atypiques " associées à des risques accrus pour elles (relations non protégées, actes dégradants, exacerbation du mépris et de la violence, etc.). Face à une telle évolution, ce sont naturellement les travailleuses du sexe les plus vulnérables (i.e. celles séjournant et travaillant illégalement en Suisse) qui risquent de payer le prix le plus élevé.

7.2 DONNEES PROVENANT D'ENQUETES DANS DIVERSES POPULATIONS

Population générale : les hommes clients de travailleuses du sexe (ayant payé pour avoir un rapport sexuel)

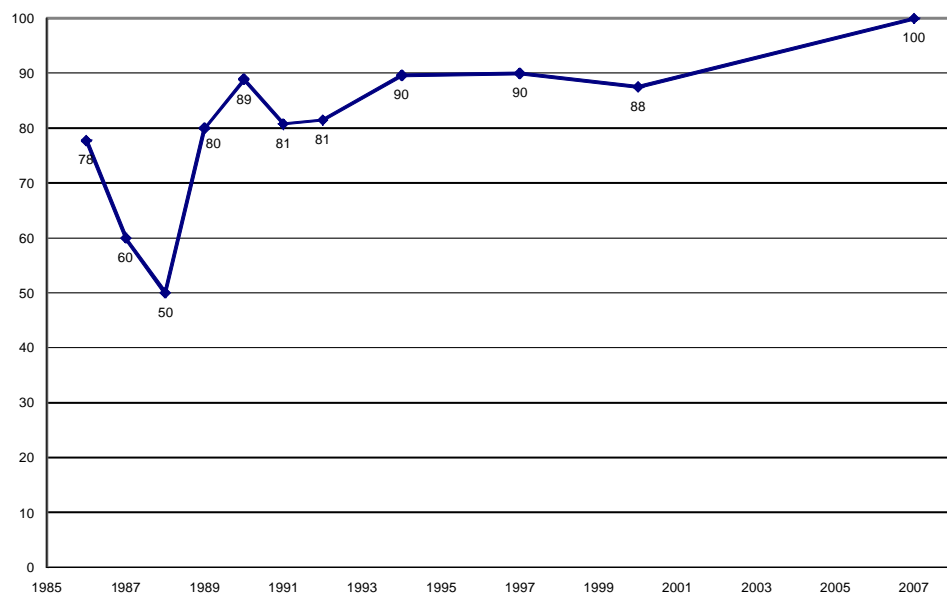
L'Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale de 17 à 45 ans pour l'évaluation de la prévention du VIH/sida en Suisse (EPSS), recueille depuis 1987 des données sur les comportements en rapport avec le VIH. La Figure 7-1 indique l'évolution de la proportion d'hommes hétérosexuels ayant eu, dans leur vie, des rapports sexuels avec des travailleuses du sexe. Cette proportion est restée stable chez les hommes âgés de 17 à 30 ans entre 1987 (11.3%) et 2007 (10.0%) et chez ceux de 31 à 45 ans (19.9% en 1989, 19.2% en 2007). Des analyses plus approfondies menées sur les données EPSS ont confirmé cette non-progression du nombre de clients³⁶.

Figure 7-1 Proportion d'hommes hétérosexuels ayant payé pour avoir un rapport sexuel (au cours de la vie), 1987-2007



La proportion d'hommes ayant rapporté avoir payé pour un rapport sexuel au cours des 6 derniers mois a oscillé entre 1% et 2,8% (1% en 2007) chez les 17 à 30 ans et entre 1,1 et 2,5% (2,1% en 2007) chez les 31 à 45 ans. L'usage de préservatifs dans cette situation est élevé depuis le début des années 90 (au-dessus de 80%) (Figure 7-2).

Figure 7-2 Proportion d'hommes hétérosexuels (17 à 45 ans) ayant systématiquement utilisé des préservatifs lors de contacts avec les travailleuses du sexe dans les 6 derniers mois, 1987-2007*



* 1986-1994 : utilisation systématique (" toujours " dans les 6 derniers mois), 1997-2007 : au dernier rapport dans les 6 derniers mois

Une analyse multivariée menée sur les données de l'enquête EPSS 2000, a comparé les hommes de 17-45 ans clients de travailleuses du sexe aux autres hommes de cette catégorie d'âge. Elle a montré que les clients étaient plus âgés, vivaient davantage dans les grandes villes, étaient plus fréquemment sans relation stable, avaient plus de partenaires et avaient une crainte plus élevée du VIH et utilisaient plus systématiquement des préservatifs. Ils semblaient plus à risque de contracter une IST mais cette association n'était pas statistiquement significative³⁷.

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

Exercice de la prostitution

En 2007, 3.3% des HSH ayant participé à l'enquête Gaysurvey ont rapporté avoir été payés pour un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois (travailleurs du sexe). Pour 20% d'entre eux, il s'agissait d'un épisode unique, pour 34% il y avait eu plus de 6 occasions de ce type. Le Tableau 7-1 montre quelques caractéristiques distinguant les travailleurs du sexe des autres HSH. Les premiers sont plus jeunes, ont un niveau de scolarité inférieure et sont plus souvent de nationalité étrangère. Leur niveau de risque (IST dans les 12 derniers mois, rapports sexuels non protégés) est supérieur à celui des HSH en général. Ils ne se différencient en revanche pas par leur taux de séropositivité.

Tableau 7-1 Caractéristiques différenciant les travailleurs du sexe des HSH en général

	Travailleurs du sexe n= 92	HSH n= 2688	p
Age moyen	30.2	35.9	<0.5
Nationalité étrangère (%)	24.4	13.3	<0.5
Niveau scolaire (% école obligatoire)	16.3	6.4	<0.5
Bisexuels (%)	19.6	12.0	<0.5
Syphilis dans les 12 mois (%)	6.5	1.1	<0.5
Gonorrhée dans les 12 mois (%)	7.6	3.5	<0.5
Risque de transmission dans les 12 mois* (%)	40.2	15.5	<0.5
Test VIH dans le 12 derniers mois (%)	19.6	12.0	<0.5
% séropositifs c/o testés	8.7	7.9	NS

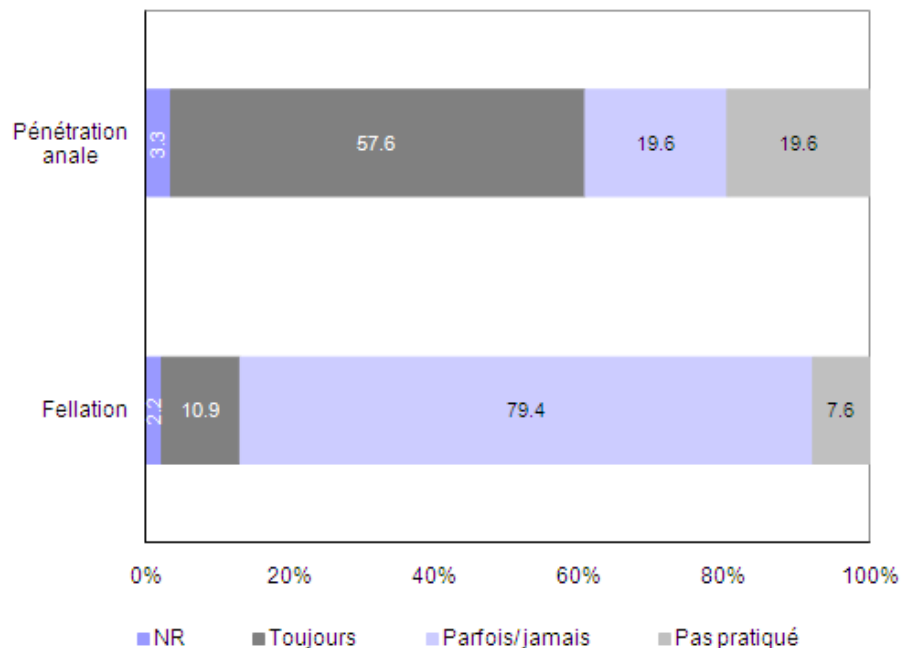
* Avoir eu au moins une fois un rapport anal non protégé avec un partenaire de statut VIH différent ou inconnu

Payer pour avoir un rapport sexuel (clients de travailleurs du sexe)

La proportion de HSH déclarant avoir payé pour avoir un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois est de 10.4%.

L'utilisation de préservatifs avec les travailleurs du sexe diffère selon la pratique : elle est la règle en cas de pénétration anale, très peu pratiquée en cas de fellation (Figure 7-3).

Figure 7-3. Utilisation de préservatifs dans les rapports sexuels avec les travailleurs du sexe, Gaysurvey 2007 (en % de HSH déclarant avoir payé pour avoir un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois)



Usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI)

Une part non négligeable des femmes UDI fréquentant les structures à bas-seuil distribuant du matériel d'injection rapportent s'être prostituées (16.4% dans les 6 derniers mois en 1993, 19.8% en 2006, non significatif [NS]). Dans cette situation, les femmes UDI utilisent généralement des préservatifs, avec une petite tendance à la baisse (90.0 % " toujours " en 1993, 81.4% en 2006, $p=0.03$).

Chez les hommes UDI, la situation est différente : la prostitution est moins fréquente (1.8% dans les 6 derniers mois en 1993, 2.6% en 2006, NS) et la protection semble beaucoup moins systématique (66.7% en 1993, 46.7% en 2006, NS, petits effectifs).

7.3 CONCLUSIONS

- En ce qui concerne la prostitution féminine, les données font apparaître une augmentation probable du nombre de travailleuses du sexe mais pas du nombre de clients.
- Il n'existe pas de données directes sur la prévention dans la prostitution féminine chez les femmes non UDI, mais des données indirectes (recueillies auprès d'experts et de clients) très convergentes sur le fait que les préservatifs sont généralement utilisés.
- Chez les femmes en situation de vulnérabilité, la protection est probablement moins systématique.
- Chez les HSH, la proportion de clients de travailleurs du sexe est un peu plus élevée que dans la population générale, et la protection par les préservatifs dans cette situation en cas de pénétration anale est élevée. En revanche, la fellation se fait généralement sans préservatif.
- Chez les HSH, les personnes qui se prostituent s'exposent davantage aux risques d'IST.
- Chez les UDI, dans le cadre de la prostitution féminine, la protection avec le client est très élevée ; cette protection est moins élevée chez les UDI masculins qui se prostituent.

8 PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (PVA)

Ce chapitre repose sur des données provenant de trois sources :

- la *Swiss HIV Cohort Study* (SHCS), qui a débuté en 1988, a enrôlé plus de 15'000 patients séropositifs ou atteints du sida et en suit actuellement plus de 7'000 ;
- l'enquête Gaysurvey 2007 auprès des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) ;
- l'enquête SBS auprès des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (UDI) fréquentant les structures à bas seuil d'accessibilité pratiquant la réduction des risques.

8.1 LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA DE LA LA SWISS HIV COHORT STUDY (SHCS)

Les données de cette section proviennent de la *Swiss HIV Cohort Study* (SHCS), une cohorte composée de personnes séropositives âgées de 16 ans ou plus, recrutées, pour la majeure partie d'entre elles, dans les centres hospitaliers universitaires. Tous les 6 mois, les participants sont vus et interviewés sur différents thèmes en lien avec le VIH/sida. En avril 2000, un nouveau questionnaire a été intégré à l'étude. Il comporte des questions touchant spécifiquement aux comportements préventifs face au risque de transmission sexuelle du VIH avec le partenaire stable et avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s). Les informations suivantes sont disponibles : 1) relations ou non avec ces partenaires ; 2) en cas de relations, occurrence ou non de rapports sexuels avec pénétration ; 3) et dans ce cas, utilisation systématique ou non de préservatifs avec ces partenaires. Pour les personnes qui ont des rapports sexuels avec un partenaire stable, le statut sérologique du partenaire (rapporté par le répondant) est également disponible : séropositif, séronégatif ou inconnu. Les informations relatives aux comportements avec les partenaires concernent les six mois précédant la consultation. Celles qui sont analysées ici proviennent de l'anamnèse sexuelle effectuée lors de la première visite de l'année par le répondant. Une information concernant la virémie du répondant est également disponible : virémie détectable ou pas selon la mesure de virémie (HIV-RNA) la plus proche parmi celles des 180 jours qui précèdent la consultation.

Les données sont stratifiées selon l'origine probable de l'infection qui permet de diviser les répondants en quatre groupes : 1) rapport hétérosexuel, 2) injection de drogues par voie intraveineuse, 3) rapport homosexuel, 4) autres origines, comprenant transfusion de sang, transmission périnatale, autres origines et origine inconnue. La situation des personnes du groupe " autres origines " est donc très hétérogène et ne se prête pas à interprétation. Elle ne sera donc généralement pas discutée.

Ces données sont analysées dans les paragraphes qui suivent pour les années 2001 à 2008, années pour lesquelles des informations concernant l'année complète sont disponibles.

8.1.1 Evolution des effectifs

En 2008, 7356 personnes vivant avec le VIH/sida étaient enrôlées dans la SHCS (5125 hommes et 2231 femmes). Entre 2001 et 2008, le nombre total de personnes est passé de 5391 à 7356, en augmentation de 36.4% (Tableau 8-1). Dans l'ensemble, les effectifs des hommes et des femmes ont augmenté dans des proportions semblables, respectivement 37.1% et 34.9%, et la répartition par sexe de 2008 (30.3% de femmes) est quasi-identique à celle de 2001 (30.7%).

L'évolution des effectifs par origine probable de l'infection n'a cependant pas été uniforme. La plus forte augmentation a trouvé place dans le groupe " Rapport homosexuel " (augmentation de 1067 personnes), suivi des hommes du groupe " Rapport hétérosexuel " (+566), puis des femmes de ce

groupe (+367). Dans le groupe des " Autres ", les variations absolues (hommes +55 et femmes +60) sont semblables, mais elles représentent une croissance de 44.7% pour les hommes et de 82.2% pour les femmes. L'effectif du groupe " Injection de drogues " a diminué de 150 personnes, dont deux-tiers d'hommes (-101).

Tableau 8-1 Evolution de l'effectif des personnes vivant avec le VIH/sida enrôlées dans la SHCS, par origine probable de l'infection et sexe, 2001-2008

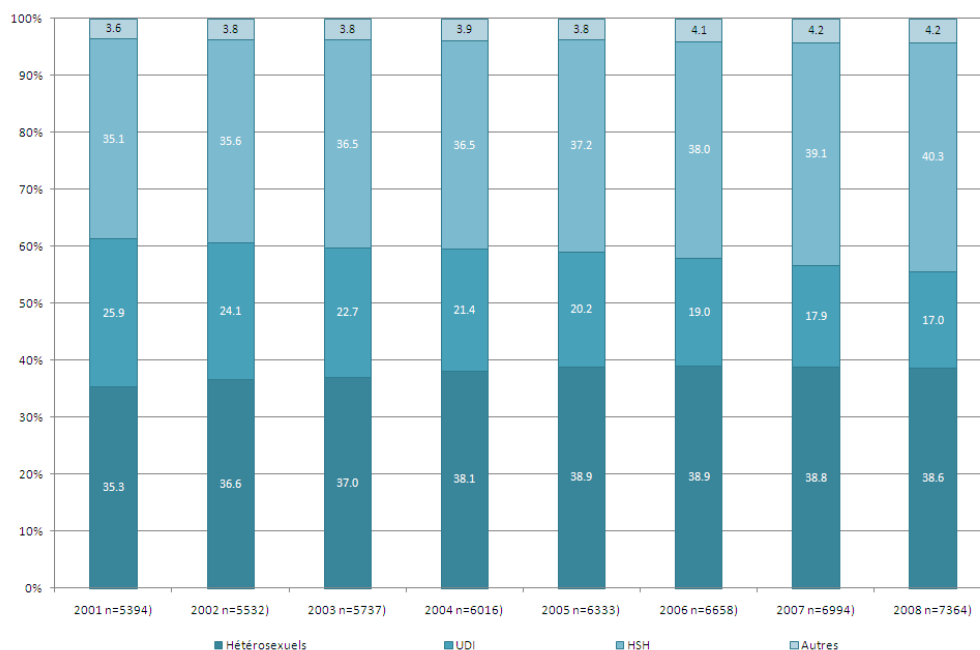
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% en 2008	Variation 2001-2008
Rapport hétérosexuel										
Hommes	844	889	933	1005	1060	1118	1160	1211	42.7	367
Femmes	1062	1135	1191	1290	1402	1473	1552	1628	57.3	566
Total	1906	2024	2124	2295	2462	2591	2712	2839	100.0	933
Injection de drogues										
Hommes	880	823	823	808	801	794	781	779	62.4	-101
Femmes	519	509	480	479	477	471	473	470	37.6	-49
Total	1399	1332	1303	1287	1278	1265	1254	1249	100.0	-150
Rapport homosexuel										
Hommes	1890	1964	2087	2191	2348	2522	2726	2957	100.0	1067
Autres origines										
Hommes	123	133	139	150	147	162	173	178	57.2	55
Femmes	73	76	79	87	92	111	122	133	42.8	60
Total	196	209	218	237	239	273	295	311	100.0	115
Ensemble										
Hommes	3737	3809	3982	4154	4356	4596	4840	5125	69.7	1388
Femmes	1654	1720	1750	1856	1971	2055	2147	2231	30.3	577
Total	5391	5529	5732	6010	6327	6651	6987	7356	100.0	1965

Notes 45 cas étiquetés " Femmes " avec " rapport homosexuel " comme origine probable de l'infection ont été exclus de ce tableau. " Autres origines " comprend transfusion de sang, infection périnatale et origine inconnue.
Source des données : SHCS

8.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Les données de la SHCS pour 2008 concernent 7364 personnes, dont 2239 femmes (30.4%). L'âge moyen des hommes était de 45.9 ans, celui des femmes de 42.1 ans. L'évolution depuis 2001 de la distribution par groupe de transmission est indiquée dans la Figure 8-1.

Figure 8-1 Distribution (%) des personnes enrôlées dans la SHCS de 2001 à 2008



Source: Données SHCS.

Les personnes infectées par contact hétérosexuel représentaient en 2008 38.6% du total (35.3% en 2001), celles infectées par contact homosexuel 40.3% (35.1%); la proportion de personnes infectées par injection de drogues a diminué de 25.9% en 2001 à 17.0% en 2008.

8.1.3 Comportements préventifs

Avec le partenaire stable

En 2008, un patient séropositif sur deux (49.6%) avait eu des relations sexuelles avec pénétration avec un partenaire stable durant les 6 mois précédant la consultation Figure 8-2 un peu plus élevée chez les femmes (54.6%) que chez les hommes(47.4%). Dans l'ensemble, cette proportion est restée essentiellement stable depuis 2001 (47.9%). Elle est un peu plus élevée chez les hétérosexuels (54.3%) que chez les HSH (46.2%) et les UDI (47.0%).

La proportion de patients rapportant une 'utilisation systématique de préservatifs avec ce partenaire était de 71.9% pour l'ensemble en 2008, en baisse par rapport à 2007 (77.0%). Cette diminution se retrouve chez les hommes (de 78.2% à 73.6%) et chez les femmes (de 74.6% à 68.3%), ainsi que chez tous les groupes de transmission.

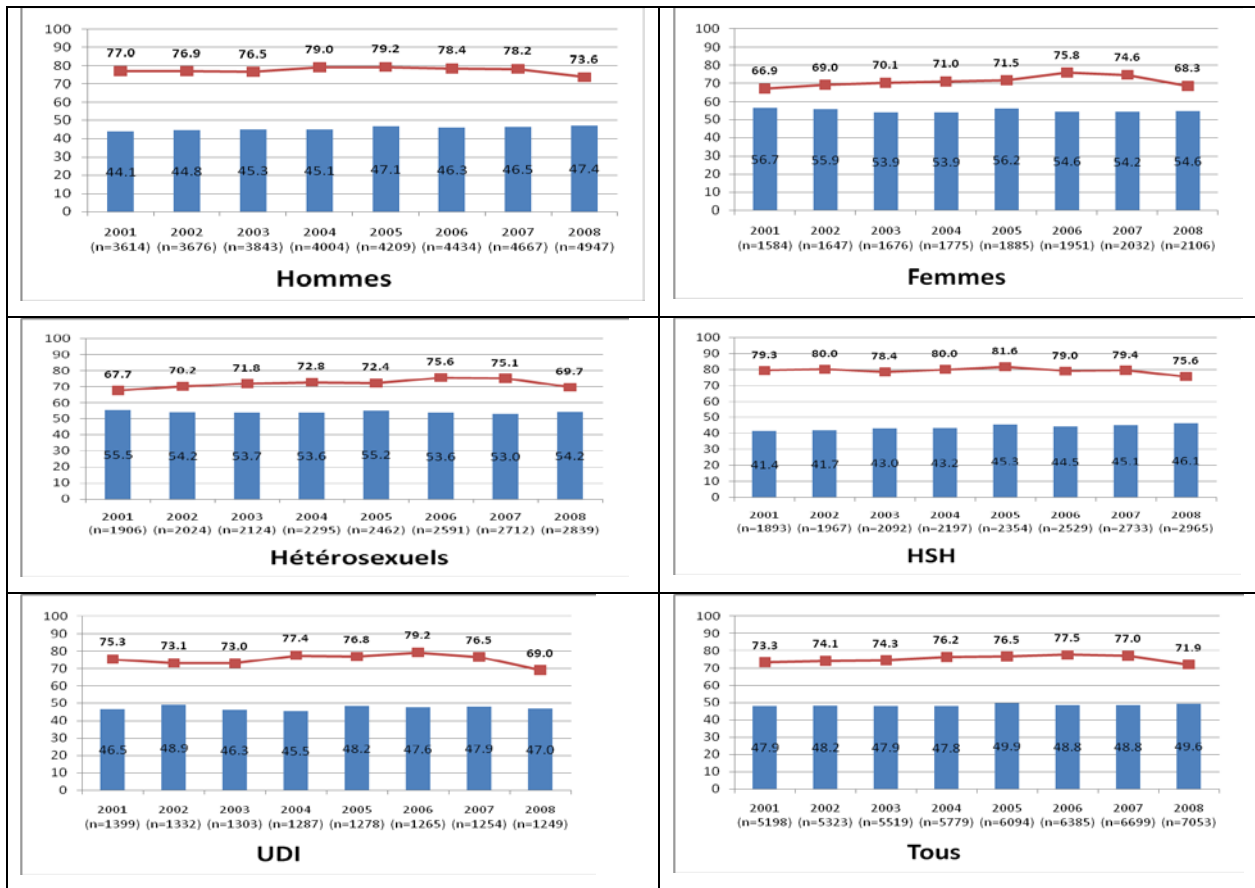
Si l'on considère le statut sérologique du partenaire stable, le recours systématique au préservatif est le plus fréquent lorsque le partenaire est séronégatif (84.0% en 2008) Figure 8-3. Cette proportion était de 44.9% parmi ceux dont le partenaire était séropositif et de 61.1% parmi ceux dont le partenaire était de statut inconnu.

Avec les partenaires occasionnels

En 2008, dans l'ensemble, la proportion de patients ayant eu des rapports sexuels pénétratifs avec un ou des partenaires occasionnels dans les 6 mois précédant la consultation était de 22.4% Figure 8-4. Cette proportion était beaucoup plus élevée chez les hommes (29.3%) que chez les femmes (6.1%); elle était de 9.3% chez les hétérosexuels, de 9.4% chez les UDI et de 39.9% chez les HSH. Dans toutes les catégories de patients considérées, cette proportion est restée essentiellement inchangée ou en augmentation légère dans les années récentes.

Dans l'ensemble, quatre patients sur cinq (80.2%) ont rapporté une utilisation systématique de préservatifs avec ces partenaires en 2008, en diminution par rapport à 2007 (85.2%). Cette baisse est concentrée chez les hommes (85.6% en 2007, 80.3% en 2008), la variation étant beaucoup moins prononcée chez les femmes (80.5% en 2007, 78.1% en 2008). Par groupe de transmission, c'est chez les HSH que se concentre la diminution (85.6% en 2007, 79.3% en 2008).

Figure 8-2 Patients ayant eu des relations sexuelles avec un partenaire stable au cours des 6 derniers mois; utilisation systématique du préservatif dans le cadre de ces relations, selon le sexe et selon le groupe de transmission des patients. Personnes enrôlées dans la SHCS de 2001 à 2008



Histogrammes: pourcentage de patients avec un partenaire stable.
Lignes continues: utilisation systématique de préservatif avec ce partenaire.

Figure 8-3 Utilisation systématique du préservatif (%) avec le partenaire stable, selon le statut sérologique de ce partenaire. Personnes enrôlées dans la SHCS de 2001 à 2008

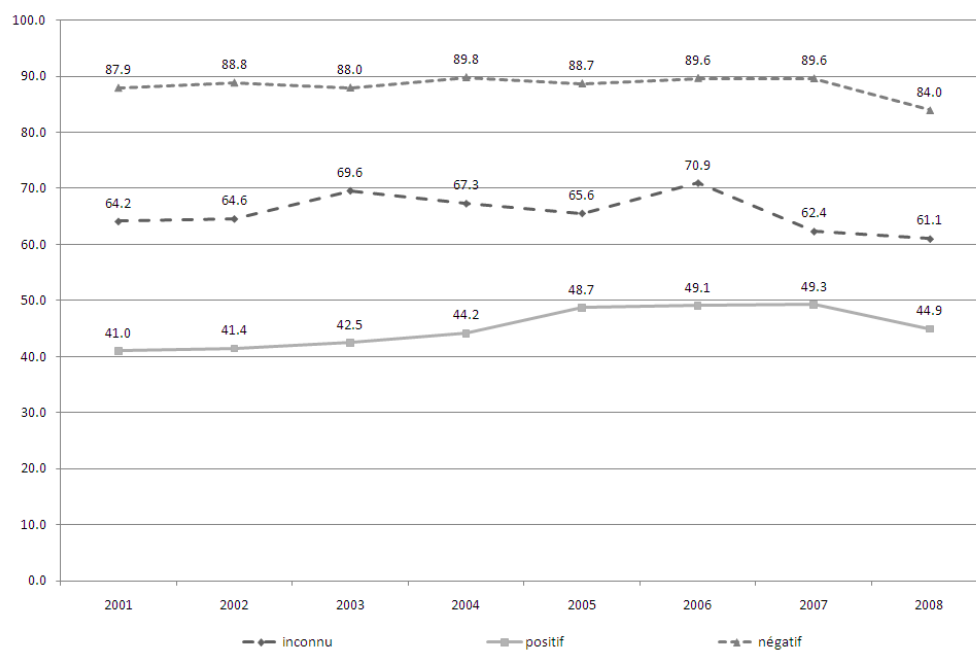
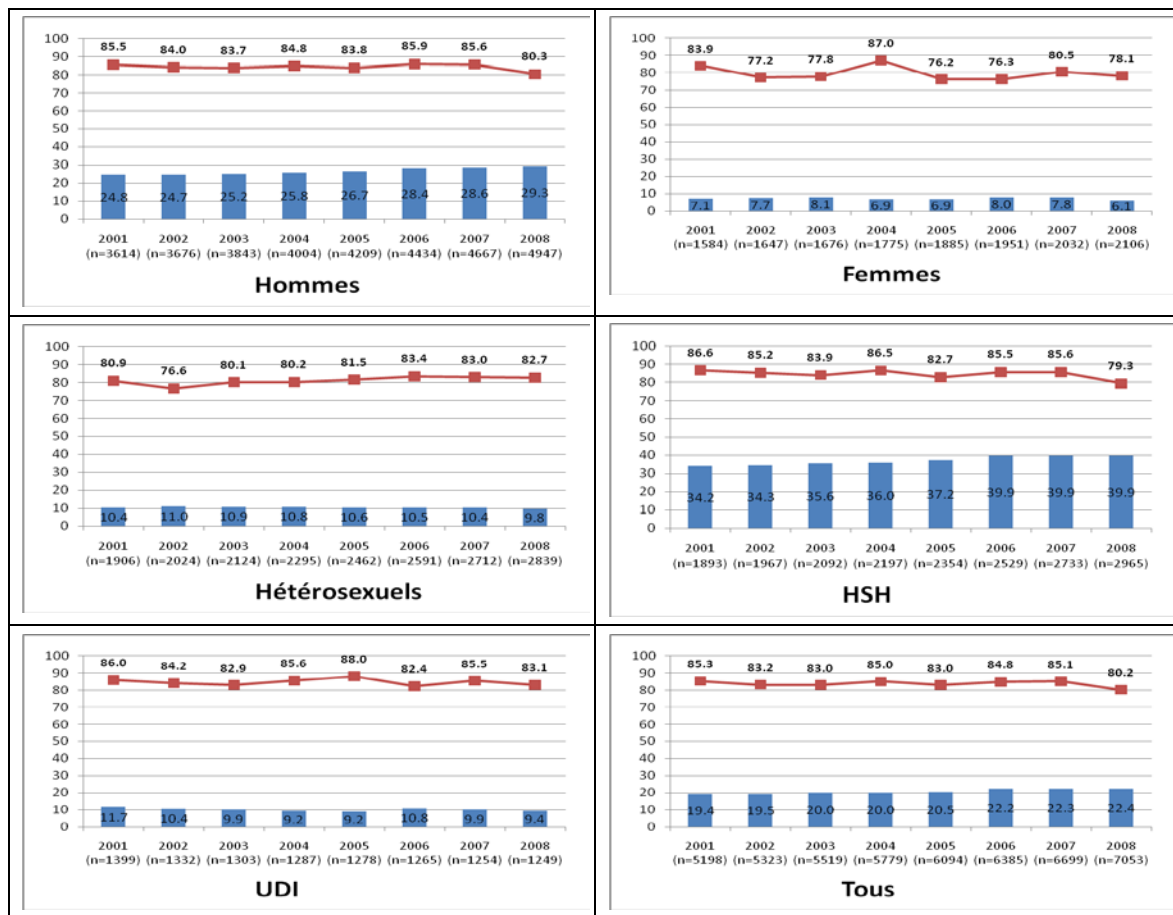


Figure 8-4 Patients ayant eu des relations sexuelles avec un ou des partenaires occasionnels au cours des 6 derniers mois; utilisation systématique du préservatif dans le cadre de ces relations, selon le sexe et selon le groupe de transmission des patients. Personnes enrôlées dans la SHCS de 2001 à 2008



Histogrammes: pourcentage de patients ayant eu un ou des partenaires occasionnels.

Lignes continues: utilisation systématique de préservatif avec ces partenaires.

8.2 HSH

Le chapitre consacré aux HSH a montré que la prévalence rapportée du VIH en 2007 se situait entre 6% (questionnaire internet) et 12% (questionnaire papier). Il a aussi été remarqué que le fait d'être séropositif était un des facteurs très fortement associé à l'absence d'usage de préservatifs lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel et à l'indicateur global d'exposition au risque^a.

La Figure 8-5 montre l'évolution, entre 1992 et 2007, de l'utilisation de préservatifs avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels chez les répondants séropositifs, séronégatifs et non testés. On constate :

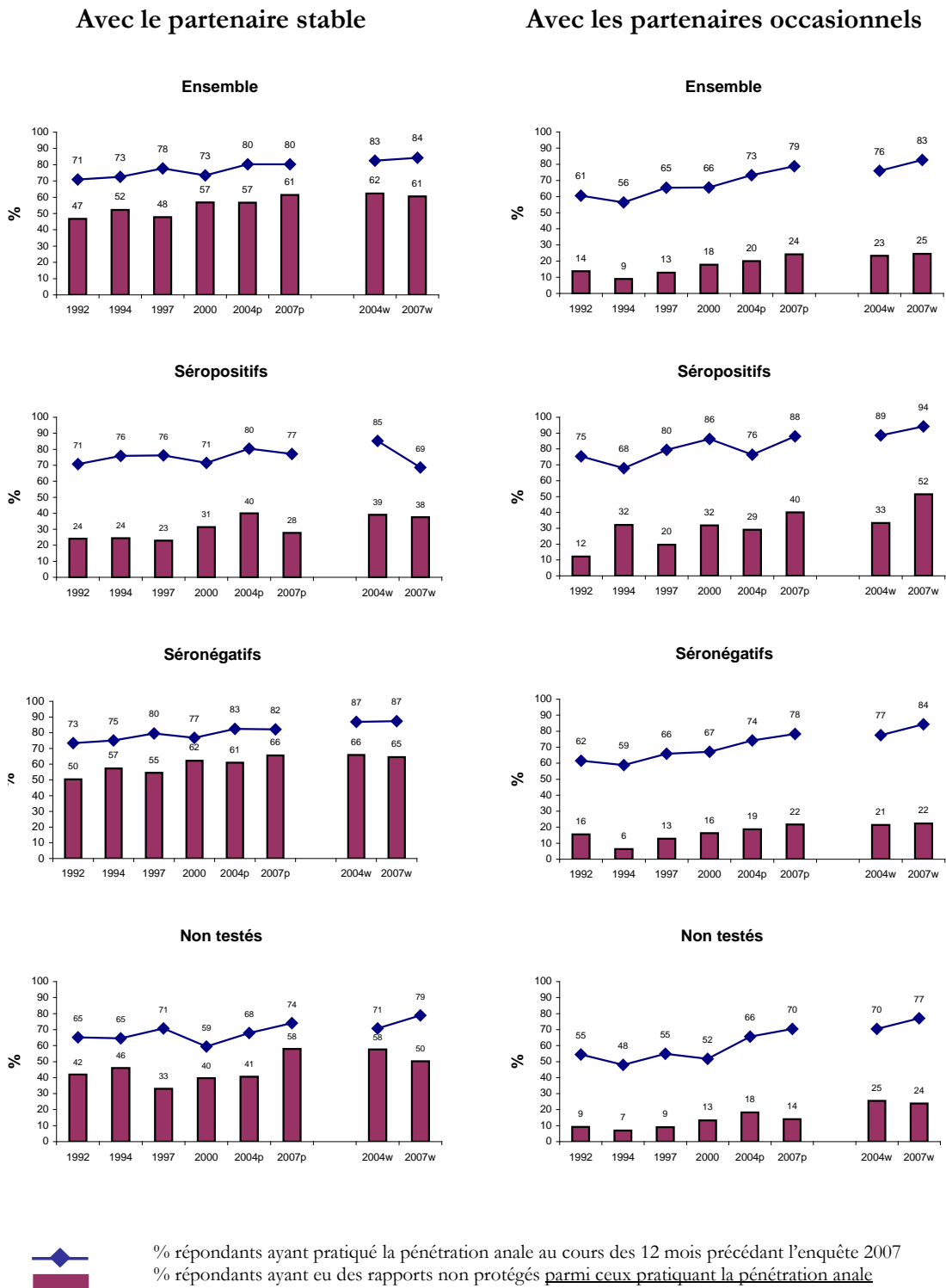
- **Avec le partenaire stable** : une augmentation de la pratique de la pénétration anale dans les trois groupes, avec une proportion de personnes pratiquant la pénétration anale légèrement inférieure chez les PVA. La non protection avec ce type de partenaire est majoritaire et en augmentation chez les personnes séronégatives et non testées ; elle est le fait d'une minorité chez les PVA.

^a Avoir eu au cours des 12 derniers mois un rapport non protégé avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu.

- **Avec les partenaires occasionnels**, la situation est complètement différente. On observe dans les trois groupes une augmentation de la pratique de la pénétration anale, la proportion la plus élevée de personnes la pratiquant se trouvant chez les PVA. C'est aussi dans ce groupe que la progression de la non-protection est la plus rapide et a atteint son niveau le plus élevé (entre 40 et 52% selon le type de questionnaire : papier ou internet).

Cette situation est préoccupante, en particulier parce qu'il est probablement difficile, dans le cadre d'une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel, de parler de son statut sérologique et d'adapter le cas échéant sa pratique.

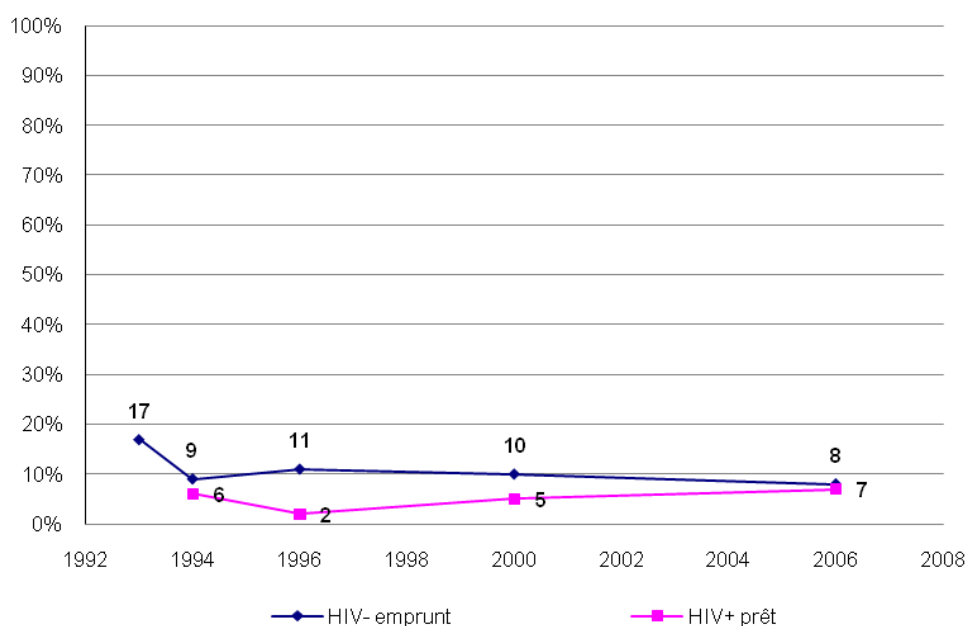
Figure 8-5 HSH : pratique de la pénétration et non-utilisation de préservatifs avec les partenaires stables et occasionnels, 1992-2007, selon le statut sérologique



8.3 UDI

Dans le chapitre consacré aux UDI, on a constaté que l'usage d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre était le fait d'une minorité. La Figure 8-6 montre l'évolution au cours du temps de deux pratiques à risque " en miroir " : l'emprunt d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre chez une personne séronégative et le prêt d'une seringue après usage chez les personnes séropositives. On voit que les personnes séropositives prennent plus de précautions face au risque de transmission des maladies infectieuses que les personnes séronégatives face au risque d'acquisition d'une infection.

Figure 8-6 UDI : évolution entre 1993 et 2006 de l'injection avec une seringue déjà utilisée chez les séronégatifs et du prêt d'une seringue usagée pour les séropositifs au cours des six derniers mois



8.4 CONCLUSIONS

- Le nombre de personnes enrôlées dans la SHCS a augmenté et a atteint 7356 en 2008 ; 30.3% d'entre elles sont des femmes et 40.2% sont des hommes infectés lors d'un rapport homosexuel.
- En 2008, près des trois-quarts des personnes enrôlées dans la SHCS avaient eu des rapports sexuels avec pénétration avec un partenaire stable au cours des 6 derniers mois, en baisse par rapport à 2007. Cette baisse est constatée chez les hommes et chez les femmes, dans tous les groupes de transmission, et quel que soit le statut du partenaire. Parmi ces personnes, la proportion d'utilisateurs systématique du préservatif a baissé à 71.9% en 2008 (77.0% en 2007). En 2008, le préservatif a été utilisé systématiquement dans 84% des relations dont le partenaire stable était séronégatif.
- Dans l'ensemble, la proportion de personnes enrôlées dans la SHCS ayant eu des relations sexuelles avec pénétration avec des partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois est restés stable les dernières années et se situe 22.4% en 2008. Parmi elles, la proportion de personnes utilisant systématiquement le préservatif dans ces circonstances a diminué et se situe à 80.2% dans l'ensemble en 2008 (85.1% en 2007). La diminution s'est produite essentiellement chez les hommes et plus particulièrement chez les hommes infectés lors d'un rapport homosexuel.

- Les données de l'enquête GaySurvey de 2007 montrent également, parmi les répondants séropositifs, une augmentation de la fréquence des rapports anaux non protégés avec les partenaires occasionnels (mais pas avec le partenaire stable).
- Chez les UDI, 7% des personnes séropositives rapportaient en 2006 avoir prêté une seringue usagée au cours des six derniers mois.

9 POPULATION GENERALE

Le monitoring des comportements et attitudes relatifs au VIH/sida dans la population générale est une des composantes du dispositif de surveillance mis en place pour le pilotage du Programme National (PN) VIH/sida. Ce monitoring produit les informations nécessaires pour donner une vue d'ensemble dans deux perspectives différentes. D'une part, dans la perspective de l'évolution des risques, suivre l'évolution des paramètres-clés de la prévention sur les niveaux de risque et d'autre part, dans un souci d'identification d'inégalités, de vérifier également leur distribution du point de vue géographique et social. Ainsi conçu, ce monitoring fournit les informations nécessaires au pilotage du PN et aux inflexions potentiellement nécessaires à son action.

Ce chapitre recourt abondamment aux graphiques pour donner à voir tant les niveaux que les évolutions des indicateurs suivis. Les tableaux correspondants sont relégués en annexe. Pour les principaux indicateurs, un premier graphique présente les proportions de répondants concernés par catégories d'âge (17-20 ans, 21-30 ans, 41-45 ans) et de sexe, les deux dimensions principales considérées dans ce monitoring. Ces catégories informent sur les différences qui existent entre ces groupes de population.

Un deuxième graphique présente l'information du point de vue de l'accès en utilisant en plus du sexe deux indicateurs de gradient social : le niveau d'éducation en 3 catégories^a, et la nationalité (suisse versus non suisse). Un troisième graphique informe sur la distribution sur le territoire en répartissant les répondants selon la région linguistique et selon la taille de la localité. Pour ces deux groupes de critères de stratification, et en considérant que l'on peut ignorer les légères différences dans les distributions notamment par âge, on s'attend généralement – et idéalement – à constater une absence de différence, indicatrice d'une situation égalitaire.

Dans ce chapitre sur la situation dans la population générale, l'organisation du monitoring est tout d'abord présentée, puis les informations relatives à l'activité sexuelle, aux partenaires et à la protection. Une section examine des indicateurs d'orientation sexuelle. La section suivante concerne le préservatif comme produit : déterminants de l'achat et problèmes lors de l'utilisation. Le conseil individuel lors d'une consultation médicale et le test VIH sont ensuite abordés. Le chapitre se termine par une description du contexte de la prévention portant sur : la fréquence de la crainte de contracter le sida, le fait de connaître parmi ses proches une ou des personnes séropositives ou malades du sida, le fait d'être au courant de l'existence de traitements contre le sida – et les conséquences supposées – et les représentations concernant la disposition des personnes séropositives à ne pas infecter d'autres personnes.

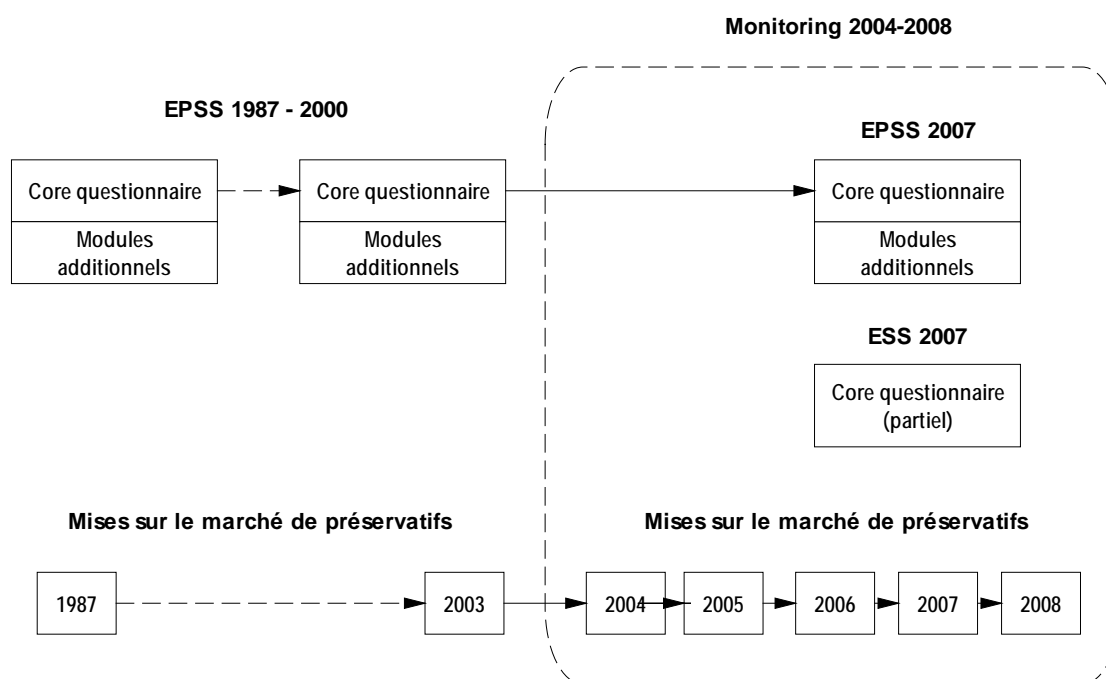
9.1 DISPOSITIF DE MONITORING DANS LA POPULATION GENERALE

Ce monitoring repose depuis 1987 sur l'Enquête téléphonique périodique sur la Prévention du VIH/sida en Suisse (EPSS)^b, d'une part, et sur le suivi annuel des mises sur le marché de préservatifs d'autre part (Figure 9-1). S'y est adjoint en 2007 une intégration d'un module sexualité dans l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) dans le cadre de la pérennisation du monitoring dans la population générale.

^a On a utilisé les catégories ISCED - International Standard Categories of Education (http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=178740&set=49D45CE7_1_329&database=ged&gp=0).

^b Les interviews téléphoniques des enquêtes EPSS et ESS de 2007 ont été réalisés par l'institut MIS Trend de Lausanne.

Figure 9-1 Dispositif de monitoring dans la population générale



Dispositif_Population_Generale(v09052.cht 25/05/09 - 16:35

Notes EPSS : Enquête téléphonique périodique sur la Prévention du VIH/sida en Suisse.
 ESS : Enquête Suisse sur la Santé.

L'enquête EPSS est une enquête transversale répétée recourant à des interviews téléphoniques auprès de la population générale âgée de 17 à 45 ans^a résidant en Suisse, inscrite dans les annuaires téléphoniques et parlant l'une des trois langues officielles (le Tessin – italoophone – est inclus depuis 1991 seulement). Du fait de la méthode de recrutement, on ne dispose pas d'indications précises sur les taux de participation. On peut par contre estimer le taux de refus à environ 30-35%. Une fois que les personnes ont accepté de participer à l'interview, les ruptures d'interview sont très rares (environ 1/1000) et les refus de répondre sont inférieurs à 5% même pour les questions sensibles. L'enquête comprend un 'core questionnaire' constituant les indicateurs suivis pour l'essentiel depuis 1987 et des modules additionnels, parfois répétés, sur des sujets spécifiques.

La statistique annuelle des mises sur le marché de préservatifs est constituée à partir des informations fournies par les principaux distributeurs et ne figure pas dans ce rapport.

9.2 PARTENAIRES SEXUELS ET PROTECTION PAR LE PRESERVATIF

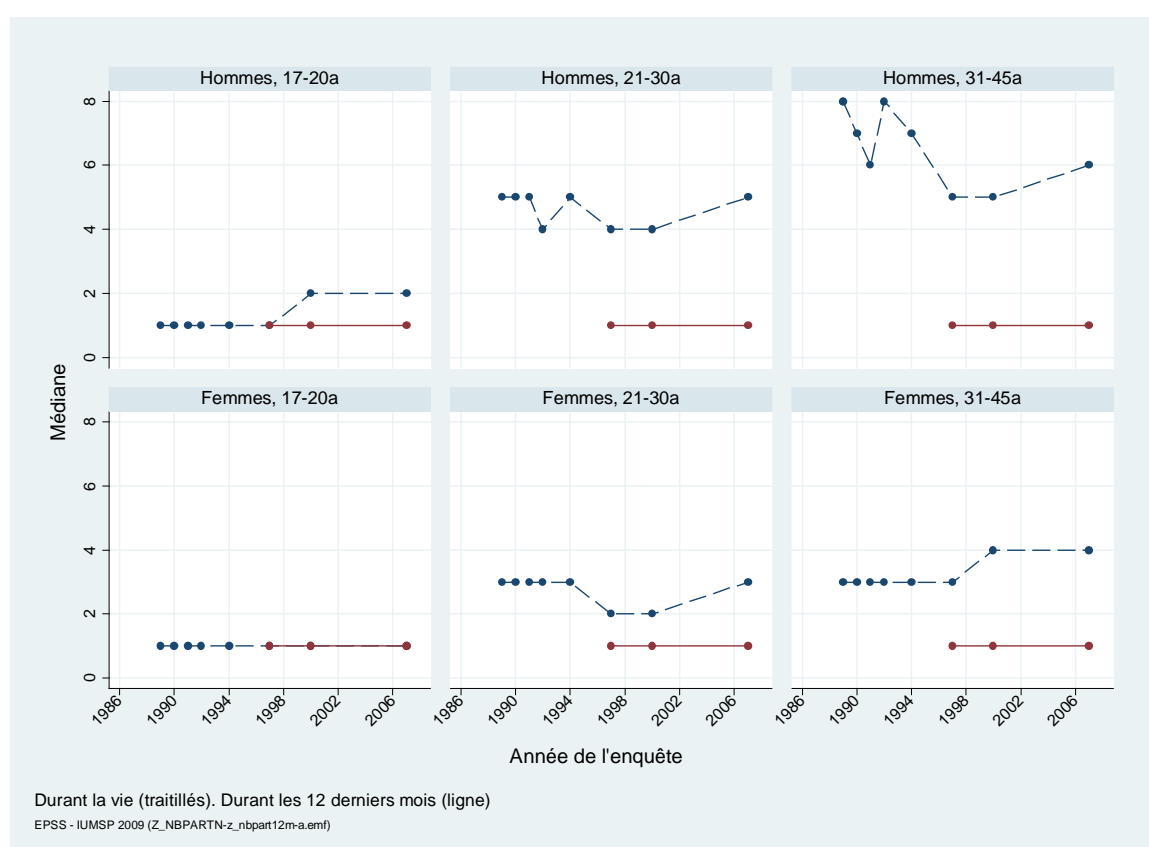
Cette section examine le niveau d'activité sexuelle dans la population, les facettes qu'en sont la proportion de personnes sexuellement actives et le nombre de partenaires sexuels durant la vie et au cours des douze derniers mois. Ensuite sont analysées la fréquence de formation de nouveaux partenariats, stables et occasionnels, et la protection par le préservatif dans ces circonstances. La section se termine par une vue d'ensemble de l'utilisation du préservatif, durant la vie et lors du dernier rapport sexuel.

^a Dans les enquêtes de janvier 1987 et octobre 1987 et 1988, seules les personnes de 17 à 30 ans ont été interrogées.

9.2.1 Activité sexuelle

L'activité sexuelle de la population n'a pas connu de changements récents. En 2007, la proportion de personnes sexuellement actives (ayant eu au moins un rapport sexuel au cours de la vie) était de 73.1% chez les 17-20 ans, 95.3% chez les 21-30 ans et 98.0% chez les 31-45 ans, similaire aux années précédentes (figures omises). La Figure 9-2 montre l'évolution du nombre total de partenaires durant la vie par catégories d'âge et de sexe (autres figures omises), mesurée par sa médiane. Pour certaines de ces catégories, cette médiane a augmenté entre 2000 et 2007 (pour les autres catégories, cette augmentation s'était produite entre 1997 et 2000). Pour le nombre de partenaires durant les 12 derniers mois, cette médiane est de 1.0 depuis 1997, identique pour les hommes et les femmes, ainsi qu'à l'intérieur des catégories d'âge.

Figure 9-2 Nombre total de partenaires (médiane) durant la vie et durant les 12 derniers mois, par sexe et âge

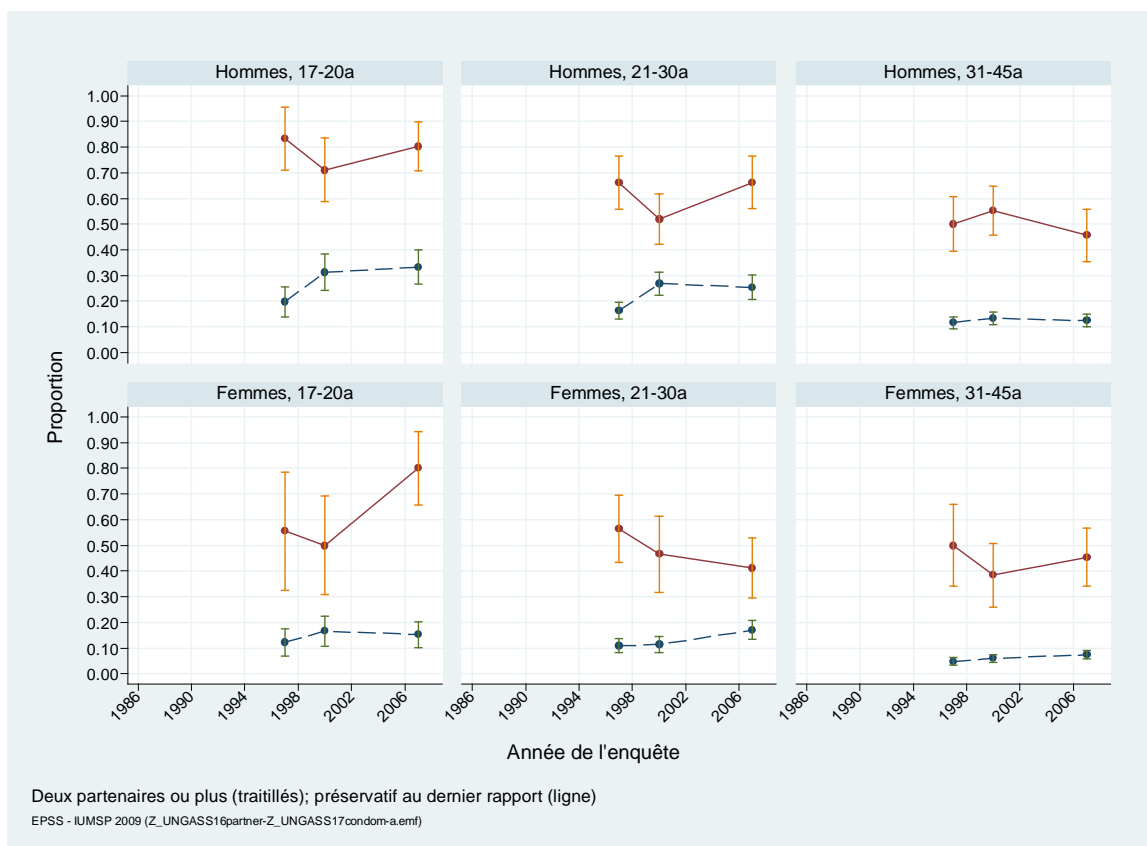


Base : Ensemble des répondants

Le suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'ONU inclut parmi les indicateurs centraux de sexualité à risque le fait d'avoir eu deux partenaires ou plus durant les 12 derniers mois et d'avoir ou non utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel^a. La Figure 9-3 montre l'évolution de ces deux indicateurs depuis 1997. En 2007, pour l'ensemble de la population, 14.4% des personnes ont eu deux partenaires ou plus, en légère hausse depuis 2000 (11.8%). À part le gradient par âge, les plus jeunes étant plus fréquemment des multipartenaires selon ce critère et se protégeant mieux, les autres catégories d'analyse, région et niveau d'éducation, ne font pas ressortir de tendance claire (figures omises).

^a "Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS Guidelines on construction of core indicators 2010 reporting", p. 57-58.

Figure 9-3 Personnes ayant eu deux partenaires ou plus durant les 12 derniers mois^a ; utilisation du préservatif lors du dernier rapport par ces personnes. Proportions de répondants, par sexe et âge



^a Base : Ensemble des répondants

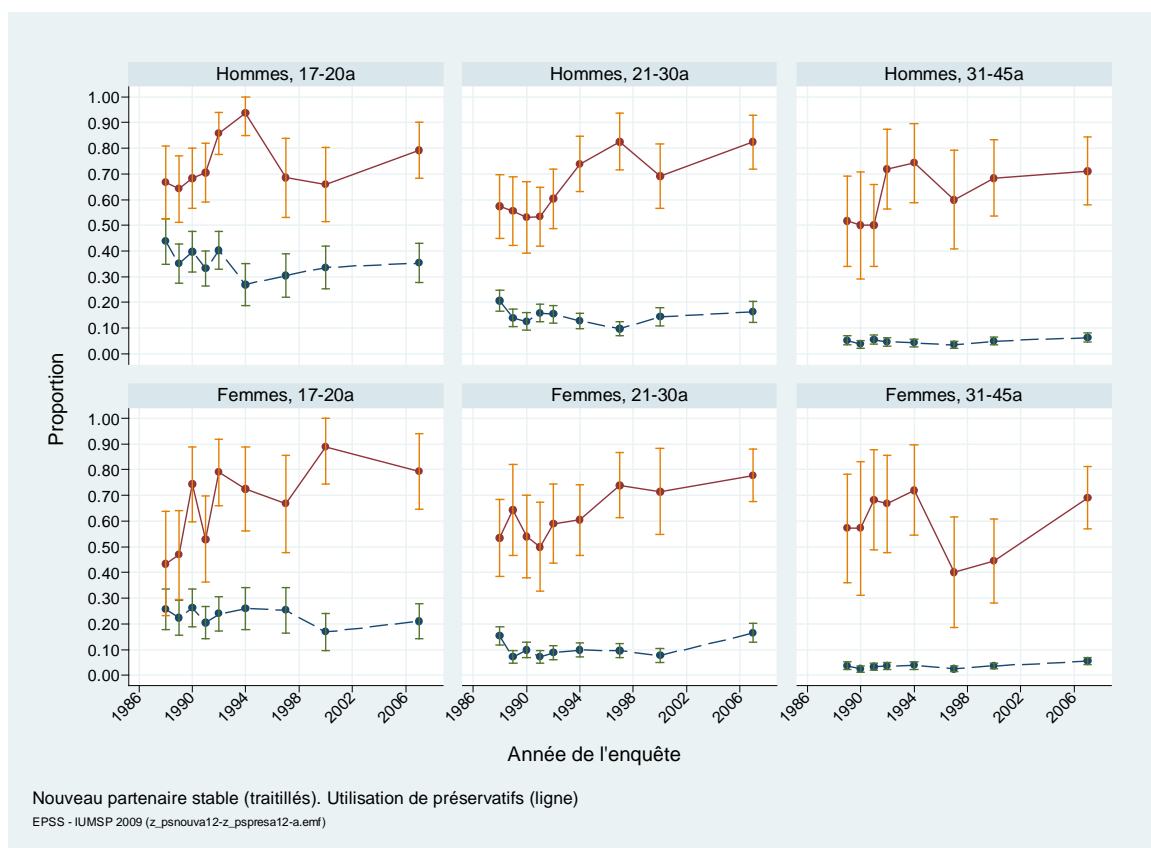
9.2.2 Partenaires stables et occasionnels

L'entrée dans une relation avec un nouveau partenaire stable est une situation dans laquelle doit se poser la question de l'utilisation de préservatifs, au moins au début de la relation. La Figure 9-4 montre la proportion de la population ayant eu un nouveau partenaire stable durant l'année. On y observe le gradient d'âge attendu – une fréquence plus élevée chez les plus jeunes, notamment les hommes de 17 à 20 ans – mais pas de tendance claire manifestant un changement possible de situation. Les distributions de cette caractéristique selon le niveau d'éducation et la région ne présentent pas de différences importantes (Figure 14-1 en annexe).

L'utilisation de préservatifs au début au moins de cette nouvelle relation stable se situe en 2007 à un niveau élevé, entre 60 et 80%, pour toutes les catégories d'âge et de sexe (Figure 9-4). Pour les femmes de 31 à 45 ans, cette utilisation a augmenté à nouveau après le creux des années 1997-2000.

Pour ce qui concerne les différences entre régions linguistiques (Figure 14-1 en annexe), l'image est quelque peu obscurcie du fait des petits effectifs qui entraînent de larges intervalles de confiance. Il semble cependant que le niveau de protection soit élevé partout, à l'exception peut-être des femmes du Tessin où la fréquence d'utilisation est en 2007 de l'ordre de 50%, significativement inférieure aux 75-85% constatés en Suisse romande et alémanique.

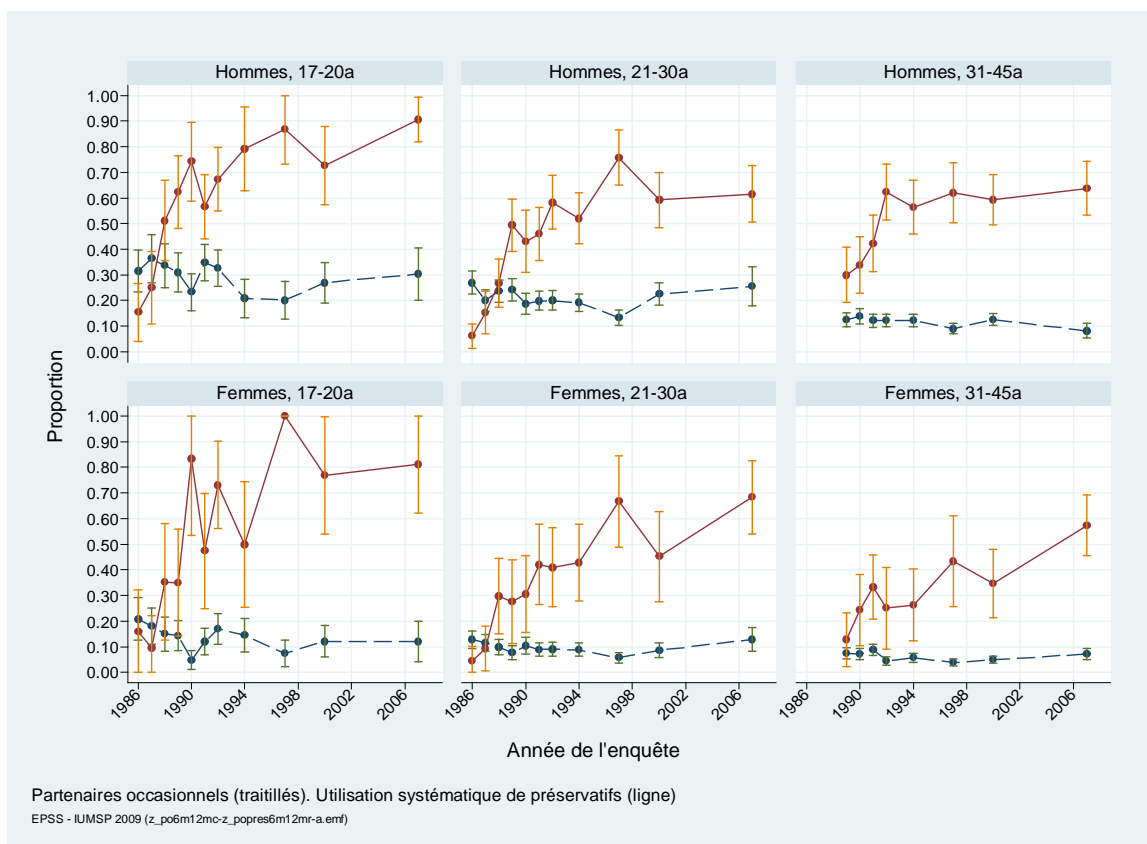
Figure 9-4 Nouveau partenaire stable durant l'année^a et utilisation de préservatifs au moins au début avec ce partenaire. Proportions de répondants, par sexe et âge



^a Base : Répondants sexuellement actifs

Les personnes ayant des partenaires occasionnels sont également dans une situation où la protection par le préservatif est nécessaire. La proportion de personnes ayant eu des partenaires occasionnels dans les six derniers mois est la plus élevée chez les hommes de 17 à 20 ans (elle était de 33,8% en 2007). Elle n'a pas varié significativement depuis l'enquête de 2000 (Figure 9-5 ; Figure 14-2 en annexe). Du point de vue de la répartition sociale et géographique, les fréquences ne montrent pas de différences importantes.

Figure 9-5 Proportions de répondants ayant eu au moins un partenaire occasionnel durant les 6 derniers mois^a et utilisation systématique du préservatif avec ceux-ci. Proportions de répondants, par sexe et âge



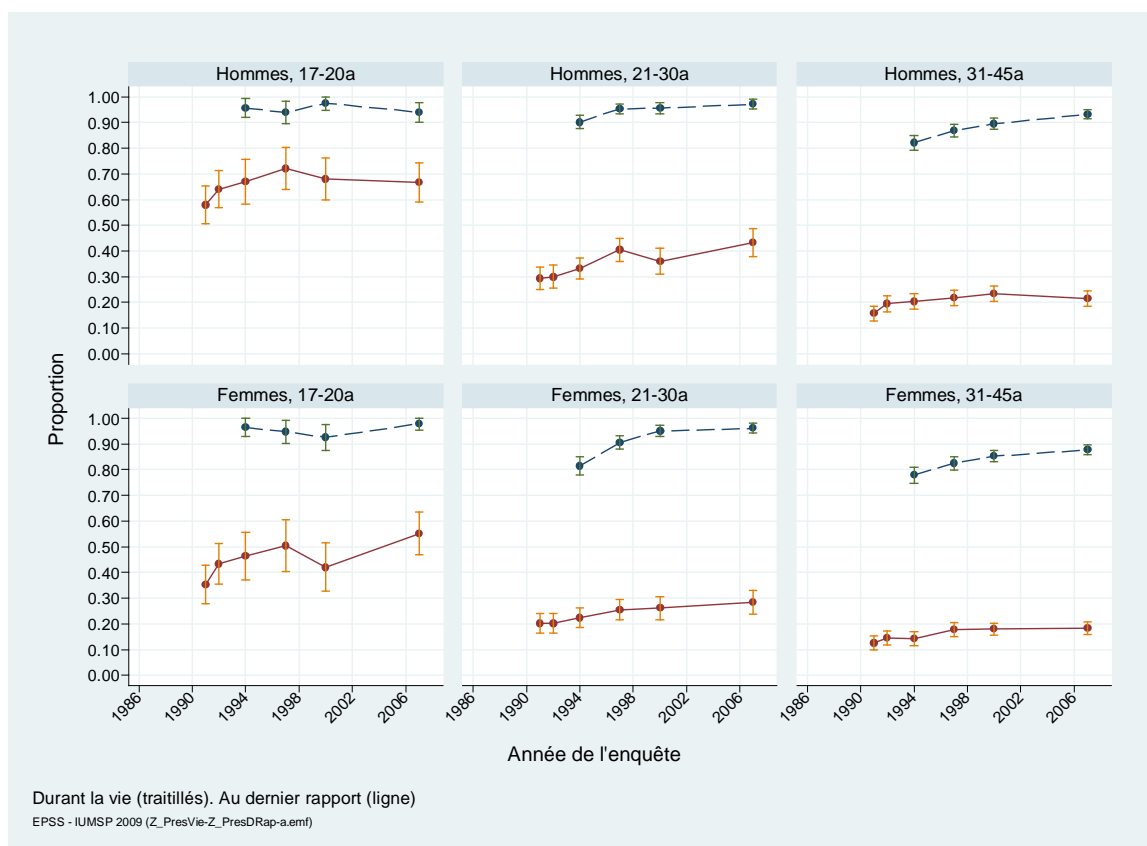
^a Base : Répondants sexuellement actifs

9.2.3 Utilisation du préservatif durant la vie et lors du dernier rapport sexuel

Deux indicateurs globaux de l'utilisation de préservatifs sont également suivis : les proportions de personnes ayant utilisé un préservatif au moins une fois au cours de leur vie et lors de leur dernier rapport sexuel (quel que soit le partenaire). L'utilisation au moins une fois au cours de la vie est un indicateur accumulatif qui montre l'augmentation attendue au cours du temps (Figure 9-6 et Figure 14-3 en annexe). Dans l'ensemble, plus de 90% de la population en a utilisé. Du point de vue des différences sociales, les femmes de niveau d'instruction bas et les étrangères sont moins nombreuses à en avoir utilisé.

L'utilisation lors du dernier rapport sexuel (Figure 9-6 et Figure 14-3 en annexe) montre une situation sans changement depuis 2000 et un double gradient d'âge (proportions décroissantes avec l'âge) et de sexe (les femmes sont moins nombreuses à rapporter en avoir utilisé). Le seul gradient géographique ou social concerne la plus forte fréquence d'utilisation de préservatifs par les hommes de niveau d'instruction le moins élevé, une situation qui existe depuis 1997.

Figure 9-6 Utilisation de préservatifs : au moins une fois durant la vie ; lors du dernier rapport sexuel. Proportions de répondants, par sexe et âge



Base : Répondants sexuellement actifs

9.3 ORIENTATION SEXUELLE MESURÉE PAR LE GENRE DES PARTENAIRES

Des informations sur le sexe (" genre ") des partenaires sexuels^a sont fournies depuis 1997 dans l'enquête EPSS par une question^b posée aux répondants qui ont indiqué avoir eu au moins un partenaire durant leur vie ; cette question a été intégrée dans le module Sida de l'enquête suisse sur la santé (ESS) de 2007. Ces données sont présentées ici pour fournir à la prévention des estimations des effectifs relatifs et absolus concernés.

9.3.1 Estimation du nombre de personnes concernées

Le Tableau 9-1 montre à partir des enquêtes EPSS sur la période 1997-2007 de manière résumée l'évolution des proportions de répondants de chaque sexe rapportant avoir eu durant leur vie des

^a Ces informations concernent donc les comportements sexuels. Les liens avec l'attraction sexuelle ou l'identité sexuelle restent à déterminer.

^b La question concerne l'ensemble des partenaires que les répondants ont eu au cours de leur vie et propose les modalités numérotées suivantes (dans l'ordre présenté aux femmes) "1. seulement avec des hommes", "2. principalement avec des hommes mais aussi avec au moins une femme", "3. autant avec des hommes qu'avec des femmes", "4. principalement avec des femmes mais aussi avec au moins un homme", "5. seulement avec des femmes". Les modalités sont lues au répondant avec le numéro dans un ordre qui tient compte de son sexe et place la modalité hétérosexuelle en tête de la liste ; le répondant est invité à répondre en donnant seulement le numéro de la modalité.

partenaires exclusivement de l'autre sexe ou au moins un partenaire du même sexe qu'eux-mêmes. Pour 2007, l'estimation basée sur l'enquête ESS 2007 figure également. Sur la période, on constate une large stabilité de ces proportions. Pour 2007, les proportions de répondants ayant eu au moins un partenaire du même sexe sont identiques chez les hommes et chez les femmes : 3.2% dans l'enquête EPSS. Ces proportions correspondent de très près à celles de l'enquête ESS.

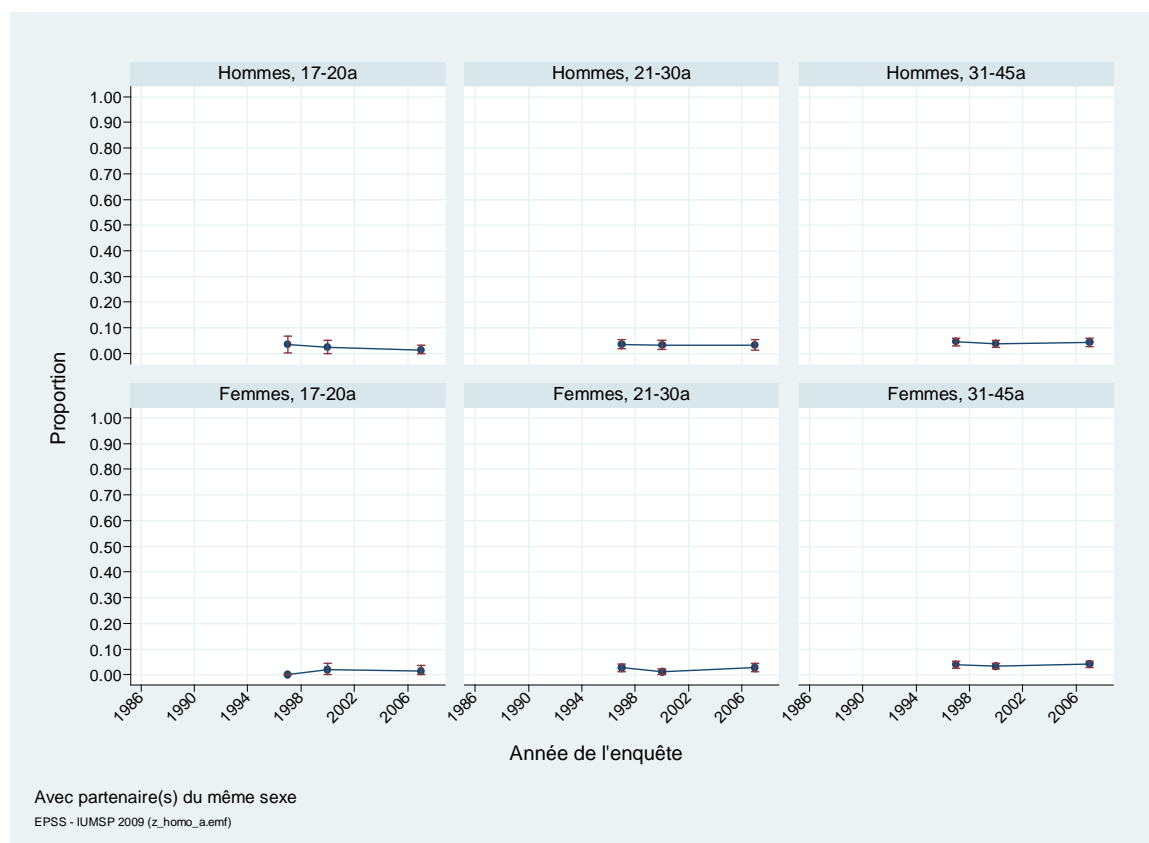
Tableau 9-1 Genre des partenaires sexuels des répondants (en % de l'ensemble des répondants de 17 à 45 ans par année et sexe)

Genre des partenaires ^a	Hommes				Femmes			
	EPSS			ESS	EPSS			ESS
	1997 n=1461	2000 n=1440	2007 n=1441	2007 n=4292	1997 n=1404	2000 n=1426	2007 n=1433	2007 n=3773
Jamais eu de partenaire^b	7.5	6.0	11.2	7.3	6.2	5.0	8.6	8.6
Non réponse à la question sur le genre	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.6
Au moins 1 du même sexe	3.6	3.4	3.2	3.2	2.8	2.0	3.2	3.3
Tous de l'autre sexe	88.9	90.6	85.6	88.7	91.0	93.0	88.3	87.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Notes ^a La question portait sur l'ensemble des partenaires du répondant durant la vie. ^b Inclut les non réponses à la question sur le nombre total de partenaires durant la vie. En gras : données 2007. Données pondérées.

La Figure 9-7 illustre cette stabilité à l'intérieur des catégories d'âge et de sexe ; elle montre aussi l'existence d'un certain gradient par âge pour les deux sexes. Quelques autres différenciations apparaissent quand on examine la situation selon les catégories géographiques et socio-démographiques (Figure 14-4 en annexe) : essentiellement, chez les hommes et chez les femmes un léger gradient selon le niveau d'instruction, ainsi que, chez les hommes, une concentration dans les grandes localités.

Figure 9-7 Proportions de répondants ayant eu au moins un partenaire du même sexe qu'eux-mêmes. Par âge et sexe



Base : Tous les répondants

Sur la base des informations précédentes – stabilité des proportions globales par âge et sexe, ainsi que concordance entre les informations des enquêtes EPSS et ESS en 2007 – on peut proposer une estimation des effectifs des populations concernées pour 2007 en utilisant les données de l'enquête ESS (Tableau 9-2). En effet, cette enquête utilise un système de pondération qui incorpore les redressements nécessaires de l'échantillon^a et donne directement les effectifs dans la population. Ces données appelleraient de nombreuses remarques. On mentionnera seulement ici qu'en ce qui concerne le nombre de personnes ayant eu des partenaires du même sexe, on obtient des estimations basses du fait de l'existence très probable d'un biais de déclaration ; il s'y ajoute vraisemblablement un problème de validité de la question dont le contexte est les " rapports sexuels avec pénétration " et dont l'effet va également vers la sous-déclaration. Les effectifs mentionnés constituent donc très probablement des planchers.

Sans entrer dans l'analyse détaillée de ce tableau, on peut cependant mentionner quelques-uns des points frappants concernant la catégorie " même sexe ". Les effectifs des hommes et des femmes sont très proches, mais la distribution entre les composantes sont très différentes. Les changements dans cette distribution par âge suggèrent en plus des effets d'âge, de cohorte et de période. Enfin, les effectifs concernés varient considérablement selon l'inclusivité des critères utilisés pour constituer la catégorie " même sexe ".

^a Eric Graf / METH, 28 août 2008. Note explicative sur les pondérations. Enquête Suisse sur la Santé 2007. (ESS07_Notes_ponderations.pdf).

Tableau 9-2 Nombres de personnes (en milliers) concernées par les catégories de genre des partenaires sexuels, Suisse 2007, par sexe et catégories d'âge

Genre des partenaires^a	17-20 ans		21-30 ans		31-45 ans		46-64 ans		65-74 ans		Ensemble	
HOMMES												
Jamais eu de partenaire ^b	55.5		26.0		22.1		30.1		14.2		147.8	
Non réponse à la question sur le genre	0.9		0.2		10.6		10.8		3.1		25.6	
Seulement du même sexe	1.2	52.3%	5.4	38.7%	5.5	19.5%	3.6	16.2%	1.2	35.8%	17.0	24.1%
Principalement du même sexe	0.4	17.1%	2.4	16.9%	5.9	20.9%	2.5	11.2%	0.2	6.8%	11.4	16.2%
Autant du même sexe que de l'autre	0.0	0.0%	1.1	7.9%	1.5	5.2%	2.0	9.0%	0.7	20.3%	5.3	7.5%
Principalement de l'autre sexe	0.7	30.5%	5.1	36.5%	15.4	54.4%	14.2	63.6%	1.2	37.1%	36.6	52.2%
Tous de l'autre sexe	150.4		358.0		746.5		795.0		250.0		2300.0	
Total	209.0		398.3		807.5		858.3		270.7		2543.7	
Sous-total " même sexe " (1-4) (milliers)	2.3	100.0%	14.1	100.0%	28.2	100.0%	22.4	100.0%	3.3	100.0%	70.3	100.0%
% " même sexe "(1-4)	1.1%		3.5%		3.5%		2.6%		1.2%		2.8%	
% Tous de l'autre sexe	72.0%		89.9%		92.5%		92.6%		92.4%		90.4%	
FEMMES												
Jamais eu de partenaire ^b	72.0		27.7		22.4		39.7		28.2		190.0	
Non réponse à la question sur le genre	0.0		1.4		7.0		7.5		4.6		20.5	
Seulement du même sexe	0.8	30.9%	1.3	7.2%	0.9	3.5%	0.3	1.3%	0.0	0.0%	3.3	4.7%
Principalement du même sexe	0.5	20.6%	0.6	3.2%	3.0	11.3%	2.1	9.6%	0.5	34.2%	6.6	9.5%
Autant du même sexe que de l'autre	0.5	20.0%	0.6	3.6%	2.7	10.1%	1.1	5.0%	0.0	0.0%	4.9	7.0%
Principalement de l'autre sexe	0.7	28.5%	15.4	86.1%	19.8	75.1%	18.4	84.1%	0.9	65.8%	55.2	78.8%
Tous de l'autre sexe	120.8		354.9		767.9		817.8		275.8		2337.2	
Total	195.4		401.8		823.7		886.9		309.9		2617.7	
Sous-total " même sexe " (1-4) (milliers)	2.6	100.0%	17.8	100.0%	26.4	100.0%	21.9	100.0%	1.3	100.0%	70.0	100.0%
% " même sexe "(1-4)	1.3%		4.4%		3.2%		2.5%		0.4%		2.7%	
% Tous de l'autre sexe	61.8%		88.3%		93.2%		92.2%		89.0%		89.3%	

Notes : ^a La question portait sur l'ensemble des partenaires du répondant durant la vie. ^b Inclut les non réponses à la question sur le nombre total de partenaires durant la vie.
 Pourcentages en italique : distribution à l'intérieur de la catégorie " même sexe ". Données ESS 2007 pondérées.

9.3.2 Comparaison des échantillons HSH de ESS et Gaysurvey

Le Tableau 9-3 compare deux échantillons de la population HSH en Suisse au travers de deux enquêtes conduites en 2007 : Gaysurvey et ESS. La population atteinte par Gaysurvey est plus jeune avec un âge médian à 35 ans vs. 39 pour les répondants à ESS. Une stratification par classe d'âge montre que les deux enquêtes touchent en majorité les plus de 40 ans. Par contre, la proportion des moins de 30 ans est beaucoup plus élevée au sein de Gaysurvey avec 30.9% de répondants (vs. 16.3% pour ESS).

Le niveau de formation des répondants à Gaysurvey est inférieur à celui des répondants ESS (62.9% vs. 75.7%).

Les répondants à Gaysurvey ont beaucoup plus de partenaires occasionnels avec une médiane à 5 partenaires au cours des 12 derniers mois versus 1 partenaire pour les répondants à ESS. Par ailleurs, les répondants à ESS sont en proportion plus nombreux à systématiquement se protéger avec leur partenaire occasionnel.

Afin de comparer les différences de proportions obtenues pour chaque enquête, des régressions linéaire et logistique ont été menées sur les caractéristiques liées à la prévention en fonction des caractéristiques socio-démographiques (Tableau 14-1 en annexe).

Tableau 9-3 Comparaison des échantillons HSH de ESS et de Gaysurvey pour l'année 2007

	Gaysurvey 2007 n=2925		ESS n=213	
Caractéristiques socio-démographiques				
Age				
Age min-max	15-81		18-74	
Age médian	35		39	
Age moyen	36.1		41.6	
Classe d'âge				
<20	171	5.8	7	3.3
20-29	888	30.4	35	16.3
30-39	773	26.4	67	31.5
>40	1072	36.6	104	48.9
NR	21	0.7	-	-
Formation				
Primaire, secondaire	197	6.7	5	2.3
Apprentissage, école prof.	904	30.9	90	42.4
Ecole sans/avec maturité	403	13.8	14	6.5
Ecole professionnelle. supérieure	749	25.6	22	10.5
Uni, école polytechnique	665	22.7	82	38.4
NR	7	0.2	0	-
Nationalité				
Suisse	2479	84.8	147	69.2
Etrangère	391	13.4	66	30.8
NR	55	1.9	0	-

	Gaysurvey 2007 n=2925		ESS n=213	
Caractéristiques liées à la prévention				
Nombre de partenaires 12 derniers mois				
Moyenne	13.5		3.6	
Médiane	5.0		1.0	
Partenaire occasionnel 12 derniers mois	2094	71.6	83	39.0
Utilisation du préservatif avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s)				
	*n=1701			
Toujours	1256	73.8	69	82.2
Parfois/jamais	416	24.5	14	17.5
NR	29	1.7	0	0.3

* Répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec les partenaires occasionnels

En terme d'activité sexuelle (nombre de partenaires et avoir eu un partenaire occasionnel les 12 derniers mois), la différence mesurée est due aux données sources. Cette comparaison montre que les personnes à risque sont légèrement surreprésentées dans la population de Gaysurvey. Il est donc pertinent de continuer à étudier les HSH par le biais de ce questionnaire de manière à adapter la prévention de manière ciblée et efficace.

La différence de proportion observée entre les données GS07 et ESS07 pour les répondants ayant utilisé le préservatif avec des partenaires occasionnels provient d'une différence de distribution entre la nationalité et la formation des répondants aux deux enquêtes et non de la source des données en question.

Même si les répondants à Gaysurvey ont un nombre de partenaires plus important et plus de partenaires occasionnels, ils ont un même niveau de protection que la population générale mesurée par ESS.

9.4 LE PRÉSERVATIF COMME PRODUIT, DETERMINANTS DE L'ACHAT^a, PROBLEMES LORS DE L'UTILISATION

L'analyse des déterminants du dernier achat de préservatifs utilise les données de la vague 2007 de l'enquête EPSS qui comportait une série de questions sur ce thème. Un tiers des personnes (33.3% au total, 41.0% des hommes et 25.7% des femmes) ont acheté des préservatifs au cours des 12 mois précédents. Lors des interviews, on a proposé à ces personnes une série de 8 motivations possibles ("déterminants") pour l'achat en leur demandant d'en donner l'importance sur une échelle de 1 (très peu important) à 10 (très important). Les scores moyens obtenus pour chaque déterminant sont présentés dans le Tableau 9-4 ; la Figure 9-8 détaille ces résultats par âge et sexe.

L'élément jugé le plus important est la qualité attestée du produit : la présence de labels de qualité, "OK" et "CE". Le label "OK" de l'Association pour le label de qualité des préservatifs arrive en tête des déterminants dans toutes les catégories d'âge et de sexe. Les caractéristiques physiques du produit montrent des résultats contrastés : la taille adaptée arrive en deuxième position par ordre d'importance, tandis que les caractéristiques de forme obtiennent le score le plus bas. On notera que, chez les hommes, les plus jeunes accordent plus d'importance à la taille et au prix.

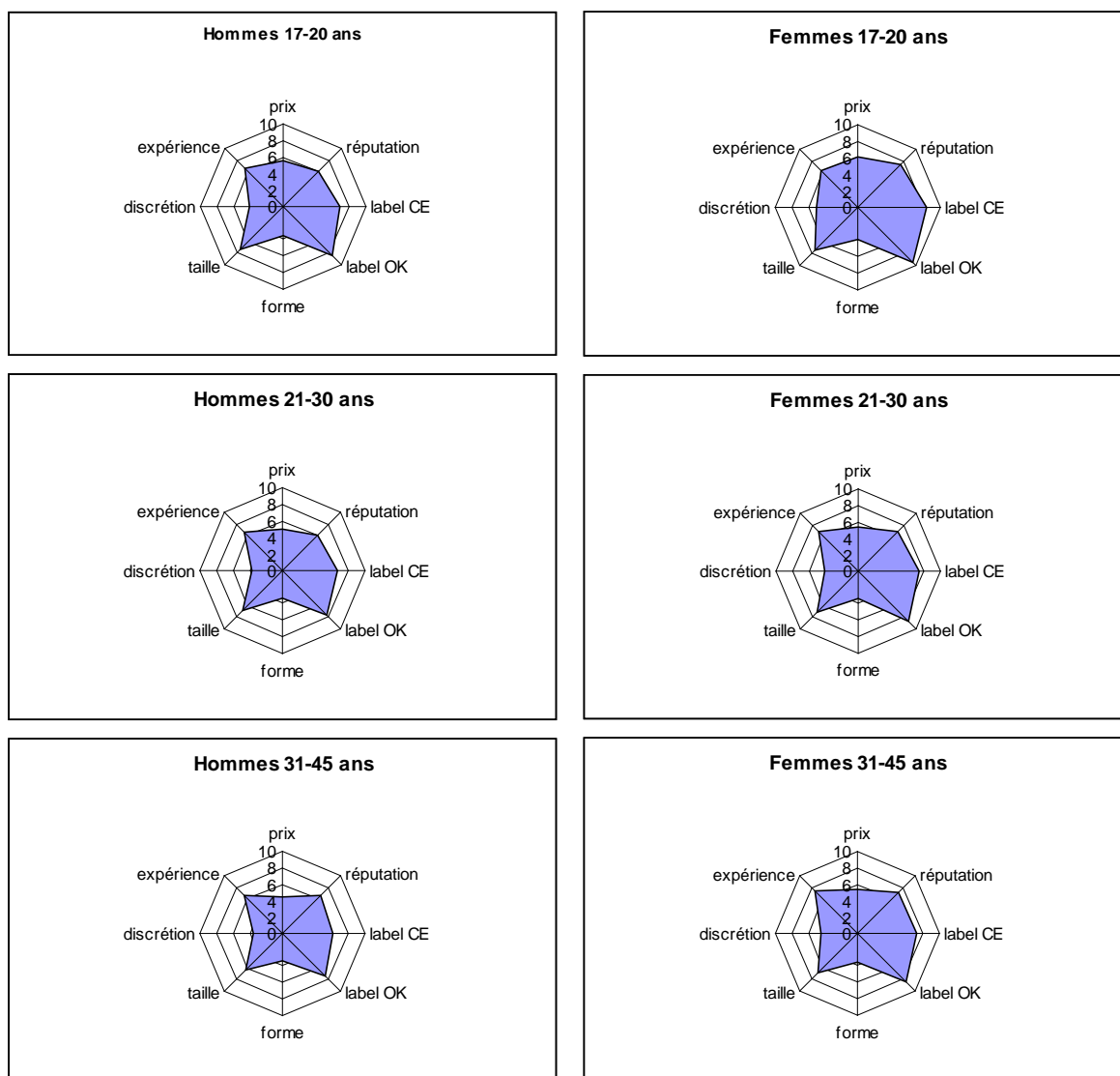
^a Cette section a été partiellement financée par le Fonds national de la recherche scientifique, Berne, projet numéro 3346C0-104210 "Case study analysis of the Swiss public-private partnership established to ensure promotion of high quality condoms for HIV prevention".

Tableau 9-4 Déterminants du dernier achat de préservatifs. Tableau d'ensemble

	Moyenne	N	Std. Deviation
La présence du label de qualité OK	8.0	940	2.922
La présence du label de qualité CE	6.8	888	3.524
Une taille adaptée	6.8	949	3.104
Mon expérience précédente du produit	6.6	944	3.153
La réputation de la marque	6.5	946	3.125
Un prix accessible	5.1	954	3.121
La discrétion de l'achat	4.0	952	2.914
Une forme de préservatif particulière	3.4	947	2.677

Note : Scores moyens sur l'échelle 1 : Très peu important - 10 : Très important. Base : répondants ayant acheté des préservatifs dans les 12 derniers mois.

Figure 9-8 Déterminants de l'achat de préservatifs, scores moyens par âge et sexe



Notes : Scores moyens sur l'échelle 1 : Très peu important - 10 : Très important. Intitulés raccourcis ; les intitulés complets figurent dans le Tableau 9-4. Base : répondants ayant acheté des préservatifs dans les 12 derniers mois.

Deux indicateurs sont utilisés depuis 1997 pour le suivi des problèmes rencontrés lors de l'utilisation de préservatifs : l'occurrence d'un glissement, respectivement d'une rupture, lorsqu'un préservatif a été utilisé lors du dernier rapport sexuel (Tableau 9-5). Les données montrent une grande stabilité sur l'ensemble de la période, stabilité qui se retrouve dans les différentes catégories (figures omises). De ce fait, on a calculé un taux d'ensemble, 2.4% pour les glissements et 2.1% pour les ruptures, que l'on peut considérer comme une très bonne estimation des taux effectifs de problèmes^a dans la population générale.

Tableau 9-5 Occurrence (%) de glissement et de rupture de préservatif lors du dernier rapport sexuel

	1997 (n=723)	2000 (n=675)	2007 (n=777)	Ensemble (n=2175)
Glissement	2.1	2.8	2.4	2.4
Intervalle de confiance	1.2 ; 3.4	1.7 ; 4.4	1.5 ; 3.8	1.8 ; 3.2
Rupture	3.0	1.2	2.1	2.1
Intervalle de confiance	1.9 ; 4.6	.5 ; 2.3	1.2 ; 3.3	1.5 ; 2.8

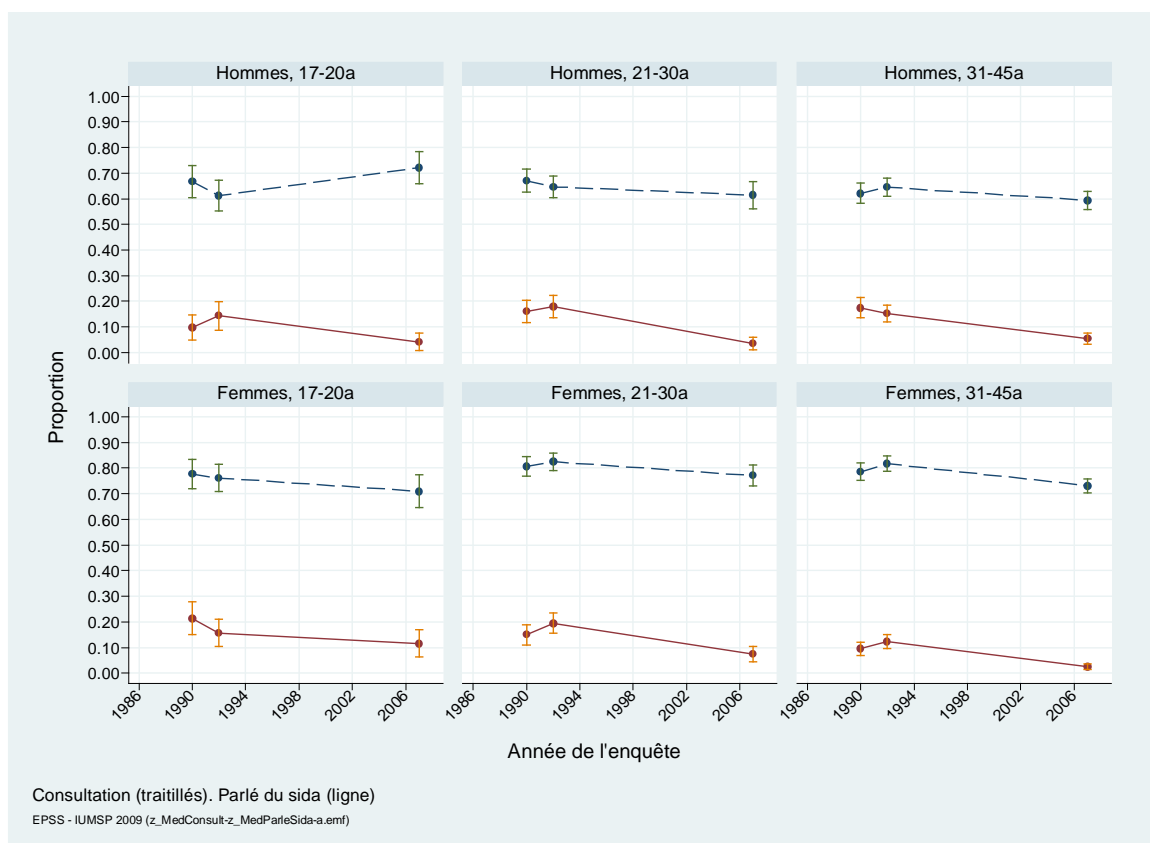
Notes : Base : répondants ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Les non-réponses, omises du tableau, sont au plus de .4%. Intervalles de confiance à 95% calculés pour une variable de Poisson.
Données EPSS - IUMSP 2009

9.5 LE CONSEIL INDIVIDUEL EN MATIERE DE PREVENTION DU VIH/SIDA AU CABINET MEDICAL

Les enquêtes de 1990, 1992 et 2007 comportaient des questions relatives aux consultations médicales et à la discussion éventuelle de problèmes relatifs au sida lors de celles-ci. En 2007, 68.4% des répondants ont consulté un médecin durant l'année de l'enquête. Il n'y a pas de différences importantes entre les diverses catégories (Figure 9-9, et Figure 14-5 en annexe). Parmi ces personnes, en 2007 seules 4.8% ont abordé ce thème avec leur médecin, alors qu'elles étaient encore 15.1% en 1992. Cette baisse se retrouve dans toutes les catégories d'analyse.

^a Ces taux de problèmes ne constituent pas une estimation du taux d'échec du préservatif. En effet, ils contiennent l'ensemble des situations dans lesquelles les glissements et les ruptures se sont produits : avant ou après la pénétration, avant ou après l'éjaculation, etc., situations dont certaines seulement impliquent un risque potentiel de transmission du VIH.

Figure 9-9 Consultation d'un médecin durant l'année ; discussion du sida lors de cette consultation. Proportions de répondants, par sexe et âge



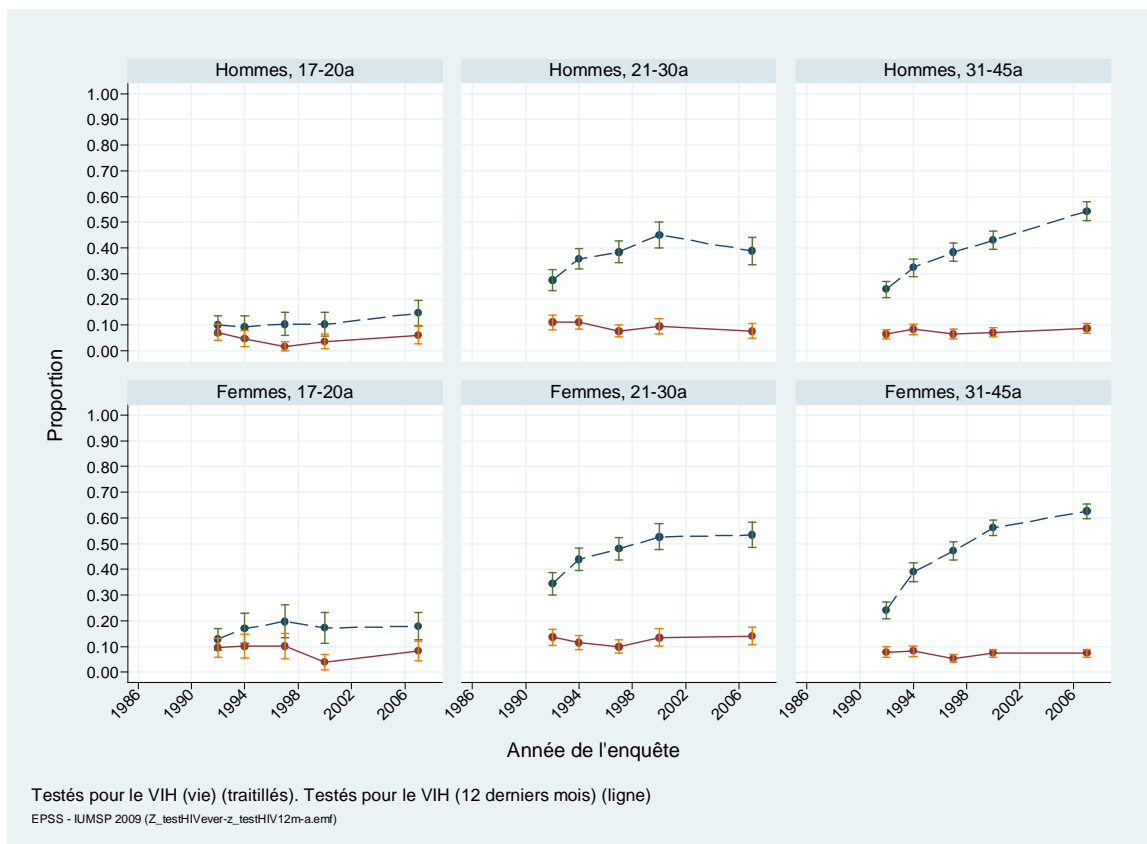
9.6 TEST VIH

La part de la population ayant effectué au moins un test VIH au cours de la vie (en dehors du don de sang), un indicateur accumulé, s'accroît au cours du temps. En 2007, chez les personnes ayant atteint l'âge de 31-45 ans, elle était de 53% chez les hommes et 62% chez les femmes (Figure 9-10). Si l'on tient compte des tests effectués à l'occasion du don de sang (durant la vie), ces proportions se montent à, respectivement, 80% et 72%.

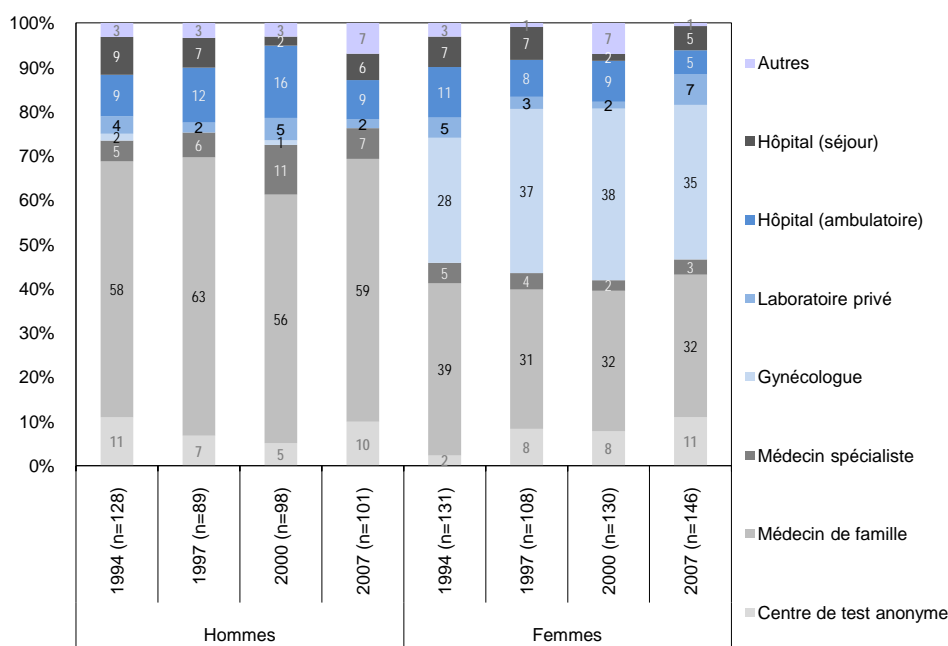
La Figure 9-10 (et Figure 14-6 en annexe) présente aussi la proportion de la population ayant récemment, c'est-à-dire dans les 12 derniers mois, effectué un test VIH. Les proportions restent stables au cours du temps et il n'y a pas de différences importantes entre les catégories sociales et géographiques.

Pour ceux qui ont effectué un test VIH dans les 12 derniers mois, le lieu dans lequel il a été effectué est indiqué dans la Figure 9-11. En 2007, le recours à un centre de test anonyme est mentionné par environ un répondant sur dix de chaque sexe. Les médecins en pratique privée sont mentionnés au total par un peu plus des deux tiers des répondants ; il s'agit essentiellement du médecin de famille chez les hommes, du médecin de famille et du gynécologue à parts égales chez les femmes. L'hôpital, en ambulatoire ou lors d'un séjour, est mentionné par 11% des femmes et 15% des hommes. Compte tenu des petits effectifs, cette répartition n'a pas subi de changements importants au cours de cette période.

Figure 9-10 Population ayant effectué au moins un test du VIH au cours de la vie et dans les 12 derniers mois (en dehors du don de sang). Proportions de répondants, par sexe et âge



Note : Pour chaque indicateur, la base est la population totale de la catégorie

Figure 9-11 Lieu dans lequel a été effectué le dernier test VIH

Base : répondants ayant effectué un test dans les 12 derniers mois.

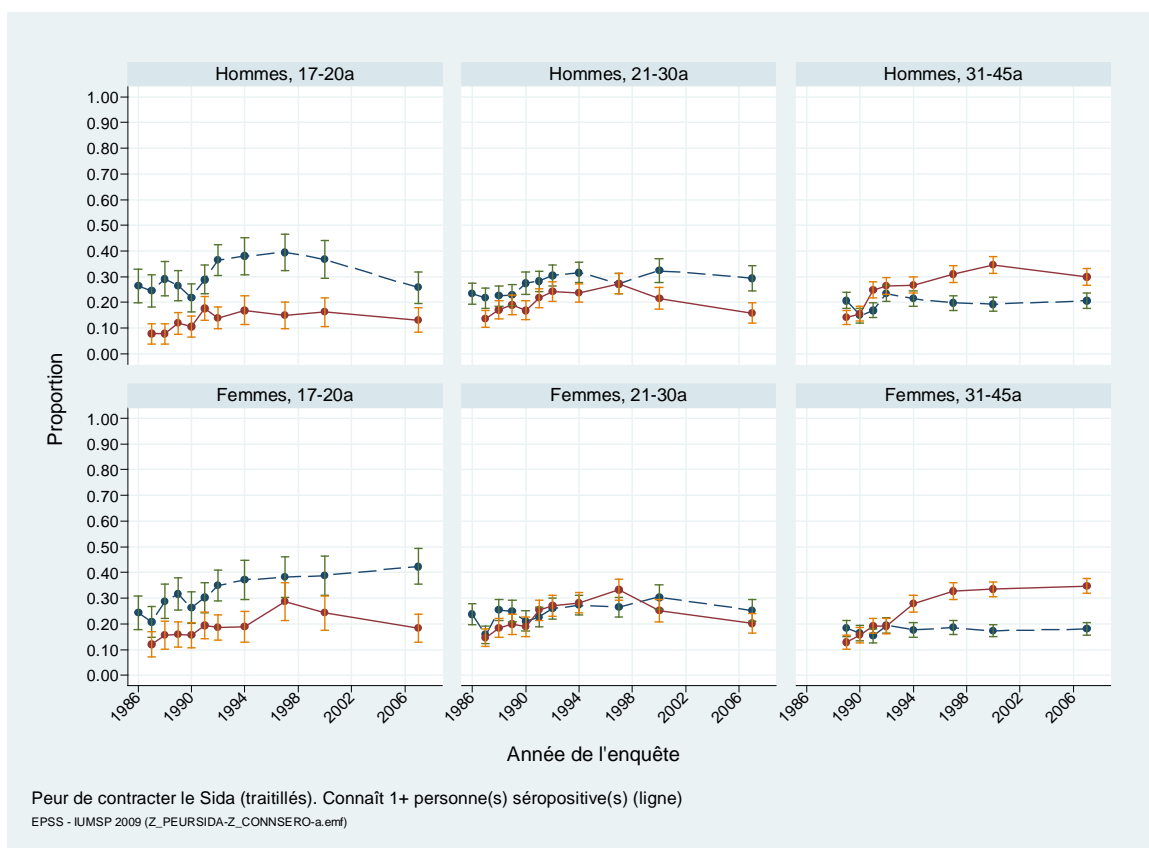
9.7 EVOLUTION DU CONTEXTE

Le suivi du contexte de la prévention dans la population générale est effectué par une série de questions d'attitudes et de connaissances qui ont trait à la proximité de la maladie (connaître une personne infectée par le VIH, avoir peur de contracter le sida), à la connaissance de l'existence des traitements contre le VIH/sida et aux conséquences supposées de ce fait sur les comportements de prévention.

9.7.1 Proximité de la maladie

Dans l'ensemble, la part de la population connaissant une personne ou plus séropositive ou atteinte du sida s'élevait à 25.7% en 2007, sans changement notable depuis 2000 (28.3%). Pour sa part, la proportion de personnes ayant parfois peur de contracter le sida était de 21.5% en 2007, sans changement depuis 2000 (20.9%) (Figure 9-12). Il existe un léger gradient selon l'âge : la proportion est la plus élevée chez les plus jeunes et la moins élevée chez les personnes de 31 à 45 ans. Du point de vue des caractéristiques sociales, cette crainte est plus répandue chez les personnes aux niveaux d'instruction les plus bas (Figure 14-7 en annexe). Elle est aussi plus fréquente chez les personnes de nationalité autre que suisse. Du point de vue géographique, cette crainte est moins fréquente en Suisse alémanique qu'en Suisse romande ou au Tessin.

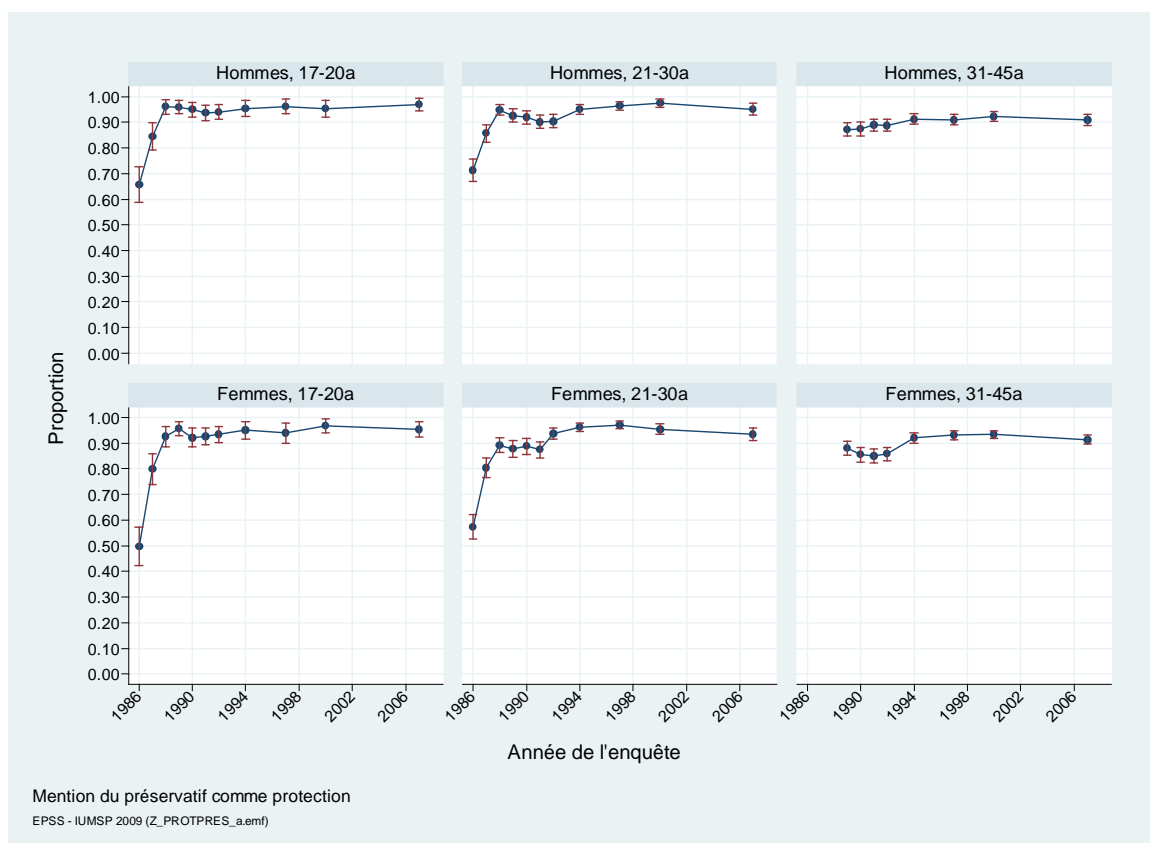
Figure 9-12 Peur de contracter le sida ; connaissance d'au moins une personne séropositive. Proportions de répondants, par sexe et âge



9.7.2 Connaissances des moyens de protection

Le préservatif est le moyen de protection contre le VIH/sida que la très grande majorité des gens (92.5% en 2007) mentionnent spontanément (Figure 9-13) et de manière uniforme selon les catégories sociales et géographiques (figures omises) quand ce sujet est abordé dans les enquêtes, et ce dès la fin des années mille neuf cent quatre-vingts.

Figure 9-13 Mention spontanée du préservatif comme moyen de protection contre le VIH/sida. Proportions de répondants, par sexe et âge



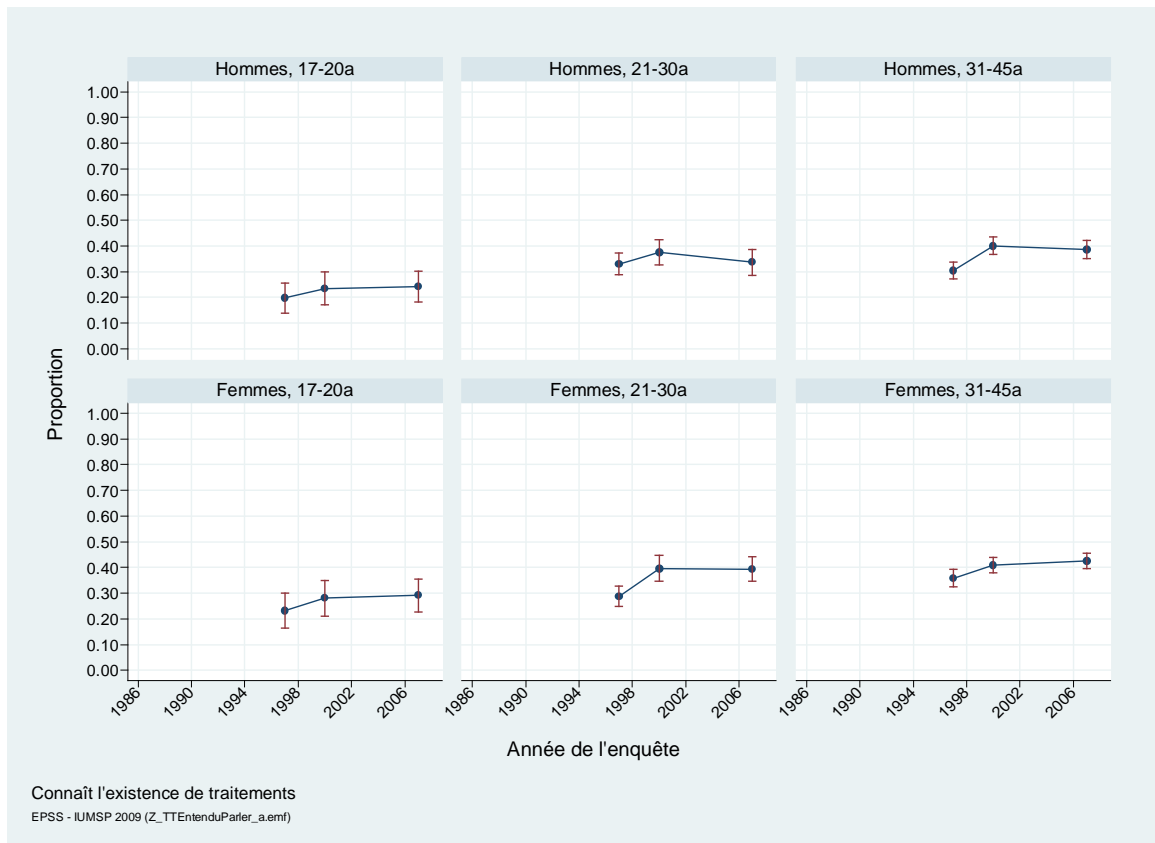
9.7.3 La connaissance de l'existence des traitements antirétroviraux et les attitudes face aux conséquences possibles sur la prévention

En 2007, la proportion de la population ayant entendu parler de l'existence de traitements " contre le VIH/sida "était de 34.3%, sans changement par rapport à 2000 (35.0%), les personnes plus âgées étant plus fréquemment dans ce cas tant chez les hommes que chez les femmes (Figure 9-14).

S'agissant des disparités, deux dimensions ressortent clairement à l'analyse. Il existe d'une part une forte disparité associée au niveau d'instruction, de l'ordre de 25 points de pourcentage entre les niveaux d'instruction bas et hauts (Figure 14-8 en annexe). La seconde disparité, encore plus forte, concerne la couverture : en 2007, la proportion de personnes ayant entendu parler de ces traitements est de 22.0% en Suisse alémanique (24.4% au Tessin) mais de 75.4% en Suisse romande. Ce différentiel, qui s'est accru entre 2000 et 2007, est partiellement dû à la plus forte proportion d'universitaires en Romandie, mais partiellement seulement. Au stade actuel de l'analyse, nous n'avons pas d'explication à proposer au-delà du constat.

En 2007, parmi les personnes qui connaissent l'existence de ces traitements, le niveau de connaissances correctes est très élevé. Dans toutes les catégories retenues pour l'analyse (les figures ne sont pas montrées), la quasi totalité (90% ou plus) sait que ces traitements permettent de survivre plus longtemps, et moins de 10% pensent que ces traitements permettent de guérir définitivement du sida ou de ne plus transmettre l'infection lorsque l'on est atteint.

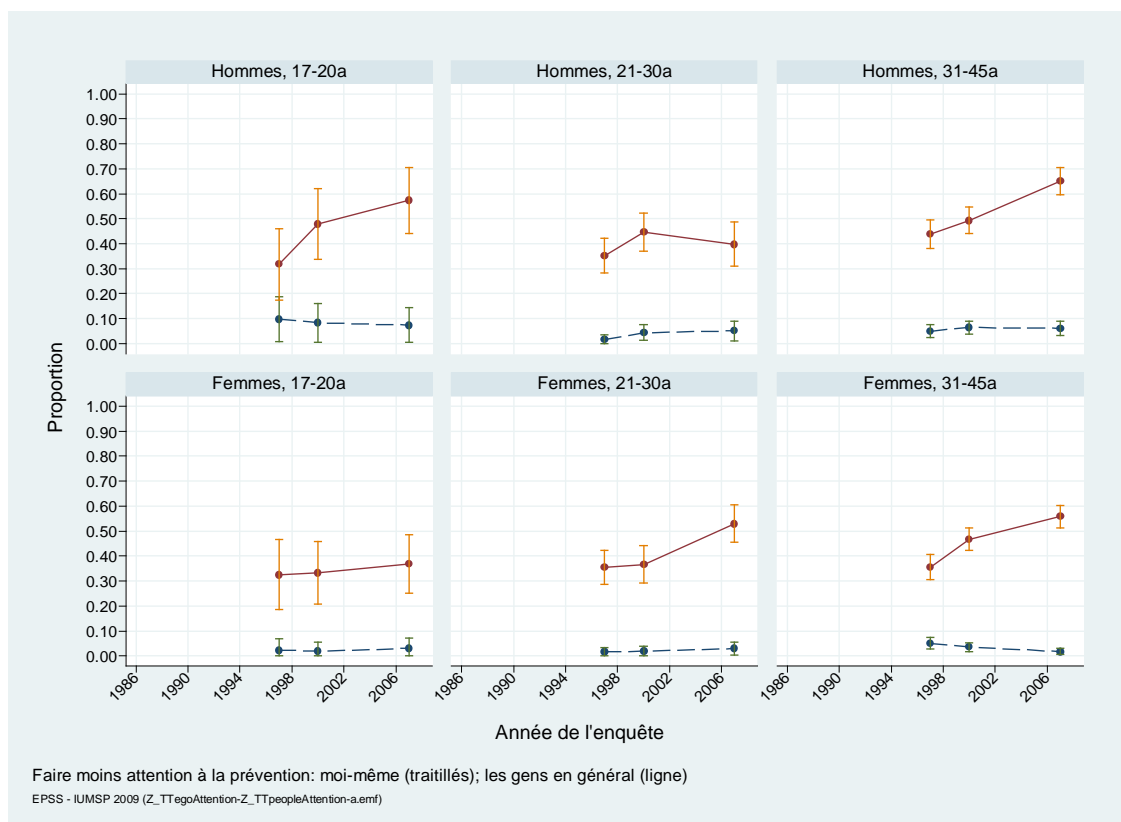
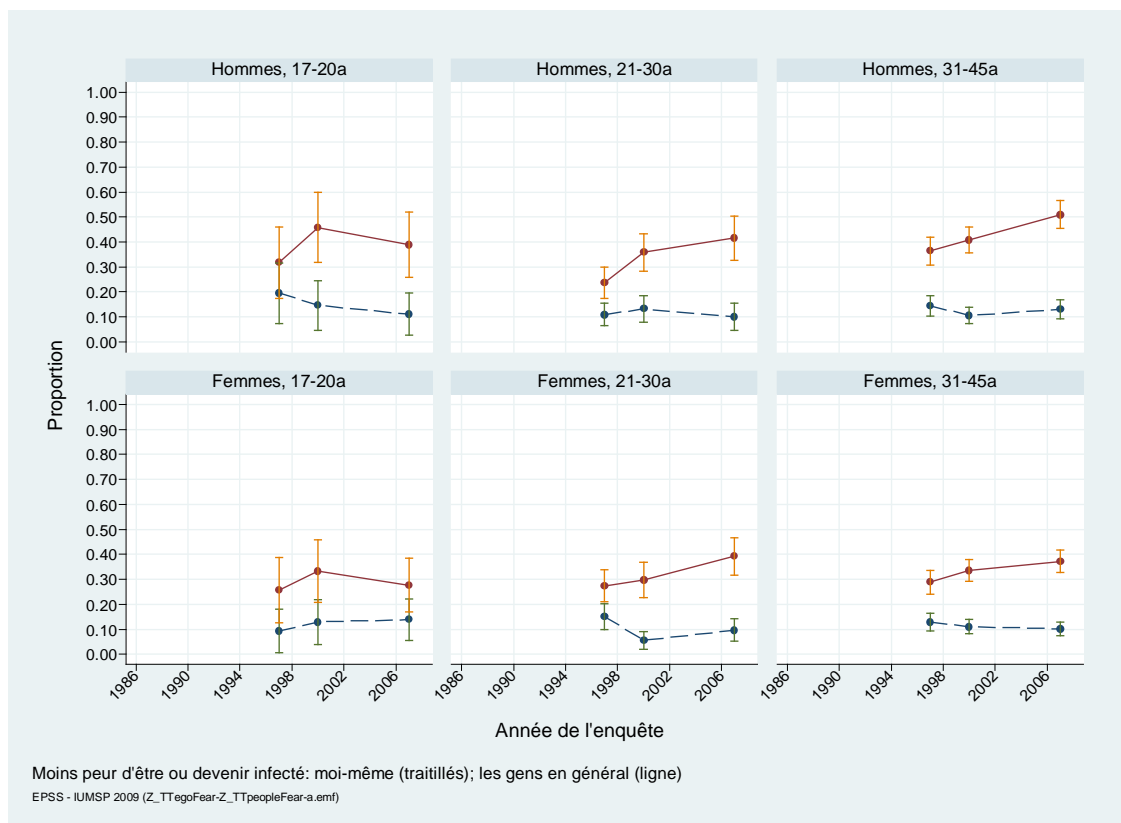
Figure 9-14 Connaissance de l'existence de traitements contre le VIH/sida. Proportions de répondants, par sexe et âge



L'investigation des conséquences de cette connaissance des traitements est basée sur des paires de questions posées à ceux qui en connaissent l'existence, une question concernant les conséquences pour le répondant lui-même et l'autre pour " les gens en général " de l'avis du répondant. Celles pour lesquelles les données existent pour 1997, 2000 et 2007 concernent l'attention portée à la prévention et la crainte d'être ou de devenir infecté par le VIH (Figure 9-15 et Figure 14-9 en annexe). Une très petite fraction (moins de 5%) de la population rapporte faire personnellement moins attention à la prévention ; une proportion un peu supérieure (près de 10%) rapporte avoir moins peur d'être ou de devenir infecté. Ces proportions sont stables, voire décroissantes, depuis 1997 et sont largement similaires dans toutes les catégories retenues pour l'analyse (Figure 14-9 et Figure 14-10 en annexe).

La situation est très différente quand la formulation de ces questions concerne non plus le répondant personnellement mais son avis pour ce qui concerne " les gens en général ". Dans la plupart des catégories d'analyses, et spécialement chez les hommes, des proportions croissantes de personnes pensent que les gens en général ont moins peur de devenir infecté par le VIH et font moins attention à la prévention. Cette évolution est particulièrement marquée chez les hommes de Suisse romande et du Tessin et chez les hommes habitant les agglomérations. Chez les femmes, elle se remarque surtout chez les Romandes et chez celles avec les niveaux d'instruction supérieurs.

Figure 9-15 Conséquences pour soi-même et opinion sur les conséquences pour "l es gens en général " de l'existence de traitements contre le VIH/sida : " Faire moins attention à la prévention "; " Avoir moins peur d'être ou de devenir infecté par le VIH ". Proportions de répondants, par sexe et âge



Notes : Répondants " tout à fait d'accord " ou " plutôt d'accord ". Base : répondants connaissant l'existence des traitements.

9.7.4 Attitudes face aux personnes séropositives

Dans l'ensemble, la proportion de personnes estimant que les personnes séropositives bien informées prennent des précautions pour ne pas infecter les autres s'est maintenue à un niveau élevé, entre 80% et 85%, sur la période 1994-2007^a (figures omises). Du point de vue des disparités géographiques et sociales, cette proportion est un peu moins élevée au Tessin et chez les hommes et les femmes de nationalités autres que suisse.

^a La question n'est posée que depuis 1994.

10 JEUNES DE 17 À 20 ANS

Alors que l'on trouve à la section 'Population générale' les principaux indicateurs concernant la sexualité des jeunes de 17 à 20 ans, la section 'Jeunes de 17 à 20 ans' s'attache à présenter des données concernant l'éducation sexuelle, l'entrée dans la sexualité et la contraception. Les informations concernant l'éducation sexuelle et l'entrée dans la sexualité proviennent de l'Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale de 17 à 45 ans pour l'évaluation de la prévention du VIH/sida en Suisse (EPSS). Celles concernant les pratiques en matière de contraception ont été récoltées à l'occasion de l'édition 2007 de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Ces dernières sont en outre complétées par des données tirées de l'enquête internationale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) concernant les écoliers de 14 et 15 ans³⁸.

10.1 EDUCATION SEXUELLE À L'ÉCOLE

Pour la deuxième fois (la première en 2000), l'enquête EPSS comportait un module destiné à documenter l'information que les participants avaient reçue en matière de VIH/sida et de sexualité en général durant leur scolarité (obligatoire et post-obligatoire). Ce module était réservé aux répondants âgés de 17 à 20 ans ; 335 personnes y ont répondu.

La très grande majorité des jeunes a eu l'occasion d'entendre parler de VIH/sida ou de sexualité (en général) durant la scolarité. La situation ne diffère pas par rapport à celle observée en 2000. Aucune différence significative n'apparaît, en 2007, en matière de couverture entre les différentes régions linguistiques (Tableau 10-1).

Tableau 10-1 EPSS 2000 et 2007 : Proportion de jeunes de 17 à 20 ans ayant discuté de VIH/sida ou de 'sexualité en général' en classe, selon la région linguistique

	2000				2007			
	CH	CH além.	CH ital.	CH rom.	CH	CH além.	CH ital.	CH rom.
% ayant discuté de VIH/sida ou de sexualité en général	n=318	n=223	n=14	n=81	n=335	n=229	n=22	n=84
une ou plusieurs fois	91.3	88.8	100	96.3	90.4	90.0	81.8	94.1
jamais	8.5	10.8	0.0	3.7	6.6	7.4	13.6	3.6
ne se rappelle/sait pas	0.3	0.4	0.0	0.0	3.0	2.6	4.5	2.4

L'éducation sexuelle offre l'occasion d'aborder un large éventail de thèmes, certains particulièrement importants dans une perspective de prévention du VIH/sida et d'autres IST. L'enquête permet d'identifier ceux qui ont été évoqués dans le cadre scolaire. Toutefois, pour certains d'entre eux, la façon dont la question est posée ne donne pas d'information sur la façon dont le thème a été traité (par exemple, bien choisir son partenaire, fidélité à un seul partenaire, etc.) (Tableau 10-2).

En 2007, la proportion de jeunes ayant eu l'occasion de discuter des différents thèmes en relation avec la sexualité et le VIH augmente pour la plupart de ces thèmes. Ainsi, le conseil d'utiliser des préservatifs atteint-il actuellement plus de neuf jeunes sur dix et plus de huit jeunes sur dix déclarent avoir abordé en classe le thème de la pilule du lendemain alors qu'ils n'étaient que six sur dix en 2000. Une proportion analogue de jeunes ont reçu des informations concernant les structures dispensant aide

et conseils en matière de sexualité. Bien que les thèmes des IST, du test VIH et de l'homosexualité aient légèrement progressé, ils n'ont été abordés que par sept – voire six – jeunes sur dix environ.

On observe par ailleurs des différences entre régions linguistiques en matière de taux de couverture pour certains de ces thèmes : une proportion significativement plus importante de jeunes Suisses romands déclarent avoir abordé en classe le thème du test VIH et avoir reçu des informations concernant les structures dispensant aide et conseils en matière de sexualité (Tableau 10-2).

Trois thèmes (fidélité, éviter de changer souvent de partenaire, abstinence avant mariage) connaissent toutefois une évolution inverse et sont moins mentionnés en 2007 qu'en 2000. Il s'agit d'arguments comportant une dimension morale relativement marquée et qui, présentés sous forme de conseils ou de recommandations ne sont pas nécessairement adaptés aux besoins des jeunes entrant dans la vie sexuelle (Tableau 10-2).

Tableau 10-2 EPSS 2000 et 2007 : Proportion de jeunes de 17 à 20 ans – parmi ceux ayant parlé en classe de VIH ou de sexualité – qui ont abordé les thèmes suivants^a, selon la région linguistique

	2000	2007			
	CH n=304	CH n=320	CH aléman. n=218	CH italienne n=20	CH romande n=82
Utilisation du préservatif	89.1	92.1	89.9	100.0	96.3
Grossesse et naissance	82.2	88.7	90.4	80.0	86.6
Pilule du lendemain	63.4	82.9	82.1	85.0	85.2
Endroit où trouver aide/conseil *	80.3	79.7	74.9	81.0	90.2
Relations sexuelles *	78.9	78.4	73.9	85.7	89.0
Interruption de grossesse	67.1	71.4	73.4	70.0	67.1
Autres IST	66.1	70.7	69.4	65.0	75.6
Test VIH *	63.5	68.9	66.1	57.1	79.3
Abus sexuels	63.2	67.5	65.6	52.4	75.6
Bien se connaître avant d'avoir des relations	56.1	64.5	60.9	71.4	72.8
Homosexualité	52.0	58.4	59.6	50.0	57.3
Bien choisir son partenaire	43.1	47.0	40.6	45.0	63.4
Eviter de changer souvent de partenaire	44.9	41.6	38.4	42.9	50.0
Fidélité à un seul partenaire *	48.8	39.8	34.9	40.0	53.7
Pornographie *	22.0	38.8	34.7	19.0	54.9
Prostitution	34.9	37.8	37.0	30.0	42.0
Abstinence avant mariage *	34.5	29.9	35.2	20.0	18.5

* $p < .05$ (différences significative parmi les régions linguistiques, 2007)

Globalement, quatre jeunes de 17-20 ans sur cinq estiment que les informations reçues dans le contexte scolaire ont totalement ou presque totalement répondu aux questions qu'ils se posaient en matière de sexualité et de VIH/sida. Cette situation n'a connu aucune modification entre 2000 et 2007 et on ne relève aucune différence entre régions linguistiques (Tableau 10-3).

^a Classement selon la fréquence de réponses en 2007.

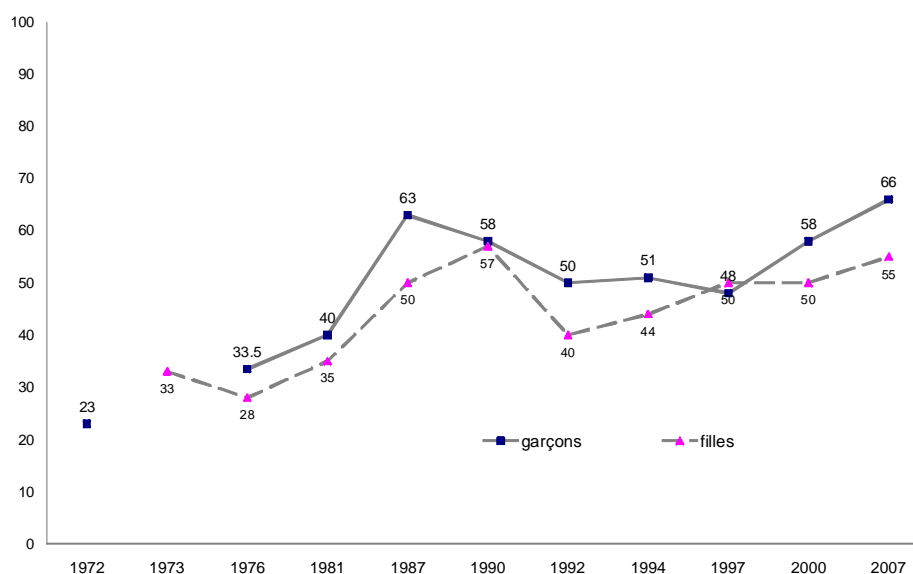
Tableau 10-3 EPSS 2007 : satisfaction des jeunes de 17 à 20 ans par rapport aux informations reçues à l'école en matière de VIH et de sexualité. Comparaison avec la situation en 2000

	2000				2007			
	CH n=304	CH além. n=210	CH ital. n=14	CH rom. n=80	CH n=320	CH além. n=218	CH ital. n=21	CH rom. n=81
Sans opinion, ne se souvient pas	1.3	1.9	0.0	0.0	0.9	0.9	4.8	0.0
Totalement ou presque	75.8	75.2	64.3	80.0	78.3	79.4	76.2	76.6
Seulement en partie	16.9	16.2	35.7	15.0	17.4	17.0	19.0	18.3
Très peu ou pas du tout	5.9	6.7	0.0	5.1	3.5	2.8	0.0	6.1

10.2 ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ

Manifeste depuis 1997, la tendance à la hausse de la proportion des jeunes actifs sexuellement à un âge donné (ici 17 ans) se maintient. 65.9% des garçons et 54.9% des filles sont sexuellement actifs à l'âge de 17 ans (Figure 10-1). Sur l'ensemble de la période, les jeunes filles tendent à entrer un peu plus tardivement dans la vie sexuellement active que les jeunes hommes.

Figure 10-1 Proportion de jeunes de 17 à 20 ans sexuellement actifs à l'âge de 17 ans



Note : Les données de 1972, 1973, 1976 et 1981 sont issues de diverses études suisses. A partir de 1987, elles proviennent exclusivement de l'Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale de 17 à 45 ans pour l'évaluation de la prévention du VIH/sida en Suisse (EPSS, 17-20 ans).

10.3 CONTRACEPTION

Les données concernant la contraception ont été recueillies dans la partie ‘questionnaire auto-administré’ de l’enquête ESS^a.

Deux tiers (66.1%) des jeunes âgés de 17 à 20 ans ayant répondu à la fois à l’enquête téléphonique et au questionnaire écrit sont sexuellement actifs, 32.9% ne le sont pas et 1.0% n’ont pas souhaité répondre.

Parmi les 327 jeunes sexuellement actifs (hommes 51.7%, femmes 48.3%), 85.6 % déclarent utiliser un moyen de contraception, 12.2% n’en utilisent pas et 2.1% n’ont pas répondu. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recourir à des moyens de contraception (90.5% vs 80.4%).

Le préservatif constitue le moyen contraceptif le plus utilisé par les jeunes hommes alors que les jeunes femmes recourent majoritairement à la pilule. La double protection est probablement pratiquée dans un certain nombre de situations (Tableau 10-4).

Tableau 10-4 Enquête ESS : moyens de contraception utilisés par les jeunes âgés de 17 à 20 ans ayant déclaré en utiliser, selon le sexe (n=242)

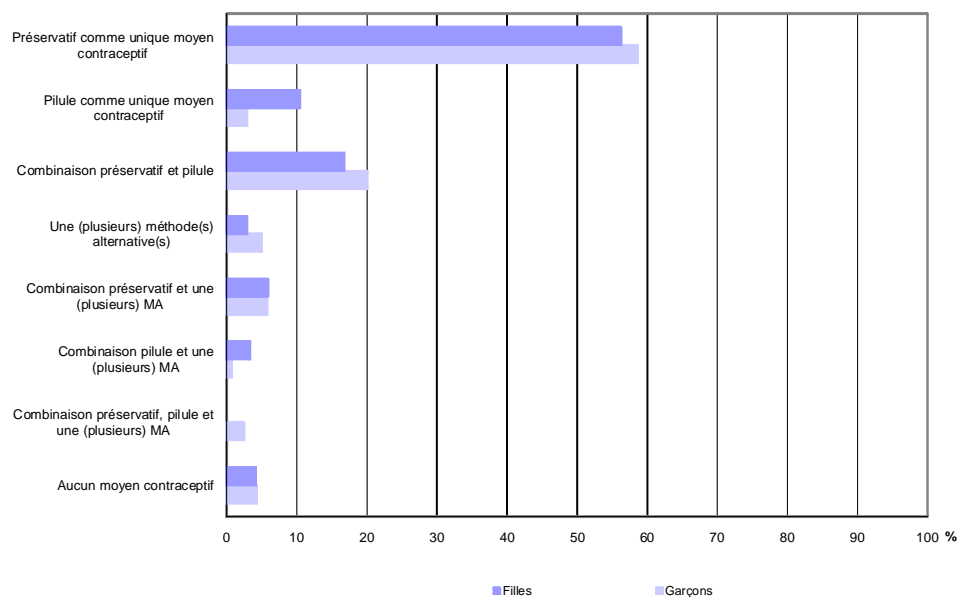
	Hommes (n=158)		Femmes (n=169)	
	soi-même	partenaire	soi-même	partenaire
Préservatif	82.5			64.8
Pilule		56.1	67.2	
Contraception naturelle			2.3	
Stérilet		1.8	0.8	
Injection trimestrielle		1.8	0.8	
Préservatif féminin		0.8	0.8	
Diaphragme		0.9		
Cape cervicale			0.8	
Stérilisation / ligature	0.9			
Autre moyen	0.9	3.5	7.8	

Note : Le taux de non réponse à cette question s’élève à 12% ; plusieurs réponses possibles

L’enquête HBSC fournit aussi des informations sur le type de contraception utilisé chez les écoliers suisses de 14 et 15 ans sexuellement actifs. La Figure 10-2 montre que neuf garçons sur dix et près de huit filles sur dix sexuellement actifs ont utilisé des préservatifs seuls ou en combinaison avec une autre méthode de protection.

^a Dans l’enquête ESS, 495 jeunes âgés de 17 à 20 ans ont répondu à la fois à l’enquête téléphonique et au questionnaire auto-administré. Lors de la fusion des deux fichiers, 47 personnes (9.5% du total) ont déclaré n’avoir jamais eu de relations sexuelles tout en déclarant recourir à une forme de contraception. Partant du principe qu’un filtre utilisé dans le cadre de l’enquête téléphonique aurait eu pour effet de ne pas poser de questions sur les pratiques en matière de contraception aux personnes déclarant ne pas être actives sexuellement, ces 47 personnes ont été exclues de l’analyse.

Figure 10-2 Combinaisons de méthodes contraceptives lors du dernier rapport sexuel chez les élèves de 14 et 15 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles, selon le sexe, HBSC 2006³⁸



Notes : MA = méthodes alternatives. Les données des élèves de 14 et 15 ans ont été regroupées. Nombre de cas : garçons n=278 ; filles n=238. Sous " méthodes alternatives ", nous avons regroupé les moyens suivants : sprays, mousses, suppositoires spermicides / coït interrompu / méthodes naturelles (p. ex. méthode du calendrier, courbe des températures, tests d'urine PERSONA) ainsi que d'autres méthodes non spécifiées.

10.4 CONCLUSIONS

- La très grande majorité des jeunes a eu l'occasion de parler de sexualité et/ou de VIH/sida durant la scolarité. Cette situation n'a connu aucune modification entre 2000 et 2007. La couverture est analogue dans toutes les régions linguistiques.
- Entre 2000 et 2007, la proportion de jeunes ayant abordé les thèmes de l'éducation sexuelle les plus directement en prise avec le VIH/sida a augmenté. Le taux de couverture varie selon les thèmes. En 2007, plus de neuf jeunes sur dix déclarent avoir reçu des conseils à propos de l'utilisation du préservatif durant leur scolarité ; plus de huit sur dix ont abordé le thème de la pilule du lendemain et ont reçu une information sur les structures offrant aide et conseil en matière de sexualité. Toutefois, moins de sept sur dix ont discuté du test VIH et moins de six sur dix ont abordé le thème de l'homosexualité. Quelques différences de taux de couverture de certains thèmes (test VIH, endroits où trouver aide et conseils en matière de sexualité) ont été observées entre régions linguistiques.
- Trois élèves sur quatre s'estiment satisfaits par les informations reçues dans le cadre scolaire.
- En 2007, la tendance à la hausse de la proportion des jeunes actifs sexuellement à un âge donné se poursuit. Environ deux tiers des garçons sont sexuellement actifs à 17 ans alors que ce n'est le cas que d'une fille sur deux environ.
- Huit jeunes âgés de 17 à 20 ans sur dix déclarent utiliser un moyen de contraception : préservatif pour la majorité des hommes et pilule pour la majorité des femmes.

11 COMPORTEMENTS SEXUELS DANS LE CONTEXTE DU VIH/SIDA : EVOLUTION AVEC L'ÂGE

11.1 PREAMBULE

Les instruments mis en place depuis 1987 ont permis de documenter divers aspects de la vie sexuelle des personnes âgées de 17 à 30 ans d'abord (jusqu'en 1988) puis de celles âgées de 17 à 45 ans. En 2007, l'intégration dans l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de questions auparavant comprises uniquement dans l'enquête EPSS permet de documenter ces aspects aussi pour les personnes âgées de 46 à 74 ans.

Cette section du rapport présente diverses informations relatives aux comportements sexuels obtenues dans le cadre de l'édition 2007 de l'ESS et les analyses en fonction de l'âge des répondants. Afin d'assurer la cohérence avec les autres parties du rapport, on a renoncé à utiliser les données concernant les personnes âgées de 16 ans pourtant incluses dans l'enquête ESS. De ce fait, les comparaisons portent sur un collectif de 15715 personnes réparties entre quatre classes d'âge :

- 17-30 ans (2617 personnes)
- 31-45 ans (5107 personnes)
- 46-60 ans (4296 personnes)
- 61-74 ans (3695 personnes)

11.2 ACTIVITE SEXUELLE

Au sein du collectif de 15715 personnes, 94% sont sexuellement actives, 4.1% ne le sont pas et 1.9% n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Tant chez les hommes que chez les femmes, le nombre moyen de partenaires sexuels durant les douze mois précédant l'enquête diminue progressivement avec l'âge des répondants. Quelle que soit la classe d'âge à laquelle ils appartiennent, cette moyenne est toujours plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes. La médiane du nombre de partenaires sexuels ne varie cependant pas en fonction de l'âge des répondants. Elle est en outre identique quel que soit le sexe (Tableau 11-1).

Tableau 11-1 Enquête ESS : Nombre de partenaires sexuels au cours des douze mois précédant l'enquête parmi les personnes sexuellement actives, par classes d'âge et par sexe

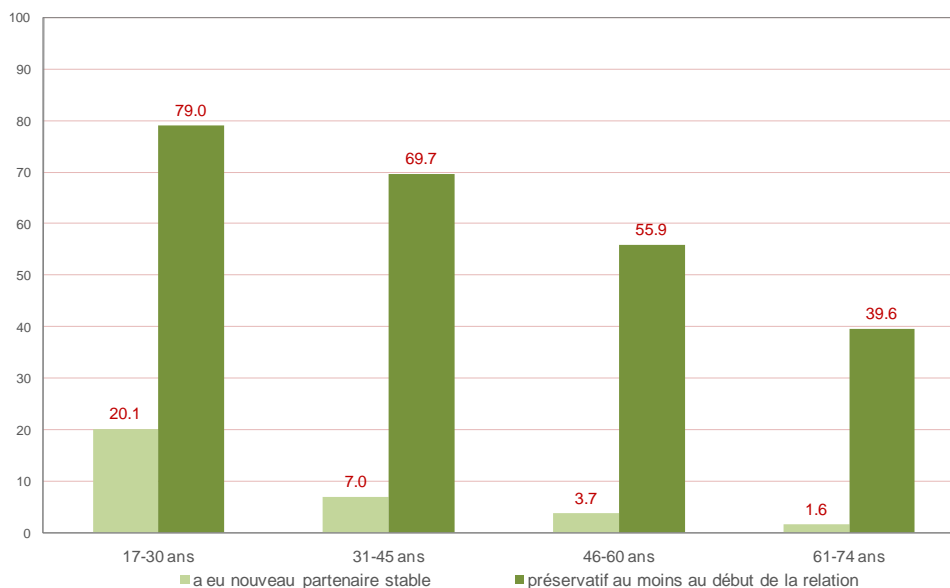
		17-30 ans n=2262	31-45 ans n=4890	46-60 ans n=4002	61-74 ans n=3291
Ensemble	moyenne	1.72	1.23	1.08*	0.78
	médiane	1	1	1	1
	range	0 - 50	0 - 48	0 - 48	0 - 70
Hommes	moyenne	2.19	1.42	1.29	1.02
	médiane	1	1	1	1
	range	0 - 50	0 - 48	0 - 48	0 - 70
Femmes	moyenne	1.30	1.08	0.90*	0.60
	médiane	1	1	1	1
	range	0 - 11	0 - 20	0 - 12	0 - 15

* Un outlier ayant déclaré 520 partenaires a été exclu du calcul.

11.3 NOUVEAU PARTENAIRE STABLE ET PROTECTION

La proportion des personnes ayant noué une nouvelle relation stable durant l'année précédant l'enquête diminue à mesure que l'âge des répondants augmente (Figure 11-1). Elle concerne une personne sur cinq (20.1%) dans le groupe des 17-20 ans mais moins d'une personne sur soixante (1.6%) dans celui des 61-74 ans.

Figure 11-1 Enquête ESS : pourcentages de personnes ayant eu un nouveau partenaire stable au cours des 12 mois précédant l'enquête et protection au moins au début de la relation, selon l'âge (n=14772)

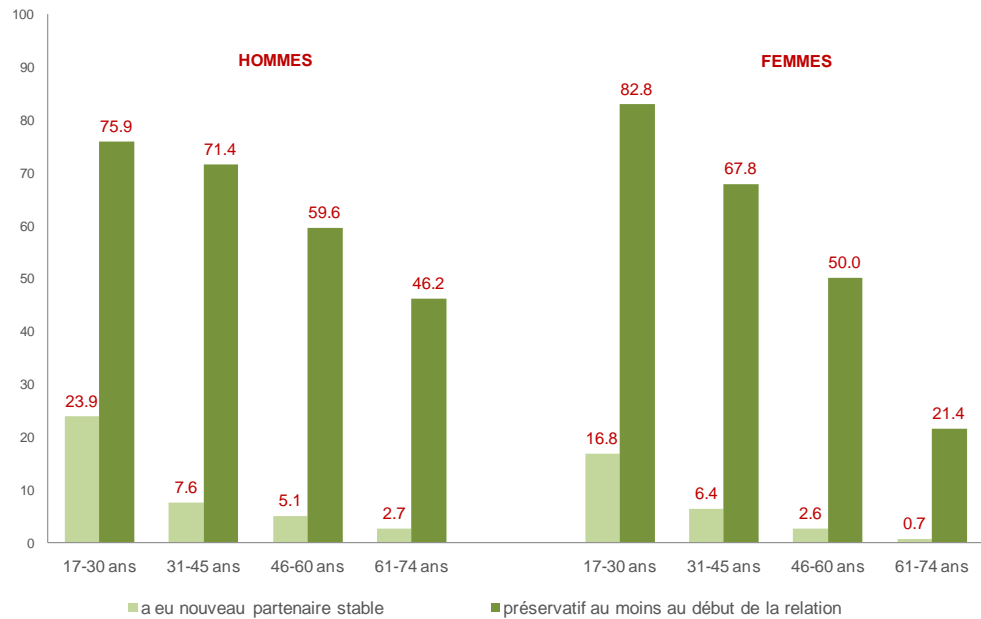


Etablir de nouvelles relations stables est légèrement plus fréquent parmi les hommes que parmi les femmes. La proportion des personnes concernées par de nouvelles relations suit la même courbe décroissante avec l'âge mais elle diminue plus fortement chez les femmes que chez les hommes (Figure 11-2).

L'évolution est analogue en ce qui concerne la protection – au moins au début de la relation – avec ces nouveaux partenaires stables. Concernant près de quatre personnes sur cinq (79%) parmi les 17-30 ans, cette proportion diminue progressivement et ne représente plus que deux personnes sur cinq (39.6%) parmi les 61-74 ans.

Jusqu'à 45 ans, la proportion de personnes ayant entretenu des relations sexuelles protégées avec leur nouveau partenaire stable est assez semblable chez les hommes et chez les femmes. À partir de là l'écart se creuse : cette proportion concerne deux fois moins de femmes que d'hommes dans le groupe des 61-74 ans (respectivement 21.4% et 46.2%).

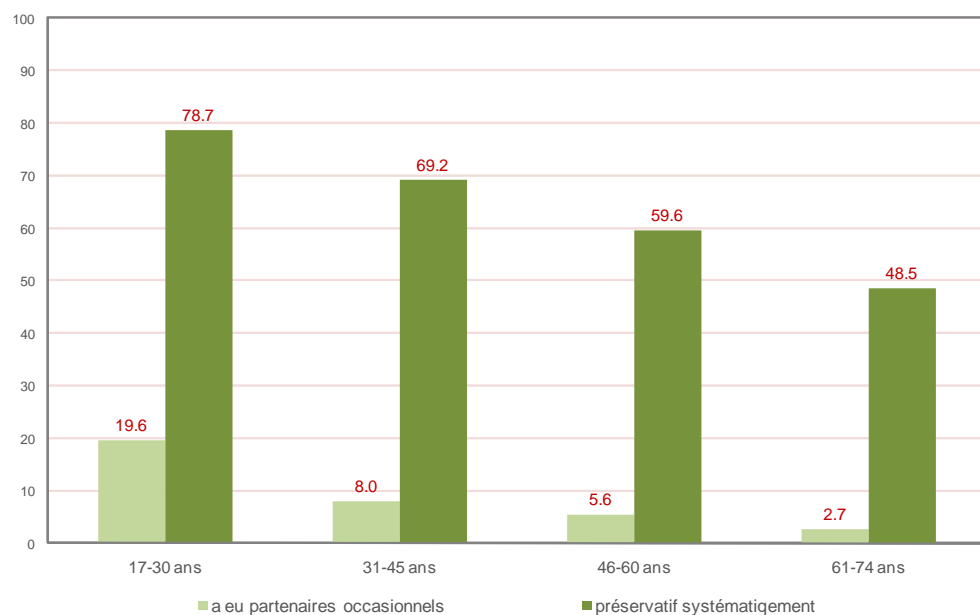
Figure 11-2 Enquête ESS : proportion de personnes ayant eu un nouveau partenaire stable au cours des 12 mois précédant l'enquête et protection au moins au début de la relation, selon l'âge et le sexe (n=14772)



11.4 PARTENAIRES OCCASIONNELS ET PROTECTION

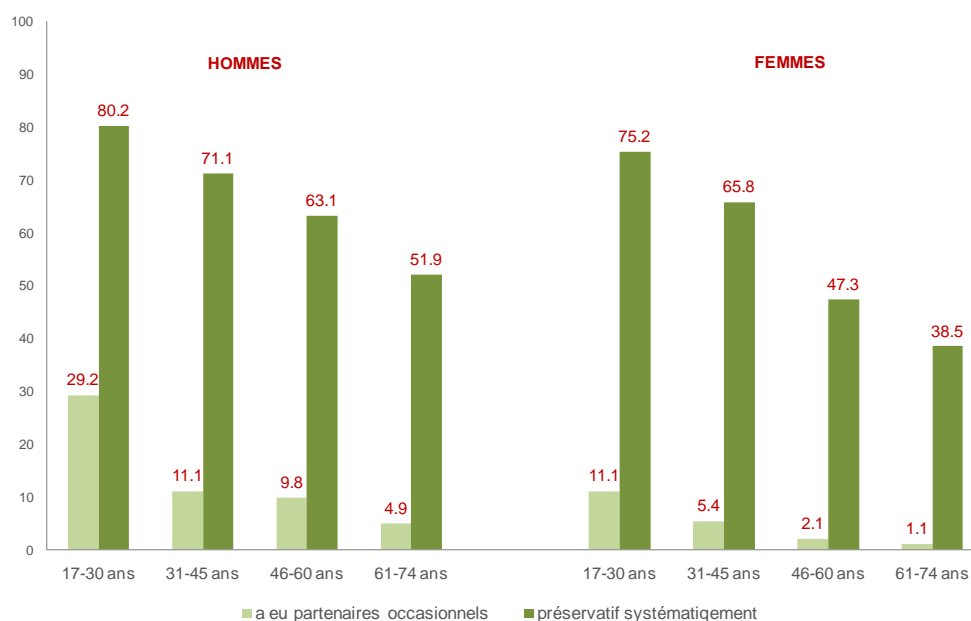
La proportion des personnes ayant eu un ou plusieurs partenaires occasionnels au cours des douze mois précédant l'enquête diminue progressivement au fur et à mesure que l'âge des répondants s'élève. Elle passe d'une personne sur cinq (19.4%) dans le groupe des 17-30 ans à une sur quarante (2.6%) parmi les 61-74 ans (Figure 11-3).

Figure 11-3 Enquête ESS : Proportion de personnes ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête et protection, selon l'âge (n=14772)



La Figure 11-4 montre que la diminution progressive de la part des personnes ayant entretenu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels s'observe tant chez les hommes que chez les femmes. Les hommes sont toutefois toujours proportionnellement plus nombreux que leurs contemporaines à avoir eu des partenaires occasionnelles durant l'année précédant l'enquête. Au-delà des 45 ans, ils sont quatre fois plus nombreux que les femmes à avoir vécu ce type d'expérience.

Figure 11-4 Enquête ESS : Proportion de personnes ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête et protection, selon l'âge et le sexe (n=14429)



Chez les personnes ayant déclaré avoir eu des partenaires occasionnels au cours des douze mois précédant l'enquête, la médiane et la moyenne des partenaires occasionnels sont toujours supérieures chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, le nombre moyen de partenaires occasionnels – chez ceux qui en ont eu au cours des douze derniers mois – demeure constant tant chez les hommes que chez les femmes quel que soit l'âge (Tableau 11-2).

Tableau 11-2 Enquête ESS : Nombre moyen et médian de partenaires occasionnels au cours des douze mois précédant l'enquête chez ceux qui en ont eu, selon l'âge

		17-30 ans n=445	31-45 ans n=392	46-60 ans n=221	61-74 ans n=89
Ensemble	moyenne	2.71	2.55	2.72	1.97
	médiane	2	1	1	1
	range	1-35	1-30	1-25	1-20
Hommes	moyenne	3.15	3.02	3.02	2.07
	médiane	2	2	2	2
	range	1-35	1-30	1-25	1-20
Femmes	moyenne	1.66	1.71	1.52*	1.65
	médiane	1	1	1	1
	range	1-8	1-15	1-5	1-12

* Un outlier ayant déclaré 519 partenaires a été supprimé du calcul de la moyenne.

En termes de protection, les données récoltées à l'occasion de l'édition 2007 de l'enquête ESS indiquent que l'utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels décroît à mesure que l'âge des répondants s'élève : si près de quatre cinquièmes (78.7%) des 17-30 ans se protègent lors de leurs relations sexuelles avec des partenaires occasionnels, cette proportion tombe à moins de la moitié (48.5%) chez les 61-74 ans. La Figure 11-4 montre que cette tendance est analogue quel que soit le sexe des répondants. Les femmes se protègent en revanche moins que leurs contemporains masculins, l'écart se révélant particulièrement important dans les classes d'âge supérieures (47.3% et 38.5% d'utilisation systématique du préservatif parmi les femmes de 46 à 60 ans et de 61 à 74 ans respectivement contre 63.1% et 51.9% chez les hommes des mêmes classes d'âge).

11.5 PRESERVATIF AU DERNIER RAPPORT

La protection lors du dernier rapport sexuel montre une tendance analogue à celle observée avec les nouveaux partenaires stables et avec les partenaires occasionnels : l'utilisation du préservatif diminue à mesure que l'âge des répondants augmente (Tableau 11-3). Cette protection est par ailleurs moins fréquente chez les femmes que chez les hommes et cela quels que soient les groupes d'âges en cause.

Tableau 11-3 Enquête ESS : Proportion de répondants ayant utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel, selon l'âge (n=14772)

	17-30 ans	31-45 ans	46-60 ans	61-74 ans
Ensemble	38.8	21.5	11.2	5.6
Hommes	45.5	23.4	12.9	7.5
Femmes	32.8	19.8	9.8	4.2

11.6 TEST DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA VIE ET AU COURS DES DOUZE MOIS PRECEDANT L'ENQUETE

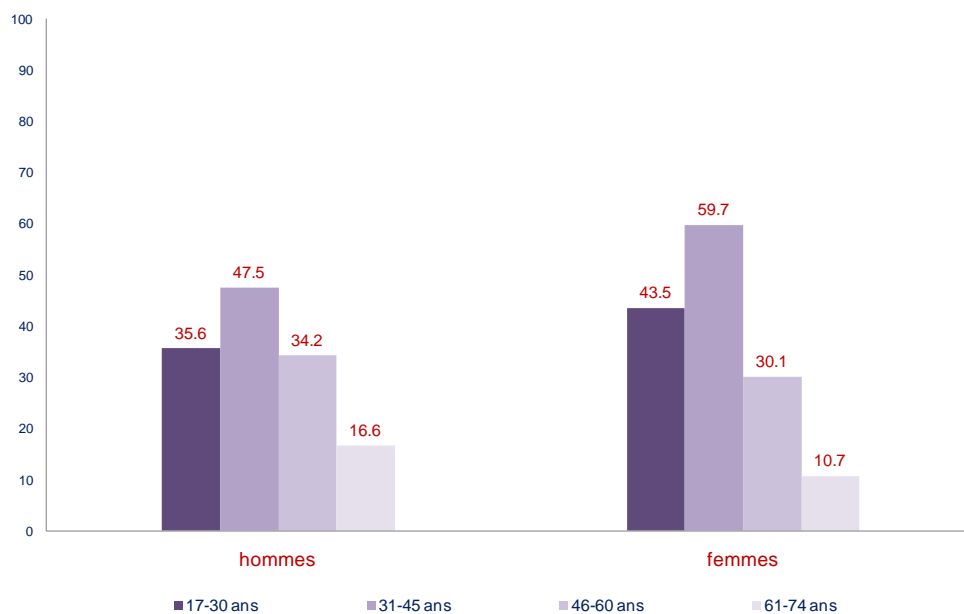
Les valeurs concernant la population déjà testée pour le VIH sont notamment fonction de l'âge des personnes et de l'histoire de l'épidémie. Toutefois, dans ce rapport, l'analyse se limite à décrire la situation des différents groupes d'âge en 2007.

La proportion des personnes ayant déjà effectué un test de dépistage du VIH^a connaît une variation analogue en fonction du groupe d'âge selon qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes. Cette proportion commence par augmenter pour atteindre son maximum pour le groupe des 31-45 ans. Elle diminue ensuite progressivement pour atteindre son niveau minimum parmi les 61-74 ans.

A cause de la grossesse, les femmes des classes d'âge 17-30 ans et 31-45 ans sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir effectué un test, la situation se renversant pour les classes d'âges 45-60 ans et 61-74 ans (Figure 11-5).

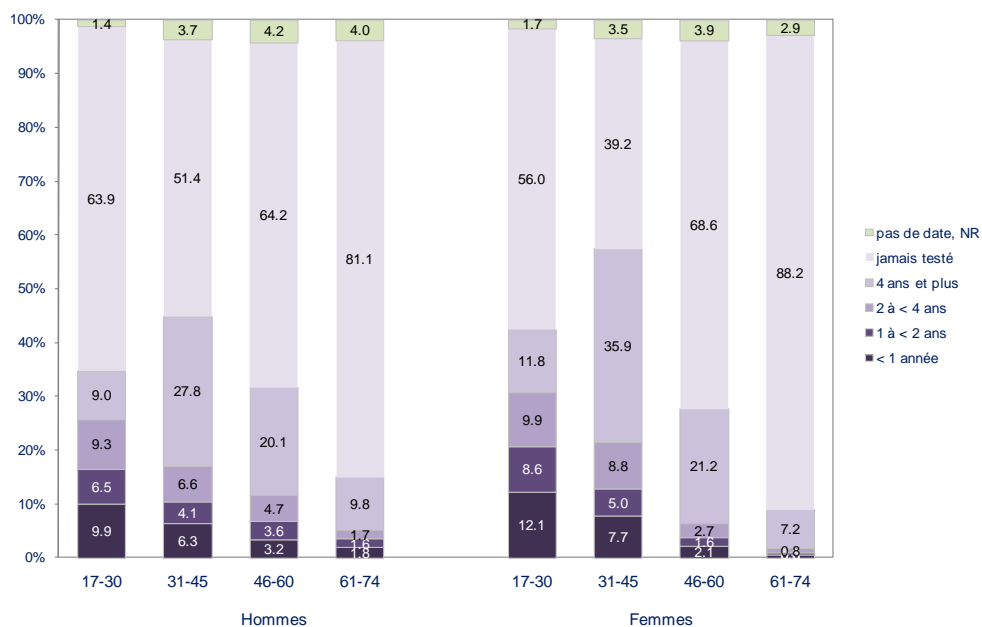
^a Test volontaire, en dehors du don de sang.

Figure 11-5 Enquête ESS : Proportion de personnes ayant déjà effectué un test de dépistage du VIH (hors don de sang) par âge et par sexe (n=15715)



C'est au sein du groupe des 17-30 ans que l'on trouve la proportion la plus élevée de personnes ayant récemment effectué un test de dépistage du VIH (moins de deux ans avant l'enquête). Cette proportion diminue ensuite progressivement et sensiblement à mesure que l'âge des répondants augmente (Figure 11-6).

Figure 11-6 Enquête ESS : laps de temps depuis le dernier test VIH (n=15715)



Note : test VIH volontaire, en dehors du don de sang.

Multipartenaires, protection lors du dernier rapport et test VIH

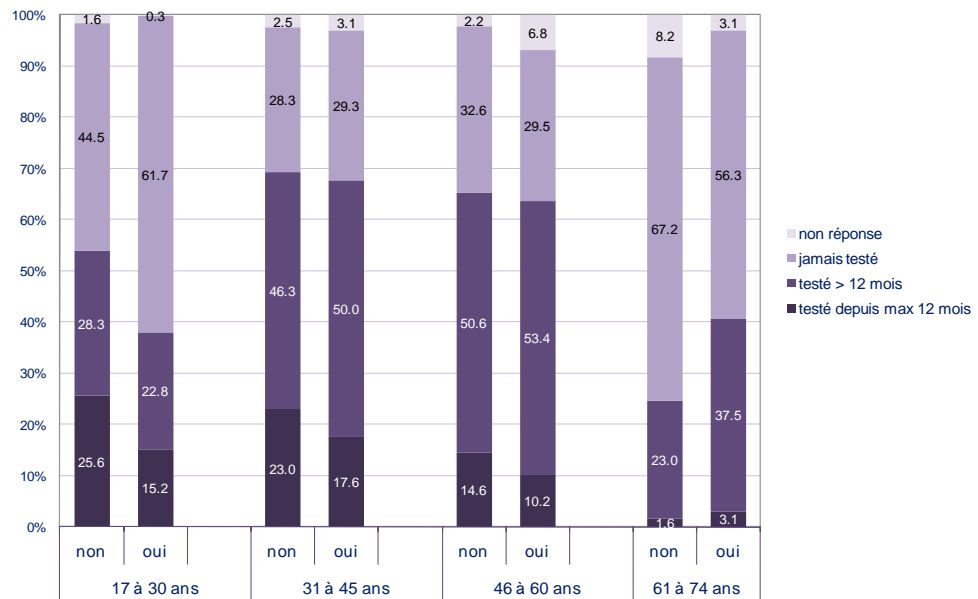
Le suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'ONU inclut parmi les indicateurs centraux de sexualité à risque le fait d'avoir eu deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois (appelés ici multipartenaires) ainsi que l'utilisation – ou non – du préservatif lors du dernier rapport.

Sur l'ensemble de la population, 9.4% ont eu deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois. La proportion de multipartenaires dans chaque classe d'âge diminue avec l'élévation de l'âge : 23.8% parmi les 17-30, 9.8% parmi les 31-45 ans, 6.2% parmi les 46-60 ans et 2.5% parmi les 61-74 ans.

La moitié de ces multipartenaires (49.8%) n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport. La non protection, dans cette situation, augmente avec l'âge : 40.8% parmi les 17-30 ans, 48.8% parmi les 31-45 ans, 66.9% et 65.6% parmi les 46-60 ans et les 61-74 ans respectivement.

Alors que l'on pourrait s'attendre à ce que les multipartenaires qui ne se sont pas protégés à l'occasion de leur dernier rapport soient tendanciellement plus nombreux à s'être fait tester au cours des douze derniers mois (tests hors don de sang uniquement), une association entre absence de protection lors du dernier rapport et test dans les douze derniers mois n'est vérifiée que parmi le groupe des 17 à 30 ans (Figure 11-7)^a.

Figure 11-7 Enquête ESS : Proportion de répondants ayant – ou non – utilisé le préservatif lors du dernier rapport selon la situation face au test VIH parmi les multipartenaires (n=1481)



Notes : Non / oui = utilisation ou non du préservatif lors du dernier rapport
 Multipartenaire = personne ayant eu deux partenaires ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête
 Tests VIH volontaires, hors don de sang uniquement

^a Faute de disposer d'une date exacte comme pour les tests volontaires, l'ESS ne permet pas de calculer le laps de temps qui s'est écoulé entre le dernier test lors d'un don de sang et l'interview. L'enquête s'étant déroulée tout au long de l'année 2007, la prise en considération des tests (dons de sang) 2006 et 2007 fournit une indication grossière des multipartenaires récemment testés qu'il faudrait ajouter aux valeurs de la Figure 11-7 et qui constituent des valeurs 'plafond'. On aurait ainsi, chez les multipartenaires âgés de 17 à 30 ans, 32.3% de récemment testés parmi ceux qui n'ont pas utilisé un préservatif lors du dernier rapport vs 24.7% parmi ceux qui l'ont utilisé ; chez les multipartenaires âgés de 31 à 45 ans, 35.3% vs 23.5% ; chez les multipartenaires âgés de 46 à 60 ans, 16.9% vs 15.9% et chez les multipartenaires âgés de 61 à 74 ans, 11.4% vs 6.2%.

11.7 CONCLUSIONS

- La fraction de la population établissant de nouveaux partenariats sexuels décroît avec l'âge. Toutefois, la proportion des personnes qui ne se protègent pas avec leurs nouveaux partenaires tend à augmenter. Si les femmes qui nouent de nouveaux partenariats sexuels sont proportionnellement moins nombreuses que leurs contemporains masculins, elles sont aussi proportionnellement moins nombreuses à se protéger.
- La proportion des personnes ayant récemment effectué un test VIH diminue au fur et à mesure que les classes d'âge s'élèvent. Chez les multipartenaires (deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois), l'association entre non utilisation du préservatif lors du dernier rapport et test volontaire récent n'existe que dans la classe d'âge des 17-30.

12 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans l'ensemble, la situation du VIH/sida est relativement stable et, exception faite de la population HSH, les niveaux de prévention semblent satisfaisants.

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

Depuis plusieurs années, malgré les efforts de prévention, la situation chez les HSH ne s'améliore guère. Les comportements d'exposition au risque continuent à augmenter ; les nouvelles infections n'avaient pas régressé jusqu'à fin 2008 mais une évolution plus favorable semble se dessiner pour 2009 ; les autres IST restent très fréquentes. Le fait que les jeunes – qui auparavant se protégeaient un peu mieux – aient aligné leur comportement sur leurs aînés, l'apparition d'un gradient social dans l'exposition au risque sont aussi une source d'inquiétude. Les comportements représentant une tentative de réduire les risques^a sont une réalité dans cette population, bien que l'évidence scientifique sur leur efficacité fasse encore défaut.

Sur plusieurs indicateurs (pratique de la pénétration anale avec des partenaires occasionnels, non-utilisation de préservatifs, indicateur global d'exposition au risque) les HSH séropositifs sont ceux qui prennent le plus de risque de transmission du VIH. Une partie non négligeable d'entre eux a une virémie détectable. Par ailleurs, si on utilise dans la population de l'enquête Gaysurvey les critères proposés par la Commission Fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) pour l'abandon de préservatif au sein d'un couple sérodiscordant dont le partenaire séropositif est sous antirétroviraux et avirémique, on constate que la proportion de personnes satisfaisant complètement à ces critères est très faible dans la population des HSH, mais que 19% des personnes séropositives satisfaisant aux critères individuels sont dans une situation de couple sérodiscordant où le seul critère encore en jeu est l'exclusivité sexuelle de la relation.

- Dans une telle situation, il est difficile d'établir des priorités d'intervention. Il s'agirait plutôt d'agir sur tous les facteurs susceptibles d'infléchir la tendance.
- Agir sur les comportements et continuer à promouvoir le préservatif reste très important. Un poids particulièrement important devrait être mis sur l'intervention en direction des jeunes HSH, dans les lieux et sur les médias qu'ils utilisent mais aussi en amont dans le cadre de l'éducation sexuelle ; celle-ci devrait systématiquement offrir un cadre non stigmatisant d'information sur l'homosexualité et une offre de soutien.
- Agir sur la détection du VIH et des autres IST en augmentant le nombre de personnes testées régulièrement et en promouvant la prophylaxie post-exposition et les tests précoces en cas d'exposition.
- Agir sur les représentations : tenter de dé-banaliser l'infection à VIH et les traitements, par exemple, ou rappeler que la prévalence du VIH élevée – probablement particulièrement dans les lieux de drague – rend toute entorse à la prévention particulièrement risquée ; rappeler que le couple n'est pas en soi un lieu protégé.
- Sensibiliser les médecins au fait que la plupart des tests chez les HSH se font au cabinet médical et peuvent être l'occasion d'un conseil préventif.

^a Il s'agit, en particulier, du retrait avant éjaculation, du positionnement stratégique (choix de la position active ou réceptive selon son statut sérologique fondé sur le fait que la personne active est moins exposée à la transmission du VIH que la personne réceptive) et le *serosorting*, c'est-à-dire la sélection du partenaire sur la base de son statut sérologique.

12.2 USAGERS DE DROGUE PAR VOIE INTRAVEINEUSE (UDI)

Chez les UDI, et pour ce qui concerne le VIH, la situation est plus satisfaisante : les nouveaux cas restent peu nombreux, le partage de seringues est à un niveau bas et stable. La couverture en matériel d'injection semble bonne. Il subsiste toutefois des problèmes : l'hygiène d'injection est encore insuffisante comme en témoigne la prévalence élevée d'abcès et il continue d'exister des prises de risque non négligeables en prison. Or, on ne sait rien de la couverture en matériel d'injection ou en désinfectants dans ce type de structures.

- Un développement et un monitoring de l'offre en matériel d'injection en prison seraient nécessaires, associés le cas échéant à des enquêtes sur les comportements.

Le motif de préoccupation le plus sérieux est le VHC : les prévalences rapportées sont très élevées et les taux – encore élevés – de partage de seringues et de matériel servant à préparer l'injection laissent présager une poursuite de la circulation du virus et, surtout, une charge de morbidité importante encore à venir. Les professionnels signalent un accès au traitement encore insuffisant.

- Il s'agirait d'inclure le VHC et le VHB dans la stratégie de lutte contre le VIH/sida au même titre que les IST, ou de faire du VHC un objet d'intervention de santé publique en continu avec des objectifs de prévention, de dépistage, d'accès au traitement, etc.
- Comme l'infection par le VHC est souvent précoce dans la carrière des consommateurs, il y a lieu d'intensifier la prévention – y compris dans d'autres lieux que le bas-seuil (prisons, lieux festifs) – et de thématiser encore davantage l'hygiène d'injection et le non-partage de quelque matériel que ce soit (matériel servant à préparer l'injection, paille, pipes à fumer, matériel de tatouage, etc.).

12.3 MIGRANTS

Le nombre de nouvelles infections chez les personnes d'origine subsaharienne est encore très élevé compte tenu de la petite taille de cette population en Suisse. Un faisceau d'informations convergentes atteste de l'existence de comportements à risque dans cette population. L'accès à la prévention pourrait être insuffisant. Il en va de même de l'accès au test à propos duquel la proportion de personnes dépistées est encore insuffisante compte tenu de la prévalence probablement élevée du VIH au sein de cette population.

Dans le cas des autres populations migrantes, les données à disposition ne suggèrent pas l'existence de groupes importants pâtissant de lacunes de prévention, à l'exception possible des personnes clandestines.

- La prévention doit encore être développée dans la population des migrants en général, mais particulièrement des migrants subsahariens, notamment dans les cantons où ils sont nombreux (surtout les cantons romands).
- Il faudrait sensibiliser les professionnels de santé – actifs aux points de contact avec ces populations – à systématiquement proposer conseils de prévention et test de dépistage, de façon à assurer l'accès au traitement précoce.

12.4 PROSTITUTION

Les données à disposition, récoltées essentiellement auprès de clients, font état d'une situation stable et de très bons niveaux d'utilisation de préservatifs, à l'exception des travailleurs du sexe en milieu HSH. La situation peut cependant évoluer et demande une surveillance plus soutenue (voir recommandations sur le système).

12.5 PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

La majorité des personnes vivant avec le VIH/sida ont des relations sexuelles protégées. Toutefois, chez les HSH, une proportion importante – et croissante – entretiennent des relations sexuelles non protégées avec leurs partenaires occasionnels.

12.6 POPULATION GENERALE ET JEUNES

Dans la population générale et en particulier chez les jeunes, l'utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels semble toujours bonne. On observe cependant une diminution progressive et marquée de l'usage de préservatifs dans les situations à risques (nouveaux partenaires et partenaires occasionnels) dans les classes d'âge plus élevées (46-74 ans). Le test est aussi moins répandu dans ces classes d'âge, y compris chez des personnes ayant des comportements à risque.

La couverture en éducation sexuelle et prévention du VIH/sida à l'école est pratiquement totale. Certains thèmes ne sont en revanche pas encore assez systématiquement traités, c'est le cas de l'homosexualité, par exemple.

- Les campagnes de prévention doivent se poursuivre pour maintenir un état d'attention suffisant.
- Une anamnèse sexuelle, l'offre de conseil sur le VIH et les IST ainsi que le test VIH devraient être proposés plus systématiquement par les médecins à leurs patients tout au long de la vie sexuelle active.

12.7 INEGALITES SOCIALES

Dans l'ensemble, les analyses selon le niveau d'éducation et la région linguistique n'ont pas révélé beaucoup d'inégalités. Lorsqu'elles existent, ce sont surtout des inégalités de connaissances (moins bonnes avec des niveaux d'éducation inférieurs). On observe certains gradients sociaux dans la protection chez les HSH (moins bonne lorsqu'il s'agit d'étrangers et de personnes avec un niveau d'éducation inférieur).

12.8 SYSTEME DE SURVEILLANCE

Dans l'ensemble, le système actuel de surveillance des comportements permet de suivre la situation de manière satisfaisante chez les HSH, les UDI, la population générale et les jeunes ainsi que chez les PVA. Il subsiste toutefois quelques lacunes.

Les informations fournies par le système parviennent aux principaux acteurs concernés et sont utilisées.

- Le système doit être maintenu, il correspond aux exigences de l'OMS/ONUSIDA (voir Tableau 14-2 en annexe).
- Le suivi des comportements dans la population des migrants subsahariens est important. L'étude sentinelle pilote, chez les femmes fréquentant les polycliniques de gynécologie, semble être une solution satisfaisante, pour autant qu'elle soit étendue à plusieurs polycliniques pour avoir un échantillon suffisant de patientes.
- Les données du système de déclaration du VIH, telles qu'elles sont présentées dans les Bulletins de l'OFSP, ne permettent pas de savoir si les nouveaux cas chez les migrants

subsahariens sont des infections récentes ; cette information doit être suivie régulièrement.

- Le suivi de la situation des travailleur(euse)s du sexe pourrait être amélioré en pérennisant un groupe d'experts du terrain (prévention) qui, au moins une fois par année, ferait le point de la situation sur le terrain et pourrait aussi émettre des alertes si nécessaire. Une meilleure utilisation du système de surveillance du VIH – suivi du nombre des cas de transmission hétérosexuelle où la prostitution est annoncée comme cause de la transmission – pourrait aussi être utile.
- Un système de monitoring de l'offre en matériel de prévention devrait être institué en prison.

13 BIBLIOGRAPHIE

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse: septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 90a). Available at URL: www.iumsp.ch.
- 2 UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for second generation HIV surveillance. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000.
- 3 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G. Un système de surveillance de deuxième génération pour améliorer la surveillance du VIH/sida en Suisse. Bulletin OFSP 2006;15:277-81.
- 4 Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse: rapport de l'étude homosexuels, novembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1988. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 23.6).
- 5 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. Les hommes aimant d'autres hommes: étude 1994. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.5).
- 6 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- 7 Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A. Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992-2000. AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV 2006;18(1):35-43. Available at: URL: <http://www.scopus.com/scopus/inward/record.url?eid=2-s2.0-31544464976&partnerID=40&rel=R8.0.0>.
- 8 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Surveillance des comportements face au VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Suisse, 1992-2004 [Surveillance of HIV/AIDS-related behaviors among men who have sex with men Switzerland, 1992-2004]. Int J Pub Health 2007;52(1):27-38. Available at: URL: PM:17966817.
- 9 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Les comportements face au VIH/sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes : résultats de Gaysurvey 2007. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2008. (Raisons de santé, 140).
- 10 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de GAYSURVEY 04 [Increase in HIV risk exposure among men who have sex with men: Preliminary results from the GAYSURVEY 04]. Bulletin OFSP 2005;48:891-5.
- 11 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. [Surveillance of HIV/AIDS-related behaviors among men who have sex with men: Switzerland, 1992-2004]. Int J Pub Health 2007;52(1):27-38. Available at: URL: PM:17966817.
- 12 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. First anal intercourse among men who have sex with men in Switzerland. Arch Sex Behav 2009;in press

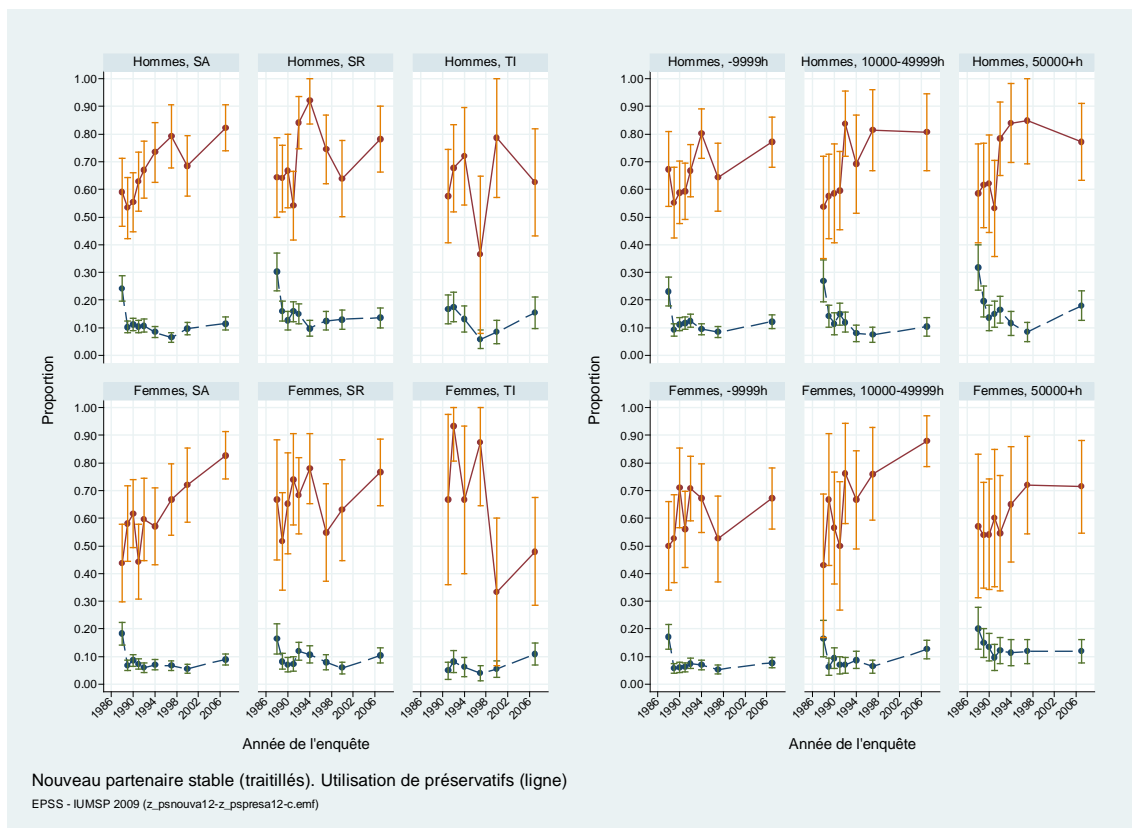
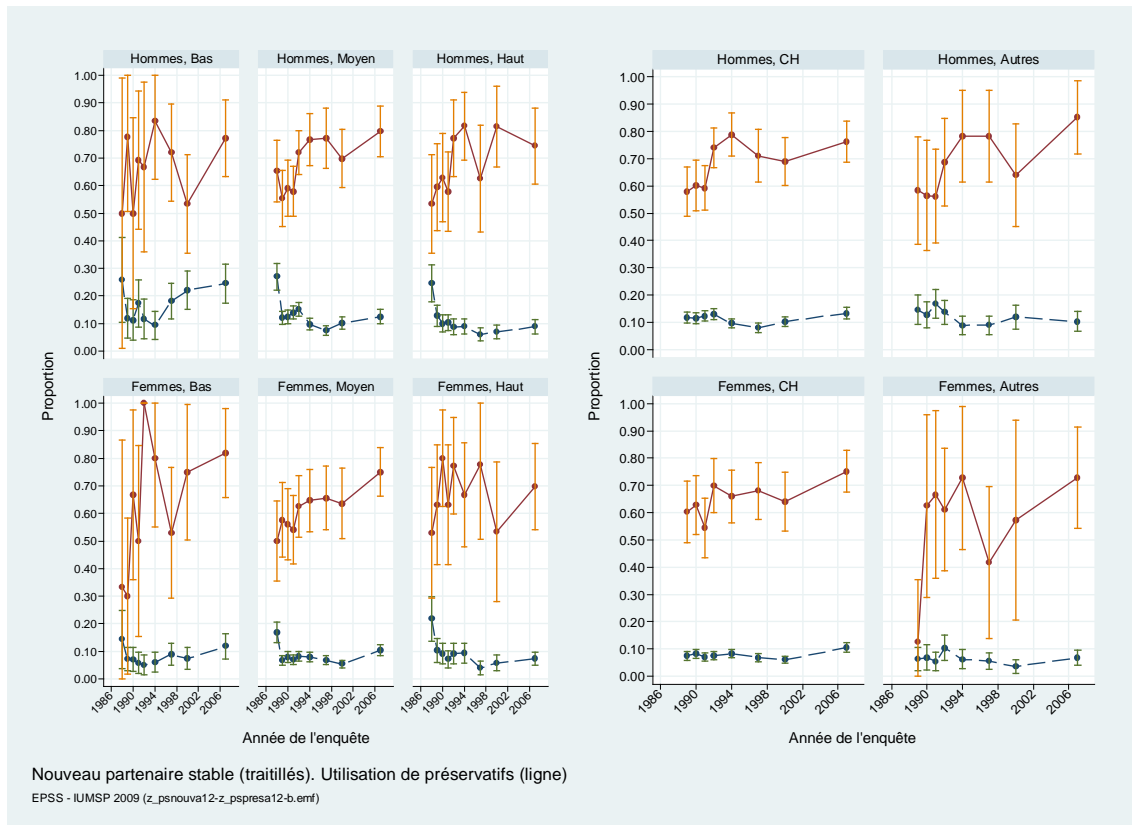
- 13 Evaluation des effets de la campagne de prévention "Mission: possible" de l'aide suisse contre le Sida (2008). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2008. (Raisons de santé 142).
- 14 Taéron C. Prévention gay: "Vous avez un nouveau message". Le Journal de la Démocratie sanitaire 2002;(150-151):12-4.
- 15 Meyer L, Kamber R. Nouvelles stratégies de prévention. Swiss Aids News 2008;Avril 2008(2):8-10.
- 16 Ware J.E, Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30(6):473-83.
- 17 McHorney C.A., Ware J.E, Raczeck A.E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): II. psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993;31(3):247-63.
- 18 VIH/sida en Suisse: données au 31.12.2007. Bulletin OFSP 2008;6:85-6.
- 19 Zobel F, Dubois-Arber F. Pour un système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse: situation et évolution des comportements à risques chez les consommateurs de drogue. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2006. (Raisons de santé, 123).
- 20 Balthasar H, Huissoud T, Zobel F, Arnaud S, Samitca S, Jeannin A, et al. Evolution de la consommation et des pratiques à risques de transmission du VIH et du VHC chez les consommateurs de drogue par injection en Suisse, 1993-2006. Bulletin OFSP 2007;45:804-9.
- 21 Dubois-Arber F, Balthasar H, Huissoud T, Zobel F, Arnaud S, Samitca S, et al. Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Switzerland, 1993-2006. Euro Surveill 2008;13(21):1-6.
www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18881
- 22 Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2006;33:244-7.
- 23 Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Indicateurs de résultats du PROMEDRO III, situation en 2008. Rapport final. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2009. (Raisons de santé 147).
- 24 Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Kessler Bodiang C, Blöchlinger C, Callensten B. Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA en Suisse: comportements des migrants par rapport au VIH/sida en 2005. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2006. (Raisons de santé, 117).
- 25 Heiniger M, Haug W. Statistics on foreign population in Switzerland. In: Delaunay D, Tapinos G, editors. La mesure de la migration clandestine en Europe (Volume 2: rapport des experts). Luxembourg: Office des publications officielles des communautés européennes; 1998. p. 151-5. (eurostat 3/1998/E/n° 7).
- 26 Efonayi-Mäder D, Cattacin S. Illegal in der Schweiz: Eine Übersicht zum Wissensstand (Kurzbericht zuhanden der Staatspolitischen Kommission des Nationalrats). Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstunden; 2001. (Discussion paper 9/2001).

- 27 Piguet E, Cattacin S. Effectif des personnes sans autorisation de séjour en Suisse. Neuchâtel: Forum suisse pour l'études des migrations; 2001. (Communiqué de presse).
- 28 Piguet E, Losa S. Travailleurs de l'ombre? Demande de main d'oeuvre du domaine de l'asile et ampleur de l'emploi d'étrangers non déclarés en Suisse. Zurich: Seismo; 2002.
- 29 Longchamp C, Aebersold C, Rousselot B, Ratelband-Pally S. Sans-papiers en Suisse : c'est le marché de l'emploi qui est déterminant, non pas la politique d'asile; rapport final sur mandat de l'Office fédéral des migrations. Berne: gfs.bern; 2005.
- 30 Valli M. Les migrants sans permis de séjour à Lausanne. Lausanne: Direction de la sécurité sociale et de l'environnement, Ville de Lausanne; 2003.
- 31 Jiekak Dommange S, Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Renteria SA, Hohlfeld P, Dubois-Arber F. Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse 2004-2008: étude de faisabilité pour une enquête 'Sentinelle' auprès des femmes migrantes d'origine subsaharienne en particulier. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2009. (Raisons de santé, 149).
- 32 Meystre-Agustoni G, Voellinger R, Balthasar H, Dubois-Arber F. Comportements par rapport au VIH/sida et aux autres infections sexuellement transmissibles dans l'univers de la prostitution féminine. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2008. (Raisons de santé 139).
- 33 Vandepitte J, Lyerla R, Dallabetta G, Crabbe F, Alary M, Buve A. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. *Sex Transm Dis* 2006;82(Suppl 3):iii18-iii25. Available at: URL: PM:16735288.
- 34 Moradi A, Pifferini O. Prostitution et bilatérales: le marché du sexe à Genève face à la libre circulation des personnes en Europe [Mémoire de licence ès science politique]. Genève: Université de Genève; 2006.
- 35 Földhàzi A, Chimienti M, avec la collaboration de Géraldine Bugnon Laurence Favre et Emilie Rosenstein. Marché du sexe et violences à Genève. Genève: Université de Genève, Département de sociologie; 2007. (Sociograph n° 2).
- 36 Jeannin A, Rousson V, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F. Evolution of lifetime recourse to prostitution among men in the general population of Switzerland, 1987 - 2000. *Sex Transm Infect* 2008;[Epub ahead of print]. Available at: URL: <http://sti.bmj.com/cgi/content/abstract/sti.2008.030031v1>.
- 37 Dubois-Arber F, Balthasar H, Jeannin A, Meystre-Agustoni G. Sexual behaviour and characteristics of clients of female sex workers in Switzerland [Abstract]. *Int J STD AIDS* 2006;17(Suppl 1):32.
- 38 Kuntsche S, Windlin B. Enquête HBSC 2006: la sexualité chez les jeunes. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 2009. (Feuille-info). Available at URL: www.sfa-ispa.ch.

14 ANNEXES

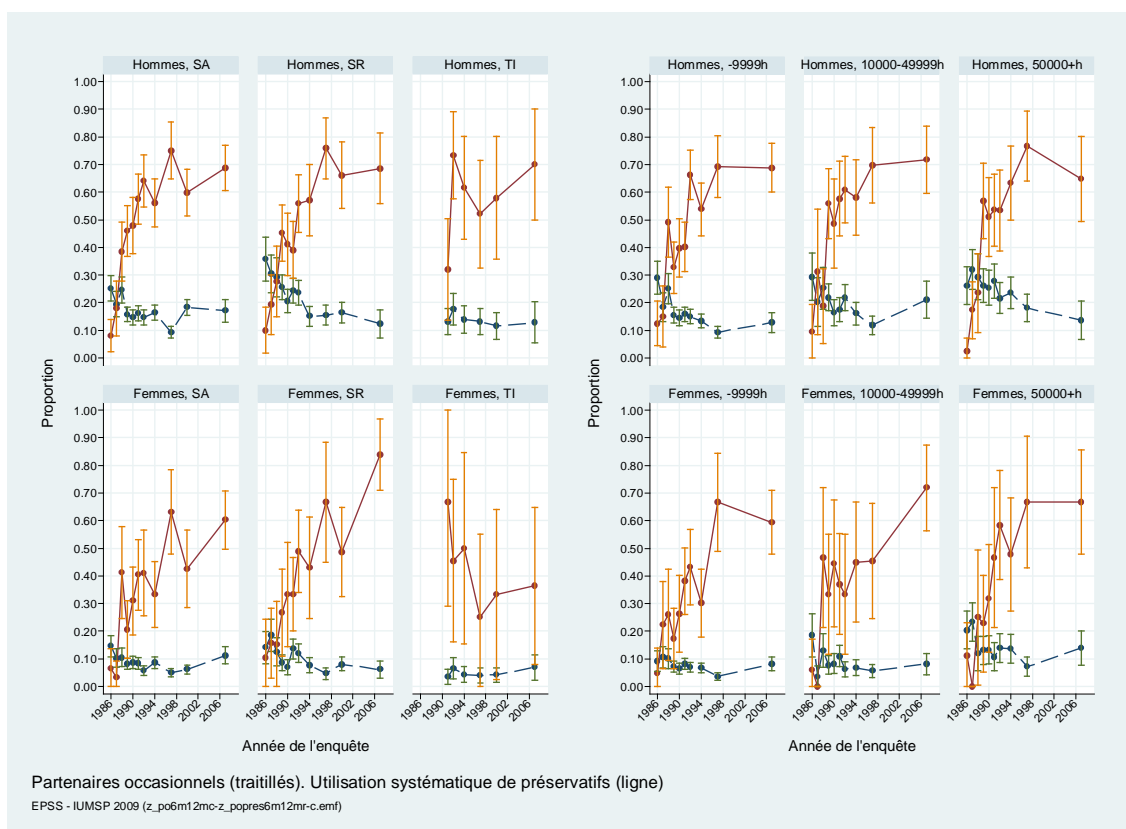
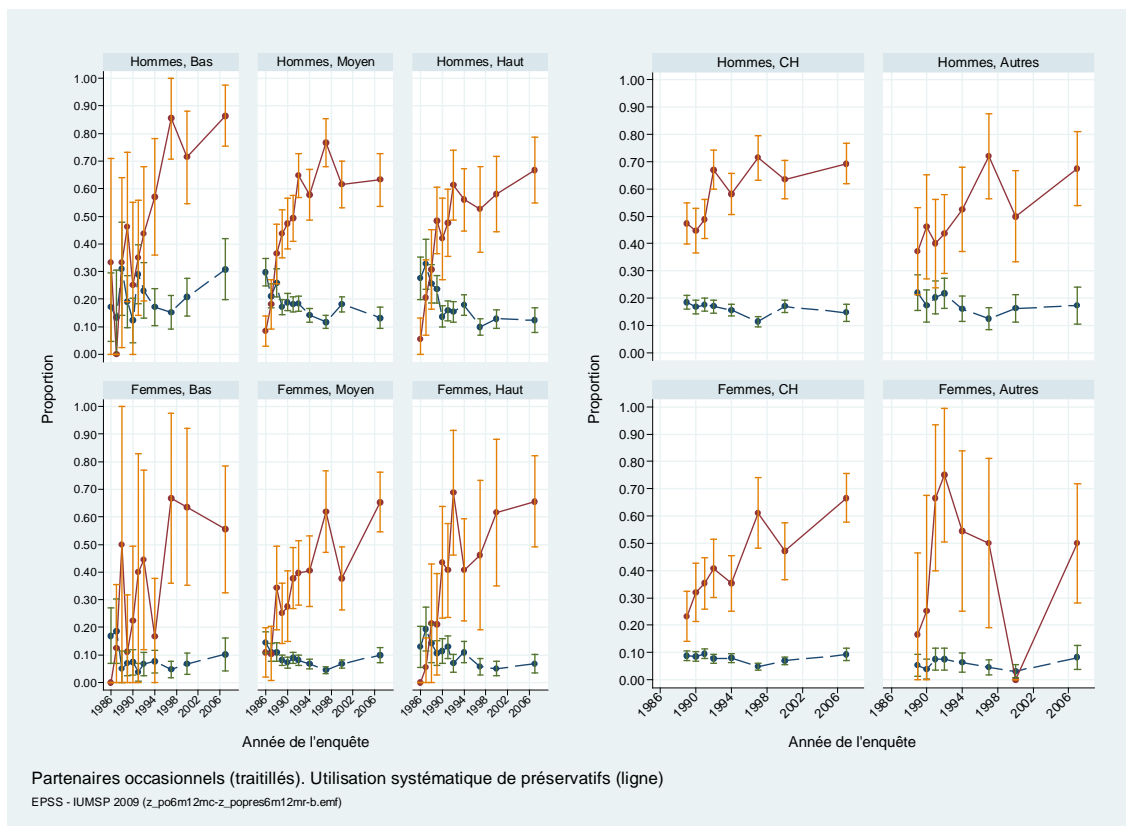
14.1 ANNEXE AU CHAPITRE POPULATION GENERALE

Figure 14-1 Nouveau partenaire stable durant l'année^a et utilisation de préservatifs au moins au début avec ce partenaire. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune



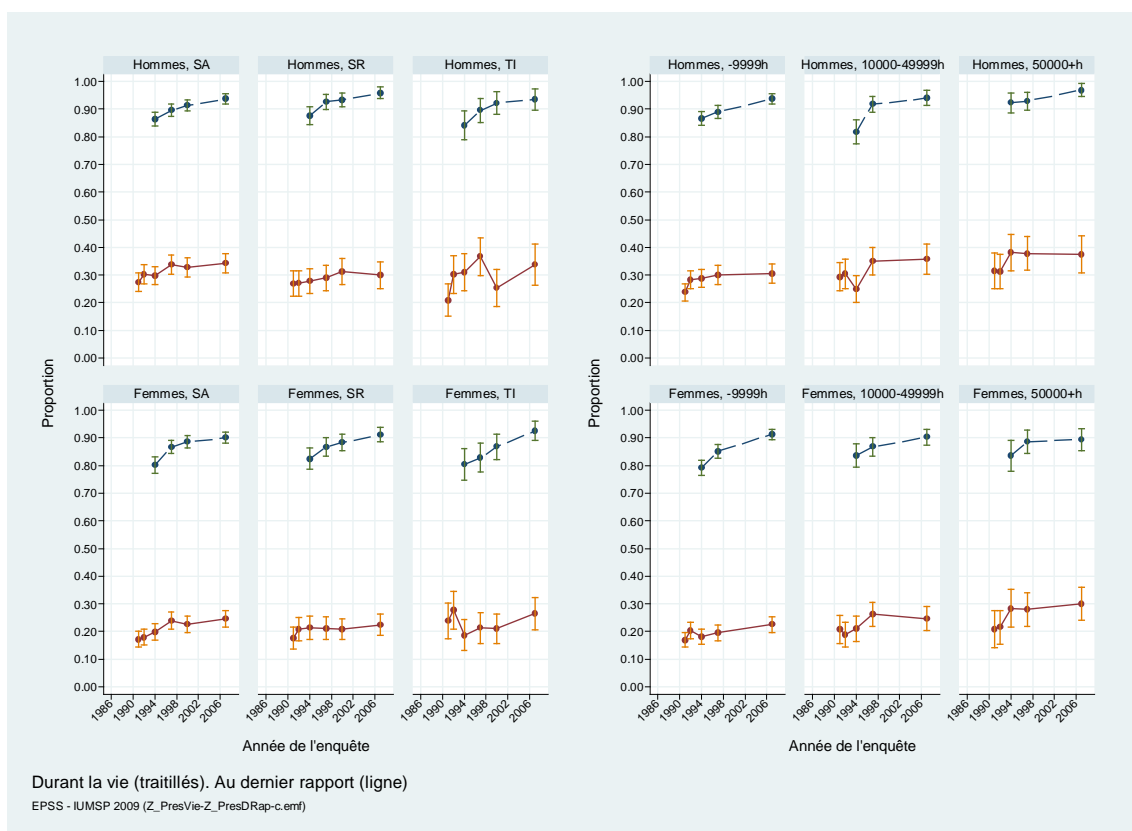
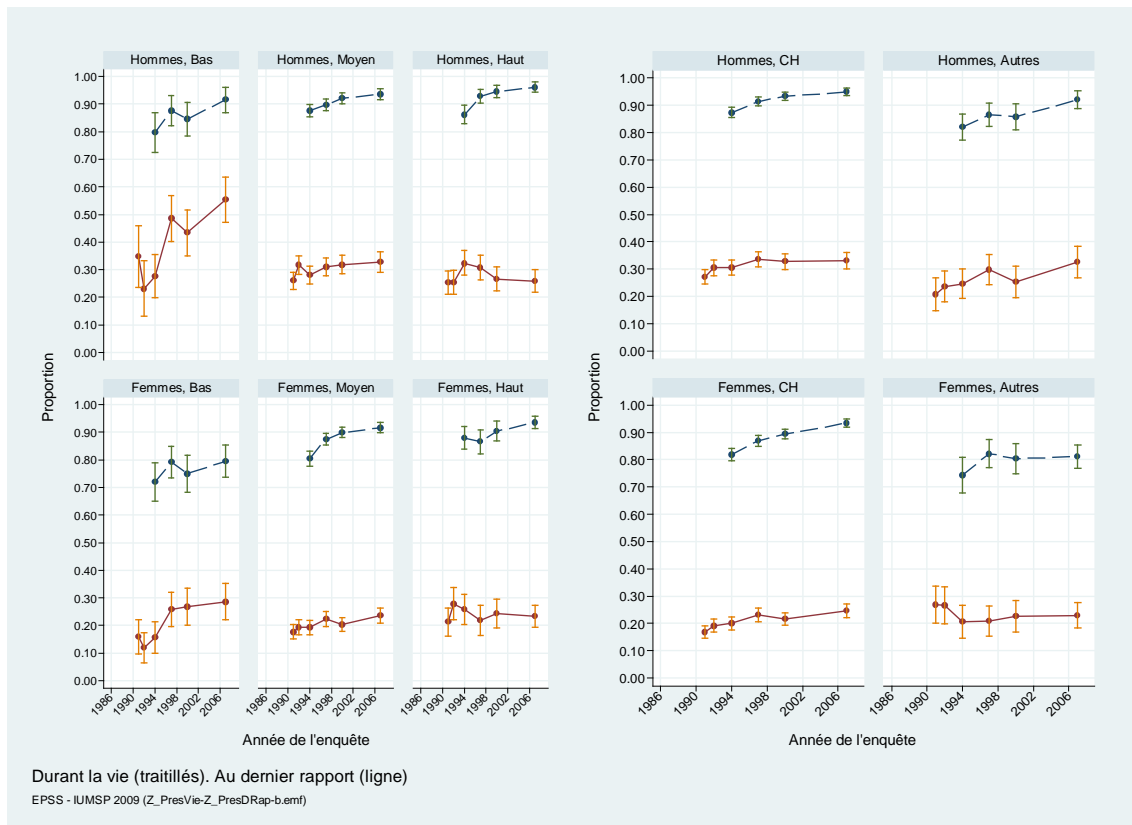
^a Base : Répondants sexuellement actifs.

Figure 14-2 Proportions de répondants ayant eu au moins un partenaire occasionnel durant les 6 derniers mois^a et utilisation systématique du préservatif avec ceux-ci. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.



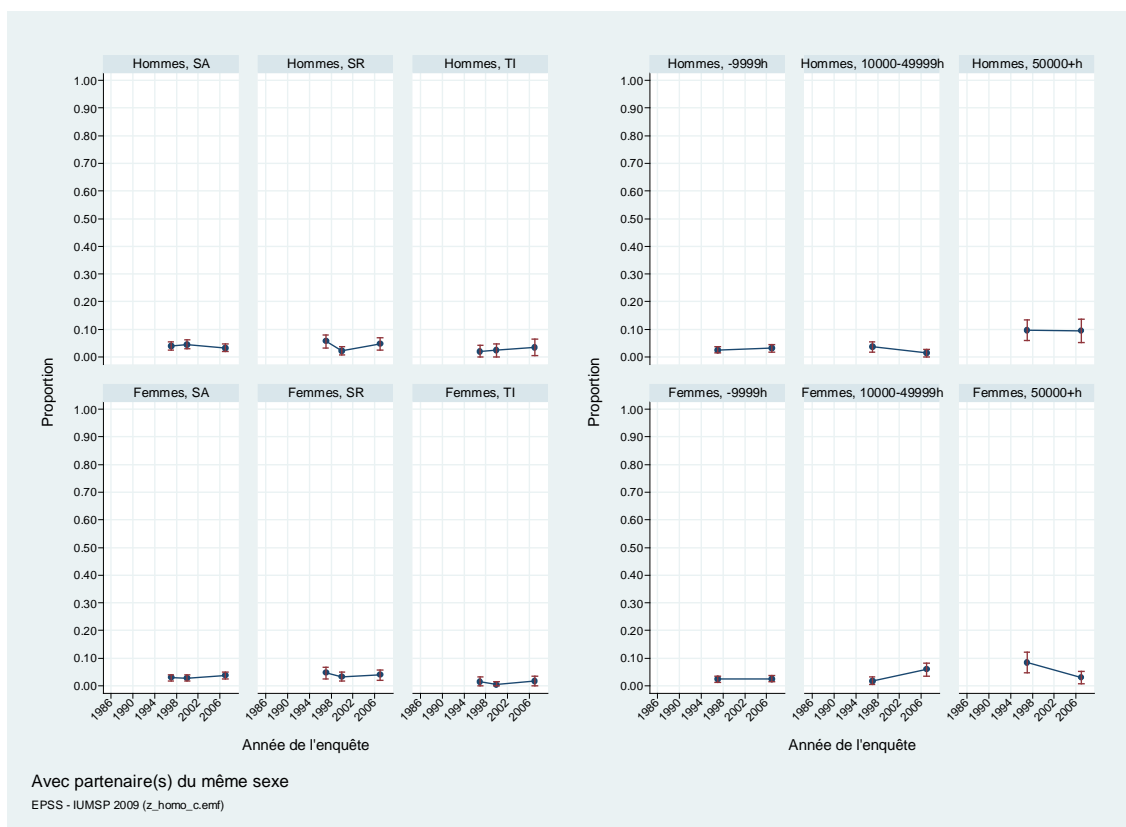
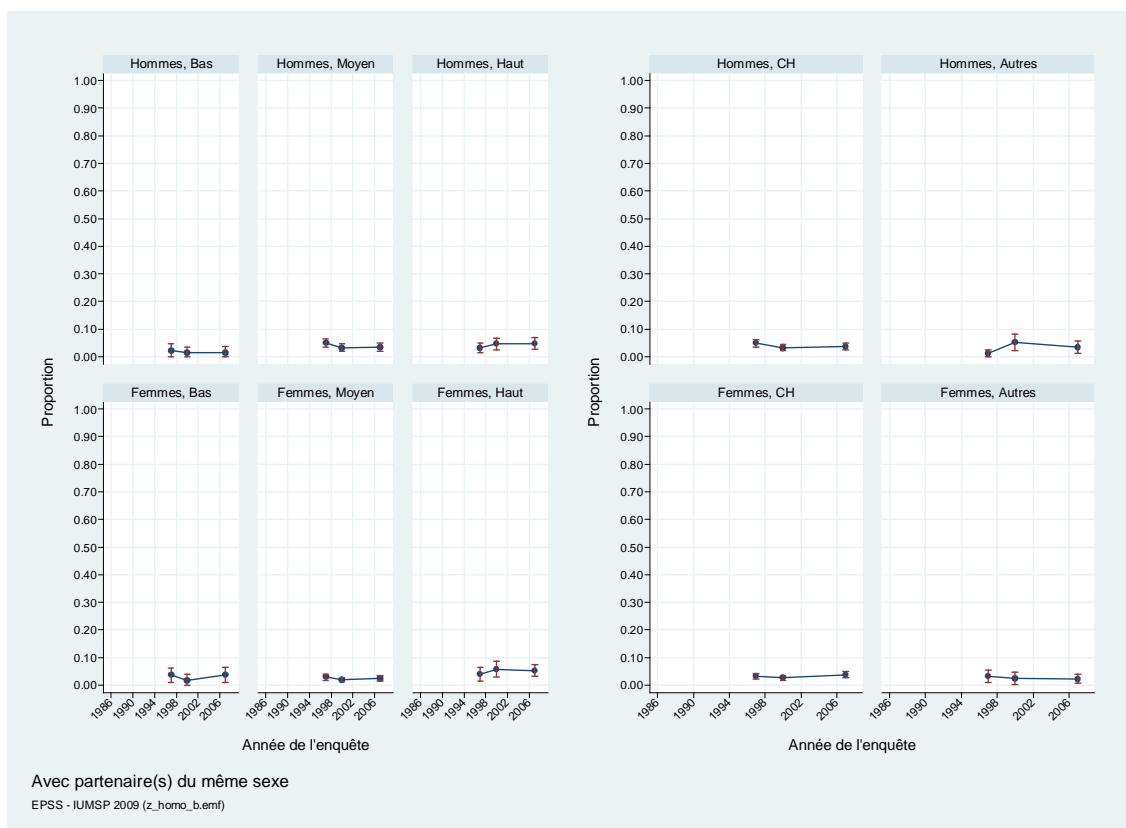
^a Base : Répondants sexuellement actifs

Figure 14-3 Utilisation de préservatifs : au moins une fois durant la vie ; au dernier rapport sexuel. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.



Base : Répondants sexuellement actifs

Figure 14-4 Proportions de répondants ayant eu au moins un partenaire du même sexe qu'eux-mêmes. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.



Base : tous les répondants

Tableau 14-1 Valeur des coefficients des régressions linéaire et logistiques

Variables indépendantes	Variables dépendantes		
	Nombre de partenaires 12 dm	Avoir eu un partenaire occasionnel 12 dm	Utilisation du préservatif avec le(s) partenaire(s) occasionnel(s) 12 dm
Sources des données GS07 ou ESS07	-11.479	-0.902	n.s.
Age	n.s.	n.s.	n.s.
Formation	n.s.	-0.090	-0.176
Nationalité	n.s.	n.s.	0.415
Constante	n.s.	n.s.	-2.758

n.s.: différence non significative ($p > 0.05$)

Figure 14-5 Consultation d'un médecin durant l'année ; discussion du sida lors de cette consultation. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.

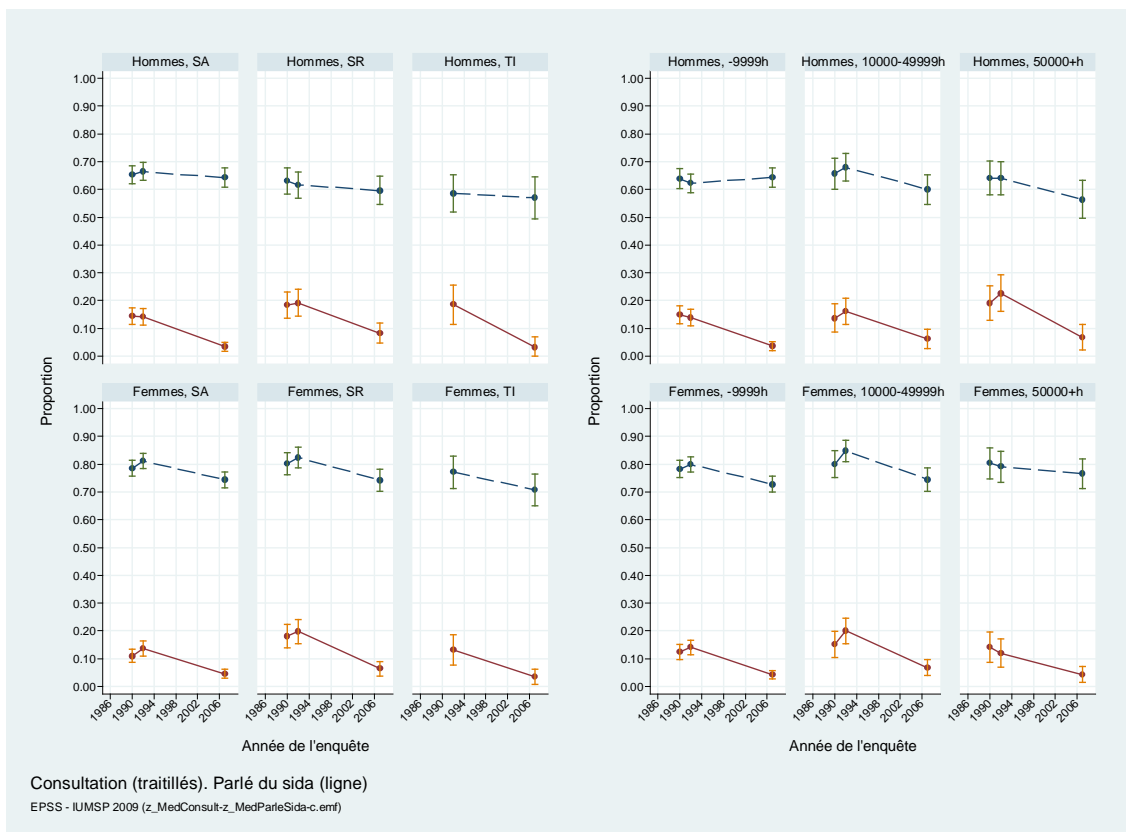
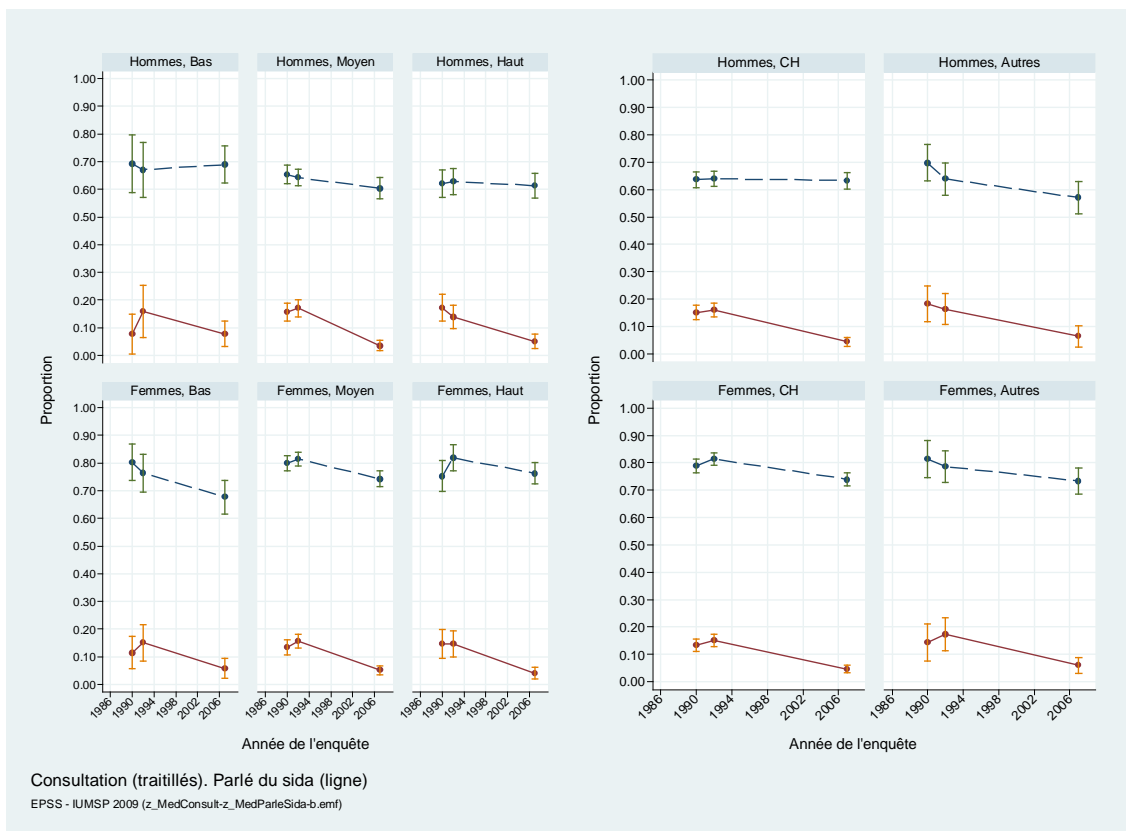
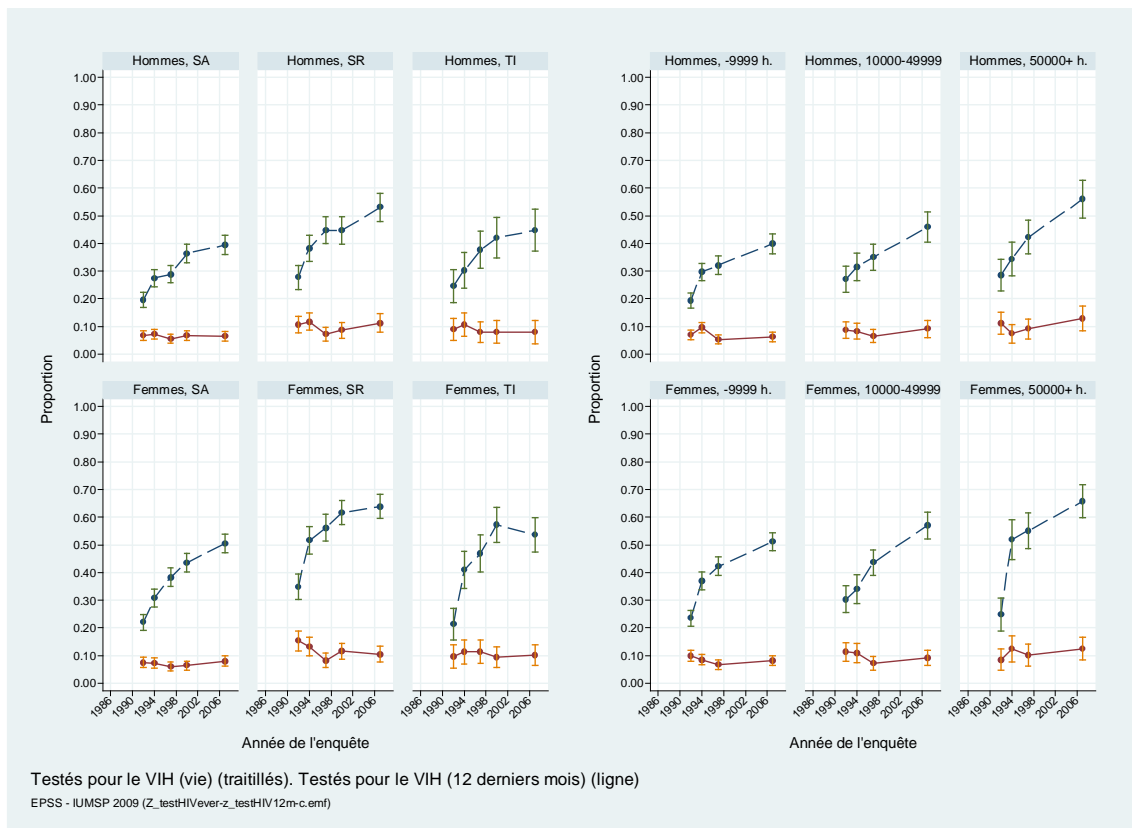
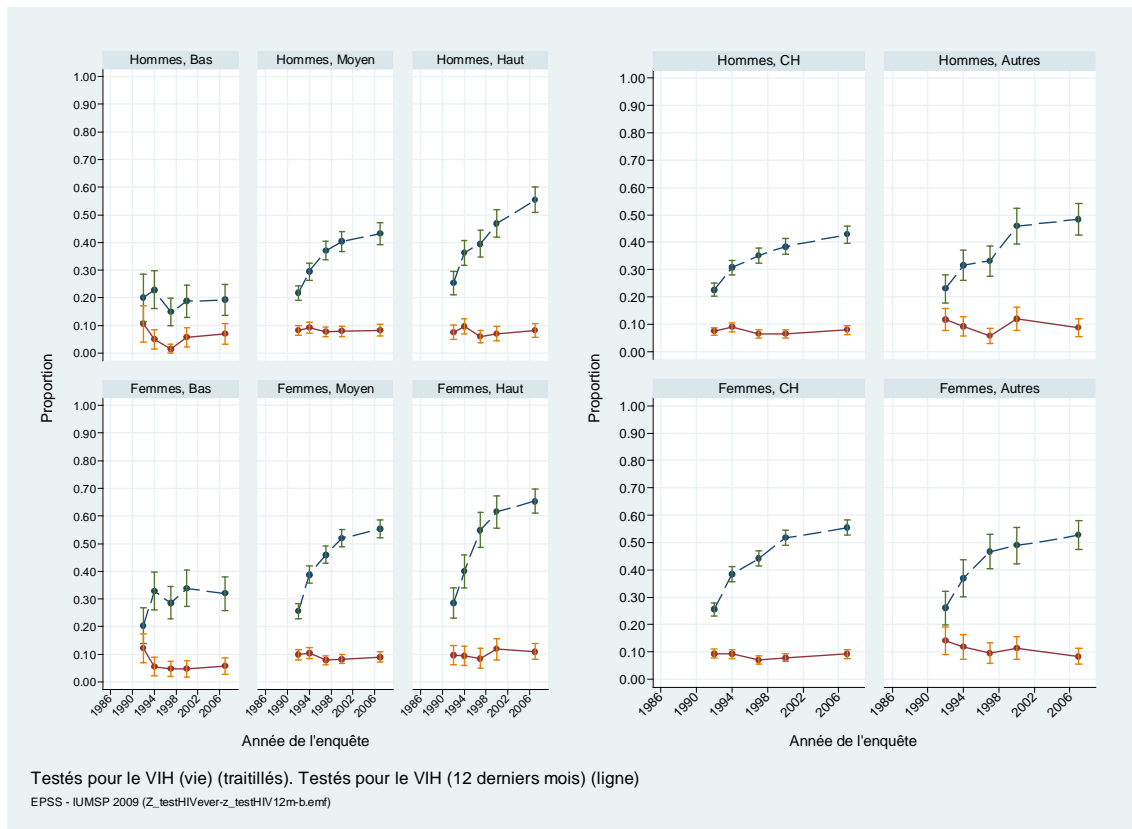


Figure 14-6 Population ayant effectué au moins un test du VIH (en dehors du don de sang) au cours de la vie et dans les 12 derniers mois. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.



Note : Pour chaque indicateur, la base est la population totale de la catégorie.

Figure 14-7 Peur de contracter le sida ; connaissance d'au moins une personne séropositive. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.

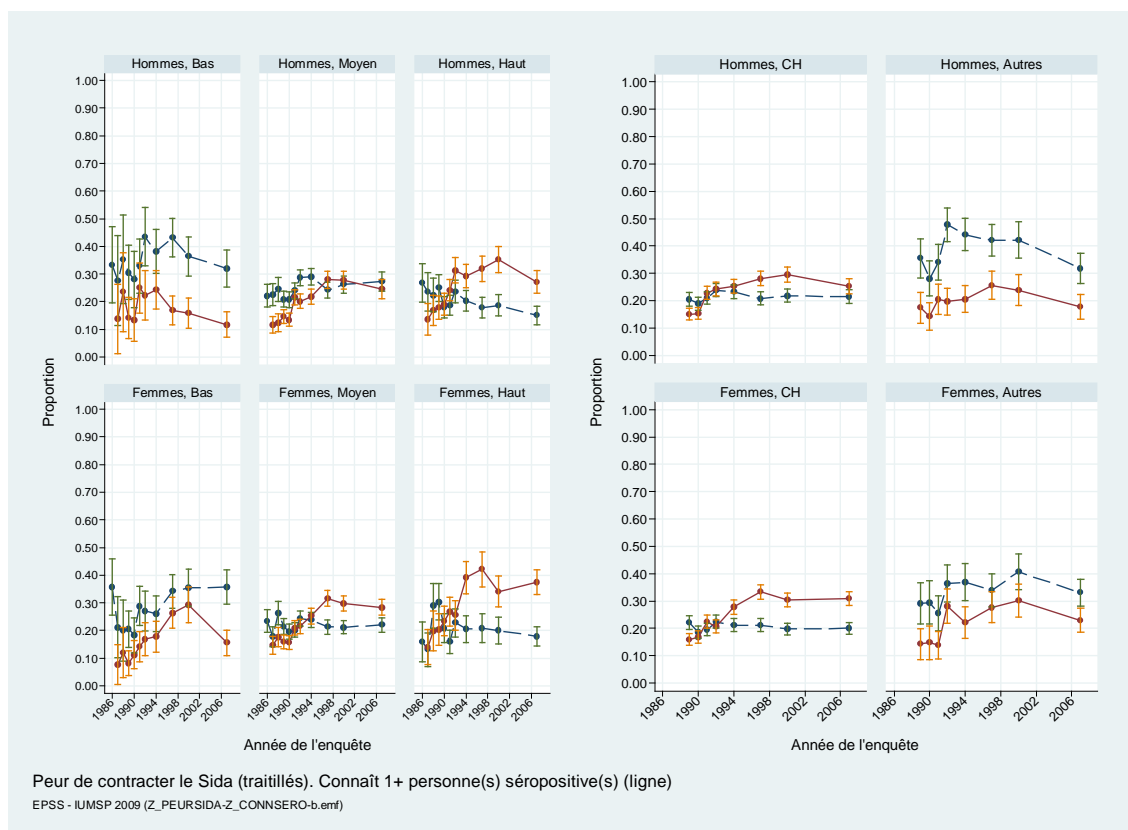


Figure 14-8 Connaissance de l'existence de traitements contre le VIH/sida. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.

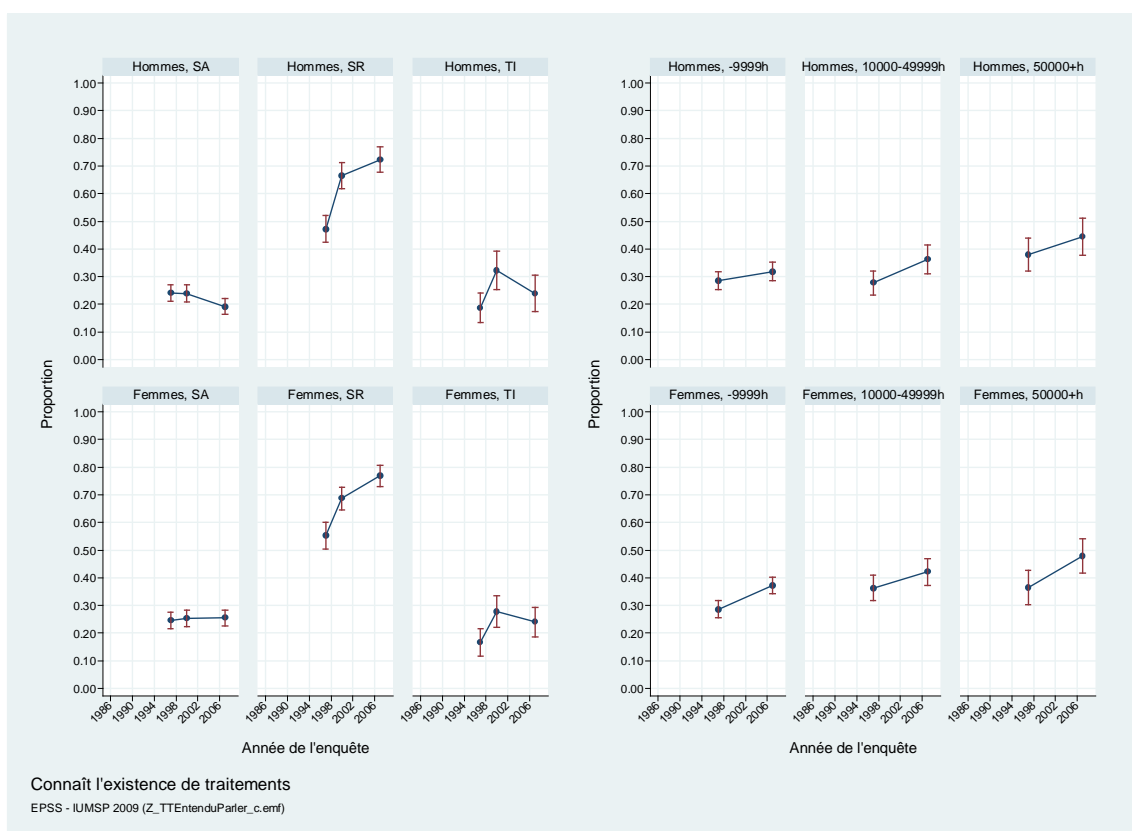
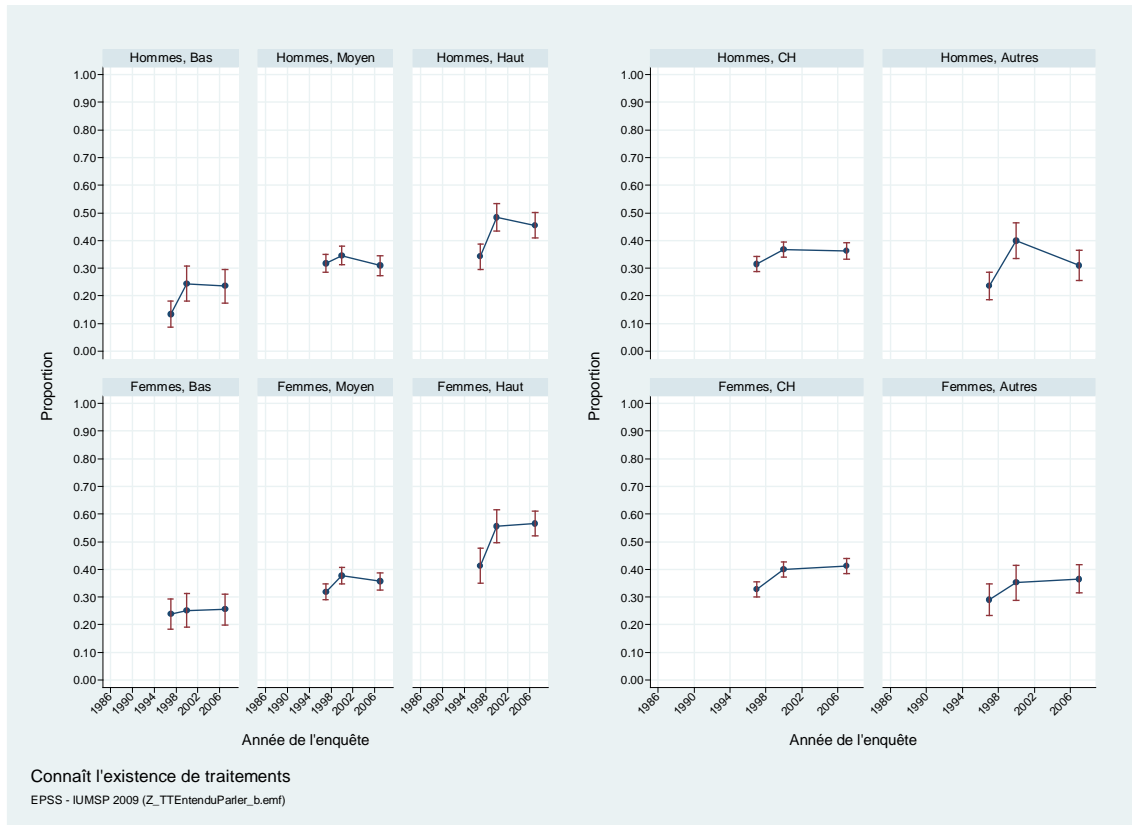


Figure 14-9 Avoir moins peur d'être ou devenir infecté en conséquence de l'existence de traitements contre le VIH/sida pour le répondant et pour " les gens en général ". Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.

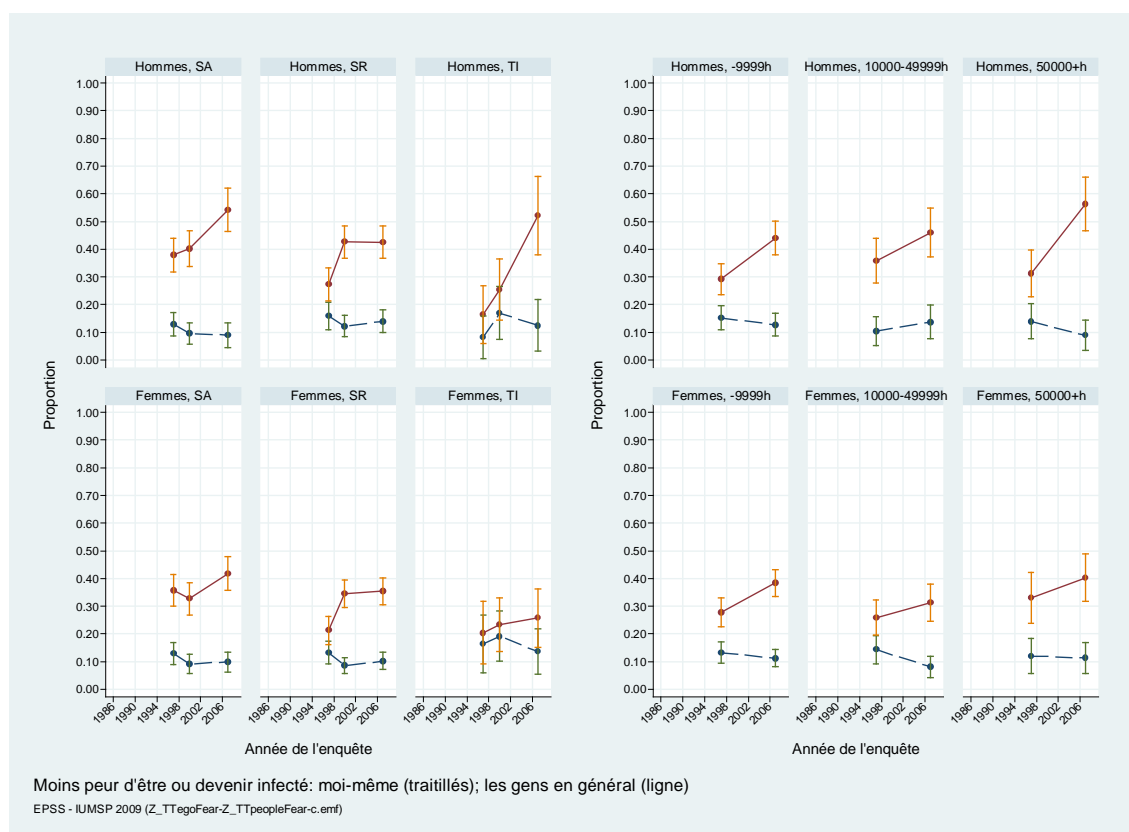
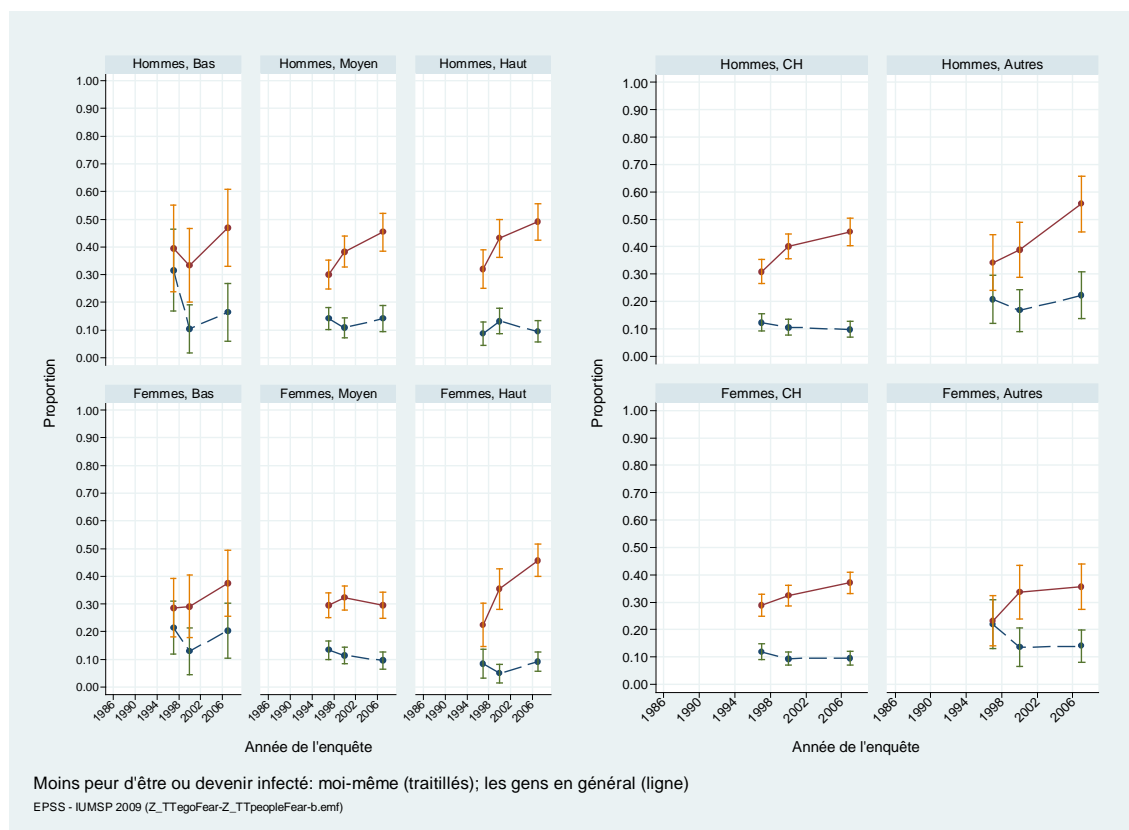
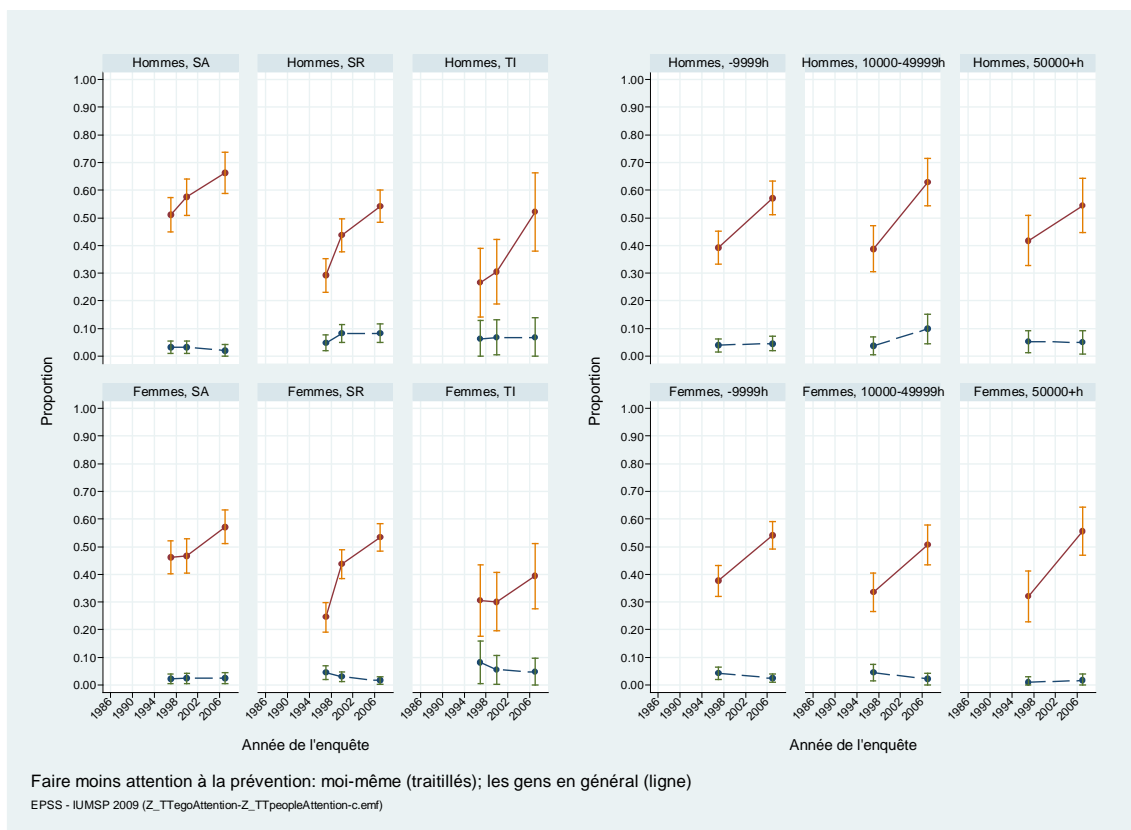
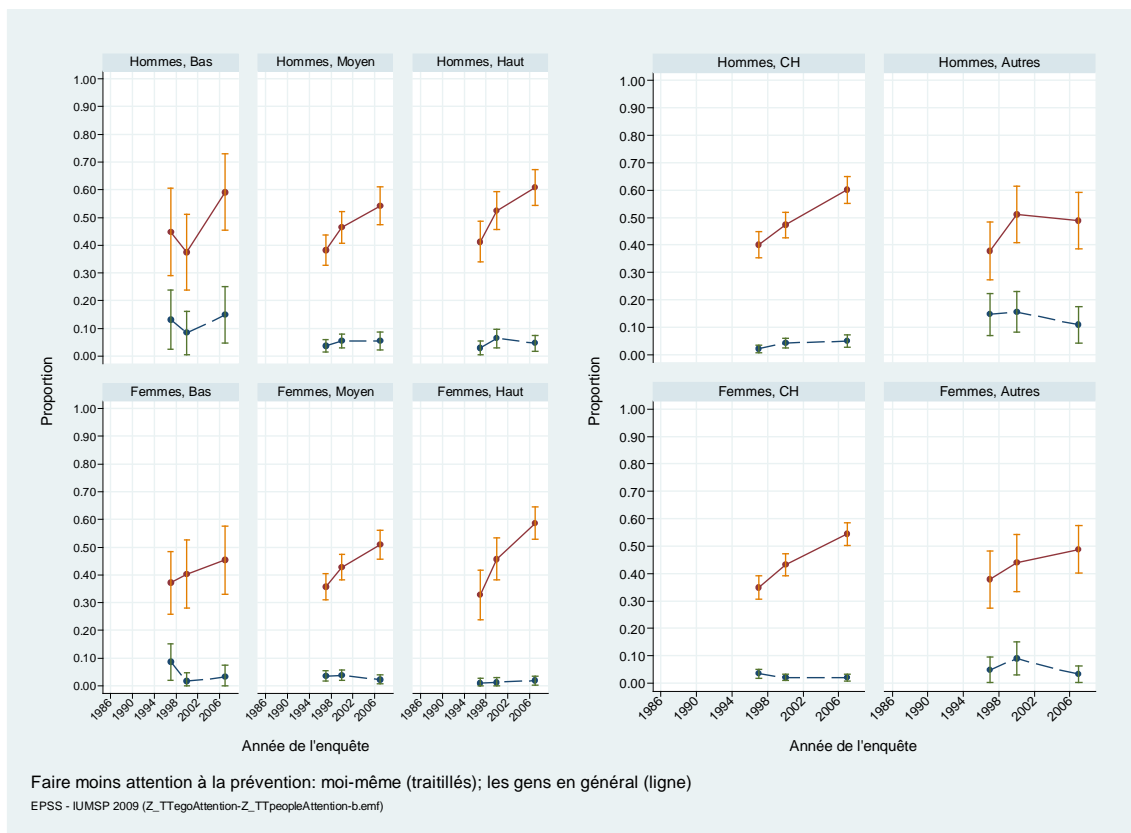


Figure 14-10 Faire moins attention à la prévention en conséquence de l'existence de traitements contre le VIH/sida pour le répondant et pour " les gens en général ". Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.



14.2 ANNEXE AU CHAPITRE CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Tableau 14-2 Compatibilité du dispositif proposé pour la surveillance comportementale avec les recommandations ONUSIDA pour la surveillance de deuxième génération dans les pays à épidémie concentrée

Recommandations ONUSIDA	Situation avec le dispositif proposé
<i>Surveillance des IST et des autres marqueurs biologiques du risque</i>	réalisée
<i>Notification des cas d'infection à VIH et de SIDA</i>	réalisée
<i>Suivi du VIH dans les dons de sang</i>	réalisée
<i>Surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les sous-populations ayant un comportement à risque</i>	réalisée (dans le système de déclaration avec les groupes de transmission et auto-déclaration chez les HSH et les consommateurs de drogues dans les enquêtes)
<i>Surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les groupes passerelles</i>	partiellement réalisée (surveillance comportementale chez les consommateurs de drogues ayant des partenaires non consommateurs, les bisexuels, les clients de prostituées, ainsi que - imparfaitement - dans le système de déclaration avec la catégorisation des cas de transmission hétérosexuelle)
<i>Enquête transversale sur les comportements dans la population générale</i>	réalisée
<i>Surveillance sentinelle du VIH dans la population générale, zones urbaines</i>	non réalisée : le système de déclaration permet une différenciation par canton ^a

^a A notre avis suffisant compte tenu de la taille du pays.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-1	Composantes du dispositif de surveillance comportementale (2004-2008)	7
Tableau 2-1	Composantes du dispositif de surveillance comportementale (2004-2008)	14
Tableau 4-1	" Parmi ces manières de gérer le risque d'infection par le VIH dans une relation stable, quelle est celle qui se rapproche le plus de la vôtre ? "	21
Tableau 4-2	Statut sérologique du couple stable et proportion de répondants rapportant avoir pratiqué la pénétration anale sans préservatif dans les 12 derniers mois	21
Tableau 4-3	Facteurs principaux associés au non usage de préservatif *	24
Tableau 4-4	Mention d'au moins un rapport non protégé avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu au cours des 12 derniers mois.	25
Tableau 4-5	Analyse de régression logistique : facteurs ^a associés à l'exposition au risque ^b	25
Tableau 4-6	Collectifs concernés par l'application des critères de la déclaration de la CFPS, parmi les répondants à Gaysurvey 2007	28
Tableau 4-7	IST contractées autres que le VIH/sida et hépatites	29
Tableau 4-8	Distribution de l'indice de détresse psychologique chez les HSH et dans la population générale masculine	30
Tableau 5-1	Estimations de la couverture du dispositif : nombre de seringues à disposition et besoin en seringues des UDI	35
Tableau 5-2	Consommation d'héroïne et/ou de cocaïne au cours de la vie / au cours du dernier mois (%), 1993-2006	36
Tableau 5-3	Pratique de l'injection, exposition au risque de transmission du VIH et du VHC (%), SBS, 1993-2006	38
Tableau 5-4	Partenaires sexuels et utilisation de préservatifs (%), SBS, 1993-2006	39
Tableau 5-5	VIH, Hépatite C, overdoses et abcès, prévalence en %, SBS, 1993-2008	39
Tableau 6-1	Enquête sentinelle pilote DGO : caractéristiques sociodémographiques des patientes (n=685)	46
Tableau 6-2	Enquête ESS 2007 : caractéristiques sociodémographiques par origine	48
Tableau 6-3	Enquête ESS 2007 : personnes ayant eu un nouveau partenaire stable au cours des 12 mois précédant l'enquête et utilisation du préservatif au moins au début de la relation, par origine	49
Tableau 6-4	Enquête ESS 2007 : proportion de personnes ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête parmi celles sexuellement actives et protection dans ces situations, par origine	49
Tableau 6-5	Enquête ESS 2007 : genre des partenaires sexuels chez les hommes, par origine	50
Tableau 6-6	Enquête ESS : utilisation du préservatif lors du dernier rapport par origine	50
Tableau 6-7	Enquête ESS 2007 : proportion de personnes ayant déjà eu un test de dépistage pour le VIH, selon le groupe de nationalités	51
Tableau 7-1	Caractéristiques différenciant les travailleurs du sexe des HSH en général	57
Tableau 8-1	Evolution de l'effectif des personnes vivant avec le VIH/sida enrôlées dans la SHCS, par origine probable de l'infection et sexe, 2001-2008	60

Tableau 9-1	Genre des partenaires sexuels des répondants (en % de l'ensemble des répondants de 17 à 45 ans par année et sexe)	76
Tableau 9-2	Nombres de personnes (en milliers) concernées par les catégories de genre des partenaires sexuels, Suisse 2007, par sexe et catégories d'âge	78
Tableau 9-3	Comparaison des échantillons HSH de ESS et de Gaysurvey pour l'année 2007	79
Tableau 9-4	Déterminants du dernier achat de préservatifs. Tableau d'ensemble	81
Tableau 9-5	Occurrence (%) de glissement et de rupture de préservatif lors du dernier rapport sexuel	82
Tableau 10-1	EPSS 2000 et 2007 : Proportion de jeunes de 17 à 20 ans ayant discuté de VIH/sida ou de 'sexualité en général' en classe, selon la région linguistique	91
Tableau 10-2	EPSS 2000 et 2007 : Proportion de jeunes de 17 à 20 ans – parmi ceux ayant parlé en classe de VIH ou de sexualité – qui ont abordé les thèmes suivants, selon la région linguistique	92
Tableau 10-3	EPSS 2007 : satisfaction des jeunes de 17 à 20 ans par rapport aux informations reçues à l'école en matière de VIH et de sexualité. Comparaison avec la situation en 2000	93
Tableau 10-4	Enquête ESS : moyens de contraception utilisés par les jeunes âgés de 17 à 20 ans ayant déclaré en utiliser, selon le sexe (n=242)	94
Tableau 11-1	Enquête ESS : Nombre de partenaires sexuels au cours des douze mois précédant l'enquête parmi les personnes sexuellement actives, par classes d'âge et par sexe	97
Tableau 11-2	Enquête ESS : Nombre moyen et médian de partenaires occasionnels au cours des douze mois précédant l'enquête chez ceux qui en ont eu, selon l'âge	100
Tableau 11-3	Enquête ESS : Proportion de répondants ayant utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel, selon l'âge (n=14772)	101
Tableau 14-1	Valeur des coefficients des régressions linéaire et logistiques	118
Tableau 14-2	Compatibilité du dispositif proposé pour la surveillance comportementale avec les recommandations ONUSIDA pour la surveillance de deuxième génération dans les pays à épidémie concentrée	125

LISTE DES FIGURES

Figure 3-1	Nouveaux cas de VIH selon les voies de transmission, 1988-2008	15
Figure 4-1	Dispositif du monitoring HSH.	17
Figure 4-2	Proportion de répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec leur partenaire stable au cours des 12 derniers mois et proportion de répondants ayant eu des rapports non protégés parmi ceux-ci (en %)	20
Figure 4-3	Proportion de répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec un/des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois (en %) et proportion de répondants ayant eu des rapports non protégés parmi ceux-ci.	23
Figure 4-4	Proportion de répondants ayant fait le test VIH (au cours de la vie, au cours des 18 derniers mois ^a) et proportion de répondants ayant été diagnostiqués VIH-positif, par année et par mode d'enquête (p : version papier, w : version Internet)	26

Figure 5-1	Estimation du nombre total de seringues remises mensuellement aux consommateurs de drogue par injection en Suisse entre 1993 et 2007 : SBS, pharmacies ¹ et programme de prescription d'héroïne (HeGeBe)	34
Figure 5-2	Sources de revenus des UDI (% des UDI mentionnant cette source de revenu dans les 12 derniers mois*), 1993-2006	36
Figure 6-1	Dispositif de monitoring dans certaines populations migrantes	43
Figure 7-1	Proportion d'hommes hétérosexuels ayant payé pour avoir un rapport sexuel (au cours de la vie), 1987-2007	56
Figure 7-2	Proportion d'hommes hétérosexuels (17 à 45 ans) ayant systématiquement utilisé des préservatifs lors de contacts avec les travailleuses du sexe dans les 6 derniers mois, 1987-2007*	56
Figure 7-3.	Utilisation de préservatifs dans les rapports sexuels avec les travailleurs du sexe, Gaysurvey 2007 (en % de personnes rapportant l'usage)	58
Figure 8-1	Distribution (%) des personnes enrôlées dans la SHCS de 2001 à 2008	61
Figure 8-2	Patients ayant eu des relations sexuelles avec un partenaire stable au cours des 6 derniers mois; utilisation systématique du préservatif dans le cadre de ces relations, selon le sexe et selon le groupe de transmission des patients. Personnes enrôlées dans la SHCS de 2001 à 2008	62
Figure 8-3	Utilisation systématique du préservatif (%) avec le partenaire stable, selon le statut sérologique de ce partenaire. Personnes enrôlées dans la SHCS de 2001 à 2008.	63
Figure 8-4	Patients ayant eu des relations sexuelles avec un ou des partenaires occasionnels au cours des 6 derniers mois; utilisation systématique du préservatif dans le cadre de ces relations, selon le sexe et selon le groupe de transmission des patients. Personnes enrôlées dans la SHCS de 2001 à 2008	64
Figure 8-5	HSH : pratique de la pénétration et non-utilisation de préservatifs avec les partenaires stables et occasionnels, 1992-2007, selon le statut sérologique	66
Figure 8-6	UDI : évolution entre 1993 et 2006 de l'injection avec une seringue déjà utilisée chez les séronégatifs et du prêt d'une seringue usagée pour les séropositifs au cours des six derniers mois	67
Figure 9-1	Dispositif de monitoring dans la population générale	70
Figure 9-2	Nombre total de partenaires (médiane) durant la vie et durant les 12 derniers mois, par sexe et âge	71
Figure 9-3	Personnes ayant eu deux partenaires ou plus durant les 12 derniers mois ^a ; utilisation du préservatif lors du dernier rapport par ces personnes. Proportions de répondants, par sexe et âge	72
Figure 9-4	Nouveau partenaire stable durant l'année ^a et utilisation de préservatifs au moins au début avec ce partenaire. Proportions de répondants, par sexe et âge	73
Figure 9-5	Proportions de répondants ayant eu au moins un partenaire occasionnel durant les 6 derniers mois ^a et utilisation systématique du préservatif avec ceux-ci. Proportions de répondants, par sexe et âge	74
Figure 9-6	Utilisation de préservatifs : au moins une fois durant la vie ; lors du dernier rapport sexuel. Proportions de répondants, par sexe et âge	75

Figure 9-7	Proportions de répondants ayant eu au moins un partenaire du même sexe qu'eux-mêmes. Par âge et sexe	77
Figure 9-8	Déterminants de l'achat de préservatifs, scores moyens par âge et sexe	81
Figure 9-9	Consultation d'un médecin durant l'année ; discussion du sida lors de cette consultation. Proportions de répondants, par sexe et âge	83
Figure 9-10	Population ayant effectué au moins un test du VIH au cours de la vie et dans les 12 derniers mois (en dehors du don de sang). Proportions de répondants, par sexe et âge	84
Figure 9-11	Lieu dans lequel a été effectué le dernier test VIH	85
Figure 9-12	Peur de contracter le sida ; connaissance d'au moins une personne séropositive. Proportions de répondants, par sexe et âge	86
Figure 9-13	Mention spontanée du préservatif comme moyen de protection contre le VIH/sida. Proportions de répondants, par sexe et âge	87
Figure 9-14	Connaissance de l'existence de traitements contre le VIH/sida. Proportions de répondants, par sexe et âge	88
Figure 9-15	Conséquences pour soi-même et opinion sur les conséquences pour " les gens en général " de l'existence de traitements contre le VIH/sida : " Faire moins attention à la prévention " ; " Avoir moins peur d'être ou de devenir infecté par le VIH ". Proportions de répondants, par sexe et âge	89
Figure 10-1	Proportion de jeunes de 17 à 20 ans sexuellement actifs à l'âge de 17 ans	93
Figure 10-2	Combinaisons de méthodes contraceptives lors du dernier rapport sexuel chez les élèves de 14 et 15 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles, selon le sexe, HBSC 2006 ³⁸	95
Figure 11-1	Enquête ESS : pourcentages de personnes ayant eu un nouveau partenaire stable au cours des 12 mois précédant l'enquête et protection au moins au début de la relation, selon l'âge (n=14772)	98
Figure 11-2	Enquête ESS : proportion de personnes ayant eu un nouveau partenaire stable au cours des 12 mois précédant l'enquête et protection au moins au début de la relation, selon l'âge et le sexe (n=14772)	99
Figure 11-3	Enquête ESS : Proportion de personnes ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête et protection, selon l'âge (n=14772)	99
Figure 11-4	Enquête ESS : Proportion de personnes ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête et protection, selon l'âge et le sexe (n=14429)	100
Figure 11-5	Enquête ESS : Proportion de personnes ayant déjà effectué un test de dépistage du VIH (hors don de sang) par âge et par sexe (n=15715)	102
Figure 11-6	Enquête ESS : laps de temps depuis le dernier test VIH (n=15715)	102
Figure 11-7	Enquête ESS : Proportion de répondants ayant – ou non – utilisé le préservatif lors du dernier rapport selon la situation face au test VIH parmi les multipartenaires (n=1481)	103
Figure 14-1	Nouveau partenaire stable durant l'année ^a et utilisation de préservatifs au moins au début avec ce partenaire. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	114

Figure 14-2	Proportions de répondants ayant eu au moins un partenaire occasionnel durant les 6 derniers mois ^a et utilisation systématique du préservatif avec ceux-ci. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	115
Figure 14-3	Utilisation de préservatifs : au moins une fois durant la vie ; au dernier rapport sexuel. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	116
Figure 14-4	Proportions de répondants ayant eu au moins un partenaire du même sexe qu'eux-mêmes. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	117
Figure 14-5	Consultation d'un médecin durant l'année ; discussion du sida lors de cette consultation. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	119
Figure 14-6	Population ayant effectué au moins un test du VIH (en dehors du don de sang) au cours de la vie et dans les 12 derniers mois. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	120
Figure 14-7	Peur de contracter le sida ; connaissance d'au moins une personne séropositive. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	121
Figure 14-8	Connaissance de l'existence de traitements contre le VIH/sida. Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	122
Figure 14-9	Avoir moins peur d'être ou devenir infecté en conséquence de l'existence de traitements contre le VIH/sida pour le répondant et pour " les gens en général ". Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	123
Figure 14-10	Faire moins attention à la prévention en conséquence de l'existence de traitements contre le VIH/sida pour le répondant et pour " les gens en général ". Par niveau d'instruction, nationalité, région et taille de la commune.	124