

Hospices cantonaux  
Département universitaire de médecine  
et de santé communautaires

Les Instituts universitaires  
de médecine sociale et préventive  
de Lausanne et de Bâle

## INTERVENANTS EN TOXICOMANIE ET PREVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH

*Florence Moreau-Gruet, Paola Coda, Jean-Pierre Gervasoni*

**Etude financée par :** Office fédéral de la santé publique; Commission de contrôle de la recherche sur le sida, contrat n° 316.97.7349.

**Citation suggérée :** Moreau-Gruet F, Coda P, Gervasoni JP. Intervenants en toxicomanie et prévention de la transmission sexuelle du VIH. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000 (Raisons de santé, 57).

**Collaboration :** Valérie Dupertuis-dit-Neveu, Marie-Louise Ernst, Frank Lange

**Remerciements :** Tous nos remerciements vont aux intervenants qui ont participé aux focus groups et aux interviewés qui ont accepté de partager avec nous leurs expériences. Sans eux, cette recherche n'aurait pas été possible. Tous nos remerciements aussi à Irène Kölbl, secrétaire à l'Unité d'évaluation de campagnes de prévention pour son précieux travail de mise en page.

**Commande :** Bulletin de commande en dernière page

# TABLE DES MATIERES

1	Résumé .....	6
1.1	Introduction .....	6
1.2	Synthèse des focus groups .....	7
1.3	Synthèse des interviews .....	9
1.4	Conclusions et recommandations .....	14
2	Zusammenfassung .....	17
2.1	Einführung .....	17
2.2	Synthese der Focus Groups .....	18
2.3	Synthese der interviews .....	21
2.4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	25
3	Introduction .....	29
3.1	Problématique de la recherche .....	29
3.2	Rappel de la stratégie de prévention et des 3 niveaux d'intervention .....	29
3.3	Buts de la recherche .....	31
3.4	Etat de la recherche dans le domaine .....	31
3.4.1	Données épidémiologiques VIH/sida .....	31
3.4.2	Utilisation du préservatif .....	32
3.4.3	Intervenants en toxicomanie, formation, problèmes décrits .....	33
3.4.4	Consommateurs de drogues, sexualité, prévention du VIH .....	33
3.5	Hypothèses de recherche .....	35
4	Méthodologie .....	38
4.1	Focus groups avec les intervenants en toxicomanie .....	38
4.1.1	Introduction .....	38
4.1.2	Organisation générale .....	38
4.1.3	Organisation pratique .....	39
4.1.4	Recherche des participants .....	40
4.1.5	Déroulement des focus groups .....	40
4.1.6	Transcription et codification des focus groups .....	40
4.1.7	Composition des focus groups et représentativité .....	40
4.2	Interviews semi-directives des consommateurs de drogues .....	41
4.2.1	Introduction .....	41
4.2.2	Construction de la grille d'entretien pour les interviews .....	42
4.2.3	Recrutement des consommateurs de drogue .....	42
4.2.4	Réalisation des interviews .....	43
4.2.5	Transcription et codification des interviews .....	43
4.2.6	Collectif et représentativité des consommateurs de drogue .....	43
4.2.7	Validité des réponses .....	44
4.3	Types d'analyses effectuées .....	44
5	Résultats des <b>FOCUS GROUPS</b> .....	46
5.1	Introduction .....	46
5.1.1	Analyse .....	46
5.2	Représentations de la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida (PST) .....	47
5.2.1	Importance de la PST .....	47
5.2.2	Définition du contenu de la PST .....	48
5.2.3	Consignes dans l'institution .....	49
5.2.4	Rôle des intervenants dans la PST .....	49
5.2.5	Evolution de la PST .....	53
5.2.6	Synthèse des représentations .....	54
5.3	Pratiques de PST effectives .....	55

5.3.1	Synthèse sur les pratiques .....	60
5.3.2	Synthèse des représentations et des pratiques .....	61
5.4	Difficultés à faire de la PST .....	62
5.4.1	Difficultés contextuelles .....	63
5.4.2	Difficultés politiques .....	64
5.4.3	Difficultés au niveau des structures .....	65
5.4.4	Difficultés liées aux intervenants .....	68
5.4.5	Difficultés liées aux consommateurs de drogues (CD) .....	77
5.4.6	Synthèse concernant les difficultés à faire de la PST chez les CD .....	91
5.5	Propositions d'amélioration .....	94
5.5.1	Propositions liées à des problèmes contextuels .....	95
5.5.2	Propositions politiques .....	96
5.5.3	Propositions au niveau des structures .....	97
5.5.4	Propositions par rapport aux intervenants .....	107
5.5.5	Propositions par rapport aux CD .....	110
5.5.6	Synthèse des propositions des intervenants .....	113
5.6	Synthèse des focus groups .....	113
<b>6</b>	<b>Résultats des INTERVIEWS DES CONSOMMATEURS DE DROGUE .....</b>	<b>116</b>
6.1	Introduction .....	116
6.2	Représentations de la PST .....	116
6.2.1	Importance de la PST .....	116
6.2.2	Pertinence des consignes de prévention .....	116
6.2.3	Synthèse sur les représentations .....	118
6.3	Pratiques de prévention vécues .....	119
6.3.1	Activité sexuelle .....	119
6.3.2	Type de partenaire .....	119
6.3.3	Parcours de vie affective et sexuelle .....	120
6.3.4	Utilisation du préservatif .....	120
6.3.5	Influence de la consommation sur la sexualité .....	121
6.3.6	Synthèse sur les pratiques .....	122
6.4	Difficultés .....	123
6.4.1	Difficultés liées au préservatif lui-même .....	123
6.4.2	Difficultés dans le couple .....	124
6.4.3	Conditions de vie .....	125
6.4.4	Désespoir et estime de soi .....	126
6.4.5	Consommation de cocaïne .....	126
6.4.6	Transmission sexuelle du VIH et transmission par voie intraveineuse .....	127
6.4.7	Autres difficultés .....	127
6.4.8	Prostitution .....	128
6.4.9	Synthèse des difficultés .....	129
6.5	Expériences de discussion sur la PST .....	130
6.5.1	Expériences avec les professionnels en général .....	130
6.5.2	Expériences dans les différents types de service .....	130
6.5.3	Raisons du manque de discussion sur la PST avec les professionnels .....	132
6.5.4	Éléments qui facilitent la discussion avec les professionnels .....	133
6.5.5	Prostitution et expériences avec les professionnels .....	134
6.5.6	Expériences avec des non professionnels .....	134
6.5.7	Synthèse sur les expériences de discussion sur la PST .....	136
6.6	Propositions d'amélioration .....	137
6.6.1	Propositions générales .....	137
6.6.2	Propositions par rapport aux intervenants .....	138
6.6.3	Propositions par rapport aux CD .....	139
6.6.4	Projet médiateurs .....	140
6.6.5	Synthèse sur les propositions .....	141
6.7	Synthèse des interviews .....	142
<b>7</b>	<b>Conclusions et recommandations .....</b>	<b>146</b>

8	Annexes .....	149
8.1	Grille d'entretien pour les focus groups .....	150
8.2	Codes utilisés pour l'analyse des focus groups .....	152
8.3	Composition des focus groups .....	153
8.4	Grille d'entretien pour les interviews des consommateurs de drogue .....	154
8.5	Questionnaire court pour les consommateurs de drogue .....	156
8.6	Codes utilisés pour l'analyse des interviews des consommateurs de drogue .....	159
9	BIBLIOGRAPHIE .....	160

# 1 RESUME

## 1.1 INTRODUCTION

En Suisse, les consommateurs de drogue (CD) forment toujours le groupe le plus atteint par le VIH/sida. Dans le cadre de la "normalisation" de l'épidémie, les risques de transmission du VIH/sida liés à l'utilisation de seringues non stériles sont bien contrôlés, mais il n'en est pas de même pour la transmission sexuelle du VIH/sida. A l'avenir, la transmission sexuelle du VIH/sida pourrait donc devenir prépondérante dans cette population.

Chez les CD, l'usage du préservatif dépend, entre autres, du type de partenaire. Lors de relations sexuelles avec des clients, les consommatrices de drogue prostituées utilisent très souvent le préservatif, sauf lors de contrainte du client. La fréquence d'utilisation du préservatif est d'environ 60% avec les partenaires occasionnels (taux comparable à celui de la population générale). Par contre, il est nettement inférieur avec le partenaire stable (20%). Ce taux est insuffisant pour empêcher de nouvelles infections dans une population ayant une séroprévalence se situant globalement entre 8 et 23%.

L'OFSP avait établi pour 1996 des buts élevés pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida chez les CD: les intervenants en toxicomanie auront abordé avec 95% des CD la question de la prévention du sida et 90% des personnes s'injectant des drogues utiliseront systématiquement le préservatif, aussi bien avec leurs partenaires réguliers qu'avec des partenaires occasionnels. Ces buts n'ont pas été atteints. D'autre part, l'OFSP est resté vague quant à la manière et avec quels moyens arriver à de tels résultats.

Actuellement une part importante de la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida (PST) se fait souvent par la simple mise à disposition de préservatifs. Comme les données le montrent, cela ne suffit pas. Les experts en santé publique considèrent que la prévention par le conseil individuel, faite par des personnes de référence est un des axes importants de la prévention du sida. Pour conseiller en matière de transmission sexuelle du VIH/sida, il faut avoir des compétences interactives et professionnelles spécifiques. Or, jusqu'à présent aucune formation spécifique à ce sujet n'a été mise en place.

D'autre part les CD ont des réticences à parler de leur sexualité et il est possible qu'ils ne trouvent pas les lieux et les personnes aptes à leur donner des conseils dans ce domaine. De plus les caractéristiques propres à ces personnes (manque d'estime de soi et de respect de son corps, angoisse, besoin de fusion, etc.) et les conséquences de l'usage de drogues (vie dans l'urgence, fatalisme, manque de pouvoir de négociation, etc.) peuvent rendre difficile la mise en œuvre des consignes de PST.

L'étude a développé **deux axes de recherche**: dans le premier, elle a visé à connaître comment les **intervenants** en toxicomanie appréhendent leurs tâches de prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida (PST), quels sont les problèmes qu'ils rencontrent et comment ils pourraient mieux y faire face. Dans le deuxième axe, l'étude avait pour but de mieux connaître les expériences vécues par les **consommateurs de drogues** dans leur recherche de conseils

concernant la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida et leurs besoins à ce sujet. L'attention a aussi été donnée aux difficultés que rencontrent les CD à suivre des consignes de prévention dans le domaine de la transmission sexuelle du VIH/sida en tenant compte des différences entre hommes et femmes.

L'approche qualitative était la méthode la plus adaptée pour connaître en profondeur les difficultés et les besoins des intervenants et des CD. De plus le peu de données disponibles (tant au niveau national qu'international) dans ce domaine favorisait aussi dans un premier temps une **approche qualitative exploratoire**. Deux méthodes ont été utilisées:

- des **focus groups** en Suisse romande (n=3) et en Suisse alémanique (n=4) auprès de quatre groupes d'intervenants en toxicomanie travaillant dans les institutions les plus présentes dans le soutien des CD et celui de la désintoxication (intervenants dans des structures à bas seuil, dans des services ambulatoires, dans des institutions de traitement résidentiel, dans le domaine de la prostitution). En tout, 41 intervenants en toxicomanie ont participé aux focus groups.
- des **interviews semi-directives** de consommateurs de drogue pour chaque type de service participant au focus group, dans les deux régions linguistiques (28 interviews). Cette méthode étant la plus adéquate lorsque le thème est complexe, délicat et nécessite une certaine introspection.

Les résultats des focus groups et des interviews ont été analysés par la technique classique de l'analyse de contenu.

## 1.2 SYNTHÈSE DES FOCUS GROUPS

Dans la majorité des focus groups, les intervenants ont exprimé l'importance que revêt pour eux le problème de la PST. Les pratiques comportent en priorité des interventions individuelles (sous forme d'information, de discussion). Certaines institutions ont développé des interventions de groupe. Les intervenants qui trouvent la PST très importante sont les plus actifs dans ce domaine, par contre ceux qui ne sont pas très convaincus de son importance font peu ou délèguent.

Les intervenants ont évoqué un éventail important de difficultés à faire de la PST. La banalisation de l'épidémie, la diminution des cas de sida et l'existence de trithérapies ne favorisent pas un maintien à un niveau élevé des comportements de protection par les CD et une motivation importante à faire de la prévention de la part des intervenants. Les intervenants rencontrent aussi des difficultés matérielles pour effectuer le travail de PST; il manque certaines structures de prise en charge des CD, certains locaux ne sont pas adaptés et les intervenants sont souvent surchargés par le travail. Plus concrètement, dans leur travail, les intervenants ne savent pas si leurs collègues s'occupent de PST et comment ils s'y prennent. Ils méconnaissent aussi souvent les autres acteurs du réseau.

Face aux difficultés de ce type de prévention, les intervenants ne possèdent pas toujours les compétences nécessaires à un travail de qualité. Les intervenants en toxicomanie ont un éventail de formation assez diversifié avec des connaissances de PST hétérogènes. La formation continue est souvent laissée à la responsabilité individuelle, ce qui amplifie encore ce phénomène. La PST touche à divers tabous dans notre société, comme la sexualité, la mort, la prostitution. Les

intervenants ne sont pas exempts de ces tabous. Aborder le thème de la PST avec les CD nécessite aussi beaucoup de délicatesse. Les intervenants ont souvent l'impression que les CD ne leur disent pas toute la vérité et que de toute façon leur travail est de portée limitée.

Selon les intervenants, les CD ont toutes sortes de stratégies pour ne pas faciliter leur travail de PST. Ils en parlent rarement spontanément et disent se protéger pour éviter toute discussion. La sexualité est aussi un thème tabou pour eux. Les intervenants pensent que de toute façon, dans les phases de consommation active, la priorité des CD est la recherche du produit et qu'ils ne sont pas réceptifs pour parler de PST. Souvent les CD ne font pas confiance aux intervenants pour parler de sujets qu'ils estiment intimes. Les CD ont de nombreux problèmes personnels qui les empêchent de se protéger efficacement contre le sida: ils ont souvent des problèmes psychiques associés à leur dépendance, ils ont vécu des abus, ils ont des difficultés avec l'autre sexe, ils sont indifférents au risque, ils ont honte d'avouer ne pas s'être protégés.

Face à toutes ces difficultés, les propositions sont nombreuses et représentent largement l'inventaire de tout ce qui pourrait être fait pour améliorer la PST. Quelques institutions ont déjà mis en place diverses de ces propositions d'amélioration: des institutions en Suisse alémanique surtout ont déjà commencé à faire un travail spécifique au genre, des intervenants se rencontrent pour échanger, des institutions ont débuté une collaboration avec la police. En Suisse romande, des institutions ont organisé des cours (par ex. comment mettre un préservatif) et cherchent à mieux comprendre les CD pour améliorer la PST. Certains intervenants ont suivi une formation spécifique à la PST ou ont fait un travail personnel sur la sexualité.

Face au danger de banalisation de l'épidémie du sida, dans l'ensemble des focus groups, les intervenants proposent que les campagnes générales de prévention du sida se poursuivent ainsi que d'autres campagnes plus spécifiques.

Quelques intervenants se plaignent du manque d'un certain nombre d'institutions. En Suisse alémanique, les intervenants du focus group prostitution estiment qu'il manque encore des institutions pour les femmes prostituées. En Suisse romande, des intervenants souhaiteraient un local d'injection (ce qui n'existe pas encore en Suisse romande), un lieu d'accueil où les CD puissent être accueillis et un lieu où l'on ferait spécifiquement de la PST. Des intervenants se plaignent d'une sous-dotation en personnel, en particulier ceux du focus group bas seuil alémanique. Rappelons que les intervenants de ce focus group avaient des représentations assez négatives de la PST mais qui pourrait en partie s'expliquer par une surcharge de travail et une lassitude. Leur proposition serait qu'une personne pendant toute la durée d'ouverture de la structure soit responsable de répondre aux questions liées à la PST et soit libérée d'autres tâches pratiques.

Un problème important mis en évidence par plusieurs intervenants est que la PST n'est pas traitée régulièrement ou pas traitée du tout en particulier du fait du tournus des CD et des intervenants et parce que personne n'en est responsable. D'autre part, il n'y a pas une définition commune de la PST, elle n'est souvent pas présente dans le cahier des charges et les intervenants parlent rarement entre eux de leur manière d'aborder ce problème avec les CD. Des participants aux focus groups pensent qu'il faudrait soutenir l'ensemble des intervenants dans cette tâche difficile en les sensibilisant et en améliorant leurs connaissances. Ils suggèrent aussi d'adopter une définition commune connue de tous. Dans les focus groups ambulatoires, les intervenants proposent de promouvoir la discussion entre intervenants sur leurs pratiques de PST. Les

réunions communes pourraient aussi traiter des cas difficiles (au point de vue de la PST) ou partir du principe que lorsqu'on parle d'un CD, on doit aussi parler de sa sexualité.

La méconnaissance du réseau est aussi citée comme un problème important. Dans les focus groups ambulatoire et résidentiel romands ainsi que dans celui de la prostitution, les intervenants proposent, dans un premier temps, de mieux connaître les compétences de leurs propres institutions, puis d'améliorer leur connaissance de l'ensemble du réseau. Les intervenants proposent d'améliorer les échanges entre institutions, de communiquer sur les CD qui passent de structures en structures et sur la totalité de l'offre proposée dans une région. Ils souhaitent aussi avoir des échanges avec la police, leur proposer une formation sur les difficultés de la population toxicomane et collaborer avec eux.

Pour palier à la baisse de la motivation des CD à se protéger et à discuter avec eux de PST, les intervenants proposent d'élaborer des approches attrayantes comme l'utilisation de BD, de vidéos, de films. Ils proposent aussi de lier le problème de la PST à la santé en général, à la prévention des autres MST et des hépatites (qui préoccupent actuellement beaucoup les CD) et à la contraception. Certains intervenants pensent aussi que pour être plus crédibles pour parler de ces thèmes avec les CD, ils doivent améliorer leurs capacités à conduire un entretien.

Les intervenants sont conscients que les CD ont beaucoup de problèmes avec l'autre sexe, qu'ils ont de la peine à négocier le préservatif dans tous les types de relations (relation stable, occasionnelle, prostitution), qu'ils ont des problèmes sexuels (difficultés d'érection) ou vécu des traumatismes dans l'enfance ou par la suite. Toutes ces difficultés comportent de nombreux aspects liés au sexe du CD. Tous les focus groups alémaniques et le focus group résidentiel romand proposent de faire avec les CD un travail spécifique au genre en créant des groupes de discussion en fonction du sexe (plusieurs institutions de Suisse alémanique et une institution résidentielle romande ont déjà mis sur pied de tels groupes). Il faudrait apprendre aux femmes à prendre du pouvoir dans les relations, à ne plus se considérer comme victimes, les encourager à s'occuper de leur corps. Les hommes devraient être encouragés à ne pas penser que la contraception est uniquement une affaire de femmes.

Dans les structures ambulatoires et résidentielles, les intervenants estiment que l'amélioration de la PST passe aussi par la thérapie, c'est-à-dire l'amélioration de l'estime de soi, le réveil des ressources personnelles, du respect de soi, des sensations corporelles.

### 1.3 SYNTHÈSE DES INTERVIEWS

La durée de consommation des CD interviewés varie de 6 à 20 ans, une grande partie d'entre eux consomment depuis plus que 10 ans. La majorité des personnes interviewées consommaient des drogues illégales pendant la période la plus active de prévention contre le VIH/sida. Au cours des années 90, les efforts préventifs dans le domaine des dépendances ont visé d'une manière prioritaire la transmission intraveineuse du VIH/sida. En ce qui concerne la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida, c'est la population générale qui a été ciblée et non les CD. On peut donc considérer que la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida est restée en quelque sorte le parent pauvre de la transmission du VIH/sida chez les consommateurs de drogue. Il est donc possible que cet élément contribue à une adhésion moins importante des CD

aux consignes de prévention en matière de transmission sexuelle du VIH/sida de l'OFSP, émises en 1993.

En effet, si tous les CD interviewés se déclarent favorables à l'utilisation du préservatif lors des relations occasionnelles, la moitié d'entre eux conteste ces consignes en ce qui concerne les relations avec le partenaire stable. Le non emploi du préservatif fait office pour plusieurs CD de preuve de confiance entre les partenaires du couple et de cadeau d'amour. De plus, le préservatif est perçu comme une gêne au plaisir, une interruption désagréable de la spontanéité des jeux. Souvent les CD disent éprouver de l'embarras, avoir de la peine à aborder le thème de l'utilisation du préservatif avec leur partenaire. Ou encore ils craignent que le partenaire se fâche et les quitte. La non protection contre le VIH/sida est donc un signe de confiance envers le partenaire et de manque de confiance en soi.

C'est particulièrement les femmes qui se sont prostituées au cours de leur vie qui s'opposent à l'utilisation du préservatif au sein du couple, en affirmant qu'il s'agit d'avoir confiance en son partenaire. Il est donc probable que pour les femmes qui se prostituent le non emploi du préservatif sert, entre autres, à différencier les types de rapports sexuels et à supprimer l'étiquette de prostituée. Il faut souligner à ce propos que les efforts de prévention dans le domaine de la prostitution se sont souvent limités aux rapports sexuels prostituées-clients, en oubliant les relations que les prostituées ont avec des partenaires stables.

Les recommandations émises en 1993 par l'OFSP ne sont pas suivies à la lettre par les CD. De manière générale, le préservatif est utilisé en ordre décroissant: dans les rapports sexuels avec les clients, puis avec les partenaires occasionnels et enfin avec les partenaires stables. La même constatation a été faite dans la dernière évaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse.

On vient de voir que les CD estiment que le préservatif est un élément gênant dans les rapports sexuels et dans la relation amoureuse. De plus, presque le moitié des CD affirment que les conditions de vie et les priorités des CD représentent une difficulté majeure pour la PST. Dans des périodes de grande consommation, c'est la recherche de la drogue qui détermine la vie. L'urgence, le chaos et le désespoir qui en découlent sont des obstacles importants pour la mise en pratique de la PST. Si d'une part tout ce qui n'est pas lié directement à la drogue n'est pas prioritaire, d'autre part un manque d'espoir rendrait les CD en période de grande consommation peu sensibles à des comportements préventifs.

La consommation de cocaïne représente un danger en soi, parce qu'elle entraîne une dépendance très dangereuse: le besoin d'argent est encore plus élevé que pour d'autres drogues et les comportements plus difficilement contrôlables. Souvent la cocaïne amènerait les femmes à la prostitution et, suite à un besoin pressant de la drogue, à un risque accru de céder aux demandes de rapports non protégés. Une grande partie des CD interviewés confirme en effet qu'il y a des clients qui demandent des rapports sexuels non protégés en offrant une rétribution plus importante. Dans l'urgence du besoin de drogue, les femmes CD qui se prostituent cèdent parfois à ces requêtes.

Il est faux de penser que les CD ne se préoccupent pas du tout de la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida: en effet plusieurs d'entre eux adoptent des stratégies de gestion du risque, même si elles ne sont pas totalement conséquentes tout au long de leur vie. Déjà le fait de choisir l'emploi du préservatif selon le type de partenaire implique une certaine réflexion autour du risque. Une autre stratégie, adoptée par quelques CD qui ont une

consommation sûre, consiste en l'abandon du préservatif lorsqu'ils sont sûrs de la séronégativité de leur partenaire.

Les parcours de vie sexuelle des CD sont très hétérogènes en ce qui concerne le type et le nombre de partenaires, la durée des relations et de l'abstinence sexuelle. Il n'y a pas de règles ou de comportements préventifs adoptés par la totalité des interviewés. On peut donc conclure que les consignes de l'OFSP, émises en 1993, étaient peu réalistes, parce que trop absolues et peu différenciées, ce qui ne permettait pas de prendre en compte les représentations et les réalités des CD. D'autres stratégies de prévention sont théoriquement possibles - à savoir par exemple les séronégativités prouvées et la consommation sûre comme conditions pour abandonner le préservatif - mais soulèvent de nombreuses questions: à quel intervalle doit-on se soumettre au test, comment assurer la contraception et la prévention envers des virus encore plus infectieux tels que ceux de l'hépatite? La liaison entre ces facteurs est en effet encore loin d'être assurée par les CD.

Il ressort de ces réflexions que seul un conseil individualisé par des professionnels pourrait tenir compte de tous ces aspects et soutenir d'une manière différenciée les CD.

Un autre élément qui parle en faveur d'un conseil personnalisé par des professionnels est le potentiel discriminatoire des consignes trop absolues et globales pour l'ensemble des CD. En effet plusieurs CD tiennent à être considérés à la mesure de la population générale, en argumentant que le nombre de séropositifs a augmenté parmi la population générale et a diminué chez les CD. Il faut souligner à cet égard que la prévalence du VIH est nettement plus élevée parmi les CD que dans la population générale, ce qui amènerait à un risque de transmission sexuelle plus important chez les CD.

Si le conseil individuel semble être le meilleur cadre pour la PST, il n'est pas toujours une réalité pour les CD interviewés. Une grande partie du collectif a un parcours relativement long dans la consommation et a fait appel à différents types de services pour CD. D'autre part tous les interviewés ont été recrutés dans un service pour CD, ce qui indique que tous ont été en contact avec des intervenants du domaine des dépendances, avec lesquels ils auraient pu parler de PST. Cependant, environ un cinquième des personnes interviewées dit n'avoir jamais discuté de PST avec des professionnels et un autre cinquième dit n'avoir pas eu de discussions approfondies. Une certaine gêne à parler de PST et de sexualité - tant avec des professionnels, qu'avec d'autres personnes de l'entourage - transparait de plusieurs interviews. De manière générale les personnes qui ont peu discuté de PST avec les professionnels, en ont peu discuté aussi dans leur entourage. On pourrait donc imaginer que le fait de parler de PST avec un professionnel facilite aussi la discussion avec d'autres personnes.

Quant aux expériences de conseil sur la PST, on a constaté une différence importante selon les types de structure: c'est dans le contexte résidentiel que les CD interviewés sont les plus nombreux à affirmer avoir eu des discussions autour de la PST avec des professionnels. Souvent il s'agit de cours ou séances d'information donnés par des médecins, à la suite desquels il y a une discussion dans le groupe. Le sujet le plus traité est la cohabitation avec des personnes séropositives. Par rapport à la PST, il y a souvent des entretiens plus personnalisés lors de la formation d'un couple dans le centre résidentiel. Plusieurs CD ont discuté de PST avec les personnes de référence des programmes substitutifs à la méthadone: il s'agit de discussions approfondies ou de rappel d'informations. Dans tous les cas, les intervenants montrent leur disponibilité à parler de PST. Les médecins en cabinet privé ne sont dans la majorité des cas pas

considérés comme des professionnels-relais avec lesquels discuter en profondeur des questions liées à la PST, à cause de la relation patient-médecin qui ne facilite pas ce type de conversation. Dans le contexte du bas seuil, ces discussions semblent être plutôt l'exception, vu que seulement deux CD affirment avoir parlé de PST dans ce type de structure. D'ailleurs un seul CD interviewé dans ce cadre affirme spontanément que les intervenants pourraient avoir un rôle plus actif, tandis que cette proposition est faite plus souvent par des CD qui se trouvent dans un centre résidentiel ou dans un programme de substitution à la méthadone.

La moitié du collectif environ n'est pas intéressée à discuter de PST avec des professionnels car ils s'estiment bien informés et pensent ne plus avoir besoin de conseils individuels. Quelques femmes s'opposent carrément à une discussion avec les professionnels, parce qu'elles trouvent que ces thèmes ne concernent qu'elles-mêmes. Ce refus de toute discussion, perçue comme une ingérence dans la vie privée, a été mis en évidence uniquement chez des femmes CD et dans trois cas sur quatre chez des femmes qui se sont prostituées. De manière générale, c'est surtout les femmes qui se sont prostituées au cours de leur vie, en particulier celles de la Suisse romande, qui n'ont pas discuté de PST, ni avec des intervenants, ni dans leur entourage, en restant donc très seules avec leurs problèmes et leurs expériences. Ces femmes ont très souvent un vécu de douleur et de souffrance (viols, violences, abandons, déceptions, ...), ce qui rend extrêmement délicate la discussion autour de la PST: d'une part, elles craignent d'être jugées et d'autre part, elles ne désirent pas raconter des expériences qu'elles aimeraient plutôt oublier. Il est intéressant d'observer que la grande majorité des femmes CD qui se sont prostituées - comme c'est d'ailleurs le cas pour la moitié des interviewés - est favorable à l'approche par des médiateurs eux-mêmes toxicomanes (ou anciens toxicomanes), qui permettrait une meilleure compréhension et une possibilité de discussion plus approfondie, du fait de se sentir plus proches et d'avoir vécu des situations semblables.

La moitié des femmes interviewées et un tiers des hommes préfèrent parler de PST, et plus en général de sexualité, avec des femmes, professionnelles et non professionnelles. Les femmes auraient en général plus d'affinité avec les femmes CD et pourraient mieux se mettre à leur place, les comprendre. Les hommes qui préfèrent une interlocutrice affirment avoir plus de facilité à discuter de thèmes intimes avec les femmes. D'autres éléments, tels que le fait de se sentir à l'aise, d'avoir une bonne base de confiance sont pour plusieurs CD - surtout des femmes - des conditions préalables pour pouvoir s'ouvrir aux intervenants. De plus, il faut que l'intervenant ne leur force pas la main et ne fasse pas la morale.

Lorsqu'on tient compte de l'ensemble de ces éléments, on constate que la tâche des professionnels au niveau du conseil individuel sur la PST n'est pas simple: des connaissances importantes sur les différentes réalités, y compris en particulier la prostitution, et des compétences communicatives considérables sont indispensables.

Confrontés à la question sur les propositions pour améliorer la PST chez les CD, environ la moitié des interviewés font des propositions qui concernent la population dans son ensemble et non pas des interventions spécifiques pour les CD. De manière générale, ils conseillent de continuer avec la sensibilisation et l'information à large échelle, à l'aide de méthodes déjà utilisées en Suisse, telles que les affiches, les brochures, l'information dans les écoles. Ces propositions très générales dénotent une certaine revendication des CD interviewés à ne pas être traités comme des personnes différentes, mais comme faisant partie de la population générale. D'autre part, le manque de propositions spécifiques faites par les CD indique aussi leur impuissance à faire plus pour mettre en pratique la PST. Selon plusieurs interviewés, en effet, les

initiatives de prévention ont déjà fait beaucoup, les connaissances sont acquises et c'est une question de responsabilité personnelle que de les mettre en pratique. Les conditions de vie et l'estime de soi sont, selon quelques femmes CD, des éléments importants pour améliorer la PST et devraient par conséquent être visés par les professionnels.

## 1.4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

**Conclusion 1:** Le contexte de l'épidémie du sida a bien changé depuis quelques années. Les cas de sida ont largement diminué, en particulier chez les CD et les trithérapies actuelles offrent une forme de traitement efficace. Cela conduit d'une part à une diminution de la perception du risque et d'autre part à une lassitude d'entendre encore parler de ce sujet chez les CD et aussi chez les intervenants. Dans leurs pratiques de prévention du sida, les intervenants en toxicomanie ont mis l'accent sur la prévention de la transmission par la seringue. D'une part, ce type de prévention est plus facile, car il n'interfère pas avec la sexualité et les sentiments; d'ailleurs, toutes les campagnes de prévention du sida faites à l'intention des CD mettaient ce risque en évidence. D'autre part, on a longtemps pensé que les CD n'avaient pas de relations sexuelles et que la prévention à cet égard n'était pas prioritaire. Mais diverses études récentes, ainsi que celle-ci, montrent que la majorité des CD ont une vie sexuelle et qu'ils sont particulièrement à risque du fait de leur taux élevé de séropositivité (ils ont souvent des partenaires aussi CD) et de leur pratique de la prostitution.

**Conclusion 2:** Non seulement la manière de traiter de la PST varie fortement d'un intervenant à l'autre, mais aussi l'existence même et la fréquence des pratiques de prévention. Certaines institutions ne traitent pas ce problème, d'autres sont très actives. La plupart des institutions ne savent pas ce que font les autres institutions dans leur région à ce sujet.

**Conclusion 3:** Les pratiques de PST sont encore trop limitées. Le type de pratiques de PST dépend du type de structures (bas seuil, ambulatoire, résidentiel). Certaines structures, comme celles à bas seuil, ont parfois de la peine à assumer la PST faute de personnel et de locaux. Les institutions ayant un cahier des charges comportant comme tâche la PST ont des pratiques plus développées dans ce domaine.

**Recommandation 1:** Les campagnes de prévention s'adressant à la population générale doivent être poursuivies pour que l'ensemble de la population continue à réaliser que l'épidémie de sida reste un problème important. Ces campagnes touchent aussi les CD qui ne se sentent pas différents ou discriminés par des campagnes orientées vers leurs seuls problèmes. Cette proposition rencontre l'approbation à la fois des intervenants et des CD. Des campagnes pourraient aussi être ciblées sur les problèmes liés aux trithérapies et sur les clients de prostitué(e)s.

**Recommandation 2:** Il importe, déjà au niveau de leur institution, que les intervenants échangent sur leurs pratiques de prévention, qu'ils discutent entre eux de leur manière de s'y prendre face à diverses situations. D'autre part, des actions pourraient être menées pour que les institutions se connaissent mieux entre elles (réunions, workshops).

**Recommandation 3:** La PST doit être considérée comme une priorité par les intervenants en toxicomanie. Les cahiers des charges de toutes les institutions doivent contenir la mention de la PST car un encouragement institutionnel permet d'augmenter les pratiques de prévention de la part des acteurs. Pour ce faire, on doit aussi envisager un renforcement du personnel dans certaines institutions, un dégagement de temps pour assurer la PST et des locaux mieux adaptés.

**Conclusion 4:** L'épidémie de sida entre dans une phase de banalisation qui pourrait conduire à une récrudescence des infections. Plusieurs focus groups ont aussi mis en évidence des problèmes de définition de la PST. Les intervenants ne font pas le lien entre les problèmes liés à la PST et les problèmes de contraception et de MST.

**Conclusion 5:** La formation à la PST n'est pas optimale dans toutes les institutions. Les intervenants ont aussi des formations de base très diverses. La formation continue est souvent laissée à la responsabilité individuelle, ce qui crée de grandes disparités.

**Conclusion 6:** La PST touche divers sujets tabous dans notre société comme la sexualité, la mort, la prostitution. Les intervenants rencontrent des problèmes dans l'interaction avec les CD : ces derniers font état de mépris, de jugements, de moralisation.

**Conclusion 7:** Chez les consommateurs de drogue, les problèmes d'affectivité dans le couple conduisent à des difficultés dans l'usage du préservatif. Par manque d'estime de soi, certains renoncent à demander son usage, parfois aussi par crainte de perdre le partenaire. Les problèmes de communication sont aussi importants dans le couple. Chez les femmes qui se prostituent, ne pas utiliser un préservatif avec un partenaire est parfois une manière symbolique de montrer l'importance de la relation.

**Conclusion 8:** La consommation excessive de psychotropes, et en particulier la consommation de cocaïne a des conséquences négatives sur la PST. Lorsque les CD sont dans une phase active de consommation, leur priorité est la recherche du produit et non la prévention du sida. En contre partie, durant ces périodes, ils ont souvent peu de relations sexuelles. Par contre, lorsqu'ils sont dans une phase non active de consommation, le désir revient et ils ont plus de relations sexuelles.

**Conclusion 9a:** Une part importante des femmes CD passent par des périodes de prostitution, les deux tiers dans cette étude. Ces

**Recommandation 4:** Pour qu'une prévention continue dans ce domaine, il faut trouver des approches attrayantes. Des intervenants proposent l'utilisation de BD, de vidéos, de films courts. En accord avec plusieurs intervenants, il est proposé de traiter de la prévention du sida dans le cadre plus large de la santé et en particulier de la santé sexuelle.

**Recommandation 5:** Afin de garantir et d'optimiser la formation, dans chaque institution un intervenant, motivé par la problématique de la PST, pourrait être identifié. Cet intervenant serait formé à la PST et il aurait pour responsabilité de former par la suite ses collègues. Cette formation interne serait répétée au fur et à mesure de l'arrivée de nouveaux collègues. Cela permettrait aussi la discussion entre les intervenants sur la PST.

**Recommandation 6:** Les intervenants doivent être encouragés à améliorer leur savoir-être (travail sur eux-mêmes concernant la sexualité) et leurs facultés de communication dans des situations impliquant de parler de sujets tabous.

**Recommandation 7:** Les problèmes des CD à se protéger viennent de loin, comme les difficultés relationnelles, les problèmes psychiques, l'indifférence au risque. Pour améliorer la PST, il ne faut pas seulement parler de négociation et d'usage du préservatif mais améliorer des aspects de la personnalité du CD pour l'aider à prendre sa vie, sa santé au sérieux, tels qu'améliorer l'estime de soi, les aspects psycho-affectifs, le respect de soi, de son corps, les sensations corporelles, réveiller ses ressources. Le travail spécifique au genre doit être introduit ou poursuivi car les difficultés rencontrées sont différentes en fonction du sexe du CD. Les CD devraient avoir le choix entre des approches individuelles et de groupes.

**Recommandation 8:** Lors des phases actives de consommation, il importe de donner les meilleures conditions pour, dans un premier temps, aider les CD à gérer leur consommation et, dans un deuxième temps, les aider à sortir de cette dépendance. Cela comporte le soutien aux programmes de méthadone ainsi qu'aux programmes de désintoxication. Lors des phases non actives, il s'agit de soutenir les CD, d'améliorer leurs conditions de vie, de les aider à trouver travail et logement.

**Recommandation 9a:** L'approche par des médiateurs (des médiatrices en l'occurrence) pour parler aux prostituées semble prometteuse. Les

femmes vivent des situations de violence et rencontrent souvent des difficultés à imposer le préservatif à leurs clients. Les prostituées n'aiment pas aborder le thème de la PST du fait de ces expériences pénibles. Dans cette étude, presque toutes les femmes qui s'étaient prostituées (ou qui se prostituaient encore) n'avaient jamais parlé de PST avec des intervenants.

**Conclusion 9b:** Il existe des difficultés de collaboration entre intervenants sociaux, médicaux et la police, chacun de ces groupes sociaux ayant encore des préjugés les uns à l'égard des autres.

**Conclusion 10:** Les CD ne sont pas tout le temps réceptifs pour recevoir des consignes de PST.

**Conclusion 11:** La question du sexe de l'intervenant par rapport à celui du CD s'est révélée avoir de l'importance. Tous les CD ne souhaitent pas forcément parler avec quelqu'un du même sexe qu'eux. Certains hommes CD préféreraient parler de PST avec des intervenantes femmes. La moitié des femmes CD préféreraient parler avec des intervenantes mais d'autres femmes CD n'ont pas de préférence. Il y a aussi des intervenants hommes qui se sentent gênés de parler de sexualité avec des femmes CD.

expériences des médiatrices leur permettent d'entrer facilement en contact avec des prostituées CD, de comprendre leurs problèmes et d'éviter tout jugement. Des expériences faites dans le domaine des prostituées migrantes ont donné de bons résultats. Une part importante des intervenants et des CD sont favorables à cette approche. L'idée d'ouvrir dans toutes les institutions un Livre noir, dans lequel les prostituées CD écrivent les expériences et difficultés à se protéger, semble être intéressante.

**Recommandation 9b:** Au niveau des intervenants, la collaboration, malgré ses difficultés, doit être promue, le travail avec la police pour faire respecter les droits des femmes CD prostituées paraissant particulièrement important (voir recommandation 2).

**Recommandation 10:** Il importe pour les intervenants de ne pas être inopportuns et de créer des défenses à ce sujet de la part des CD. Les intervenants peuvent utiliser des moments privilégiés pour parler de la PST. Ceux-ci sont liés à des accidents, tels que rupture de préservatif, grossesse non désirée. Des moments privilégiés peuvent aussi être la création d'un couple ou lorsqu'un CD s'ouvre sur ses difficultés de couple. Ils peuvent aussi partir de l'intérêt des CD pour les hépatites pour susciter une discussion au sujet de la PST. La manière d'aborder ces moments privilégiés devrait être traitée dans le cadre de la formation interne (voir recommandation 5).

**Recommandation 11:** La composition du personnel de toutes les institutions doit comprendre des hommes et des femmes pour pouvoir répondre aux besoins des CD qui peuvent souhaiter un intervenant homme ou une femme pour parler de PST. Les CD devraient avoir la possibilité d'être référés au sein de l'institution à un référent de même sexe.

## 2 ZUSAMMENFASSUNG

### 2.1 EINFÜHRUNG

Drogenkonsumierende sind in der Schweiz von der HIV-/Aidsproblematik immer noch am meisten betroffen. Die Risiken einer Übertragung von HIV/Aids durch die Verwendung nicht steriler Spritzen sind im Rahmen der "Normalisierung" der Epidemie inzwischen unter Kontrolle. Dies gilt jedoch nicht für die Übertragung von HIV/Aids durch Geschlechtsverkehr, der damit künftig zum vorherrschenden Übertragungsweg von HIV/Aids in dieser Population werden könnte.

Für Drogenkonsumierende hängt der Gebrauch des Präservativs oft vom Typ des Partners ab. Drogenkonsumentinnen, die sich prostituieren, benutzen bei Kunden, außer im Falle von Gewaltanwendung, sehr oft ein Präservativ. Bei Gelegenheitspartnern liegt die Gebrauchsfrequenz bei rund 60% (vergleichbar mit der Gesamtbevölkerung). Weit darunter liegt sie dagegen bei Festpartnern (20%). In einer Population mit einer Seroprävalenz von insgesamt 8 bis 23% reicht dieser Satz nicht aus, um Neuinfektionen zu vermeiden.

Das BAG hatte für 1996 hohe Ziele für die Prävention von HIV-/Aidsübertragungen durch Geschlechtsverkehr bei Drogenkonsumierenden festgelegt: Die im Suchtbereich beschäftigten Personen sollten mit 95% der Drogenkonsumierenden über Aidsprävention gesprochen haben, und 90% derjenigen, die Drogen injizieren, sollten sowohl bei gelegentlichen als auch bei regelmäßigen Partnern systematisch ein Präservativ benutzen. Erreicht wurden diese Ziele nicht. Andererseits hatte sich das BAG nicht klar darüber geäußert, mit welchen Mitteln diese Ergebnisse erzielt werden sollten.

Die Prävention der sexuellen Übertragung von HIV/Aids (PST) beschränkt sich derzeit meist auf die Zurverfügungstellung von Präservativen. Dies ist, wie die Ergebnisse zeigen, nicht ausreichend. Die Experten des Gesundheitswesens sind der Ansicht, dass Prävention anhand von individueller Beratung durch Bezugspersonen eine der wichtigsten Achsen innerhalb der Aidsprävention darstellt. Allerdings müssen Personen, die zum Thema der sexuellen Übertragung von HIV/Aids eine Beratungsfunktion ausüben, bestimmte interaktive und fachliche Kenntnisse besitzen. Entsprechende Ausbildungslehrgänge fehlen jedoch bislang.

Andererseits sprechen Drogenkonsumierende nur ungern über ihr Sexualleben, und es kommt vor, dass sie weder die geeignete Einrichtung noch den richtigen Ansprechpartner finden, um sich in diesem Bereich beraten zu lassen. Erschwert wird die Befolgung der PST-Anweisungen auch durch persönliche Eigenschaften der Betroffenen (mangelnde Achtung vor sich selbst und dem eigenen Körper, Angst, Fusionsbedürfnis usw.), sowie durch die Konsequenzen des Drogenkonsums (Leben in einer Notsituation, Fatalismus, fehlendes Durchsetzungsvermögen usw.).

Die Studie hat **zwei Forschungsachsen** verfolgt: Bei der ersten sollte in Erfahrung gebracht werden, wie **Suchtfachleute** ihre Aufgaben bei der Prävention der sexuellen Übertragung von HIV/Aids (PST) wahrnehmen, welche Probleme sie dabei antreffen und wie sie besser mit ihnen umgehen könnten. Bei der zweiten Forschungsachse ging es um die Erfahrungen, die

**Drogenkonsumierende** machen, wenn sie zur Prävention der sexuellen Übertragung von HIV-/Aids Rat suchen, und um ihre diesbezüglichen Bedürfnisse. Dabei wurden auch die Schwierigkeiten beachtet, die Drogenkonsumierende bei der Befolgung der Präventionsanweisungen zur sexuellen Übertragung von HIV/Aids antreffen, wobei geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt wurden.

Der qualitative Ansatz war die bestgeeignete Methode, um die Schwierigkeiten und Bedürfnisse von Suchtfachleuten und Drogenkonsumierenden genauer kennenzulernen. Für den **qualitativen und explorativen Forschungsansatz** sprach zunächst auch die geringe Anzahl der in diesem Bereich verfügbaren Daten (sowohl national als auch international gesehen). Es wurden zwei Methoden verwendet:

- **Focus Groups** in der Romandie (n=3) und der Deutschschweiz (n=4), verteilt auf vier Kategorien von Suchtfachleuten, die in den aktivsten Einrichtungen zur Unterstützung von und Entzugshilfe für Drogenkonsumierende tätig sind (Fachpersonal in niedrigschwelligen, ambulanten und stationären Einrichtungen sowie im Bereich Prostitution). Insgesamt haben 41 Suchtfachleute an den Focus Groups teilgenommen.
- **Semi-direktive Interviews** in beiden Sprachgebieten mit Drogenkonsumierenden aus jeder an den Focus Groups beteiligten Einrichtungskategorie (28 Interviews). Diese Methode eignet sich am besten, wenn es um komplexe, heikle Themen geht, die eine gewisse Introspektion erfordern.

Die Ergebnisse der Focus Groups und Interviews wurden anhand der klassischen Methode der Inhaltsanalyse untersucht.

## 2.2 SYNTHESE DER FOCUS GROUPS

Die Suchtfachleute der meisten Focus Groups gaben an, dass PST für sie ein wichtiges Problem darstellt. Die Maßnahmen bestehen vorrangig aus Einzelinterventionen (in Form von Informationsweitergabe oder Diskussionen). In einigen Institutionen wurden Gruppeninterventionen eingerichtet. SuchtmitarbeiterInnen, die PST für sehr wichtig halten, sind in diesem Bereich besonders aktiv; diejenigen, die von ihrer Bedeutung nicht so überzeugt sind, tun nur wenig oder delegieren die Aufgabe.

Die Suchtfachleute nannten ein umfassendes Spektrum an Faktoren, die ihnen die PST erschweren. Die Banalisierung der Epidemie, der Rückgang der Aidsfälle sowie die Existenz der Tritherapien sind für die Aufrechterhaltung eines hohen Grades an Schutzmaßnahmen unter den Drogenkonsumierenden nicht förderlich und bilden keine nennenswerte Motivation für die SuchtmitarbeiterInnen, Prävention zu betreiben. Auch materielle Probleme behindern die PST-Arbeit: Es fehlt teilweise an Einrichtungen für die Betreuung Drogenkonsumierender, bestimmte Räumlichkeiten sind ungeeignet, und das Fachpersonal ist oft überlastet. Konkreter ausgedrückt, wissen die MitarbeiterInnen bei der Ausübung ihrer Arbeit nicht, ob ihre Kollegen PST betreiben und wie sie dabei vorgehen. Oft sind ihnen auch die anderen Akteure des Netzwerks nicht bekannt.

Den Schwierigkeiten bei dieser Art von Prävention stehen Suchtfachleute gegenüber, die nicht immer die notwendigen Kompetenzen besitzen, um wirksame Arbeit zu leisten. Das Ausbildungsangebot für Personal im Suchtbereich ist vielfältig, und das Wissen zum Thema PST ist

ungleich verteilt. Dieses Phänomen wird noch dadurch verstärkt, dass die Fort- und Weiterbildung in der Verantwortung des Einzelnen liegt. PST berührt verschiedene Tabus in unserer Gesellschaft, wie Sexualität, Tod, Prostitution. Im Suchtbereich tätige Personen sind von diesen Tabus nicht ausgeschlossen. Auch erfordert es viel Feingefühl, mit Drogenkonsumierenden über PST zu sprechen. Die Suchtfachleute haben oft den Eindruck, dass ihnen die Drogenkonsumierenden nicht die ganze Wahrheit sagen, und dass ihre Arbeit ohnehin nur begrenzt wirksam ist.

Nach Aussage der Suchtfachleute verfolgen Drogenkonsumierende alle möglichen Strategien, um die PST-Arbeit zu erschweren. Nur selten sprächen sie spontan darüber, und um Diskussionen aus dem Weg zu gehen, antworteten sie, sie schützten sich. Sexualität ist auch für sie ein Tabuthema. Die Suchtfachleute sind der Ansicht, dass Drogenkonsumierende in der aktiven Konsumphase vorrangig mit der Suche nach Stoff beschäftigt und daher für Gespräche über PST nicht empfänglich sind. Oft bringen die Drogenkonsumierenden den Suchtfachleuten nicht genügend Vertrauen entgegen, um mit ihnen über Themen zu sprechen, die sie für intim halten. Drogenkonsumierende haben mit zahlreichen persönlichen Problemen zu kämpfen, die sie davon abhalten, sich wirksam gegen Aids zu schützen: Nicht selten geht ihre Sucht mit psychischen Problemen einher, sie haben Missbräuche erlebt, kommen nicht mit dem anderen Geschlecht zurecht, stehen dem Risiko gleichgültig gegenüber oder schämen sich zuzugeben, dass sie sich nicht geschützt haben.

Zur Behebung dieser Schwierigkeiten wurden zahlreiche Vorschläge gemacht, die das ganze Spektrum möglicher Maßnahmen zur Verbesserung der PST abdecken. Einige Einrichtungen haben bereits verschiedene Verbesserungsvorschläge umgesetzt: Besonders in der deutschsprachigen Schweiz wurde mit geschlechtsspezifischer Arbeit begonnen, des weiteren treffen sich Suchtfachleute zum Austausch, und es gibt erste Ansätze einer Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und der Polizei. In der Romandie wurden zur Verbesserung der PST Lehrkurse für Drogenkonsumierende organisiert (z.B. wie man ein Präservativ benutzt). Zudem wird bei Drogenkonsumierenden nachgeforscht, wie ihrer Ansicht nach die PST verbessert werden könnte. Einige Suchtfachleute haben eine spezifische PST-Ausbildung erhalten oder persönliche Arbeiten zum Thema Sexualität durchgeführt.

Angesichts der Banalisierungsgefahr der Aids-Epidemie schlugen die Suchtfachleute in allen Focus Groups vor, dass die allgemeinen Kampagnen zur Aidsprävention fortgesetzt und dass weitere, spezifischere Kampagnen durchgeführt werden.

Einige Suchtfachleute klagten über das Fehlen bestimmter Einrichtungen. Die Teilnehmer der Focus Group Prostitution in der Deutschschweiz sind der Ansicht, dass noch Einrichtungen für weibliche Prostituierte fehlen. In der romanischen Schweiz drückten Suchtfachleute den Wunsch nach einem Fixerraum (in der romanischen Schweiz noch nicht vorhanden), einer Anlaufstelle für Drogenkonsumierende und einer spezifischen Einrichtung für PST aus. Über Personalmangel wird vor allem in der Focus Group Niedrigschwellige Einrichtungen in der Deutschschweiz geklagt. Dazu sei vermerkt, dass die Suchtfachleute dieser Focus Group eher negative Vorstellungen von der PST hatten, die sich möglicherweise z.T. mit Arbeitsüberlastung und Überdruß erklären lassen. Ihr Vorschlag wäre, dass eine Person während der gesamten Öffnungsdauer der Einrichtung für Fragen der PST verantwortlich wäre, ohne sich anderen praktischen Aufgaben widmen zu müssen.

Ein wichtiges, von mehreren Suchtfachleuten hervorgehobenes Problem besteht darin, dass PST nicht regelmäßig oder gar nicht betrieben wird, was insbesondere auf die Fluktuation der Dro-

genkonsumierenden und der Suchtfachleute zurückzuführen ist, aber auch darauf, dass es keinen PST-Verantwortlichen gibt. Hinzu kommt, dass keine gemeinsame Definition von PST vorliegt, dass PST in den Leistungsvorschriften oft nicht auftaucht und dass die Suchtfachleute untereinander selten darüber sprechen, wie sie dieses Problem mit den Drogenkonsumierenden angehen. Teilnehmer der Focus Groups sind der Ansicht, dass man den im Suchtbereich Tätigen bei dieser schwierigen Aufgabe helfen sollte, indem man sie hierfür sensibilisiert und mit besseren Kenntnissen ausstattet. Ebenso wird vorgeschlagen, sich auf eine gemeinsame, allgemein bekannte Definition zu einigen. Die Teilnehmer der Focus Groups Ambulante Einrichtungen schlagen vor, untereinander über ihre PST-Arbeit zu diskutieren. In den Versammlungen könnten sie zudem über schwierige Fälle (unter dem Aspekt der PST) sprechen und nach dem Prinzip vorgehen, dass beim Gespräch über einen Drogenkonsumierenden immer auch dessen Sexualleben berücksichtigt werden soll.

Die Unkenntnis des Netzwerks wird ebenfalls als ein wichtiges Problem genannt. In den romanischen Focus Groups Ambulante und Stationäre Einrichtungen sowie in derjenigen der Prostitution schlagen die Suchtfachleute vor, als erstes die Kompetenzen innerhalb ihrer eigenen Einrichtungen besser kennenzulernen und anschließend auch mehr Kenntnisse über das ganze Netzwerk zu erlangen. Ihrer Ansicht nach sollte der Austausch zwischen den Einrichtungen verbessert werden, Informationen über Drogenkonsumierende, die von einer Einrichtung in die andere überwechseln, sollten weitergeleitet und es sollte über das Gesamtangebot einer Region berichtet werden. Daneben wünschen die Suchtfachleute einen Austausch mit der Polizei, die sie über die Schwierigkeiten der Drogensüchtigen informieren und mit der sie zusammenarbeiten möchten.

Als Maßnahme gegen die rückläufige Motivation der Drogenkonsumierenden, sich zu schützen und über PST zu diskutieren, schlagen die Suchtfachleute attraktivere Ansätze wie Comics, Video-Clips oder Filme vor. Ebenso soll eine Verbindung zwischen PST und dem Problem der Gesundheit im allgemeinen hergestellt werden, d.h. mit der Prävention anderer sexuell übertragbarer Krankheiten und Hepatitis (welche die Drogenkonsumierenden derzeit stark beschäftigt), aber auch mit Empfängnisverhütung. Einige Suchtfachleute sind auch der Ansicht, dass sie ihre Fähigkeiten der Gesprächsführung verbessern müssen, wenn sie mit Drogenkonsumierenden überzeugender über diese Themen sprechen wollen.

Die Suchtfachleute sind sich bewusst, dass Drogenkonsumierende viele Probleme mit dem anderen Geschlecht haben, dass es ihnen schwer fällt, in allen Beziehungsarten (stabile Beziehung, Gelegenheitspartner, Prostitution) den Gebrauch des Präservativs durchzusetzen, dass sie sexuelle Probleme haben (Erektionsschwierigkeiten) oder dass sie in der Kindheit oder später traumatische Erlebnisse hatten. Alle diese Schwierigkeiten bergen zahlreiche, mit dem Geschlecht des Drogenkonsumierenden im Zusammenhang stehende Aspekte. Alle Focus Groups der Deutschschweiz sowie die Focus Group Stationäre Einrichtungen in der Romandie schlagen vor, in nach Geschlecht getrennten Diskussionsgruppen geschlechtsspezifische Arbeit mit den Drogenkonsumierenden zu betreiben (mehrere Einrichtungen in der Deutschschweiz und eine stationäre Einrichtung in der romanischen Schweiz haben bereits solche Gruppen ins Leben gerufen). Frauen sollten lernen, sich in ihren Beziehungen durchzusetzen, sich nicht mehr als Opfer zu sehen und sich um ihren Körper zu kümmern. Männer sollten dazu gebracht werden, Empfängnisverhütung nicht mehr ausschließlich als Frauensache anzusehen.

Das Fachpersonal der ambulanten und stationären Einrichtungen ist der Ansicht, dass die Verbesserung der PST auch über die Therapie läuft: Verbesserung des Selbstwertgefühls, Weckung von persönlichen Ressourcen, Selbstachtung und körperlichen Empfindungen.

### 2.3 SYNTHESE DER INTERVIEWS

Die Konsumdauer schwankt bei den interviewten Drogenkonsumierenden zwischen 6 und 20 Jahren; ein Großteil von ihnen konsumiert seit mehr als 10 Jahren. Die meisten der interviewten Personen konsumierten im Zeitraum der intensivsten Präventionsarbeit zu HIV/Aids illegale Drogen. In den 90er Jahren zielte die Präventionsarbeit im Suchtbereich vorrangig auf die intravenöse Übertragung von HIV/Aids ab. Hinsichtlich der sexuellen Übertragung wurden nicht Drogenkonsumierende, sondern die Gesamtbevölkerung angesprochen. Man kann somit behaupten, dass die sexuelle Übertragung von HIV/Aids gewissermaßen das Stiefkind der HIV-/Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden war. Dieses Element hat möglicherweise dazu beigetragen, dass Drogenkonsumierende die BAG-Anweisungen von 1993 zur Prävention der sexuellen Übertragung weniger befolgen.

In der Tat befürworteten zwar alle interviewten Drogenkonsumierenden den Gebrauch des Präservativs beim Geschlechtsverkehr mit Gelegenheitspartnern, aber die Hälfte von ihnen lehnt dies beim Verkehr mit einem festen Partner ab. Für mehrere Drogenkonsumierende stellt die Nicht-Verwendung eines Präservativs einen Vertrauensbeweis und ein Liebesgeschenk an den Partner dar. Zudem wird das Präservativ als genusshemmend und als unangenehme Unterbrechung des spontanen Liebesspiels empfunden. Häufig geben die Drogenkonsumierenden an, dass sie sich befangen fühlen und Schwierigkeiten haben, mit dem Partner über die Verwendung eines Präservativs zu sprechen. Oder sie fürchten, ihr Partner könne ärgerlich werden und sie verlassen. Somit ist der fehlende Schutz gegen HIV/Aids ein Zeichen des Vertrauens zum Partner, aber auch mangelnden Selbstvertrauens.

Besonders Frauen, die sich im Verlauf ihres Lebens prostituiert haben, lehnen die Verwendung eines Präservativs innerhalb einer Partnerschaft ab, da es hier für sie um das Vertrauen zum Partner geht. Es ist also anzunehmen, dass die Nicht-Verwendung des Präservativs für Frauen, die sich prostituieren, u.a. ein Mittel darstellt, verschiedene Arten des Geschlechtsverkehrs voneinander abzugrenzen und das Etikett der Prostituierten abzulegen. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass die Präventionsarbeit im Bereich der Prostitution oft auf die Beziehung Prostituierte - Kunden beschränkt war, wobei die Beziehungen zum festen Partner vergessen wurden.

Die Empfehlungen des BAG von 1993 werden von den Drogenkonsumierenden nicht ernsthaft befolgt. Alles in allem werden Präservative beim Geschlechtsverkehr mit Kunden, Gelegenheitspartnern und Festpartnern in abnehmender Reihenfolge verwendet. Zu dieser Schlussfolgerung gelangte auch die letzte Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz.

Wie bereits festgestellt, sehen die Drogenkonsumierenden im Präservativ einen Störfaktor für den Geschlechtsverkehr und die Liebesbeziehung. Des Weiteren gibt mehr als die Hälfte der Befragten an, dass die Lebensbedingungen und die Prioritäten Drogenkonsumierender die PST beträchtlich erschweren. In Zeiten starken Konsums ist die Beschaffung der Droge lebensbestimmend. Der damit einhergehende Notstand, das Chaos und die Verzweiflung sind bedeu-

tende Hindernisse für die Umsetzung der PST. Zum einen ist alles, was nicht direkt mit der Droge im Zusammenhang steht, zweitrangig, zum anderen macht die Aussichtslosigkeit Drogenkonsumierende, die sich in einer Phase starken Konsums befinden, unsensibel gegenüber Präventivmassnahmen.

Kokainkonsum stellt eine besondere Gefahr dar, weil er in eine sehr gefährliche Abhängigkeit führt: Der Geldbedarf ist noch höher als bei anderen Drogen, und die Verhaltensweisen sind noch schwerer zu kontrollieren. Kokain führt Frauen offensichtlich häufig in die Prostitution; das heftige Verlangen nach der Droge bringt ein höheres Risiko mit sich, den Forderungen nach ungeschütztem Verkehr nachzugeben. In der Tat bestätigt ein Großteil der interviewten Drogenkonsumierenden, dass Kunden zuweilen ungeschützten Geschlechtsverkehr fordern und dafür eine höhere Entlohnung bieten. Drogenkonsumentinnen, die sich prostituieren, geben dann manchmal nach, wenn das Bedürfnis nach der Droge besonders stark ist.

Die Annahme, Drogenkonsumierende kümmern sich überhaupt nicht um die Vermeidung einer sexuellen Übertragung von HIV/Aids, ist falsch: Mehrere von ihnen verfolgen Strategien der Risikokontrolle, auch wenn sie sie nicht ihr ganzes Leben lang konsequent durchhalten. Allein die Tatsache, sich je nach Partnertyp für oder gegen den Gebrauch des Präservativs zu entscheiden, setzt eine gewisse Reflexion über das Risiko voraus. Eine weitere Strategie, angewendet von Drogenkonsumierenden mit sicherem Konsum, besteht darin, auf das Präservativ erst zu verzichten, wenn die Seronegativität des Partners erwiesen ist.

Die sexuellen Erfahrungen der Drogenkonsumierenden hinsichtlich des Typs und der Anzahl der Partner sind ebenso heterogen wie die Dauer der Beziehungen und der sexuellen Abstinenz. Regeln oder präventive Verhaltensweisen, die allen Interviewten gemeinsam wären, gibt es nicht. Hieraus kann geschlossen werden, dass die BAG-Anweisungen von 1993 wenig realistisch, weil zu absolut und kaum differenziert waren, wobei die Vorstellungen und Realitäten der Drogenkonsumierenden unberücksichtigt blieben. Andere Präventivmaßnahmen wären theoretisch möglich - so z.B. erwiesene Seronegativität und sicherer Konsum als Voraussetzung für den Verzicht auf das Präservativ - doch sie werfen zahlreiche Fragen auf: Wie oft soll man sich dem Test unterziehen, wie soll die Empfängnisverhütung gewährleistet werden, und wie soll man sich gegen noch ansteckendere Viren wie Hepatitisviren schützen? In der Tat wird der Zusammenhang zwischen diesen Faktoren von den Drogenkonsumierenden noch längst nicht voll erkannt.

Aus diesen Reflexionen folgt, dass nur eine individualisierte, professionelle Beratung alle genannten Aspekte berücksichtigen und Drogenkonsumierenden auf differenzierte Weise helfen könnte.

Für eine personalisierte Fachberatung spricht auch die Tatsache, dass sich Drogenkonsumierende durch zu absolute und globale Anweisungen diskriminiert fühlen könnten. Mehreren Drogenkonsumierenden ist daran gelegen, mit demselben Maßstab gemessen zu werden wie die Gesamtbevölkerung, in der die Anzahl der Seropositiven, so ihr Argument, zugenommen habe, während sie bei den Drogenkonsumierenden zurückgegangen sei. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumierenden wesentlich höher ist als in der Gesamtbevölkerung, was das Risiko einer Übertragung durch Geschlechtsverkehr bei Drogenkonsumierenden erheblich verstärken dürfte.

Individuelle Beratung bietet offenbar den besten Rahmen für PST, doch für die interviewten Drogenkonsumierenden ist sie nicht immer eine Realität. Die meisten Befragten konsumieren Drogen bereits seit relativ langer Zeit und haben schon verschiedene Einrichtungen für Drogenkonsumierende in Anspruch genommen. Zudem sind alle interviewten Personen in solchen

Einrichtungen rekrutiert worden, müssen also mit Personen Kontakt gehabt haben, die im Suchtbereich arbeiten und mit denen sie über PST hätten sprechen können. Dennoch gibt rund ein Fünftel der Interviewten an, niemals mit Fachleuten über PST diskutiert zu haben, und ein weiteres Fünftel sagt aus, keine tiefergehenden Diskussionen gehabt zu haben. Mehrere Interviews lassen eine gewisse Befangenheit der Befragten beim Gespräch über PST und Sexualität erkennen, und zwar nicht nur Fachleuten, sondern auch Personen des eigenen Umfelds gegenüber. Generell haben die Personen, die wenig mit Fachleuten diskutiert haben, auch wenig in ihrem Umfeld darüber gesprochen. Man könnte also annehmen, dass die Tatsache, mit einer Fachperson über PST gesprochen zu haben, auch die Diskussion mit anderen Personen erleichtert.

Hinsichtlich der Erfahrungen mit der PST-Beratung wurden große Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen festgestellt: Die interviewten Drogenkonsumierenden, die angaben, mit Fachleuten Diskussionen über PST gehabt zu haben, stammten zum Großteil aus dem stationären Umfeld. Oft handelt es sich um von Ärzten abgehaltene Informationskurse oder -sitzungen mit anschließender Gruppendiskussion, wobei das Zusammenleben mit seropositiven Personen das meistbehandelte Thema darstellt. Häufig finden persönlichere Gespräche über PST statt, wenn in der stationären Einrichtung eine neue Partnerschaft entsteht. Mehrere Drogenkonsumierende haben mit Bezugspersonen der Methadonprogramme über PST gesprochen, wobei es sich um tiefergehende Diskussionen oder auch nur um die Weitergabe von Information handelte. In allen Fällen zeigen die Fachleute, dass sie bereit sind, über PST zu sprechen. Ärzte in Privatpraxen gelten meist nicht als geeignete Gesprächspartner für eine eingehende Erörterung von Fragen der PST, weil die Beziehung Patient - Arzt für solche Gespräche nicht förderlich ist. Im niedrigschwelligen Umfeld bilden diese Diskussionen offenbar eher die Ausnahme, denn nur zwei Drogenkonsumierende geben hier an, über PST gesprochen zu haben. Im übrigen hat in diesem Rahmen nur ein einziger interviewter Drogenkonsumierender spontan bemerkt, dass die Fachleute eine aktivere Rolle spielen könnten, während dieser Vorschlag von Drogenkonsumierenden, die sich in einer stationären Einrichtung befinden oder ein Substitutionsprogramm mit Methadon befolgen, häufiger gemacht wird.

Die Hälfte der interviewten Personen ist nicht daran interessiert, mit Fachleuten über PST zu diskutieren, da sie sich für gut informiert hält und der Ansicht ist, keine individuelle Beratung mehr zu brauchen. Einige Frauen lehnen eine Diskussion mit Fachleuten rundweg ab, weil sie finden, dass diese Themen nur sie selbst etwas angehen. Diese Verweigerung von Diskussionen, die als Einmischung ins Privatleben angesehen werden, wurde ausschließlich bei Drogenkonsumentinnen und in drei von vier Fällen bei weiblichen Prostituierten vorgefunden. Insgesamt haben vor allem Frauen, die sich im Laufe ihres Lebens prostituiert haben, insbesondere in der romanischen Schweiz, weder mit Fachleuten noch in ihrem Umfeld je über PST diskutiert und stehen daher mit ihren Problemen und Erfahrungen allein da. Diese Frauen haben sehr oft Schmerz und Leid erlebt (Vergewaltigung, körperliche Angriffe, Verlassenwerden, Enttäuschungen ...), was Diskussionen über PST äußerst schwierig macht: Zum einen haben sie Angst vor Negativurteilen, zum anderen sprechen sie nicht gern über Erfahrungen, die sie lieber vergessen würden. Es ist interessant festzustellen, dass die große Mehrheit der Drogenkonsumentinnen, die sich prostituiert haben - was übrigens bei der Hälfte der interviewten Personen der Fall ist - den Einsatz von Mediatoren befürworten, die selbst drogensüchtig sind (oder waren), da so auf Grund der größeren Nähe und der ähnlichen Erfahrungen ein besseres Verständnis gewährleistet ist, was tiefergehende Diskussionen ermöglicht.

Die Hälfte der interviewten Frauen und ein Drittel der Männer ziehen für Gespräche über PST und Sexualität allgemein weibliche Gesprächspartner vor, ob vom Fach oder nicht. Frauen hätten mehr Berührungspunkte mit Drogenkonsumentinnen, könnten sich besser an ihre Stelle versetzen und sie verstehen. Die Männer, die eine Gesprächspartnerin vorziehen, geben an, es falle ihnen leichter, über intime Themen mit Frauen zu sprechen. Aber auch andere Elemente sind für mehrere Drogenkonsumierende - vor allem Frauen - Voraussetzungen für das offene Gespräch mit Fachleuten, so z.B. die Tatsache, ungezwungen sein zu dürfen und eine gute Vertrauensbasis zu haben. Die Fachperson darf ihrerseits keinen Druck ausüben oder moralisieren.

Unter Berücksichtigung all dieser Elemente muss festgestellt werden, dass die Suchtfachleute bei der individuellen PST-Beratung keine leichte Aufgabe haben: Die eingehende Kenntnis der verschiedenen Realitäten, insbesondere der Prostitution, sowie beträchtliche Kommunikationsfähigkeiten sind unverzichtbar.

Zur Frage der Verbesserungsvorschläge der PST bei Drogenkonsumierenden antwortet rund die Hälfte der Interviewten mit Vorschlägen für die Gesamtbevölkerung, ohne spezifische Interventionen für Drogenkonsumierende zu berücksichtigen. Geraten wird insgesamt zu einer Fortsetzung der breit angelegten Sensibilisierungs- und Informationsarbeit mit Hilfe der in der Schweiz bereits eingesetzten Methoden wie Poster, Broschüren und Aufklärung in den Schulen. Diese sehr allgemeinen Vorschläge lassen eine gewisse Forderung seitens der Drogenkonsumierenden erkennen, nicht wie "andere" Menschen, sondern als Teil der Gesamtbevölkerung behandelt zu werden. Andererseits zeigt das Fehlen spezifischer Vorschläge auch das Unvermögen der Drogenkonsumierenden, mehr für die Umsetzung der PST zu tun. So sind mehrere interviewte Personen der Ansicht, die Präventionsinitiativen hätten bereits viel getan, das Wissen sei erlernt, und seine Anwendung hänge nunmehr von der Verantwortung jedes Einzelnen ab. Selbstachtung und Lebensbedingungen sind für einige Drogenkonsumentinnen wichtige Elemente für die Verbesserung der PST. Sie sollten daher von den Fachleuten berücksichtigt werden.

## 2.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

**Schlussfolgerung 1:** Der Kontext der Aids-Epidemie hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert. Die Aidsfälle sind, insbesondere bei Drogenkonsumierenden, stark zurückgegangen, und die aktuellen Trithérapien sind eine wirksame Behandlungsform. Dies führt zu einer verminderten Risikowahrnehmung, und Drogenkonsumierende wie Suchtfachleute werden des Themas allmählich überdrüssig. Bei ihren Maßnahmen zur Aidsprävention haben die Suchtfachleute den Schwerpunkt auf die Prävention der Übertragung durch Spritzen gelegt. Einerseits ist diese Art der Prävention leichter, weil sie nicht in den Bereich der Sexualität und der Gefühle eindringt; in der Tat wurde dieses Risiko in sämtlichen Kampagnen zur Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden aufgezeigt. Andererseits glaubte man lange Zeit, Drogenkonsumierende hätten keine sexuellen Beziehungen, so dass entsprechende Präventionsarbeit nicht prioritär sei. Dagegen zeigen verschiedene neuere Studien wie diese, dass die meisten Drogenkonsumierenden ein Sexualleben haben und besonders gefährdet sind, weil die Seropositivitätsrate hoch ist (auch ihre Partner konsumieren oft Drogen) und viele von ihnen der Prostitution nachgehen.

**Schlussfolgerung 2:** Vom Fachpersonal hängt es nicht nur ab, wie mit PST umgegangen wird, sondern auch, ob überhaupt Präventionsarbeit stattfindet und wie oft. Einige Einrichtungen behandeln dieses Problem gar nicht, andere sind sehr aktiv. In den meisten Einrichtungen ist nicht bekannt, was in anderen Einrichtungen der Region unternommen wird.

**Schlussfolgerung 3:** PST-Arbeit findet noch in zu geringem Maße statt und hängt vom Typ der Einrichtung ab (niedrigschwellig, ambulant, stationär). Einige Einrichtungen, z.B. die niedrigschwelligen, haben zuweilen Mühe, PST zu betreiben, weil es an Personal und

**Empfehlung 1:** Die Präventionskampagnen für die Gesamtbevölkerung müssen fortgesetzt werden, damit das allgemeine Bewusstsein um die Problematik der Aids-Epidemie aufrechterhalten wird. Diese Kampagnen erreichen auch Drogenkonsumierende, die sich nicht als andere Menschen sehen oder sich durch Kampagnen, welche auf ihre eigenen Probleme zugeschnitten sind, diskriminiert fühlen. Dieser Vorschlag findet bei Suchtfachleuten wie Drogenkonsumierenden Zustimmung. Andere Kampagnen könnten auf die Problematik der Trithérapien sowie auf die Kunden von Prostituierten zugeschnitten werden.

**Empfehlung 2:** Es ist wichtig, dass sich die Fachleute bereits innerhalb ihrer Institution über die Präventionsarbeit austauschen und darüber diskutieren, wie sie sich angesichts verschiedener Situationen verhalten. Zusätzlich könnten Aktionen durchgeführt werden, damit sich auch die MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen besser kennenlernen (Treffen, Workshops).

**Empfehlung 3:** Suchtfachleute müssen PST als eine Priorität anerkennen. Sämtliche Einrichtungen sollten Leistungsvorschriften haben, die auch PST umfassen, denn der institutionelle Ansporn bringt eine Intensivierung der Präventionsarbeit seitens der

Räumlichkeiten fehlt. In Einrichtungen, deren Leistungsvorschriften auch PST umfassen, findet intensivere Präventionsarbeit statt.

**Schlussfolgerung 4:** Die Aids-Epidemie tritt in eine Banalisierungphase ein, die zu einem Neuanstieg der Infektionen führen könnte. Zudem ist an mehreren Focus Groups erkennbar geworden, dass hinsichtlich von PST Definitionsprobleme bestehen. Suchtfachleute stellen zwischen der PST-Problematik und Fragen von Empfängnisverhütung und Geschlechtskrankheiten keine Verbindung her.

**Schlussfolgerung 5:** Nicht alle Einrichtungen bieten eine optimale PST-Ausbildung. Zudem sind die Grundausbildungen der Suchtfachleute sehr verschieden. Fort- und Weiterbildung liegen oft in der Verantwortung des Einzelnen, was zu erheblichen Wissensunterschieden führt.

**Schlussfolgerung 6:** PST berührt diverse Tabuthemen unserer Gesellschaft, wie Sexualität, Tod und Prostitution. Suchtfachleute treffen bei der Interaktion mit Drogenkonsumierenden auf Probleme, weil letztere verächtliche, herabwertende und moralisierende Einstellungen zeigen.

**Schlussfolgerung 7:** Die Verwendung des Präservativs wird bei Drogenkonsumierenden durch emotionale Probleme in der Partnerschaft erschwert. Wegen mangelnder Selbstachtung, zuweilen aber auch aus Angst, den Partner zu verlieren, verzichten einige von ihnen darauf, den Gebrauch des Präservativs durchzusetzen. Kommunikationsprobleme sind in der Partnerschaft ebenfalls bedeutsam. Für Frauen, die der Prostitution nachgehen, ist die Nicht-Verwendung eines Präservativs

Akteure mit sich. Daneben sollte auch geplant werden, in einigen Einrichtungen mehr Personal einzustellen, Arbeitszeit für PST freizumachen und geeignetere Räumlichkeiten zu finden.

**Empfehlung 4:** Zur Fortsetzung der Prävention in diesem Bereich müssen attraktive Ansätze gefunden werden. Seitens der Suchtfachleute werden Comics, Videos und Kurzfilme vorgeschlagen. Zudem wird in Übereinstimmung mit mehreren Suchtfachleuten der Vorschlag gemacht, die Aids-Prävention in den breiteren Rahmen der Gesundheit, vor allem der sexuellen, zu stellen.

**Empfehlung 5:** Um die Ausbildung der Suchtfachleute zu gewährleisten und zu optimieren, könnte in jeder Einrichtung eine Person identifiziert werden, die sich motiviert fühlt, an der PST-Problematik zu arbeiten. Diese Person würde eine PST-Ausbildung erhalten und wäre dafür verantwortlich, ihrerseits die Kollegen auszubilden. Diese interne Ausbildung würde bei jeder Ankunft neuer Kollegen wiederholt. So würde unter den MitarbeiterInnen auch die Diskussion über PST gefördert.

**Empfehlung 6:** Die Suchtfachleute müssen ermuntert werden, persönliche Fähigkeiten (Arbeit an sich selbst zum Thema Sexualität) zu verbessern und in Situationen, in denen es um Tabuthemen geht, kommunikationsfähiger zu sein.

**Empfehlung 7:** Die Schwierigkeiten der Drogenkonsumierenden, sich zu schützen, hängen mit anderen Problemen zusammen, so mit Kontaktschwierigkeiten, psychischen Problemen und Gleichgültigkeit gegenüber dem Risiko. Zur Verbesserung der PST-Arbeit reicht es nicht, über das Sich-Durchsetzen und den Gebrauch des Präservativs zu sprechen. Vielmehr muss auch an bestimmten persönlichen Aspekten des Drogenkonsumierenden angesetzt werden, um ihm zu helfen, sein

manchmal eine symbolische Art, die Bedeutung der Beziehung zu zeigen.

**Schlussfolgerung 8:** Exzessiver Konsum psychotropischer Substanzen, insbesondere von Kokain, wirkt sich negativ auf die PST aus. An oberster Stelle steht für Drogenkonsumierende in der aktiven Konsumphase nicht die Aids-Prävention, sondern die Suche nach Stoff. Andererseits kommt Geschlechtsverkehr nur selten vor. In Zeiten des nicht-aktiven Konsums stellt sich die Libido wieder ein, und die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs steigt.

**Schlussfolgerung 9a:** Ein Großteil der Drogenkonsumentinnen durchläuft Perioden der Prostitution; in der vorliegenden Studie waren es zwei Drittel. Diese Frauen erleben Gewaltsituationen und haben oft Schwierigkeiten, den Gebrauch des Präservativs ihren Kunden gegenüber durchzusetzen. Prostituierte sprechen wegen dieser unangenehmen Erfahrungen nicht gern über PST. In der vorliegenden Studie hatte fast keine der Frauen, die sich prostituiert hatten (oder es noch taten) je mit Fachleuten über PST gesprochen.

**Schlussfolgerung 9b:** Die Zusammenarbeit zwischen den im sozialen und medizinischen Bereich Tätigen sowie der Polizei gestaltet sich auf Grund der wechselseitigen Vorurteile

Leben und seine Gesundheit ernst zu nehmen: das Selbstwertgefühl und die psycho-emotionalen Aspekte, die Achtung vor sich selbst und dem eigenen Körper, körperliche Empfindungen, die Weckung der eigenen Ressourcen. Da die auftauchenden Schwierigkeiten je nach Geschlecht des Drogenkonsumierenden unterschiedlich sind, muss geschlechtsspezifische Arbeit eingeführt oder fortgesetzt werden. Drogenkonsumierende sollten zwischen dem Individual- und dem Gruppenansatz wählen können.

**Empfehlung 8:** Es ist wichtig, in den aktiven Konsumphasen der Drogenkonsumierenden die besten Voraussetzungen zu schaffen, um ihnen zunächst einmal zu helfen, ihren Konsum zu kontrollieren, und anschließend, aus der Sucht auszusteigen. Dazu gehört auch die Unterstützung der Methadon- und der Entziehungsprogramme. In den nicht-aktiven Phasen gilt es, Drogenkonsumierenden zu helfen, ihre Lebensbedingungen zu verbessern und sie bei der Suche nach Arbeit und Wohnung zu unterstützen.

**Empfehlung 9a:** Der Einsatz von Mediatoren (hier Mediatorinnen) für das Gespräch mit Prostituierten scheint vielversprechend. Mediatorinnen dürfte es auf Grund ihrer Erfahrungen leichter fallen, mit den Prostituierten unter den Drogenkonsumentinnen in Kontakt zu treten, ihre Probleme zu verstehen und Negativurteile zu vermeiden. Erfahrungen mit ausländischen Prostituierten haben gute Ergebnisse gebracht. Suchtfachleute wie Drogenkonsumierende begrüßen diesen Ansatz weitgehend. Die Idee, in allen Einrichtungen ein Schwarzes Buch einzuführen, wo Prostituierte ihre Erfahrungen und Schwierigkeiten beim Ansteckungsschutz festhalten können, scheint interessant.

**Empfehlung 9b:** Trotz aller Schwierigkeiten muss die Zusammenarbeit unter den beteiligten Personen gefördert werden. Wichtig scheint hier besonders die Arbeit mit

dieser Gesellschaftsgruppen schwierig.

**Schlussfolgerung 10:** Drogenkonsumierende sind für PST-Anweisungen nicht immer empfänglich.

**Schlussfolgerung 11:** Das Geschlecht des Suchtmitarbeiters im Verhältnis zu dem des Drogenkonsumierenden spielt offenbar eine wichtige Rolle. Nicht alle Drogenkonsumierenden möchten automatisch mit einem Vertreter des eigenen Geschlechts sprechen. Einige männliche Drogenkonsumenten sprechen lieber mit weiblichen Gesprächspartnern über PST. Die Hälfte der Drogenkonsumentinnen zieht weibliche Fachleute vor; die anderen haben keine Präferenz. Ebenso kommt es vor, dass sich männliche Suchtfachleute genieren, mit Drogenkonsumentinnen über Sexualität zu sprechen.

der Polizei zur Verteidigung der Rechte von Drogenkonsumentinnen, die sich prostituieren (siehe Empfehlung 2).

**Empfehlung 10:** Wichtig ist, dass Suchtfachleute nicht zur falschen Zeit aktiv werden und so bei den Drogenkonsumierenden eine Abwehrhaltung hervorrufen. Für Gespräche über PST sollte der geeignete Zeitpunkt abgewartet werden. Anlass dafür können Zwischenfälle wie ein zerrissenes Präservativ oder eine ungewollte Schwangerschaft sein. Geeignete Zeitpunkte können sich auch ergeben, wenn eine neue Partnerschaft entsteht oder wenn sich ein Drogenkonsumierender offen über seine Beziehungsprobleme äußert. Ein weiterer Anlass kann das Interesse der Drogenkonsumierenden am Thema Hepatitis sein. Die Beurteilung des geeigneten Zeitpunkts sollte im Rahmen der internen Ausbildung besprochen werden (siehe Empfehlung 5).

**Empfehlung 11:** Das Personal aller Einrichtungen sollte so zusammengesetzt sein, dass sowohl Frauen als auch Männer dem Bedürfnis der Drogenkonsumierenden nach einem männlichen oder weiblichen PST-Berater gerecht werden können. Es sollte die Möglichkeit bestehen, Drogenkonsumierende innerhalb einer Einrichtung an eine Bezugsperson desselben Geschlechts weiterzuleiten.

## 3 INTRODUCTION

### 3.1 PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Nous présentons dans ce chapitre la situation telle qu'elle se présentait lors du début de notre recherche. Il va sans dire que depuis l'OFSP a développé un nouveau programme de prévention du sida en Suisse. Dans son rapport de 1993, sur la prévention du sida en Suisse <sup>1</sup>, l'OFSP se fixait les buts suivants pour 1996 concernant la prévention sexuelle du VIH/sida chez les consommateurs de drogues <sup>1</sup>:

- des intervenants et des conseillers auront abordé avec 95% des consommateurs de drogues la question de la prévention du VIH/sida et des rapports sexuels,
- la prostitution destinée à acquérir des drogues aura diminué de 30% par rapport à 1993,
- 90% des personnes s'injectant des drogues utiliseront systématiquement le préservatif, aussi bien avec leurs partenaires réguliers qu'avec des partenaires occasionnels.

Les données épidémiologiques qui sont présentées ci-dessous montrent que la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida chez les consommateurs de drogues s'éloigne encore beaucoup des objectifs prévus par l'OFSP. C'est pour cette raison également qu'elle a été reconnue comme prioritaire, notamment par un des groupes de travail de l'OFSP pour les années à venir <sup>2</sup>, en accord avec les recommandations formulées dans l'avant-dernier rapport d'évaluation globale de la stratégie de prévention <sup>3</sup>.

L'OFSP n'a d'ailleurs pas indiqué en détail la stratégie et n'a mis en place qu'un nombre limité de programmes ou d'interventions spécifiques pour atteindre ces buts. Pour dresser rapidement un bilan de la situation, nous reprenons ci-dessous les éléments essentiels de la stratégie de prévention s'adressant directement ou indirectement aux consommateurs de drogues.

### 3.2 RAPPEL DE LA STRATEGIE DE PREVENTION ET DES 3 NIVEAUX D'INTERVENTION

#### 1. Au niveau de la population générale

En ce qui concerne l'information grand public, les messages de la campagne STOP SIDA concernant les consommateurs de drogues ont toujours été centrés sur la prévention de la transmission par l'échange de seringues. Le thème de l'emploi du préservatif n'a jamais été mis

---

<sup>1</sup> Afin d'alléger le texte de ce rapport, seule la forme masculine est toujours utilisée au pluriel. Il va de soi que les femmes sont comprises dans cette formulation.

en relation avec la consommation de drogues, mais est resté une indication générale pour l'ensemble de la population.

## **2. Au niveau de la prévention ciblée**

Si tous les centres à bas seuil mettent à disposition de leurs clients des préservatifs, ces derniers ne font pas en général l'objet d'une distribution, les consommateurs de drogues pouvant simplement se servir librement. Peu de centres, du reste, comptabilisent les préservatifs distribués, ce qui constitue peut-être un indicateur du moindre intérêt porté à cet aspect de la prévention.

Trois projets de prévention du VIH/sida s'adressant à des consommateurs de drogues qui se prostituent ont débuté récemment à Bâle (projet OASE), à Genève (projet Boulevards) et à Lausanne (projet Fleurs de pavé). De plus, un projet pilote de prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida chez les consommateurs de drogues fonctionnant selon le principe de l'éducation par les pairs a été réalisé à Saint-Gall (projet MEDIA).

## **3. Au niveau de la prévention individuelle**

A ce niveau l'on compte beaucoup sur le conseil individuel et c'est pour cela que l'on s'intéresse plus particulièrement dans cette étude:

- à la pratique des intervenants en toxicomanie,
- aux problèmes rencontrés par ces intervenants et par les consommateurs de drogues.

Actuellement, quatre grandes catégories d'intervenants dans le domaine de la toxicomanie en Suisse, sont à même de fournir une approche de prévention individuelle en relation avec la transmission sexuelle du VIH/sida. Le premier groupe est composé des intervenants qui travaillent dans les centres à bas seuils d'accessibilité<sup>2</sup> et qui véhiculent déjà une part importante des messages de prévention de la transmission du VIH/sida liée à l'échange de seringues. Le deuxième groupe est composé des personnes qui traitent ambulatoirement les consommateurs de drogues (services ambulatoires, médecins prescripteurs de méthadone). Le troisième groupe est celui des intervenants travaillant en milieu résidentiel qui, en raison du type de prise en charge à long terme et continue, peuvent développer un contact plus personnel avec les consommateurs de drogues. Le quatrième groupe est celui des intervenants qui s'occupent de consommateurs de drogues se prostituant (dans la grande majorité des femmes), ceux-ci abordant déjà de manière plus fréquente que les autres groupes toute une série de thèmes se rapportant à la sexualité et à l'utilisation du préservatif.

---

<sup>2</sup> Par exemple: centres de distribution de matériel d'injection, lieux d'accueil, locaux d'injection, etc.

### 3.3 BUTS DE LA RECHERCHE

Peu de recherches ont été entreprises pour explorer les raisons pour lesquelles la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida<sup>3</sup> chez les consommateurs de drogues est encore si éloignée des objectifs définis par l'OFSP.

D'une part, on ne savait pas quels étaient les besoins des intervenants par rapport à leurs activités de prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida. D'autre part, il n'y avait pas d'indications sur les difficultés des consommateurs de drogues pour suivre les consignes de protection et sur le type de soutien, d'outils dont ils auraient besoin pour améliorer cet état de chose.

Il était donc nécessaire de développer la recherche dans ce domaine, afin de renforcer et d'améliorer la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida à travers des stratégies plus conformes aux besoins des groupes cibles et des intervenants.

### 3.4 ÉTAT DE LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE

#### 3.4.1 Données épidémiologiques VIH/sida

En comparaison avec les autres pays européens, la Suisse reste un des pays les plus touchés par le VIH. Le taux d'incidence des cas de sida diagnostiqués en 1996 était de 76 cas par million d'habitants (Espagne 163, Italie 92, Portugal 81, France 72)<sup>4</sup>.

Sur l'ensemble des nouveaux cas de sida, la proportion des cas chez les homosexuels et les consommateurs de drogues a diminué entre 1992 et 1996 (39% à 33% chez les homosexuels; 41% à 38% chez les consommateurs de drogues) alors que la proportion de cas hétérosexuels a augmenté de 17% à 26% pour les mêmes années. Par rapport aux nouveaux tests VIH positifs, on a assisté à un changement sensible de la répartition des voies de transmission: tandis que la transmission par voie homosexuelle subit une légère augmentation au cours des dernières années, on constate une augmentation importante de la transmission par voie hétérosexuelle et une diminution sensible de la transmission à travers l'injection de drogues. Cette diminution doit être considérée comme un succès de la politique de réduction des risques liés à l'usage de seringues. En effet, en Suisse toutes les études montrent une diminution marquée de la prévalence actuelle du partage de seringues chez les consommateurs de drogues. Des résultats analogues ont pu être observés dans d'autres pays ayant développé des mesures préventives face à cette voie de transmission<sup>5,6,7,8,9</sup>.

Cette évolution de l'épidémie du VIH/sida prouve que les consommateurs de drogues, même sévèrement dépendants, sont tout à fait capables d'assumer des comportements responsables et préventifs.

Tout en connaissant bien les modes de la transmission sexuelle du VIH/sida, les consommateurs de drogues ont beaucoup plus de difficultés à changer leurs comportements sexuels que leurs

---

<sup>3</sup> Afin de faciliter la lecture de ce rapport, le terme de prévention de la transmission sexuelle du VIH (PST) a été utilisé systématiquement.

comportements à l'égard des seringues<sup>7,10,11,12</sup>. Il s'ensuit que la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle pose plus de problèmes et reste, tant en Suisse qu'à l'étranger, le parent pauvre des programmes de réduction des risques<sup>6,13,14</sup>.

Néanmoins, elle revêt une importance particulière dans la population de consommateurs de drogues, dont une fraction non négligeable est séropositive (en 1994 de 8% à 23% selon les études). De nombreuses études ont montré que les consommateurs de drogues sont dans leur grande majorité sexuellement actifs<sup>15,16,17</sup> et que nombre d'entre eux ont des relations sexuelles avec des non consommateurs de drogues, pas seulement à travers la prostitution. Ils pourraient donc être aussi un vecteur important de la propagation du VIH dans la population générale<sup>18,19</sup>.

### 3.4.2 Utilisation du préservatif

Les différentes études suisses et internationales qui ont abordé le sujet de la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues, montrent que plusieurs facteurs interagissent avec l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels. Premièrement, les consommateurs de drogues adaptent leur comportement de protection contre la transmission sexuelle du VIH en fonction du type de partenaire.

Pour les prostituées consommant des drogues, ce sont les contacts avec leurs clients qui sont les mieux protégés<sup>20,21</sup>. En Suisse, l'étude des centres à bas seuil de 1994 mettait en évidence que parmi les 10% qui se prostituaient, 87% avaient toujours utilisé le préservatif<sup>22</sup>. Il est aussi connu que parfois les prostituées qui consomment des drogues cèdent, dans l'urgence du besoin de drogue, aux requêtes des clients qui exigent des rapports sans préservatif, en offrant une rétribution plus importante<sup>16,23,24,25,26</sup>.

L'usage du préservatif avec les partenaires occasionnels est plus élevé que l'usage avec le partenaire régulier, tant en Suisse qu'en Europe<sup>27</sup>. Des études récentes montrent qu'en Suisse, 60% environ des consommateurs de drogues utilisent systématiquement le préservatif avec leurs partenaires occasionnels<sup>16,17,28,29,30,31</sup>. Ce taux est semblable à celui de la population générale<sup>3</sup>. En revanche, la protection au sein du couple reste le fait d'une petite minorité de consommateurs de drogues (un cinquième) et il n'y a que très peu de changement depuis 1989<sup>3</sup>.

Un deuxième facteur lié à l'utilisation du préservatif est le statut VIH. Les séropositifs utilisent des préservatifs de façon plus conséquente (mais tous n'en utilisent pas) que les séronégatifs avec tous les types de partenaires<sup>3,6,16</sup>. On constate donc que, comme pour l'utilisation de matériel d'injection stérile, les consommateurs de drogues séropositifs sont à mêmes d'adopter des comportements responsables et respectueux de la santé des autres.

Un troisième facteur ayant une influence sur l'utilisation du préservatif est l'âge. En effet, les jeunes consommateurs de drogues ont plus souvent un comportement préventif par rapport aux plus âgés<sup>6,16,17,22</sup>.

Le quatrième facteur mis en évidence dans de nombreuses études est le sexe, à savoir que les hommes rapportent utiliser plus souvent le préservatif que les femmes<sup>16,22</sup>. Ces deux derniers facteurs correspondant du reste à la tendance générale observée dans la population hétérosexuelle<sup>3</sup>.

D'autres facteurs et probablement une combinaison de facteurs, de situations et de contextes amènent à l'adoption de comportements préventifs ou à risque. Mais les études disponibles à ce

jour donnent à cet égard peu d'indications: elles se limitent dans la plupart des cas à monitorer, par des questionnaires, l'emploi du préservatif (respectivement du matériel d'injection stérile) et à mettre en relation ces comportements avec d'autres indicateurs comme par exemple le type de partenaire, l'âge et le sexe.

### 3.4.3 Intervenants en toxicomanie, formation, problèmes décrits

En ce qui concerne les conseils personnalisés et individuels dans le domaine de la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida, il faut être à même d'aborder et de gérer la complexité du thème de la sexualité. Cela n'est déjà pas facile avec la population générale dans le cadre des cabinets médicaux, comme l'a mis en évidence une étude auprès des médecins suisses. En effet, ceux-ci ne pratiquent une anamnèse sexuelle que chez la moitié des nouveaux patients<sup>3</sup>. Comme le souligne un manuel traitant de la consultation sur le thème du sida pour les professionnels<sup>32</sup>, il est encore plus difficile de conseiller dans ce domaine, car il faut savoir considérer d'autres aspects de la sexualité, spécifiques à la population toxicomane, comme par exemple: l'influence des substances sur les expériences sexuelles, les viols et la prostitution. C'est probablement pour cette raison que, dans les lieux de conseils pour consommateurs de drogues, le thème de la violence physique est souvent mieux perçu que celui de la violence sexuelle<sup>33</sup>.

En Suisse, une grande partie de la prévention des risques de transmission du VIH/sida par les seringues est réalisée par les intervenants des centres à bas seuil<sup>34</sup>. Dans une étude récente réalisée auprès de ces intervenants, ceux-ci affirment d'une part qu'il est plus facile de parler de seringues que de sexualité dans un lieu d'injection, et que d'autre part les consommateurs de drogues parlent difficilement de leur sexualité<sup>35</sup>.

En raison donc de la complexité et des difficultés liées au thème de la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida il serait donc nécessaire, comme le souligne une importante étude alémanique<sup>6</sup>, de mettre sur pied des offres de formation pour améliorer les compétences interactives et professionnelles des intervenants dans le domaine des toxicomanies. Les recommandations de cette étude rejoignent celles qui avaient été formulées dans le deuxième rapport d'évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie<sup>34</sup>.

Jusqu'à présent, en Suisse, aucun programme de soutien et aucune formation généralisée pour les intervenants en toxicomanie par rapport à la transmission sexuelle du VIH/sida n'ont été mis sur pied. Les projets de formation des intervenants en toxicomanie, le projet *ARIA* en Suisse romande et le projet *convers* en Suisse alémanique, ne touchent qu'une petite proportion des intervenants. De plus, parmi les divers cours portant sur les drogues et la dépendance, ceux qui traitent de la transmission sexuelle du VIH/sida ne constituent tout au plus que quelques heures de formation.

### 3.4.4 Consommateurs de drogues, sexualité, prévention du VIH

En partant de la considération que les enquêtes quantitatives effectuées auprès des consommateurs de drogues fournissent quelques pistes de recherche, mais ne sont pas suffisantes pour formuler des hypothèses de travail dans le domaine de la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida chez les consommateurs de drogues, il est nécessaire d'approfondir le thème de la sexualité dans ce groupe cible.

Les connaissances sur la sexualité des consommateurs de drogues sont actuellement limitées en raison du peu de travaux qui se sont directement penchés sur ce sujet. La sexualité est un des thèmes les plus intimes et tabous autant auprès de la population générale que chez les consommateurs de drogues <sup>15,36,37</sup>, raisons pour lesquelles il est difficile d'explorer ce domaine. Relevons toutefois que les consommateurs de drogues comme d'autres groupes de la population parlent plus facilement de sexualité que de sentiments liés à la relation de couple, ou en lien avec leur sexualité.

En ce qui concerne l'effet de l'usage sporadique des substances psychotropes (y compris l'alcool) sur la sexualité, on sait que ces substances tendent à abattre les barrières (timidité, insécurité) et à faciliter l'approche sexuelle. L'utilisation de drogues peut être même favorisée, au début, par les difficultés vécues dans le domaine sexuel <sup>38</sup>. Il ressort d'une étude sur la sexualité des jeunes que, tant l'usage de l'alcool que celui de la drogue (il s'agit ici surtout de drogues douces), sont assez répandus lors de différents types de rapports sexuels <sup>39</sup>. La même étude montre que le fait d'avoir des rapports sexuels sous l'influence de la drogue est lié à une diminution de l'utilisation du préservatif et en général d'un moyen de contraception efficace <sup>39</sup>.

Les connaissances sur les conséquences de la consommation continue de drogues sur la sexualité restent encore incomplètes <sup>18</sup>. D'ailleurs il ne suffit pas de considérer les effets des drogues au niveau physique parce que la dépendance a une influence sur la totalité de la personne, sur l'ensemble de son vécu et donc aussi sur sa sexualité.

L'utilisation régulière de drogues illégales conduit très souvent à des conditions de vie extrêmement difficiles, marquées par des problèmes de pauvreté, d'isolement, de santé physique et psychique et des démêlés avec la justice. Le risque du sida n'est qu'un des dangers dans cette constellation, et la prévention se retrouve en deuxième ligne lorsque d'autres besoins sont plus pressants (cf. plus bas sous prostitution). Il est donc possible que les consommateurs de drogues développent, pour faire face à tous ces problèmes, un mélange de fatalisme et de refoulement. Cette attitude les pousse à éviter une confrontation sur l'emploi du préservatif et donc sur le sida, surtout dans les rapports stables <sup>40</sup>. Il est en effet plus facile d'utiliser des seringues stériles que de discuter dans le couple la prévention de la transmission sexuelle du VIH <sup>41</sup>.

D'autre part, différents auteurs montrent que les contextes et les biographies des femmes et des hommes toxicodépendants se différencient sur plusieurs aspects <sup>37,42,43</sup> et cela a une influence sur la sexualité et sur la capacité/possibilité d'adopter des comportements sexuels préventifs. Plusieurs études montrent qu'une grande partie des femmes toxicodépendantes ont subi des abus sexuels dans leur enfance ou adolescence <sup>37,43</sup>: le pourcentage varie entre 40% et 70% selon les études, et il est nettement supérieur par rapport à celui des femmes dans la population générale et à celui des hommes toxicodépendants <sup>37</sup>. Certaines formulent même l'hypothèse que les abus sexuels jouent un rôle important dans le développement de la toxicodépendance <sup>43,44</sup>. Les violences physiques et sexuelles sont souvent une réalité de la vie des femmes consommatrices de drogues: elles subissent plus souvent de la violence dans la relation du couple et elles sont plus sujettes à l'agression de tiers <sup>45</sup>.

Les moyens pour se procurer de la drogue diffèrent entre hommes et femmes. Le deal et le vol pour financer la consommation personnelle sont plus fréquemment pratiqués par les hommes, alors qu'une proportion importante des femmes recourent à la prostitution <sup>18,37,46</sup>. Souvent pour faire face au dégoût et à la honte, les femmes consomment des drogues avant de se prostituer, ce qui entraîne des coûts supplémentaires pour lesquels elles doivent se prostituer et ainsi de suite

<sup>6,37</sup>. Ce cercle vicieux a des conséquences néfastes pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH: la nécessité financière et le besoin de drogue amènent parfois les femmes consommatrices de drogues à céder à la pression des clients qui offrent une rétribution plus élevée pour des rapports non protégés. De plus la consommation de drogue avant le rapport sexuel les met dans un état de semi-narcose qui rend difficile la mise en œuvre de comportements préventifs.

Souvent les femmes consommatrices de drogues adoptent une forme plus indirecte de prostitution: en échange de la possibilité de loger pour quelque temps chez un "ami", elles acceptent tacitement des rapports sexuels <sup>41</sup>.

Toutes ces expériences marquent en profondeur l'image de soi, l'intégrité physique et psychique, le rapport avec son corps et par conséquent le vécu de la sexualité des femmes consommatrices de drogues <sup>40</sup>.

Une dernière différence est l'entrée dans le monde des drogues: les femmes y sont souvent introduites par le partenaire, les hommes par les pairs <sup>37,47,48</sup>. Plus de femmes que d'hommes consommant des drogues ont un/une partenaire qui consomme des drogues. Souvent elles en dépendent pour survivre dans la scène: pour se procurer la drogue, pour une protection, pour avoir de la chaleur, etc. <sup>41,49,50</sup>. Le rapport sexuel fait automatiquement partie de cette relation <sup>40,41</sup> et vu qu'il n'est pas facile de discuter de la protection du sida (v. ci-dessus), souvent aucune précaution n'est prise. De plus, le fait de ne pas employer le préservatif dans la relation stable devient implicitement un signe de confiance réciproque et surtout donne à la relation sexuelle au sein du couple un statut qui la différencie de la relation sexuelle prostituée, dont le préservatif est symbolique (une barrière entre le client et la prostituée qui lui permet de garder son intégrité) <sup>40</sup>.

Les informations portant sur la sexualité des hommes consommateurs de drogues sont encore plus limitées que celles disponibles pour les femmes. Certaines études ont néanmoins montré que la consommation régulière de drogues a des effets sur leurs prestations physiques dans les rapports sexuels, comme c'est d'ailleurs le cas pour l'alcool. Mais ces effets restent mal connus, en raison de la grande variété des doses et des types de substances consommées (la polytoxicomanie étant de plus, une réalité très fréquente).

Les obstacles à l'utilisation du préservatif les plus souvent cités par les hommes, notamment dans les enquêtes portant sur la population générale, proviennent des conséquences personnelles perçues telles que: le préservatif „diminue le plaisir“ (30%) et n'est „pas naturel“ (45%) <sup>3</sup>.

### 3.5 HYPOTHESES DE RECHERCHE

La problématique de recherche a été développée dans les chapitres précédents. C'est sur cette base que nous avons formulé plusieurs **hypothèses** de recherche qui sont basées sur les connaissances actuelles et cela à deux niveaux: d'une part au niveau des intervenants en toxicomanie (acteurs de la prévention) et d'autre part au niveau des consommateurs (public-cible de la prévention). Dans la mesure où les connaissances actuelles sont incomplètes une **approche de type qualitative exploratoire** permet de déboucher d'une part sur la **vérification des hypothèses** énoncées ci-dessous et d'autre part sur la **formulation de recommandations** pour le travail préventif concernant spécifiquement la transmission sexuelle du VIH/sida chez les consommateurs de drogues.

Au niveau des **intervenants en toxicomanie**

**L'étude avait pour objectifs d'étudier :**

- les **représentations** relatives à leurs tâches de prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogues (selon les objectifs établis par l'OFSP) et l'**influence** de ces représentations sur leurs pratiques de prévention,
- leurs connaissances, compétences perçues et **pratiques** dans le domaine de la prévention de la transmission sexuelle du VIH auprès des consommateurs de drogues,
- les **problèmes** rencontrés dans leurs tâches de prévention de la transmission sexuelle du VIH (les difficultés rencontrées pouvant provenir des intervenants, des consommateurs de drogues, des différences liées au sexe des consommateurs de drogues, des lieux de contact), ainsi que les **réponses** proposées aux divers problèmes rencontrés,
- les **compétences idéales** qui leur seraient nécessaires afin d'obtenir une prévention optimale de la transmission sexuelle du VIH.

**Les hypothèses de l'étude étaient:**

- HI1 les intervenants en toxicomanie ne considèrent pas que c'est leur rôle de faire de la prévention de la transmission sexuelle du VIH.
- HI2 les pratiques de prévention de la transmission sexuelle du VIH de la part des intervenants en toxicomanie sont peu développées.
- HI3 les conditions de travail des intervenants en toxicomanie rendent difficiles une telle tâche (personnel insuffisant, manque de locaux adéquats, etc.),
- HI4 les intervenants en toxicomanie ne possèdent pas les compétences nécessaires (formation insuffisante, type de curriculum, etc.),
- HI5 les consommateurs de drogue sont réticents à parler de leur expérience à ce sujet.

Au niveau des **consommateurs de drogues**

**L'étude avait pour objectifs d'étudier :**

- les **représentations** des consommateurs de drogues concernant la prévention de la transmission sexuelle du VIH,
- les **pratiques** sexuelles vécues et la protection éventuelle,
- les **raisons** et les **difficultés** personnelles rencontrées pour la mise en œuvre des consignes de prévention dans le domaine de la transmission sexuelle du VIH, ainsi que les éléments spécifiques aux femmes et hommes, ceci inclut leur **réticence** à parler de problèmes liés à la transmission sexuelle du VIH et de sexualité,
- les **expériences** et les **problèmes/difficultés** rapportées quant à la possibilité de parler de la prévention de la transmission sexuelle du VIH et de sexualité auprès des intervenants des divers services (éléments **positifs et négatifs**),
- les **besoins** pour la mise en œuvre des consignes de prévention,
- les **circonstances, lieux, personnes** les plus appropriées pour discuter de prévention de la transmission sexuelle du VIH et de sexualité (besoins idéaux).

### **Les hypothèses de l'étude étaient:**

Les consommateurs de drogues rencontrent des difficultés à se protéger contre la transmission sexuelle du VIH car:

HCD1 les consignes de prévention leur paraissent inadéquates ou non pertinentes.

HCD2 les consommateurs de drogues ont adopté des comportements de protection de niveau équivalent à ceux de la population générale, mais ce niveau devrait être plus élevé vu le taux élevé de séropositivité dans ce groupe. Le rôle du conseil individuel par les intervenants en toxicomanie a été donc limité.

HCD3 les caractéristiques propres à ces personnes (manque d'estime de soi, angoisse, manque de respect pour son propre corps, besoins de fusion, etc.) et à leurs partenaires ainsi que les conséquences de l'usage de drogues (vie dans l'urgence, fatalisme, manque de pouvoir de négociation, prostitution, etc.) limitent leur comportement de protection face au VIH.

HCD4 ils ont des difficultés à trouver des lieux, des personnes aptes à leur donner des conseils adaptés à leurs besoins en termes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et de sexualité.

HCD5 le fait que les besoins des consommateurs de drogues masculins et féminins dans le domaine de prévention de la transmission sexuelle du VIH sont différents n'a pas été assez pris en compte.

## 4 METHODOLOGIE

Les thèmes de la prévention de la transmission du VIH/sida et de la sexualité chez les consommateurs de drogues sont à la fois complexes et délicats à aborder. De plus, peu de recherches ont été entreprises dans ce domaine. Etant donné les objectifs de cette étude, c'est l'approche qualitative qui était la plus adéquate pour collecter les informations nécessaires. Elle permettait en effet d'étudier en profondeur les difficultés et les besoins des intervenants et des consommateurs de drogues.

Dans cette étude exploratoire, les méthodes utilisées ont été les focus groups avec des intervenants et les interviews semi-directives avec des consommateurs de drogues.

L'utilisation de deux méthodes permet d'une part, d'augmenter la validité de la recherche. D'autre part, le fait d'être à plusieurs pour l'analyse et l'interprétation des résultats améliore la fiabilité.

### 4.1 FOCUS GROUPS AVEC LES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

#### 4.1.1 Introduction

Le problème de la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogues (PST) se pose différemment selon le public cible, le contexte et les intervenants.

Pour les intervenants, la technique du focus group paraît être la meilleure car elle permet, par l'interaction et la confrontation, l'émergence des points de vue. Elle permet de faire s'exprimer des personnes qui peuvent estimer, au premier abord, n'avoir rien à dire ou qui hésiteraient à exprimer leurs opinions<sup>51</sup>.

#### 4.1.2 Organisation générale

Les focus groups ont été organisés en Suisse romande (n=3) et en Suisse alémanique (n=4). Cela était nécessaire du fait que le contexte de la prévention de la toxicomanie est différent dans chacune des régions linguistiques, en particulier pour des raisons historiques et politiques. Il a aussi été nécessaire de prévoir des focus groups en fonction du type d'institutions fréquentées par les consommateurs de drogues, du fait des pratiques et des difficultés différentes que les intervenants peuvent rencontrer.

Dans chaque région linguistique ont eu lieu un focus group avec des intervenants travaillant dans des centres à bas seuil d'accessibilité, un focus group avec des intervenants qui traitent ambulatoirement des consommateurs de drogues et un focus group avec des intervenants travaillant dans des institutions de désintoxication en milieu résidentiel. Un focus group unique

avec des intervenants travaillant dans le milieu de la prostitution a été organisé en Suisse alémanique<sup>4</sup>.

Selon la technique classique<sup>52,53</sup>, chaque focus group était composé de 6 à 8 personnes représentatives du type de structure décrite ci-dessous. Un équilibre entre hommes et femmes a également été recherché dans la mesure du possible lors de la constitution des focus groups.

Dans un premier temps, à l'aide de personnes-ressource, une liste des institutions à contacter a été élaborée (institutions reconnues et représentatives). Au niveau des structures sollicitées, celles-ci devaient prendre en charge un certain nombre (+10) de consommateurs de drogue des deux sexes. La meilleure représentativité des cantons (ou régions) était recherchée.

Les directeurs des institutions en Suisse romande et des personnes de référence en Suisse alémanique ont été dans un premier temps contactés téléphoniquement. Puis une lettre contenant un résumé du projet leur a été envoyée. Il leur était demandé de parler de ce projet à leurs collaborateurs et de demander la participation de l'un d'entre eux. Les conditions de participation des intervenants étaient d'avoir au minimum un an d'expérience dans le travail avec les consommateurs de drogues et d'être en contact direct avec eux. Les chercheurs se sont efforcés d'avoir des hommes et des femmes.

Une grille d'entretien a été élaborées par les trois chercheurs engagés dans ce projet. Elle comportait huit questions traitant cinq thèmes: les représentations de la PST, les pratiques de prévention, les directives dans les institutions relatives à la PST, les difficultés rencontrées, les améliorations proposées et la formation (cf. Annexe 8.1, page 150). La formulation des questions a été volontairement maintenue peu structurée afin de laisser le plus de latitude possible à la discussion et à l'émergence de points de vue divers<sup>53</sup>.

#### 4.1.3 Organisation pratique

Deux modératrices ont été engagées, une pour chaque région linguistique. Toutes deux connaissaient bien le milieu de la toxicomanie et avaient une formation en recherche sociale. Les chercheurs leur ont présenté leur rôle de modératrice. Elles ont bénéficié d'une séance d'information sur la recherche, ses objectifs et ses hypothèses. La grille d'entretien leur a été présentée.

Un pré-test du focus group a été organisé avec des collègues afin de finaliser le choix des questions.

Les modératrices avaient la responsabilité complète du déroulement des focus groups. Deux chercheurs (nommés observateurs) étaient présents lors de chaque focus group. Ils avaient pour tâche de noter les tours de paroles, la manière de travailler du groupe, les aspects affectifs des échanges et le comportement non verbal (hochement de tête pour approuver par exemple). Les observateurs relevaient aussi les difficultés rencontrées par la médiatrice dans le but d'améliorer les focus groups ultérieurs.

Immédiatement après chaque focus group, une séance de debriefing était organisée entre les observateurs et la modératrice. Ceux-ci pouvaient ainsi exprimer leur impression générale sur le

---

<sup>4</sup> En Suisse romande, le petit nombre de structures s'occupant exclusivement de prostitution n'a pas permis de réaliser un tel focus group. D'autre part, une évaluation avait déjà lieu dans une des structures.

déroulement du focus group, la qualité des données recueillies, le travail de la modératrice (ce qui avait bien marché et ce qu'il fallait améliorer). Le guide d'entretien s'est révélé satisfaisant et n'a pas dû être modifié.

#### 4.1.4 Recherche des participants

En Suisse romande, la recherche des participants n'a posé aucun problème (aucun refus). La connaissance du réseau par l'un des chercheurs a sans doute facilité l'acceptation du projet. Plusieurs participants n'ont finalement pas participé pour diverses raisons (maladie, rendez-vous urgent...).

En Suisse alémanique, il n'a pas été non plus difficile de trouver des participants car le nombre d'institutions travaillant dans le domaine est assez important. Malgré quelques refus, surtout dans les structures à bas seuil et résidentielles, les focus groups ont toujours pu avoir lieu avec un nombre idéal de participants.

#### 4.1.5 Déroulement des focus groups

En Suisse romande, tous les focus groups ont eu lieu dans les locaux des chercheurs (à Lausanne). En Suisse alémanique, des locaux les plus proches pour l'ensemble des participants ont été cherchés (trois fois à Olten et une fois à Zurich).

La modératrice présentait succinctement aux participants le thème de la recherche et ce qu'on attendait d'eux. Les intervenants commençaient par se présenter. La modératrice sollicitait tous les participants sur le premier thème de manière à dissiper la gêne de la première prise de parole. A la fin du focus group, les participants pouvaient poser toutes les questions qu'ils souhaitaient sur la recherche. Puis les frais de déplacement leur étaient remboursés et une petite collation leur était offerte. Les focus groups ont duré généralement entre une heure et demie et deux heures.

#### 4.1.6 Transcription et codification des focus groups

Tous les focus groups ont été enregistrés et retranscrits entièrement, après accord du groupe. Les textes ont été anonymisés si nécessaire (suppression des noms des institutions et des noms de lieux). En Suisse romande, la retranscription a été réalisée par la modératrice. En Suisse alémanique, un observateur a retranscrit les focus groups après les avoir transposé de Suisse allemand en allemand.

Les chercheurs ont établi une liste de codifications pour les focus groups suivant les hypothèses de travail (v. Annexe 8.2, page 152). Chaque focus group a été codifié sur la base de la liste des codes et chaque tranche a été résumée brièvement en langue française.

#### 4.1.7 Composition des focus groups et représentativité

Nous avons pu compter sur la participation de 41 intervenants et parmi eux de 25 femmes et 16 hommes (voir Annexe 8.3, page 153). Les formations des intervenants se répartissent en deux grands groupes: le groupe des formations médicales (médecins, infirmières, psychologues) et celui des formations sociales (assistants sociaux, éducateurs, travailleurs sociaux). L'intervenant le plus jeune a 27 ans et le plus âgé a 54 ans. Dans les focus groups, la moyenne d'âge varie entre 36 ans et 44 ans. La moyenne d'âge est plus basse dans les focus groups romands. Le nombre

d'années d'expérience dans la toxicomanie varie entre 1 an et 20 ans. Le nombre moyen d'années d'expérience dans le domaine des drogues illégales le plus bas se trouve dans le focus group bas seuil alémanique (3.6 ans) ainsi que dans le focus group ambulatoire romand (4.5 ans) et le plus élevé dans le focus group résidentiel alémanique (8.9 ans). En Suisse romande, des intervenants de cinq cantons (GE, VD, BE, NE, VS) ont participé aux focus groups et en Suisse alémanique, des intervenants de huit cantons (BS et BL, LU, ZH, SG, AG, BE, SO, ZG).

En Suisse romande, 16 intervenants ont participé aux focus groups. Neuf intervenants étaient des hommes et sept étaient des femmes. La représentativité des intervenants par rapport aux cantons, professions et sexe est dans l'ensemble bonne. Dans chaque focus group, au moins trois cantons sont représentés, il y a toujours à la fois des représentants des formations médicales et sociales, et au moins un représentant des deux sexes est présent. Le nombre moyen d'années d'expérience dans le domaine des drogues illégales est aussi varié.

En Suisse alémanique, 25 intervenants ont participé aux focus groups, ce nombre plus élevé pouvant être en partie expliqué par le focus group supplémentaire (prostitution). Les intervenantes à avoir participé (18) sont plus nombreuses que les intervenants (7) (dans le domaine de la prostitution il y a une grande majorité de femmes, de plus lors du focus group ambulatoire alémanique, les 2 hommes qui s'étaient annoncés n'ont pas pu venir parce qu'ils étaient malades). La représentativité des intervenants par rapport aux régions de Suisse alémanique, professions et sexe, à part quelques exceptions est assez bonne. Au moins quatre régions sont représentées dans chaque focus group, un seul focus group comprend uniquement des représentants des professions médicales (ambulatoire), ce même focus group étant le seul à ne pas comporter à la fois des hommes et des femmes. Le nombre moyen d'années d'expérience dans le domaine des drogues illégales est particulièrement varié.

Le recrutement des intervenants a donc permis une bonne représentativité des professionnels travaillant dans la toxicomanie, tant au point de vue de la région, de la profession, du sexe, et du nombre d'années d'expérience.

## 4.2 INTERVIEWS SEMI-DIRECTIVES DES CONSOMMATEURS DE DROGUES

### 4.2.1 Introduction

Pour l'approche de la problématique auprès des consommateurs de drogues, l'hypothèse de recherche suivante a été retenue: les consommateurs de drogues sont souvent réticents à parler de leur sexualité (en termes de vécu notamment) et il est particulièrement difficile de les recruter pour ce genre de recherche. Nous avons par conséquent opté pour une approche qui était en premier lieu centrée sur les besoins en services, à savoir pour eux dans quels lieux, avec quelles personnes, et quels sont les thèmes qu'ils désirent aborder (approche indirecte donc de la sexualité et de la prévention de la transmission sexuelle du VIH sous l'angle des besoins et non pas celle du vécu). Cette approche a permis un découpage des interviews plus pertinent par rapport à celui des focus groups et a aussi été plus aisée à réaliser.

#### 4.2.2 Construction de la grille d'entretien pour les interviews

Les chercheurs ont élaboré une grille d'entretien dans les deux langues à partir des hypothèses et des objectifs de la recherche. Cette grille comportait 10 questions traitant 5 thèmes: les représentations de la PST, les pratiques de prévention vécues, les raisons et les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des consignes en matière de PST, les expériences et les difficultés rapportées quant à la possibilité de parler de PST auprès des intervenants des divers services, les difficultés pour la mise en œuvre des consignes et les propositions d'amélioration (v. Annexe 8.4, page 154).

#### 4.2.3 Recrutement des consommateurs de drogue

Une des questions principales étant les besoins et les expériences des CD avec des professionnels, nous avons réalisé les interviews avec les CD dans chaque type de structure représentée dans les focus groups. Cette approche nous a aussi facilité le recrutement des CD grâce à l'intermédiaire des intervenants en toxicomanie ayant participé aux focus groups. Le collectif est donc de huit consommateurs pour chacun des services suivants: services ambulatoires, structures à bas seuil, structures résidentielles. En outre quatre femmes qui se prostituent ont été interviewées dans des centres bas seuil (2) et dans des services ambulatoires (2). Pour les mêmes raisons évoquées dans la méthodologie des focus groups, les interviews ont été menées en Suisse romande (n=14) et en Suisse alémanique (n=14).

Les interviews ont été conduites dans différentes villes et régions de manière à avoir une bonne représentativité des différentes réalités géographiques. Les chercheuses se sont efforcées d'avoir un nombre équivalent d'hommes et de femmes.

Les CD ont été recrutés à travers différentes méthodes: directement par les chercheuses dans les structures à bas seuil, par l'intermédiaire des intervenants ayant participé aux focus groups, en sollicitant les directeurs d'institution.

**Tableau 1 Répartition des CD interviewés**

<b>Sexe</b>	Femmes: 15	Hommes: 13		
<b>Région</b>	Suisse Romande: 14		Suisse alémanique: 14	
<b>Cantons</b>	Fribourg: 3	Genève: 5	Neuchâtel: 2	Vaud: 4
	Bâle-ville et campagne: 7	Bern: 4	St. Gallen: 3	
<b>Service</b>	Structures résidentielles: 8	Services ambulatoires: 10, dont 2 pratiquant la prostitution	Centres à bas seuil: 10, dont 2 pratiquant la prostitution	

La recherche des participants n'a pas posé de problème ni en Suisse romande ni en Suisse alémanique. L'aide des intervenants en toxicomanie d'une part et la rétribution d'autre part ont sans doute facilité l'acceptation du projet.

#### 4.2.4 Réalisation des interviews

Les deux chercheuses du projet ont réalisés les interviews, chacune dans sa région linguistique. Les interviews étaient semi-structurées, ce qui permet de s'adapter aux réflexions et aux expériences individuelles, tout en garantissant une systématisation des entretiens. La durée de l'interview variait de 30 à 90 minutes par personne. Avec le consentement des consommateurs de drogues, les interviews ont été enregistrées. L'anonymat des participants a été garanti. En raison de la longueur de l'interview et en tenant compte qu'il s'agit d'une population défavorisée, une rétribution de 50 FrS a été fournie aux consommateurs de drogues qui ont participé à l'étude.

Un questionnaire court contenant des variables socio-démographiques et relatives à la prise de risque utilisées régulièrement dans les enquêtes auprès de cette population, a été remis en fin d'interview aux consommateurs de drogues (v. Annexe 8.5, page 156). Ces données ont été comparées avec celles d'autres études suisses, afin de vérifier la représentativité du collectif en question.

#### 4.2.5 Transcription et codification des interviews

Les interviews ont été retranscrites. Les interviews de la Suisse alémanique, conduites en suisse allemand ont été retranscrites après avoir été transposées en allemand.

Les chercheurs ont établi une liste de codifications pour les interviews suivant les hypothèses de travail. Cette liste a été adaptée et complétée (v. Annexe 8.6, page 159) suite au pilotage effectué pour les premières interviews. Chaque interview a été codifiée sur la base de la liste des codes et chaque tranche a été résumée brièvement en langue française.

#### 4.2.6 Collectif et représentativité des consommateurs de drogue

La recherche se base sur un collectif de volontaires, dont on ne connaît pas la représentativité par rapport à l'ensemble des CD. Les CD du collectif ont accepté de répondre à une interview, ce que n'auraient probablement pas accepté tous les CD (révolte, manque de motivation, protection de l'intimité, ...).

Les questionnaires courts auxquels les CD interviewés ont répondu permettent de mieux connaître leurs caractéristiques. Seul l'âge moyen peut être directement comparé à d'autres étude en raison de la taille limitée de notre collectif.

L'âge moyen est de 33 ans (bas seuil: 32.4, ambulatoire: 34.4, résidentiel: 33.2). La moyenne d'âge pour chaque type de structure est nettement plus élevée que celle observée dans d'autres études en Suisse<sup>54</sup> (bas seuil, 1996: 29.0, ambulatoire 1996: 27, résidentiel 1997: 28.2).

Concernant les caractéristiques liées à la consommation, la moitié des répondants s'étaient injecté des drogues au cours des six derniers mois mais seulement une personne avait partagé son matériel. Un peu plus de la moitié des répondants suivaient un traitement de substitution.

Trois cinquièmes des répondants ont eu un partenaire stable au cours des six derniers mois avec lequel ils ont eu des relations sexuelles. Les deux cinquièmes n'ont jamais utilisé le préservatif avec ce partenaire (un cinquième l'a toujours utilisé, un cinquième l'a utilisé parfois). La moitié des partenaires stables des répondants étaient eux-mêmes consommateurs de drogue. Trois personnes ont eu des partenaires occasionnels au cours des six derniers mois, et aucun d'entre

eux dit avoir utilisé régulièrement le préservatif. Tous les répondants ont effectué au moins une fois le test VIH et trois d'entre eux étaient séropositifs.

#### 4.2.7 Validité des réponses

L'interview exigeait une bonne concentration et la capacité de la part des CD de se remémorer leur passé. Cela n'a pas posé de problème pour la majorité des interviewés. Dans aucun cas les capacités cognitives n'étaient entravées par l'effet de la consommation de drogue, ceci grâce au recrutement ciblé des intervenants et au préavis donné aux CD. Dans quelques cas on a constaté des difficultés ou des incohérences internes à la discussion. Ces problèmes ont été normalement remarqués pendant l'entretien et les deux chercheuses ont cherché à éclaircir ces points en demandant des explications plus précises. Nous avons l'impression que les données sont donc en grande partie fiables.

La fiabilité des données peut également poser des problèmes pour les domaines où il y a des attentes précises et donc des biais de désirabilité sociale. Les chercheuses ont pour cette raison expliqué au début qu'elles ne voulaient pas juger ou stigmatiser des comportements, mais qu'elles étaient intéressées à connaître les expériences et les difficultés vécues par les CD dans ce domaine. On a souligné l'importance de la contribution des interviewés pour l'amélioration de la PST. Les deux chercheuses ont l'impression que dans la plupart des cas les CD ont été sincères, en donnant leur avis et en racontant leurs expériences d'une manière ouverte, même lorsqu'ils n'étaient pas d'accord avec les consignes de prévention officielles.

### 4.3 TYPES D'ANALYSES EFFECTUEES

L'analyse des focus groups et des interviews a été réalisée par la technique classique de l'analyse de contenu <sup>55</sup>. Cette approche permet d'examiner le texte d'une manière systématique à travers l'identification et le groupement de thèmes ainsi que la codification, la classification et le développement de catégories. Des analyses intragroupe et intergroupes ont été réalisées.

#### a) Focus groups des intervenants en toxicomanie

1. Pour chaque focus group en Suisse romande et en Suisse allemande: description des représentations, connaissances, compétences perçues, pratiques, problèmes rencontrés dans leurs tâches de prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogues. Ce travail se fait dès que le premier focus group est réalisé, pour permettre des comparaisons et une meilleure mise en œuvre des focus groups ultérieurs.
2. Comparaison des éléments cités ci-dessus entre les 4 focus groups réunissant des intervenants travaillant dans 4 types de structures différentes, ceci en Suisse romande et en Suisse allemande.
3. Comparaison des éléments cités ci-dessus entre chaque focus group réunissant le même type d'intervenants en Suisse romande et en Suisse alémanique.
4. Mise en perspective des 7 focus groups avec les hypothèses et élaboration des premières conclusions concernant les intervenants.

#### b) Interviews des consommateurs de drogues

1. Pour chaque groupe d'interviewés en Suisse romande et en Suisse allemande: description des expériences et problèmes rencontrés dans le but de prévenir la transmission sexuelle du VIH. Ce travail se fait dès que les premiers interviews sont réalisés, pour permettre des comparaisons et une meilleure mise en œuvre des interviews ultérieurs.
2. Comparaisons des expériences et problèmes rencontrés dans le but de prévenir la transmission sexuelle du VIH entre groupes d'interviewés fréquentant des structures différentes, ceci en Suisse romande et en Suisse allemande.
3. Comparaisons des expériences et problèmes rencontrés dans le but de prévenir la transmission sexuelle du VIH entre interviewés fréquentant les mêmes structures en Suisse romande et en Suisse alémanique.
4. Mise en perspective des 28 interviews avec les hypothèses de départ et élaboration des conclusions concernant les consommateurs de drogues.

**c) Mise en rapport des focus groups et des interviews**

Mise en perspective des problèmes rencontrés par les intervenants et par les consommateurs de drogues. Elaboration de conclusions différenciées en fonction des lieux, du sexe du consommateur de drogue et de la région linguistique.

## 5 RESULTATS DES FOCUS GROUPS

### 5.1 INTRODUCTION

Les focus groups avec les intervenants en toxicomanie ont permis d'aborder cinq thèmes :

1. Les représentations de la PST
2. Les représentations relatives aux tâches
3. Les pratiques de PST effectives
4. Les difficultés rencontrées
5. Les propositions d'amélioration (y compris la formation)

Ces cinq thèmes correspondent aux questions qui ont été posées aux intervenants. Comme lors de toute discussion, des thèmes pas encore présentés par la modératrice ont pu être abordés par les intervenants.

Dans le texte, chaque citation est suivie entre parenthèse de l'abréviation FG (désignant les focus groups par opposition aux interviews), du type d'institution (bas = bas seuil, ambul = ambulatoire, resid = résidentiel et prost = prostitution) et de la région linguistique (R = Suisse romande, A = Suisse alémanique).

#### 5.1.1 Analyse

Dans un premier temps, on a procédé à une analyse globale et s'il y avait lieu, on a mis en évidence les différences entre les régions linguistiques, les différentes structures et le sexe des intervenants. La technique des focus groups ne permet pas d'avoir l'opinion de chaque participant sur chaque thème. Toutefois les intervenants manifestent parfois leur accord par une expression verbale courte comme "oui", "d'accord" etc. C'est toute l'importance du travail des observateurs de noter si une opinion est approuvée par un ou plusieurs autres intervenants. Il est probable aussi que certains participants approuvent une opinion mais n'en fassent pas une mention explicite (éventuellement un hochement de tête). Toutefois les réactions peuvent être infimes ou trop nombreuses pour que les observateurs puissent tout noter. En contrepartie, on observe que certains participants (probablement pas tous) manifestent parfois leur désaccord concernant une proposition. Dans le texte, on mentionnera les opinions qui suscitent des polémiques.

Le niveau d'approbation d'une opinion peut être évalué de deux façons; soit un participant avance une opinion et les autres (un autre, plusieurs autres, tous) approuvent directement cette opinion; soit la même opinion est présentée par un participant puis un autre participant (plusieurs, tous) à un autre moment du focus group exprime la même opinion. Dans les citations des participants, une mention permettra de connaître le niveau d'approbation des autres participants pour l'opinion mentionnée ((I) opinion d'un participant, (II) de deux participants,

(P) de plusieurs participants, (C)<sup>5</sup> s'il y avait consensus dans le groupe). Si un ou plusieurs participants approuvent une opinion au cours du focus group, cela sera mentionné dans le texte.

## 5.2 REPRESENTATIONS DE LA PST

Ce chapitre comprend les thèmes suivants : Importance de la PST (5.2.1, page 47), Définition de la PST (5.2.2, page 48), Consignes sur la PST dans l'institution (5.2.3, page 49), Rôle des intervenants dans la PST (5.2.4, page 49), Evolution de la PST (5.2.5, page 53).

### 5.2.1 Importance de la PST

La première question posée aux intervenants portait sur l'importance que revêt pour eux la prévention de la transmission sexuelle du VIH dans leur travail.

**Dans cinq focus groups sur sept, les intervenants considèrent que la PST est très importante.** Ils motivent leur opinion par le fait que la transmission sexuelle est nettement moins prise en compte par les CD que la transmission par la seringue, que la prévalence du VIH a diminué chez les CD et qu'il y a donc un risque que la prévention primaire soit oubliée et qu'il y a une baisse d'intérêt pour la prévention du sida dans la population générale.

Dans le focus group **prostitution alémanique**, les intervenants font remarquer qu'il y a toujours des clients qui demandent des relations sexuelles sans préservatif et que la PST reste donc un thème très important pour les femmes prostituées.

Les intervenants du focus group **ambulatoire alémanique** estiment que la PST est très importante. La prévention du sida touche au thème tabou de la sexualité et les consommateurs de drogue disent employer le préservatif pour éviter d'avoir à en discuter. C'est particulièrement un sujet d'inquiétude chez les intervenants car ceux-ci estiment qu'il est probable que les CD ne se protègent pas (toujours).

On ne peut pas mettre en évidence de différence d'appréciation du problème entre Suisse romande et Suisse alémanique.

Dans deux focus groups, les intervenants n'estiment pas que la PST est très importante

Les intervenants du focus group **bas seuil alémanique** estiment que la PST est aussi importante pour les CD que pour la population générale. Pour les intervenants, l'amélioration des conditions de vie des CD (prison, manque de logement, d'argent, de nourriture, de travail) est prioritaire:

*Das ist wahrscheinlich undankbar, für wer das auch immer finanziert und dann eben auch dort ein Gewinn aus dem herausziehen, so eine indirekte Prävention zu machen, wie Jobs schaffen, Wohnungen schaffen, den Leuten wieder so ein Selbstwertgefühl zu vermitteln, dass sie, eben wenn man kein Wert hat, wenn das Leben keinen Wert hat, dann ist eben auch nicht schlimm, wenn das HIV infiziert ist, oder. Aber wenn eben das langsam wieder kommt und ...(I) (FG-bas-A)*

---

<sup>5</sup> Dans les focus groups alémanique, il n'est pas fait mention d'un nombre intermédiaire ((II) et (P)) d'intervenants qui approuvent la proposition.

Concernant l'importance de la PST, les intervenants du focus group **ambulatoire romand** sont partagés. La moitié estime que la transmission du VIH par la seringue est plus importante que la transmission sexuelle:

*Maintenant je ne vais pas en rajouter, je suis tout à fait d'accord avec ce que vous dites au niveau de la toxicomanie et du toxicomane ; on est beaucoup plus préoccupé, enfin moi aussi, par les seringues, les seringues propres et l'hygiène d'injection aussi. (P) (FG-ambul-R)*

A noter que deux participants, depuis le moment où ils ont su qu'ils allaient participer à cette étude et le moment du focus group, ont changé d'opinion et estiment que la transmission sexuelle est maintenant le problème le plus important. Des facteurs personnels ont aussi influencé les intervenants dans leur appréciation du problème (importance nulle de la PST dans leur vie, travail avec des séropositifs). Des intervenants de deux focus groups montrent qu'ils sont conscients du problème car ils racontent des cas de transmission récents du VIH par voie sexuelle vécus par deux CD.

### 5.2.2 Définition du contenu de la PST

Bien que la question de la définition du contenu de la PST n'ait pas fait explicitement partie du guide d'entretien, dans six focus groups sur sept la question a été débattue.

**Dans la majorité des focus groups, les intervenants estiment qu'une prévention uniquement autour du préservatif (en conseiller l'usage, apprendre à le mettre) est importante mais pas suffisante. Plusieurs intervenants insistent sur le soutien (matériel, psychologique, santé physique) qui doit être donné aux CD.**

Les intervenants du focus group **bas seuil alémanique** estiment qu'une PST efficace passe par l'amélioration des conditions de vie des consommateurs de drogues et doutent que l'encouragement seul de l'usage du préservatif soit utile.

Le thème de la définition d'une bonne PST n'a pas été explicitement discuté dans le focus group **bas seuil romand** mais les intervenants disent être dans une réflexion continue pour l'améliorer.

Dans le focus group **ambulatoire romand**, plusieurs intervenants se sont demandés ce que cela signifiait de faire de la PST :

*(Un intervenant) Il faut aussi se mettre d'accord sur qu'est-ce que cela veut dire bien faire ?, parce que c'est vrai on ... (une intervenante) Ouais, mais qu'est-ce que l'on veut faire exactement ? Est-ce que l'on veut juste dire heu, il faut mettre le préservatif point ou bien est-ce que l'on veut aller plus loin ? (le premier intervenant) Mais, mais on dit toujours il faut aller voir un petit peu au-delà, mais en fait qu'est-ce que cela veut dire exactement aussi ? (II) (FG-ambul-R)*

Pour les intervenants du focus group **ambulatoire alémanique**, la PST implique un travail spécifique au genre et doit tenir compte des bases culturelles et de la formation des CD.

Dans le focus group **résidentiel romand**, pour certains intervenants, il faut aider les CD au point de vue psychologique et pour d'autres, il faut améliorer leur santé physique. Pour un intervenant, il faut revaloriser les valeurs morales, parler d'identité, d'image de soi, aider l'individu à réapprendre à se respecter et à respecter les autres. Les intervenants estiment que ce n'est pas forcément en faisant de la prévention directe que l'amélioration au niveau de la protection contre le VIH sera la meilleure. Ce qu'il faut, c'est améliorer la santé physique, l'image de soi, les relations humaines. De même dans le focus group **résidentiel alémanique**, tous les intervenants s'accordent pour dire qu'une prévention qui a un sens est une prévention

qui a un effet à long terme. Cela passe par une amélioration des conditions psychoaffectives des CD (respect de soi-même, auto-estime, se réappropriier son corps, sa sexualité...).

Pour les intervenants du focus group **prostitution alémanique**, faire de la PST signifie agir à plusieurs niveaux: avoir des activités autour du préservatif (le distribuer, en parler, apprendre à l'utiliser) pour en encourager son usage et soutenir et stabiliser les personnes (améliorer l'auto-estime, aider à retrouver un logement, régler les dettes, les appuyer dans le contact avec les autorités...).

### 5.2.3 Consignes dans l'institution

**Dans cinq focus groups sur sept, soit il n'y a pas de consignes concernant la PST, soit elles ne sont pas explicites.** Dans le premier des deux focus groups où les consignes sont claires (FG-prost-A), pour la moitié des intervenants, l'amélioration de la PST est la raison de la création de la structure :

*Ja also ich meine, das ist der Ausgangspunkt gewesen warum wir gegründet worden (Projet Hermann).  
(II) (FG-prost-A)*

Pour l'autre moitié, les directives sont claires:

*Ja also nicht nur im Pflichtenheft sondern auch im Konzept unter Gesundheit oder. (I) (FG-prost-A)*

Dans l'autre focus group (FG-bas-R), dans trois institutions sur quatre, les intervenants ont pour directives de faire de la prévention à la fois pour les seringues et pour la transmission sexuelle du VIH.

Pour le focus group **ambulatoire romand** et dans les focus groups **résidentiels romand et alémanique**, les intervenants n'ont pas de consignes à ce propos. Dans le focus group **résidentiel alémanique**, tous les I sont d'accord pour dire qu'il n'y a pas de consignes explicites pour la PST:

*Da ist vor allem aufgelistet wie wir funktionieren. Was die Bedingungen sind, dass man von einem Raum in den anderen kommen kann. Welche Kriterien erfüllt sein müssen, das ist mehr, ja wie ist die psychische Entwicklung. Aeh, es ist auch der Kontakt gegen aussen, aber also, ich denke es ist einfach wie ein Stiefkind, also es wird nicht gross ... Vielleicht es kommt schon wieder einmal, es wird erwähnt, aber das man , auch wirklich überlegt und einbindet oder einbezieht, finde ich wird zu wenig gemacht. (I)  
(FG-resid-A)*

Dans le focus group **bas seuil alémanique**, il n'y a pas de consignes explicites sur la PST mais les intervenants disent que cette problématique peut être intégrée dans le contexte plus global de la prévention des infections.

Dans plusieurs institutions où il n'existe pas de cahier des charges ou de consignes explicites sur la PST, les intervenants estiment que celle-ci peut être rattachée indirectement à d'autres objectifs de ces structures comme le développement de la personnalité ou l'amélioration de la relation avec son corps et des relations avec les autres.

### 5.2.4 Rôle des intervenants dans la PST

**Les rôles que les intervenants s'auto-attribuent dans la PST sont d'une grande variété. Le seul rôle qu'on retrouve dans plusieurs institutions est d'être disponible pour la discussion avec les CD ou leur fournir des informations.**

Dans les focus groups **bas seuil**, le maître-mot semble être la disponibilité. Dans le focus group **bas seuil romand**, un intervenant exprime bien leur position :

*On donne l'ouverture de la discussion, de nouveau, c'est vrai que je crois que les gens, on va partir sur ce qu'ils nous donnent, on ne va pas forcer la relation, parce que ça je crois que c'est une des bases de travail, donc on va construire à partir de ce qu'ils vont demander, de ce qu'ils vont laisser comme espace de discussion possible (...) donc on va cibler, et puis, on va être, on va être à l'affût de l'ouverture qu'il va nous donner, peut-être que ce contact-là il va déboucher sur 15 minutes d'entretien, peut-être rien du tout; donc tous les soirs cela va changer et cette personne-là, elle va peut-être passer 5 soirs de suite et peut-être le cinquième soir il y aura l'ouverture, mais peut-être pas; donc nous on construit la relation en fonction du temps donné, au moment donné, au moment où cela se passe, on a cette vigilance-là, cette ouverture-là mais à partir de là, on construit à partir de ce que l'on a parce que c'est la structure dans laquelle on est, c'est le cadre dans lequel on est, avec, je crois c'est vrai en tête très fort que la prévention elle est au niveau des seringues, elle est aussi au niveau de la sexualité. (I) (FG-bas-R)*

Les intervenants essaient aussi de stimuler la discussion sur la PST, car ils disent que d'eux-mêmes les CD n'en parlent jamais. Ils estiment aussi que leur rôle est de se documenter, de se former pour améliorer sans cesse leur pratique :

*Je crois que nous, nous ce que l'on fait, c'est qu'on a une réflexion continue sur notre pratique, je crois que l'on continue à essayer de comprendre mieux, - de prendre contact avec différentes personnes qui font des recherches dans différents domaines pour essayer d'améliorer notre pratique - entre autres par rapport à la prévention, par rapports aux limites de la prévention, c'est une de nos préoccupations principales. On essaye de rester le plus performant possible et de se tenir au courant des choses qui sortent - maintenir nos connaissances à jour j'entends, c'est des signes à un moment donné, d'un travail continu qui les porte. On fait partie de l'antenne cantonale donc on est, ouais, on a un rôle particulier par rapport au groupe sida parce qu'on s'occupe de toxicomanie, mais le sida c'est le, - le but premier de l'association dans laquelle on fait partie, nous on baigne là-dedans (II) on est en lien avec ce réseau-là. (FG-bas-R)*

Dans le focus group **bas seuil alémanique**, les intervenants disent mettre les préservatifs à disposition. Ils répondent aussi sur demande des CD aux informations sur la PST.

Dans le focus group **ambulatoire romand**, les intervenants sont partagés quant à leur rôle dans la PST. Pour certains, c'est bien leur rôle de fournir des informations sur la PST. Pour quelques intervenants en toxicomanie, ce n'est pas leur rôle et ils délèguent cette tâche à d'autres institutions :

*Puis c'est surtout pas avec un, parce que l'on est, on est, on est quand même la LVT bien porteur d'une spécificité, c'est « contre les toxicomanies » donc on est vraiment des spécialistes de, entre guillemets de nouveau, mais pour la population heu, de la toxicomanie et pas forcément du sida donc. moi, ce que je rajouterai en plus des compétences, c'est une histoire de casquette, je trouve que c'est important avec la clientèle qu'on a : toxicomanes, gens dépendants qui sont complètement déstructurés, d'avoir en face d'eux des gens qui sont, qui ont des casquettes claires. (I) (FG-ambul-R)*

Un intervenant ne refuse pas de faire de la PST mais il ne s'estime pas compétent en tant que spécialiste de la toxicomanie:

*Personne ne m'en parle (de PST) et puis les lieux (pas adéquats) aussi tout ça, et c'est pour ça que j'ai essayé un maximum de renvoyer sur le planning familial à (ville) (petit rire) ou des choses comme ça. Parce qu'en plus de ça, c'est pas ma mission première je dirais, c'est pas ma spécificité heu, mais en même temps, ça m'interpelle et puis je suis en train de me dire mais, comment je le fais ? et puis on essaye toujours de trouver le fait de dire on va pouvoir tout assumer, parce que on est des spécialistes et puis que c'est, et puis je me rends compte que non, même si on a la technique, même si on a les mots, même si on a l'accrochage, même si on a le lieu heu. (I) (FG-ambul-R)*

Même parmi ceux qui estiment que la PST fait partie de leurs tâches, ils n'en font pas systématiquement:

*Et puis, en entretien - c'est pas dans ma pratique systématique, ça ne fait pas partie de mon check systématique mental donc, si ça vient dans la discussion : oui volontiers. (I) (FG-ambul-R)*

Il semble que le peu d'intérêt de certains pour la PST provient aussi d'un manque de connaissances des dangers de la transmission sexuelle chez les CD :

*Mais moi, je me pose un petit peu la question, enfin je ne sais pas si il y a des statistiques qui existent mais : est-ce qu'il y a vraiment plus de contaminations par rapport sexuel chez les toxicomanes que dans la population normale ? (I) (FG-ambul-R)*

Rappelons aussi que deux intervenantes qui estimaient que la transmission du VIH chez les CD par les seringues était plus importante que la transmission sexuelle ont changé d'avis :

*En réfléchissant justement pour préparer ce FG, je me suis rendue compte que, implicitement, je considérais que c'était un problème moins important que la transmission via les seringues ; parce que j'avais dans l'idée que, statistiquement, le risque représenté par un comportement à risque «échange de seringue» était beaucoup plus important que le risque représenté par un comportement à risque « relation sexuelle sans préservatif » - Maintenant, quand je me suis posé la question: mais est-ce que moi j'accepterais de prendre ce risque ? (la question) La réponse était évidemment non et je me suis dit : mais pourquoi est-ce que j'imagine que mes patients peuvent le prendre plus facilement, quoi ? (I) (FG-ambul-R)*

Dans le focus group **ambulatoire alémanique**, les intervenants médicaux ont la charge de faire une anamnèse des CD qui prévoit des questions sur les relations sexuelles et ils font aussi des contrôles de santé à échéances fixes, ce qui leur donne la possibilité de parler de la PST. Une intervenante estime que dans son institution, la PST serait plutôt traitée dans le domaine somatique :

*Es ist eben so, weil wir sind so eine grosse Institution mit sehr vielen Leuten auf beiden Seiten, das jeder Patient bei der Somatik vorbei muss und das ist dann wie so ein bisschen somatikspezifisch, das wir so quasi die Aufgabe übernehmen, das anzugehen als Thema, das das dann in der Therapie weniger muss auch noch besprochen werden, also wir haben eigentlich noch viel, also so ein kleines Dreierteam, das Spezielle, weil es schwierig ist das auch noch in der Therapie noch zu besprechen, noch hineinzunehmen, die meisten wahrscheinlich. Bei uns ist es Pflicht, ja eigentlich von Anfang an, ja ... (I) (FG-ambul-A)*

Les intervenants sont aussi disponibles pour parler de PST et ce thème peut être abordé dans les colloques réguliers entre CD et personne de référence (chaque CD a un intervenant comme personne de référence qui le suit au cours de son traitement). Les intervenants estiment que c'est aussi leur rôle de travailler avec de petits groupes d'hommes et de femmes.

Dans le focus group **résidentiel romand**, tous les intervenants disent qu'ils sont attentifs à la PST, un intervenant dit même que "la prévention, je veux dire, ça tombe sous le sens étant donné que mes collaborateurs sont choisis pour avoir quand même en vertu de certaines qualités, de certains principes". Dans deux institutions existe un bilan médical à l'entrée qui donne l'occasion de parler des MST, du VIH et d'aborder la prévention. Dans cinq institutions sur six, les intervenants prennent une part active dans la PST en organisant des réunions, des groupes. Certains intervenants discutent spécifiquement de PST lors des départs en week-end des CD car ils savent que c'est à ce moment-là que des risques peuvent être pris. Dans toutes ces institutions, les intervenants ont une approche à la fois générale et individuelle de la PST. La plupart des institutions mettent à disposition des brochures ou des préservatifs et lorsque les CD s'y intéressent, ils essaient de venir sur le thème de la PST. Une seule intervenante dit que la PST est

laissée totalement à l'initiative des CD, elle semble l'expliquer par le fait que tous les intervenants ont des formations sociales:

*Chez nous, on est que de formations sociales, alors effectivement, on l'aborde au moment où il faut l'aborder, on l'aborde si c'est nécessaire, si le sujet se présente, on ne va pas faire systématiquement de la prévention. (I) (FG-resid-R)*

Cette même intervenante dit qu'elle n'a pas de formation spécifique à la PST et qu'elle délègue ce problème au médecin ; selon elle, ses connaissances lui suffisent pour orienter les CD en fonction des demandes.

Dans le focus group **résidentiel alémanique**, les intervenants estiment qu'ils doivent donner quelque chose qui tient à long terme, l'auto-estime, l'amélioration du respect à l'égard de son propre corps, les soins à donner à son corps, de s'accepter en tant que femme et de prendre conscience de certains aspects de la sexualité chez les hommes. Pour ces intervenants, la PST n'est pas différente de la thérapie.

Dans le focus group **prostitution alémanique**, les intervenants sont dans l'ensemble d'accord pour dire qu'il y a deux tâches générales, les activités autour du préservatif (mise à disposition, exercices), et le travail à long terme, c'est-à-dire stabiliser les femmes, afin qu'elles soient dans une position où elles puissent exiger des rapports protégés. Cette deuxième tâche est de loin la plus difficile et elle est sans fin :

*Also für mich hat das wie zwei Ebenen. Das eine ist so, alles rund um das Kondom herum selber. Also das machen wir, das wir Kondome abgeben oder es gibt auch solche Sachen, wir haben so kleine Dildos, bei denen man das aufsetzen versucht zu üben, das nimmt so viel von den Hemmungen, es macht es zum alltäglichen, banalen Gegenstand. Aber das ist nur so der eine Punkt, also überhaupt das Material zu haben und zu wissen wie es zu verwenden ist und das andere geht für mich, also der grösste Teil von der Arbeit besteht für mich darin, die Frauen so zu stabilisieren, wie ihre jeweilige Situation, das sie überhaupt in der Lage sind den Kondomgebrauch zu fordern und durchzusetzen und das ist für mich die viel schwierigere und endlose Arbeit. (C). (FG-prost-A)*

Quant à être actifs ou passifs dans la PST, les intervenants sont partagés. Un intervenant estime que ce qui compte, c'est de donner un lieu où les CD prostituées se sentent en sécurité:

*Es ist schon auch drinne im Konzept (Notschlafstelle für Frauen), aber eben sehr, also, also vage, das das eben ein wichtiger Teil ist, das, das Frauen nicht so abhängig sind von Freiern, nicht auf zwielichtige Übernachtungsangebote eingehen müssen, das schon auch in Hinblick auf Prävention, das sie eben einen Ort haben, wo sie sich zurückziehen können, aber es ist nicht, also nicht in dem Sinne, das jetzt, das Pflichtenheft gäbe in diesem Bereich, da gehört das und das und das dazu, das ist so ein wenig erwähnt, aber, ja ein wenig schwammig auch. (I) (FG-prost-A)*

Pour d'autres intervenants, au contraire, il faut être actif dans la PST sinon les CD n'aborderont jamais ce thème eux-mêmes :

*Nicht problematisiert, aber ich mache schon die Erfahrung, das das auch von mir erfordert, das ich äh aktiv und direkt damit umgehe, das ich direkt anspreche, wenn ich es nicht anspreche wird es nicht angesprochen, wird es nicht Thema. Es dauert sehr, sehr lange, ja... (C) Also ich muss es auch wieder einmal thematisieren, also ... (FG-prost-A)*

D'autre part, certains intervenants estiment que c'est leur tâche de demander de meilleures structures pour les femmes qui se prostituent.

### 5.2.5 Evolution de la PST

Concernant l'évolution de la PST ces dernières années, la plupart des focus groups mettent en avant que le problème de l'infection par le VIH n'est plus au premier plan des préoccupations des CD car le nombre de séropositifs parmi eux a diminué. L'intérêt de la population pour le sida a diminué, comme l'intérêt des CD et des intervenants :

*Die persönliche Betroffenheit glaube ich war in den letzten 5 bis 10 Jahren grösser bei den Einzelnen, so wie ich es feststelle. Und äh da würde ich mit dir übereinstimmen, das lässt nach in der Gesellschaft. Es ist auch mehr äh, äh dieser Eindruck da, die Medikamente können es jetzt richten. Von daher lässt auch das Interesse nach. (I) (FG-prost-A)*

De même une intervenante manifeste qu'elle est lassée d'entendre tout le temps parler de sida:

*Dem kann ich zustimmen, das stimmt, also ich entdecke, äh ertappe mich selber dabei, also über Aids. Also ich schaffe ja in dem. Aber alleine das was ich von aussen alles höre und die Medien, ich mag es nicht mehr hören. Ich stehe dazu, ich mag es nicht mehr hören.. (I) (FG-bas-A)*

Concernant l'évolution des connaissances des CD, des différences existent. Un intervenant du focus group **résidentiel romand** estime que, maintenant, les CD de 20-24 ans ont les connaissances de base dans le domaine de la PST et que cela a évolué au cours des quatre dernières années. Par contre une intervenante du focus group **prostitution alémanique** estime pour sa part qu'il n'y a pas de changements, les prostituées sont toujours aussi mal informées:

*Wenn sie zustande kommen, also wir staunen immer wieder, wie schlecht die Frauen eigentlich informiert sind. Also man hat ja immer das Gefühl, es ist soviel geschrieben und eigentlich weiss man doch alles und wenn es dann mal zu einem Gespräch kommt, dann merkt man, es ist eigentlich nicht so. Also da kommen z.T. Fragen, da denkt man um Himmels willen. (I) (FG-prost-A)*

Cette même intervenante trouve que, puisque l'intérêt de la population baisse, c'est d'autant plus important de continuer les efforts de la prévention car il y a toujours des hommes qui demandent des relations sans préservatifs :

*Ja, aber daher ist es im Moment auch wirklich wichtig, da dran zu bleiben auch und ..., aber ich glaube auch, also gesellschaftlich bezogen, das das Interesse eher, das eher Distanz kommt. (I) (FG-prost-A)*

**Dans cinq focus groups sur sept, les intervenants estiment que ce qui inquiète maintenant les CD, ce sont les hépatites.**

*Ça fait 8 ans que je suis dans le domaine, j'ai travaillé dans une institution avant comme éducateur et il me semble que chez les toxicomanes, c'est un sujet qui n'est plus à la mode, si je fais référence à ce que je vivais ici il y a 7, 8 ans, il ne passait pas une journée sans qu'on parle pas ou sida ou prévention; alors que maintenant, il me semble que c'est passé, ou c'est passé dans les mœurs ou ce n'est plus d'actualité mais c'est vrai que dans les entretiens avec les gens, c'est en tout cas pas le sujet qui vient en premier. L'hépatite beaucoup plus, on parle beaucoup plus d'hépatite c que de sida maintenant. (I) (FG-ambul-R)*

Des intervenants du focus group **résidentiel alémanique** estiment que la PST est très importante aussi par rapport à l'hépatite, qui a une prévalence plus grande chez les CD et dont les voies de transmission sont semblables :

*Und noch zum Schutz gegen Hep. Das könnte man fast gleichstellen, HIV und Hep. (C) Und es kommt aus der gleichen Ecke, HIV und Hep., ja und ich denke auch bei uns ist das, also beim HIV-Status ist auf jedenfall das Thema Prävention, aber bei Hep. ebenfalls. Und wenn man jetzt vergleicht, hat man sehr viel mehr Hep. Also nicht soviel Akute, also die mit Hep. C. Und HIV-Positive haben wir überhaupt nicht so viele wie früher, viel weniger was kommt, viel weniger und es wird von den Leuten auch bekannt gegeben, ob sie positiv oder negativ sind. Also das ist ein massiver Unterschied, Hep. und HIV. (FG-resid-A)*

Un intervenant estime aussi qu'on a tellement entendu parler du sida qu'on ne peut plus faire la prévention de la même manière que par le passé. Maintenant il faut la traiter dans un contexte plus large, la lier avec le problème de l'hépatite, de l'hygiène du corps, de la santé:

*Ich überlege mir, ob es nicht auch, also wenn man denen kommt mit Aidsprävention, dann ist das abgelutscht, dann hat man das schon soviel mal gehört, schon wieder. Und das man das mal anders präsentiert, das man vielleicht ein Päckchen macht, also mit Hepatiten zusammen, oder überhaupt, dass das ein Segment ist, bei man dann die Sensibilisierung, für Körperhygiene, oder für, für Gesundheit und nicht dass das an Aids aufgehängt wird. (C) Ich denke, die, die schon gesättigt sind, auch wenn es, also auch wenn man nur schon selbst das Gefühl hat, ich mag jetzt nicht mehr, ich mag jetzt nicht mehr, schon wieder Aids und so. Das man das einbaut in etwas, das, das attraktiver ist. Eben Thema Gelbsucht, das ist wirklich, das ist in der Luft, auch bei den Leuten. Sie, sie sind noch oft, also wirklich mehrfach Hepatitis positiv, also sie wissen es und sie werden darauf angesprochen. Jetzt gibt es ja neue Medikamente und sie werden von den Aerzten darauf angesprochen, ob sie würden und so. So, äh ..., so kann sich auch ... die Mehrfachprävention, nicht nur Aids. (FG-bas-A)*

Plusieurs intervenants constatent cette diminution de l'intérêt pour le sida et insistent sur le fait qu'il faut absolument continuer à faire de la PST :

*Das es ein ganz wichtiges Thema ist, das unterstreiche ich ebenfalls. Ich habe den Eindruck, dass es dadurch, dass es weniger HIV-Betroffene und aidserkrankte Drögeler gibt, ist das Thema ein wenig in den Hintergrund. Das grundsätzliche Thema und das ist auch die Gefahr, dass die Prävention wirklich flöten geht oder mehr flöten geht, riesengross. (I) (FG-resid-A)*

Un autre changement est l'apparition d'une toxicomanie à la cocaïne qui fait craindre une reprise des infections du fait de sa consommation désordonnée. Cette nouvelle problématique est soulignée dans **deux focus groups romands (bas seuil, résidentiel) et un focus group alémanique (ambulatoire) :**

*C'est vrai que les messages de prévention par rapport à la seringue, ils ont bien passé. On se rend compte quand même qu'avec des changements de contexte ou des changements de prises de, entre autre avec la cocaïne, il y a des prises de risque qui réapparaissent qui n'apparaissaient plus avec l'héroïne par rapport à l'échange de seringues et l'utilisation de la seringue de qqn d'autre, même si on sait qu'il est séropositif, pour des gens qui étaient complètement ok avec les messages de prévention et puis face à la - (I) (FG-bas-R)*

Un changement s'est opéré en Suisse alémanique mais pas en Suisse romande, c'est la prise en compte de l'existence de la prostitution masculine et la création de structures ad-hoc. D'ailleurs des intervenants provenant de structures s'occupant de prostitution masculine ont pu être invités à participer au focus group alémanique. Mais les intervenants se trouvent face à des tabous encore plus importants que ceux liés à la prostitution féminine:

*Ich schaffe ja in einem Bereich, wo es um mehrere Tabus geht, es geht um Postitution und dann nochmal um männliche Prostitution, das ist dann nochmal ein grösseres Tabu (C). Und was ich da eben auch im Drogenbereich an, an Schwierigkeiten und Ablehnung erlebt habe, das ist verrückt. Also selbst bei den Leuten, im Drogenbereich ist da extrem viel Unkenntnis und, und Unsicherheit. Die Unsicherheit ist glaube ich noch grösser als die Unkenntnis. (FG-bas-A)*

## 5.2.6 Synthèse des représentations

Connaître les représentations de la PST des intervenants est particulièrement important car celles-ci vont orienter leurs attitudes et leurs pratiques de prévention. De plus, si cette problématique est considérée comme importante, les intervenants vont être motivés dans leurs pratiques et vont chercher à l'améliorer.

Dans la majorité des focus groups, les intervenants estiment que la PST est importante. Seules les institutions à bas seuil alémaniques estiment que la PST n'est pas une priorité et que c'est les conditions matérielles de vie des CD qui le sont.

Si la plupart des intervenants s'entendent pour dire que des discussions centrées uniquement sur l'usage du préservatif sont insuffisantes pour occasionner des changements de comportement chez les CD, il n'y a pas de véritable consensus sur le contenu de la PST. Pour certains, il s'agit d'améliorer des conditions matérielles, pour d'autres, il faut améliorer la santé physique ou psychique, le respect de soi, les relations humaines, l'auto-estime, etc.

Le rôle des intervenants dans la PST n'est pas préétabli. Dans la plupart des institutions, il n'y a pas de consignes spécifiques pour la PST. Dans certaines institutions, la PST est intégrée dans des problématiques plus vastes, comme la prévention des infections (plutôt lors des injections) ou la relation à son corps. Les intervenants ne sont donc pas soutenus institutionnellement dans ce domaine. Ils sont laissés à eux-mêmes et à leur bonne volonté. D'autre part, si certains intervenants vont se préoccuper consciencieusement de cette problématique, d'autres intervenants pourront la laisser totalement de côté sans crainte de critiques de la part de l'institution, puisqu'elle ne fait pas l'objet d'une consigne explicite. Ce manque de statut dans les consignes de l'institution va créer des disparités dans la prise en compte de la problématique.

L'évolution la plus marquante de ces dernières années concernant la PST est la baisse d'intérêt manifestée tant par la population que les intervenants et les CD. Le thème de l'hépatite est maintenant plus dans les esprits. D'autre part, l'arrivée de la cocaïne, du fait de sa consommation désordonnée, fait craindre une reprise des infections à VIH.

### 5.3 PRATIQUES DE PST EFFECTIVES

**La majorité des institutions représentées dans les focus groups mettent à disposition (ou distribuent) des préservatifs.** Il semblerait qu'en Suisse romande, les institutions qui mettent à disposition (ou distribuent) des préservatifs soient un peu moins nombreuses qu'en Suisse alémanique (seulement une institution ambulatoire parmi les quatre représentées dit distribuer des préservatifs et trois sur 6 parmi les institutions résidentielles). A remarquer que la plupart des institutions qui distribuent des seringues les comptent systématiquement mais que très peu d'entre elles comptent les préservatifs. Cela a pour conséquence que les intervenants ont beaucoup de peine à savoir si le nombre de préservatifs distribués a varié au cours des dernières années. Certains intervenants estiment que les CD n'en prennent pas beaucoup:

*On met des préservatifs à disposition dans toutes les salles de bains, dans la pratique, on se rend compte que, on ne renouvelle pas souvent le stock de préservatifs. Y ouais, je peux faire la même constatation, c'est vrai que c'est par vague, mais dans la continuité, ils ne diminuent pas beaucoup. (2 intervenants confirment) (FG-resid-R)*

La plupart des institutions les mettent à disposition (souvent dans une petite corbeille) tandis que les seringues sont distribuées, ce qui montre bien la différence d'importance attribuée aux deux domaines:

*Also eben wir haben einfach unsere Kondome, einfach, also die können sie einfach nehmen, aber eigentlich meine ich, ich denke es ist so sinnbildlich, also Spritzen gibt man heraus und Kondome legt*

*man einfach so im Gang herum, wo sie sich bedienen können und das Bild, das, das trifft es auch in etwa. (I) (FG-prost-A)*

Une institution ne distribue pas les préservatifs car elle veut apprendre aux CD à se responsabiliser pour aller les acheter eux-mêmes.

**La mise à disposition de brochures (et parfois des livres) est nettement moins répandue.** C'est plus le fait des institutions romandes qu'alémaniques. Les institutions à bas seuil et résidentielles romandes sont plus nombreuses à en mettre à disposition.

La plupart des institutions qui mettent des brochures à disposition attendent ensuite que les CD leur posent des questions:

*Nous on est en train de repartir un petit peu dans la formation, parce que il y a le, la bande dessinée Hépatito's, je ne sais pas si vous l'avez déjà vue (C) que nous avons faite, et puis là il y a aussi le VIH qui est dedans alors on relance un petit peu tout ça, mais c'est la même chose, on leur donne la brochure et puis on est à disposition s'ils ont des questions. (FG-bas-R)*

**Au niveau de l'information et de la formation des CD sur la PST, seules quelques institutions organisent des cours.** Dans le focus group résidentiel romand, trois institutions organisent des cours, l'une sur la prévention, la seconde sur les toxiques et la toxicomanie et ils parlent aussi du sida et des MST et la troisième institution fait venir le groupe sida Genève pour faire des cours de réanimation et de prévention du sida (rien de mentionné dans le focus group ambulatoire romand).

En Suisse alémanique, une seule institution (du focus group résidentiel) organise des semaines de formation sur le thème de la sexualité (connaître son corps, en parler, contraception) et fait aussi venir une à deux fois par an des médecins pour des cours sur les maladies infectieuses.

**L'organisation de groupes de discussion est plus répandue, surtout en Suisse alémanique.** La plupart d'entre eux sont non-mixtes et se sont révélés nécessaires du fait des besoins, priorités, problèmes différents (en particulier, contraception et prostitution) des hommes et des femmes. En Suisse romande, la non-mixité des groupes de discussion dans quelques institutions semble être une évolution qui s'est faite comme conséquence des difficultés des relations entre hommes et femmes CD. Une institution qui s'est mise récemment à accepter des patientes toxicomanes montre comment se fait le choix de groupes non mixtes:

*Au centre où je travaille, ça ne fait que depuis février 98, qu'il y a aussi, que c'est mixte, qu'il y a des filles, alors avant c'est vrai que moi à la limite j'ai l'expérience inverse (il rit), on avait l'habitude de parler plus souvent en groupe, plus souvent c'est toujours relatif hein, c'était pas tous les jours mais, plus souvent on parlait de problèmes qu'il y avait en lien avec la sexualité ou en tout cas le rapport de couple, la vision des femmes, la vision de son corps et tout, avec l'arrivée des femmes ça c'est un peu plus rare, parce que c'est devenu plus un comportement de coq tout d'un coup. Tandis que on fait des groupes sur leurs demandes, on peut faire des groupes séparés avec des thèmes spécifiques, quand les filles demandent ce groupe, c'est souvent pour parler de problèmes sexuels ou liés à la prostitution, ou liés au respect du corps, au respect d'elle-même. Pour les garçons, je dirais que c'est différent, c'est plus facile qu'on le fasse, quand on prépare le week-end par exemple, en groupe déjà limité 4, 5 personnes pas plus et en plus on partage qq. chose de semblable, tout le monde sort, c'est plus facile d'essayer de les sensibiliser à ce moment. Mais, c'est vrai que ouais, c'est un peu l'inverse, c'est flagrant la différence d'un groupe thérapeutique qu'avec des hommes, parce que en plus l'équipe d'intervenants était aussi que des hommes, on était que des hommes, maintenant, il y a une fille qui est arrivée pour travailler, il y a eu des filles ça a changé. Il y a eu qq. mois de, pour retrouver un équilibre plus ou moins. (I) (FG-resid-R)*

Les groupes de discussion sur la PST sont plus répandus pour les femmes, celles-ci étant plus intéressées et plus concernées par ce sujet que les hommes:

*Und äh, ja dann haben wir so speziell für Frauen immer am Dienstag Frauentreffen, also wo unsere Mitarbeiterinnen mit unseren Frauen zusammen essen und dort wird immer, äh ist immer das Thema präsent, weil viele Frauen von uns sich prostituieren und sind, also es ist sehr präsent die HIV Übertragung. Und das sind so die Instrumente die bei uns benützt werden. Bei den Männern, also da ist es eher weniger merke ich. Wir haben uns mehr auf Frauen konzentriert muss ich sagen. Also in Beratungsgesprächen läuft das nach wie vor, gleich auch bei den Männern. Aber weil bei uns mehr Frauen im Programm sind die sich prostituieren, dann haben wir mehr Schwergewicht dort gelegt. (I) (FG-ambul-A)*

L'organisation de groupes de discussion spécifiques aux séropositifs ainsi que de groupes d'entraide pour séropositifs n'est le fait que d'une institution du focus group résidentiel alémanique:

*Das Thema hat eigentlich zwei Schienen. Das eine ist der Zustand vom HIV, der ist immer sehr präsent, äh auch wenn nur zwei oder drei anwesend sind: Nun in der Institution selber haben sich zwei Selbsthilfegruppen konzipiert, die sind selbst entstanden und die existieren nach wie vor. Die treffen sich wohl regelmässig und da gehen alle Leute aus den verschiedenen Häusern des Rütli machen dort mit, wenn sie möchten, und wenn sie nicht möchten, müssen sie nicht. Also es ist ja kein Zwang dabei. Es ist wirklich im Sinne der Selbsthilfe. Das funktioniert eigentlich gut, immer wieder seit. Das sind die Betroffenen selbst. Die schliessen sich dann manchmal an oder schliessen sich zusammen für bestimmte Aktivitäten in der Aidshilfe. (I) (FG-resid-A)*

Dans plusieurs institutions (exceptées les structures à bas seuil), **les CD ont une personne de référence** et les intervenants veillent (quand c'est possible) à ce qu'elle soit du même sexe que le CD. Ce système permet de construire une relation de confiance, de thématiser la PST et de suivre les CD dans leur évolution:

*Dann arbeiten wir mit dem Bezugspersonensystem und so unsere Erfahrungen sind auch, das das Thema, das es eine gewisse Vertrauensbasis braucht zwischen Bezugsperson und Klientin oder Klient, um das Thema wirklich auch anschauen zu können und das eine Offenheit da ist, das es so ein bisschen auch. Und das ist im Auftrag als Bezugsperson, das Thema nicht mit einmal abgehakt, wenn man einmal darüber geredet hat, ist es erledigt, sondern das das halt immer wieder kommt und immer wieder Thema ist. (I) (FG-ambul-A)*

**Dans toutes les institutions, la pratique la plus courante est la discussion avec les CD.**

Le bilan médical, à l'entrée dans la structure, est souvent le prétexte pour aborder la PST:

*Chaque patient qui commence un traitement, on lui propose une sorte d'état des lieux médical, c'est-à-dire évidemment c'est librement proposé, ce n'est pas du tout coercitif, mais en général les patients sont preneurs de faire en tout cas au minimum un entretien avec un des médecins de l'institution et puis ça débouche invariablement sur un bilan sanguin, (...) c'est toujours l'occasion de discuter des maladies transmissibles, du HIV entre autres, et d'aborder la prévention, les aspects prévention à travers la proposition d'un bilan biologique. (...) c'est un des moments privilégiés pour les patients de discuter, d'abord parce qu'ils sont en entretien strictement privé puis, deuxièmement parce que, effectivement, quand ils font cet état des lieux médical, au début d'une cure, c'est souvent un bon moment pour parler de ces choses-là. (I) (FG-resid-R en fait intervenant travaillant dans une structure ambulatoire)*

Les discussions sont souvent entamées franchement par les intervenants (non médecins) lors de la première rencontre avec le CD, lors de l'anamnèse, par exemple:

*Lors d'un premier contact quand je fais une anamnèse systématique, je pose la question : avez-vous eu des comportements à risques ? au point de vue, donc je le vois à double, d'une part dans les consommations :*

*est-ce que vous avez toujours fait une seringue un shoot ? et ça bon on discute déjà là, et est-ce que vous avez eu d'autres comportements à risques ? et là, on peut discuter. (I) (FG-ambul-R)*

Dans certaines institutions, les intervenants vont parler de PST lorsqu'il y a une possibilité d'exposition à un risque, par exemple lors de la formation d'un couple, lorsqu'un des partenaires est séropositif, lors d'une relation d'un soir, lors d'une rechute:

*Denn wenn sich bei uns zwei verlieben und denn es sich eine Liebesbeziehung ergibt, dann müssen sie zum Arzt gehen und dann wird nochmal über, über Prävention, nochmal geredet. Also überhaupt über Verhütung grundsätzlich, Schwangerschaftsverhütung plus eben auch, wenn einer von beiden HIV-positiv ist. Was heisst das jetzt für den Geschlechtsverkehr? (I) (FG-res-A)*

Dans les institutions qui s'occupent de prostitution, les intervenants rappellent souvent aux femmes CD qu'elles doivent se protéger. Dans certaines institutions résidentielles, les intervenants essaient de sensibiliser les CD à la problématique du sida lorsqu'ils préparent les week-ends avec eux:

*On met à disposition des préservatifs pour ceux qui sortent le week-end, on essaye de, vu qu'on doit préparer les week-end avec eux, on essaye toujours de, de entrer dans leur sphère privée lié au sexe, à la sexualité et aux relations et puis aussi quand ils rentrent du week-end, on essaye quand même de les sensibiliser, je pense que c'est inutilement. (I) (FG-res-R)*

Dans certaines institutions, les intervenants cherchent à connaître le statut sérologique des CD dans le but d'avoir une base d'éclaircissement:

*Und in unserer täglichen Arbeit ist es in Thema und äh wir versuchen möglichst, ja also eine Grundlage um damit zu schaffen ist das Erfassen, also von den Leuten, die in der Problematik drinnen sind und inwieweit welche Leute, also das auch eine Aufklärung stattfinden kann. (I) (FG-ambul-A)*

Dans certains cas, ce sont les CD eux-mêmes qui vont poser des questions aux intervenants, par exemple à la suite de la lecture d'une brochure. Plusieurs intervenants insistent pour dire que l'initiative doit venir des CD:

*On met à disposition (...) du matériel qui parfois suscite des questions, des brochures à la salle d'attente et souvent, effectivement, ils interpellent leur thérapeute (...) sur des aspects de la transmission du VIH entre autres. (I) (FG-resid-R)*

Les CD posent actuellement des questions sur l'hépatite C, ce qui permet aux intervenants d'aborder les problèmes de transmission du VIH. Certains CD vont parler spontanément de leurs difficultés affectives et les intervenants pourront en profiter pour parler de PST:

*Là ce sont les résidents eux-mêmes qui vont parler de leur affect ou de difficultés qu'ils ont à l'extérieur de - trouver une relation stable, de quitter ce comportement: je me trouve une meuf juste pour mon samedi soir. Et puis, c'est le bon moment pour en discuter (de la PST). (I) (FG-resid-R)*

Certains couples qui se forment demandent une sérologie et ce sera aussi l'occasion de parler de PST.

**Toutefois les intervenants disent que c'est difficile de les faire parler les CD sur ce sujet.** Certaines institutions ont développé des stratégies originales pour tenter de développer la discussion sur la PST:

- distribution de préservatifs dans la rue aux femmes et hommes prostitués (FG-prost-A) et essai d'engager la conversation:

*Ja ich denke auch, also auf der Gasse sind Gummis fast wie das Kontaktmittel. (C) (FG-prost-A)*

- saisir les occasions où les CD racontent leurs prises de risque pour faire de la prévention

*Il y a tout l'élément psychoaffectif, même si ils ont très - en tête des modes de contaminations, des mesures à prendre etc., mais il y a certaines situations (il rit) avec ou sans cocaïne où les gens prennent des risques, je pense que c'est pareil à la population, entre guillemets, normale ou générale. Et à la suite de ces risques-là, ils nous en parlent et puis ils demandent une sérologie, et aussi bon, ça peut être l'occasion de leur taper sur le clou. (I) (FG-resid-R)*

- utilisation de la panique lors d'un accident de préservatif:

*Il arrive complètement paniqué en disant : le préservatif a pété, là ça, c'est pour moi « l'idéal » pour en discuter, parce que là il y a une demande toute fraîche (elle rit un petit peu) il est prêt à rentrer dans un processus de changement de comportement (...). Donc heu, et puis aussi quand je me suis rendue compte pour deux patients, dont un patient qui était le compagnon d'une personne séropositive il est venu avec la demande: le préservatif a pété. Et à ce moment-là j'ai dit bon ok, on s'arrête, on discute. Comment ça se fait que le préservatif a pété ? Racontez-moi un petit peu plus avant ? Et puis en tournicotant autour, en prenant une banane et un préservatif, il m'a avoué tout simplement qu'il ne savait pas comment on les mettait (C) (FG-ambul-R)*

- aborder la prévention dans des groupes de discussion lorsqu'il y a un séropositif dans l'institution ou lorsqu'un CD a un partenaire séropositif
- organisation de massages par des intervenantes femmes (car ce sont les médecins (hommes) qui font passer les tests et ont un moins bon contact avec les femmes CD):

*Und wir haben es ein bisschen so gelöst, dass ich sehr viel in der Massage habe bei uns und dann dort die Frauen irgendein Thema, dann können, das geht dann gut. Also sie fragen dann ein bisschen oder ich frage sie so ein bisschen, und dann immer wieder viel Gespräche und dort finde ich es noch gut (I) (FG-ambul-A)*

- organisation de rencontres uniquement pour femmes, ce qui permet qu'elles s'expriment.

**Mais de nombreux intervenants estiment qu'ils doivent être prêts à répondre à la demande précise du CD et ne pas imposer la PST à un moment inopportun:**

*Modératrice: Quand, par exemple, vous disiez que pour une femme vous étiez au courant d'un avortement, c'est pour vous une entrée en matière pour pouvoir parler de prévention sexuelle? ça dépend quel est l'état de la femme à partir du moment où elle veut en parler, il y aura peut-être plus à parler de l'avortement et puis de là où elle en est émotionnellement plutôt que de dire : ouais, mais la prochaine fois que tu as une relation tu utilises le préservatif. C'est, c'est, on est vraiment, le type d'interventions dans lequel on est au bus, c'est c'est vraiment le moment présent, et c'est, c'est traiter ce que la personne nous amène à un moment donné. (I) (FG-bas-R)*

**Certaines structures résidentielles autorisent les relations sexuelles à l'intérieur de l'institution d'autres pas, tant en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Celles qui ne les autorisent pas estiment que cela limite les pressions sur les femmes à avoir des relations sexuelles et que cela leur permet de poser des limites:**

*J'entends, ce qui est non-autorisé c'est les relations sexuelles entre résidents, mais pas du tout qu'on se comprenne bien, mais en fait, ce qui relève de la gestion personnelle de la sexualité: chacun est libre; mais, pour une question en fait de heu, je dirais d'éthique aussi, d'attentes de chaque résident par rapport à son histoire et ce qu'il vient chercher dans l'institution heu, ben on lui offre une garantie supplémentaire que il ne va pas être, enfin il ne va pas faire l'économie d'être confronté, mais il peut s'appuyer sur cet interdit-là pour dire non, il va aussi être confronté à une limite. Si il a envie de dire oui, donc de réfléchir au sens que cela a et puis peut-être de voir, mais la sexualité de la personne, c'est autre chose. (I) (FG-resid-R)*

**Les institutions qui les tolèrent estiment, pour leur part, que cela permet de parler de sexualité:**

*On tolère les relations sexuelles, on ne les favorise pas, on est pas des entremetteurs ou quoi que ce soit de ce style, heu, c'est vrai qu'on est dans ces situations difficile, je pense que, on est un peu dans l'idée que si effectivement on interdit les relations sexuelles ça va être très difficile d'en parler (II) et que nous on les tolère parce que au moins on travaille, on en parle, mais je ne suis pas sûr qu'on travaille très bien, d'une manière ou d'une autre autour de la sexualité, moi, je suis plein de questionnements par rapport à ça - je suis en plein questionnement - (FG-resid-R)*

Dans une institution alémanique, les futurs résidents reçoivent à l'entrée une information sur la prévention des infections et des grossesses non désirées et l'utilisation du préservatif. Ils doivent signer un formulaire où ils déclarent qu'ils ont pris connaissance de ces informations et qu'ils vont s'y conformer:

*Da fällt mir ein, bei dem ganzen Aufnahmeprozedere, gibt es immer wieder Formulare die ich ausfüllen muss, beziehungsweise unterschreibe. Da ist eben eins unter anderem, die Regelung zur Verhütung von Infektionen und unerwünschter Schwangerschaft, der Gebrauch von Kondom usw. und eben, ähm das man die Unterlagen liest und auch eine Einführung hat über Verhütung von HIV und dann muss man unterschreiben. Das ist eine Aufnahmebedingung, das man das unterschreibt. (I) (FG-resid-A)*

Les institutions résidentielles qui n'autorisent pas les relations sexuelles dans leurs locaux estiment que les informations sur la PST ne suffisent pas, qu'il faut une structure psychologique (différenciée pour les hommes et pour les femmes) pour les accueillir:

*Je distinguerais deux niveaux, d'une part le niveau technique en fait, c'est-à-dire, ce qui relève des informations objectives en terme de transmission, en terme de moyens, de communications et puis les conditions préalables en fait pour opérationnaliser ces techniques, c'est-à-dire finalement les dimensions psychoaffectives. Dans le cadre institutionnel, on travaille en couple de référents, homme-femme toujours, et on suit le résident pour la totalité de son séjour et progressivement je dirais dans l'approche relationnelle du suivi mené par les référents, il y a une approche très douce en fait, de la question de l'intimité, de la gestion des affects, du problème des pulsions, donc heu, c'est qq. chose en fait qui doit vraiment, qui est intégré dans le programme thérapeutique mais qui n'est pas objectivable comme ça, en fait; on ne peut pas simplement avoir une option de prévention, il faut encore avoir je dirais la structure de base sur laquelle étayer ces informations, qu'elles prennent corps. (...) On va mettre l'accent sur, je dirais l'apprentissage heu du côté des hommes peut-être à explorer le versant affectif/émotionnel, l'expression des aspects émotionnels de leur vie; et puis du côté des femmes d'apprendre ou de reconnaître la nécessité de poser un certain nombre de limites. (I) (FG-resid-R)*

### 5.3.1 Synthèse sur les pratiques

**Les pratiques de PST comprennent en priorité des interventions individuelles. Certaines institutions ont développé des interventions de groupe.**

Dans les **structures à bas seuil**, les CD bénéficient de l'anonymat et les intervenants n'établissent aucun contrat thérapeutique avec eux. Dans la crainte de faire fuir les CD de leurs institutions, les intervenants n'abordent pas spontanément le thème de la PST avec les CD, ils sont simplement disponibles pour les questions éventuelles que peuvent leur poser les CD. La mesure de PST la plus courante est la mise à disposition de préservatifs que les CD peuvent prendre librement.

Les **institutions ambulatoires alémaniques** se distinguent des romandes par le fait que certaines d'entre elles organisent des groupes de discussion spécifiques au genre et que toutes mettent à

disposition des préservatifs. Elles veillent aussi à ce que le CD ait une personne de référence (de même sexe) avec laquelle la PST pourra être abordée dans le long terme.

Les sessions de formation et les groupes de discussions sont plus répandus dans les **institutions résidentielles** car il est plus facile de réunir l'ensemble des CD. Les interventions individuelles des intervenants concernant la PST ont à la fois une visée d'information mais aussi une visée thérapeutique. Les intervenants mettent en relation les difficultés psychologiques des CD et leurs difficultés à se protéger.

Les intervenants des **institutions pour les prostitué(e)s** ont à la fois des pratiques de type bas seuil, c'est-à-dire la distribution active de préservatifs dans les rues et dans les institutions et des pratiques de soutien individuel aux prostituées.

### 5.3.2 Synthèse des représentations et des pratiques

L'approche psychosociologique commandait de connaître les représentations des intervenants concernant la PST et leurs pratiques effectives (rapportées). Cela permet maintenant d'examiner l'influence des représentations de la PST sur les pratiques dans différents contextes.

Deux focus groups se différencient par leur attitude positive par rapport à la PST. Il s'agit des focus groups bas seuil romand et prostitution alémanique. Dans ces deux focus groups, les intervenants ont estimé que la PST est très importante (même totalement prioritaire pour le focus group prostitution). D'autre part, les institutions représentées dans ces deux focus groups avaient des consignes claires et explicites de faire de la PST, pour le focus group prostitution alémanique, la PST était même la raison de la création des structures. Les intervenants du focus group bas seuil romand sont disponibles pour des discussions et essaient même de les stimuler, ils cherchent à se documenter, tentent d'améliorer leurs pratiques en se formant par exemple. Dans le focus group prostitution, les intervenants manifestent leur motivation par divers comportements: distribution active de préservatifs dans la rue, assurer la sécurité des CD, conscience que l'intérêt de la population a diminué, ce qui implique de continuer l'effort de prévention.

Les intervenants de trois autres focus groups manifestent aussi un degré important d'intérêt pour la PST, même s'ils n'ont pas de consignes explicites. Il s'agit des focus groups ambulatoire et résidentiels alémaniques et résidentiel romand. Pour les intervenants du focus group ambulatoire alémanique, la PST est implicitement intégrée dans la prévention des infections. Les intervenants se soucient d'être disponibles pour des questions, mettent en place un système de personne de référence qui permet de suivre le CD dans son évolution et organisent des petits groupes de réflexion sur le thème. L'intégration de la PST dans la prévention des infections a pour conséquence qu'elle est souvent traitée dans le domaine somatique et que les intervenants ont de la peine à en parler au point de vue thérapeutique. Pour les intervenants du focus group résidentiel alémanique, la PST peut être indirectement intégrée dans le développement de la personnalité, l'amélioration du rapport à son corps et des relations humaines. Les intervenants estiment qu'une PST de qualité doit être valable pour le long terme, qu'il faut développer l'estime de soi, le respect du corps, s'accepter comme homme ou comme femme. Pour eux, ce travail n'est pas différent de la thérapie. Dans le focus group résidentiel romand, les intervenants affirment clairement que c'est leur rôle de faire de la PST. Ils sont actifs dans la prévention, suscitent des réunions, des discussions, organisent des cours.

Les intervenants du focus groups bas seuil alémanique n'ont pas estimé que la PST était prioritaire et ceux du focus group ambulatoire romand étaient partagés. Dans le focus group bas seuil alémanique, les intervenants ont estimé qu'il fallait d'abord améliorer les conditions de vie des CD avant de faire de la PST. Les institutions représentées dans ce focus group n'avaient pas de consignes explicites de faire de la PST mais ce thème était intégré dans la prévention des infections. Ils envisagent leur rôle de manière très passive puisqu'ils estiment qu'ils doivent seulement répondre aux demandes des CD. C'est le seul focus group qui a parlé de lassitude concernant la PST. Au niveau des pratiques, ils font très peu, tous ne distribuent pas de préservatifs et se contentent d'attendre les demandes. Ils ont une représentation des CD comme des victimes de la société qui ont déjà tellement de problèmes qu'on ne peut pas encore leur demander de se protéger contre le VIH. Les intervenants ont donc une représentation sociale du sida (crainte du rejet, de la stigmatisation, tendance à s'identifier aux CD) et mettent de côté les conséquences dramatiques d'une infection par le VIH qui reste problématique, même si le CD obtient de meilleures conditions de vie par la société.

Dans le focus group ambulatoire romand, les intervenants ont un avis partagé concernant la PST. Une partie d'entre eux estiment que c'est leur rôle de faire de la PST, mais plusieurs estiment que ce n'est pas à eux de faire de la PST et que la prévention du risque d'infection par les seringues est nettement plus importante. C'est dans ce focus group que se pose le plus clairement la question de la définition de la PST, signe d'un manque de réflexion à ce sujet. Certains intervenants en toxicomanie tiennent à ne pas perdre, comme ils le disent, leur spécificité de prévention des toxicomanies (ne pas avoir de double casquette) et envoient les CD qui leur posent des questions sur la PST vers d'autres institutions. Leurs pratiques de prévention sont limitées, la plupart ne mettent pas de préservatifs à disposition et n'organisent pas de cours.

Les institutions qui estiment que c'est leur rôle de faire de la PST et qui sont soutenues par des consignes explicites sont celles qui sont les plus actives et les plus enthousiastes dans leur travail. Les institutions dont les intervenants estiment que la PST est importante, même si leurs directives ne font pas explicitement référence à la PST ont aussi une attitude active dans ce domaine et ont de nombreuses pratiques. Les institutions dont les intervenants (ou une part des intervenants) estiment que la PST n'est pas prioritaire et qui, en plus, n'ont pas de consignes explicites, sont les moins actifs dans ce domaine ou délèguent à d'autres institutions. C'est donc la représentation de l'importance de la PST qui est le facteur le plus important des pratiques effectives dans ce domaine. Les consignes des institutions sont aussi un soutien important aux intervenants.

#### 5.4 DIFFICULTES A FAIRE DE LA PST

L'analyse des pratiques de PST a déjà mis en évidence quelques difficultés que peuvent rencontrer les intervenants dans ce domaine comme la difficulté à discuter de PST avec les CD. Les intervenants estiment avoir beaucoup de difficultés à aider les CD à se protéger d'une contamination par le VIH. Les difficultés rencontrées telles que les voient les intervenants en

toxicomanie<sup>6</sup> ont été synthétisées par thèmes : Difficultés contextuelles (5.4.1, page 63), Difficultés politiques (5.4.2, page 64), Difficultés au niveau des structures (5.4.3, page 65), Difficultés liées aux intervenants (5.4.4, page 68), Difficultés liées au CD (5.4.5, page 77) et Synthèse concernant les difficultés à faire de la PST chez les CD (5.4.6, page 91).

#### 5.4.1 Difficultés contextuelles

**Lorsqu'ils font de la PST, les intervenants et les CD se trouvent dans un certain contexte, la société suisse et dans le cadre de l'évolution d'une épidémie et des traitements qui existent pour soigner les malades.**

La première difficulté que rencontrent les intervenants est le fait qu'avec l'arrivée des trithérapies et la diminution des cas de séropositivité chez les CD, ces derniers se sentent moins menacés par le sida et montrent moins d'intérêt pour la PST.

**Ce mouvement de banalisation se retrouve aussi au niveau de la population générale qui pense que les nouveaux médicaments peuvent guérir du sida. Une des conséquences de cette évolution, c'est que les hommes et les femmes CD sont moins motivés à utiliser des préservatifs. Les hommes qui cherchent à avoir des relations sexuelles avec des femmes toxicomanes prostituées sont aussi moins motivés à en utiliser.**

D'autre part, si la majorité des intervenants estiment que la PST est un problème prioritaire, pour les intervenants du focus group bas seuil alémanique les difficultés de vie sont plus importantes et ils estiment que la PST est secondaire pour les CD. Ils sont donc peu motivés à s'impliquer dans ce type de prévention:

*Ich habe oft gedacht, dass wenn man so sieht was, was so für Zustände, also gerade so die Benzodiazepine ausmacht bei den Leuten, also, also das ist wahrscheinlich vergebene Liebesmühe, die da irgendwie mit dem erhobenen Zeigefinger, ... Also wenn sie nüchtern sind, oder wenn, wenn ihr Bedürfnis gestillt ist, dann okay. (I) (FG-bas-A)*

Les intervenants soulignent la complexité de la PST qui doit prendre en compte l'humain, la rencontre de deux individus, la sexualité, la maladie, la mort. Les intervenants estiment que c'est un problème difficile à empoigner:

*Parce que on est pas dans la technique, parce que la technique, c'est vrai je crois que tout le monde la maîtrise et que c'est autre chose qu'il faut - c'est une histoire de rencontre aussi par rapport, entre eux et nous à savoir qu'est-ce que l'on offre?, qu'est-ce qu'ils peuvent prendre?, qu'est-ce qu'ils peuvent prendre? - et ça, c'est compliqué, parce que on a affaire à de l'humain, on a pas affaire à des machines, donc il ne suffit pas simplement de changer un boulon pour que les choses elles tournent. (I) (FG-bas-R)*

D'autre part, certains intervenants estiment qu'on ne peut pas forcer les CD à se protéger, que même chez les toxicomanes qui risquent leur vie en ne se protégeant pas, la liberté individuelle doit être garantie. La PST renferme en elle un important potentiel de stigmatisation:

*Cela serait complètement totalitaire que de vouloir maîtriser tout ça (II), parce que après ça reste de la liberté individuelle de chacun. (I) (FG-bas-R).*

---

<sup>6</sup> Ce chapitre présente uniquement les difficultés à faire de la PST mises en évidence par les intervenants au cours des focus groups. Les chercheurs peuvent estimer que les intervenants ont d'autres difficultés dont ces derniers ne parlent pas. Cet aspect critique apparaîtra dans la conclusion.

Des intervenants observent que la société criminalise, stigmatise, marginalise les CD et ne peut donc ensuite exiger que ces derniers, qui vivent dans des conditions si misérables, se protègent lors de chaque relation et avec tous leurs partenaires:

*Ich denke die Allgemeinsituation, so die Struktur, oder das man sie einerseits ihrem Schicksal überlässt. Die Gesellschaft tut sie kriminalisieren und der ganze Aergers und Knatsch und die Schwierigkeiten die es gibt, der Stress, bei dem sie auseinandergejagt werden, Obdachlos werden, ein Wochenende im Gefängnis verbringen und so all das ..., findet man, so das ist unsere Situation, schaut das ihr damit zurecht kommt, aber dann verlangen wir, die auch ein stückweit Gesellschaftsvertreter sind, verlangen wir dann ausgerechnet, dass sie dann ständig das Präservativ benutzen sollen, wenn sie miteinander Kontakt haben. Also der Anspruch, dass sie dann wie Uebermenschen werden und wir wissen ja genau, dass das eben äh gesamthaft auch ein Problem ist. (I) (FG-bas-A)*

Les intervenants du focus group ambulatoire romand sont d'accord sur le fait que, comme pour la cigarette ou l'alcool, la relation sexuelle sans préservatif apporte du plaisir et qu'il faut en tenir compte au niveau de la prévention car les CD sont très sensibles à cet aspect:

*Mais elle est importante cette notion quand même, parce que c'est de nouveau cette notion, autant pour un toxicomane qu'un alcoolique, ça c'est quand même aussi lié au « plaisir » j'entends ; il y a des gens qui sont peut-être dans une souffrance pas possible et ce que vous dites c'est juste en disant : ben ton machin là, ça m'intéresse pas, quel plaisir je vais avoir d'avoir une relation complètement différente que la normale et pour eux le relation normale tout ça et c'est difficile parce que l'on tombe vite dans la morale hein, on est vite en train de dire aux gens : ouais mais tu te rends compte où tu en es, et là on restigmatise (accord ; petit rire). (C) (FG-ambul-R)*

#### 5.4.2 Difficultés politiques

**Une part des intervenants estime qu'il manque des structures. Ce problème est plus important dans les structures à bas seuil et dans celles qui s'occupent de prostituées.**

Une intervenante du focus group prostitution estime qu'il manque une structure (maison close) où les femmes CD puissent travailler et ainsi avoir une meilleure base de négociation envers les clients. Il manque aussi une structure où les femmes puissent se reposer de jour car elle sont souvent obligées de dormir chez le client, provoquant un flou dans la relation (client ou ami?) rendant difficile l'imposition du préservatif:

*Also wo ich noch Schwierigkeiten sehe, wirklich sehr viele fehlende frauenspezifische Angebote, also weil es eben keine Frauen-Sleeper gibt, oder eine die nur Nachts offen ist, wo die Frauen eh auf der Gasse sind, äh dann, äh dann bleibt ihnen einfach nur die Alternative entweder auf der Gasse zu bleiben, oder bei einem Freier und ich denke, das ist keine Alternative, das es noch eine dritte Möglichkeit gäbe, wo sie sich auch entscheiden kann in einen, einen Sleeper durch den Tag oder so, also es ist einfach auch ein Mangel. Und von daher, oder eben das Arbeitshaus, wo sie im geschützten Rahmen schaffen können und nicht im Stress, da können sie eben äh ..., denke ich haben sie auch die Ruhe, um ihre Ansprüche durchzusetzen gegenüber den Freiern, also ich denke, all das Zeug fehlt einfach, also eben das. (I) (FG-prost-A)*

Une intervenante du focus group ambulatoire alémanique se plaint du manque de locaux:

*Bei uns ist eben das Problem, es sind sehr, sehr viel weniger Frauen als Männer im Programm und das macht es schwieriger oder und es ist alles eng und klein und überfüllt und absolut nicht intim. Und das macht es sowieso noch schwieriger über solche Sachen zu reden. Wir sind einfach, also bei den Einzelgesprächen ja, aber wir haben so eine sogenannte Cafeteria, aber ja ... (autre intervenant) Haben sie keine Nein, nein schon, wir haben schon, aber das ist gleichzeitig auch der Abgaberaum und das ist einfach nicht so die Atmosphäre, es wird, es gibt schon Gruppen, die über Sachen miteinander reden, aber das ist dann so mehr Stammtischatmosphäre und eben die Frauen sind halt wirklich sehr in der*

*Minderzahl bei uns im Heroinprogramm. (...) Wir haben eigentlich nicht so die Kleingruppe. Wir sind auch von der Stelle her, von den Räumlichkeiten her ist das fast nicht machbar. (I) (FG-ambul-A)*

Dans les bus, il y a parfois un manque d'espace et d'intimité pour pouvoir parler de PST. Dans les structures à bas seuil, il y a parfois tellement d'affluence qu'il est difficile de trouver du temps pour pouvoir parler avec les CD. **La plupart des institutions estiment être sous-dotées en personnel et, de ce fait, ne peuvent consacrer du temps à la discussion avec les CD:**

*Nur sind bei den Gassenzimmern auch nicht immer die Zeit da ist, für solche Sachen zu machen, oder. Bei einer 3-er Besetzung auch noch eine Mittagsöffnung, das kannst du vergessen. Da kannst du eigentlich auch Einzelgespräche abhacken auf dem Morgen, weil du hast ja irgendwie 100 Leute draussen und drinnen, ja, da musst du halt auf andere Sachen schauen. (I) (FG-bas-A)*

Certaines institutions ont essayé de trouver des solutions pour pouvoir discuter plus en profondeur avec les CD (par exemple, des horaires d'ouverture non-mixtes), mais l'affluence pendant les heures d'ouverture pour les hommes et l'ambiance agitée ne leur a pas permis d'améliorer la situation:

*Ja also, bei den Männern ist es einfach garkeins gewesen. Das ist auch, also das ... die beiden Projekte haben "Taff" -Treffpunkt abhängiger Frauen gebeissen. Das letzte läuft immer noch, muss aber wahrscheinlich sistiert werden aus verschiedenen Gründen. Und das "Tam"-Treffpunkt abhängiger Männer, das ist sistiert. Aber eben aus dem Grund, weil wir gemerkt haben, dass Gassenzimmer auch für Männer offen ist, es wird einfach genauso benutzt wie sonst auch. Es hat genauso viele Leute, es ist genau die gleich grosse Hektik da drinne, es sind einfach nur Männer da. Und das ist schwierig bis unmöglich gewesen wirklich themenspezifisch zu schaffen, einfach wegen der Anzahl Benutzer und Benutzerinnen. (I) (FG-bas-A)*

Les intervenants se sentent aussi incompris par la population pour laquelle la PST, c'est informer et distribuer des préservatifs, mais qui ne comprend pas que mettre à disposition une Notschlafstelle, des appartements, fournir des emplois, aider les CD à avoir une meilleure estime d'eux-mêmes fait aussi partie de la prévention:

*Das was wir im Moment konkret merken ist aufgrund des Referendums (Projet Hermann) und den Vorwürfen der SVP auch, äh auch ganz grundsätzlich, was ist eigentlich Prävention, was bedeutet Prävention. Also uns wird ja ganz konkret vorgeworfen, das was wir machen ist ja keine Prävention und ich denke da kann auch noch letztendlich Aufklärungsarbeit geleistet werden, was Prävention letztendlich wirklich bedeutet. Das es nicht nur darum geht halt Gummis zu verteilen, so, sondern das es eingebettet ja auch ist. Das es eine Grundlage braucht, um auch dann wirklich in die Verhaltensänderung auch zu kommen. Und da habe ich den Eindruck so, jetzt durch, durch viele Kontakte, wenn wir, wenn wir unsere Flyer verteilt haben, das es für viele die nicht äh fachspezifisch sind, das ist, das ist wirklich eine Frage die sie nicht beantworten konnten. Also für viele bedeutet Prävention erstmal auch mehr oder weniger das konkrete Arbeiten, d.h. ich verteile den Gummi und soll dann den, äh dann Wissen vermitteln zu, äh zur HIV Erkrankung, aber was bedeutet z.B. eine Notschlafstelle, was hat eine Notschlafstelle mit Prävention zu tun, was hat eine Unterstützung halt oder eine Arbeit auf dem Selbstwert mit Prävention zu tun, da ist für viele eine, äh eine Brücke, die sie nicht sehen können. (I) (FG-prost-A)*

### 5.4.3 Difficultés au niveau des structures

#### Définition et pratique de la PST

Comme il est apparu dans les représentations de la PST et les pratiques effectives de PST, il n'existe pas de consensus sur une définition de ce type de prévention et sur les pratiques qui seraient les mieux à même de l'améliorer.

Un intervenant se demande à quel moment il faut faire de la PST, il ne semble pas qu'il y ait des consignes dans son institution à ce sujet:

*Mais pour en revenir aux conditions de travail, dans le cadre du foyer, c'est un foyer ouvert et les gens sont libres de sortir et de reconsommer, donc de parler de prévention, c'est, c'est, quel est le moment où on va parler de prévention, c'est ça qui est difficile, quand elle arrive on lui dit : ben, tu es là pour t'en sortir, tu as fait le choix d'arrêter de consommer, si tu veux quitter le foyer tu peux le faire, tu peux aller où tu veux, est-ce qu'il faut en parler à ce moment-là ? est-ce que c'est trop tard ? est-ce que c'est le moment ? c'est toujours le moment d'en parler qui est difficile, je dirais, on en parle tout le temps concrètement. (I) (FG-resid-R)*

Dans certains institutions, le sida est considéré comme appartenant au domaine somatique et il est très difficile d'en traiter au point de vue thérapeutique. Pour certains intervenants, le problème spécifique des femmes n'est pas traité de manière adéquate dans les institutions:

*Und das nachwievor in den Institutionen nicht klar fachspezifisch geschafft wird, also gerade in der Suchtarbeit, da sollte es langsam normal sein, aber das ist nach wie vor, finde ich so grade ein (I) bisschen ein Rückschritt, also wenn man zum Bus geht, das die dann nicht verstehen, frauenspezifische Suchtarbeit zu betreiben. (I) (FG-prost-A)*

Dans le focus group **ambulatoire alémanique**, les participantes trouvent que le thème de la PST est encore trop peu ancré dans les institutions, même s'il se trouve dans le concept de l'institution:

*Bei uns ist es bei der Anamnese im Schema, nach dem wir schaffen müssen, da ist es drinne, aber das Schwergewicht ähm im Konzept ist nochmehr auf dem Spritzentausch, es ist, es ist, ich habe den Jahresbericht noch gelesen vom letzten Jahr bevor ich hierher gekommen bin und da ist etwas über den Spritzentausch drinne, aber über das Thema, das fehlt z.B. im Jahresbericht, aber im Konzept ist es drinne, aber ich merke es ist im Bewusstsein noch zu wenig fest verankert von mir aus gesehen. (I) (FG-ambul-A)*

### **Méconnaissance des pratiques**

**Au niveau des institutions, la difficulté la plus importante est que les intervenants ne savent pas si leurs collègues abordent le problème de la PST et comment ils le font:**

*Was fehlt finde ich ist der Austausch (C), so mehr Austausch im Team. (FG-ambul-A)*

*Niemand getraut sich im Team irgendwie das recht zu thematisieren und sagt es gibt doch einen Weg, also irgendwelche Möglichkeiten und auch schaut so müsste ich das vielleicht auch anders. (I) (FG-ambul-A)*

La raison de ce manque de discussions pourrait provenir du fait que la sexualité est tabou:

*Also mir fällt gerade so auf, dass so die Fallbesprechung, wie oft wird da Sexualität da heraus genommen, die Arbeit ist wichtig und das Einkommen ist wichtig und Krankenversicherung, Kindheit ist wichtig und der psychiatrische Aspekt ist wichtig, aber die Sexualität fällt oft ganz weg. ... Mehr als nicht, es müsste wie ein Stempel sein, das gehört doch einfach rein, das gehört einfach rein. (C) (FG-ambul-A)*

Cela implique des pratiques différentes entre intervenants. La pratique de la PST reste quelque chose de très individuel et les intervenants ne savent pas comment travaillent leurs collègues:

*J'ai juste une idée qui me vient en tête là, c'est que moi je ne sais même pas comment le reste de l'équipe infirmière travaille à ce sujet-là. On parle tous de, de la prévention, on en parle bon, mais, en fait, au niveau de l'équipe, nous on en parle même pas, on ne sait même pas comment chacun agit. (I) (FG-ambul-R)*

**Certaines institutions rencontrent des difficultés au niveau de l'organisation du travail pour que la PST soit régulièrement traitée.**

Un intervenant explique que dans son centre résidentiel, la clientèle change tous les 6 mois et qu'ils devraient donc traiter le thème de la PST régulièrement. Mais personne n'en est responsable et ils sont surchargés par d'autres thèmes:

*Ich find die grösste Schwierigkeit, der ich gerade bei uns begegne, Ueberlastung mit anderen Themen. Modératrice: Hm, hm, für euch als BeraterInnen (C), oder also? Intervenant: Um überhaupt Prävention als Thema, also wenn ich die Frage verstehe, was sind Schwierigkeiten um Prävention als Thema in die Gruppe zu bringen, dann ist das nicht an uns, also jetzt eine Blockade von den Klienten und Klientinnen. Also die, die wir haben, erlebe ich in der Regel als sehr offen dazu. Die Schwierigkeit liegt bei uns. Wir haben soviel an, wir müssen immer wieder, es muss jemand da sein, der sagt he, das halbe Jahr ist mal wieder vorbei, so was ich vorhin gesagt habe, wo wir versucht haben periodisch, so da wechselt bei uns, so halbjährlich so die Szene. Und dann, ja komm lass das mal ein bisschen raus und jetzt ist erst noch eine Schwierigkeit Präventionsarbeit zu machen. Ist eindeutig bei uns, auch Ueberlastung mit vielen, vielen anderen Themen, die im Moment ganz en top sind, wo das andere so ein bisschen darunter zu leiden hat. Das sehe ich im Moment für uns als Hauptschwierigkeit, nicht die Klienten. (FG-resid-A)*

Certaines institutions ont aussi un tournus du personnel important. Les intervenants de longue date ne savent pas comment les nouveaux venus se débrouillent dans le domaine de la PST:

*C'est important (de faire de l'information) parce qu'il ne faut pas oublier que nous, dans la division, on a un personnel qui tourne aussi passablement, donc il y a un renouvellement du personnel. Il y a de nouvelles personnes qui sont intégrées, mais finalement, on ne sait pas très bien comment elles approchent le problème, comment elles le vivent. (I) (FG-ambul-R)*

Certains intervenants sont très sensibilisés à la problématique, d'autres moins. C'est à l'occasion d'une rupture de préservatif d'un CD qu'une intervenante a réalisé que ses collègues ne profitaient pas de l'occasion pour faire de la PST:

*Moi, je m'en suis aperçue à cette fameuse fois quand je suis arrivée à la réunion d'équipe, ouais vous ne savez pas, j'ai découvert le pot-aux-roses et puis je me suis aperçue, enfin pour moi c'était évident qu'on, que quand on entendait : j'ai un préservatif qui a péché, on va voir plus loin, on essaye de savoir pourquoi etc. - Et puis en fait je me suis rendue compte que (...) apparemment cela n'avait pas suivi, donc c'est vrai que moi j'avais dans l'idée que tout le monde faisait comme moi, et puis que je me suis rendue compte que non. (I) (FG-ambul-R)*

L'origine très diverse des intervenants peut aussi avoir une influence sur leur pratique de PST. Un intervenant estime que les personnes formées en psychiatrie auraient de la réticence à parler de sexualité:

*Il y a aussi le fait que, on travaille en psychiatrie donc il y a une partie des gens qui travaillent en toxicomanie qui ont été formés en psychiatrie et, qu'en psychiatrie, il y a des réticences à parler de sexualité. Il y a en même temps, une très grande facilité à laisser le patient parler de sa sexualité à lui, et une très grande réticence à induire le sujet, je ne sais pas exactement pourquoi, parce que je ne fais pas partie moi-même des infirmiers qui ont été formés en psychiatrie, mais apparemment c'est du domaine du perso, ça me rappelait ce que tu dis : là, ça, c'est «mon» domaine personnel et c'est la barrière. (FG-ambul-R) (un intervenant dit que c'est son cas)*

**Certains intervenants rencontrent aussi différents types de difficultés liées au réseau.** Premièrement, il y a un manque d'information sur les tâches remplies par l'ensemble du réseau. En Suisse alémanique, une intervenante se plaint de ne pas savoir ce que font les différentes structures pour CD dans le domaine de la PST:

*Es ist in Zürich auch noch schwierig, es hat so vielerlei Angebote, das dann niemand sich vielleicht völlig verantwortlich fühlt für die ganze Palette, also wir wissen, die Frauen könnten in das Zora gehen und die Frauennotschlafstelle, dort ist es gut abgedeckt, sie haben ihre Kontakt- und Anlaufstellen, bei dem Spritzentausch gemacht wird, bei uns kann man zwar auch, aber in einem Minirahmen, das man einfach das eben nicht machen darf, aber darum eben, das vielseitige Angebot ist dann eben unüberschaubarer für uns wahrscheinlich. Ja so ein bisschen verwaschen, so, so undefiniert eher. Wir sind, wir haben eine präventive Pflicht, das wissen wir, aber Spritzenabgabe z.B. machen wir fast keine, nur wenn es fast sein muss, also wir haben, aber nicht im grossen Rahmen, weil sie es an der Kontakt- und Anlaufstelle dort machen. Präservative auch, wir müssen immer sehr kämpfen, das wir sie auch wirklich haben, das ist, weil es überall, eigentlich haben alle irgendwie alles oder, das ist nicht gut. Also zu wenig strukturiert städtisch vielleicht, weil die Stadt einfach sehr viel anbietet und die Klienten es besser wissen zum Teil als wir, wo es das wirklich gibt. (I) (FG-ambul-A)*

En Suisse romande, certains intervenants constatent leur ignorance quant au fonctionnement du reste du réseau romand.

Deuxièmement, la qualité du travail du réseau n'est pas connue. Ainsi, concernant la délégation, pour laquelle aucun critère n'est prévu, des intervenants se demandent si les personnes auxquelles ils délègueront ce travail le feront de manière satisfaisante et si elles en auront les moyens:

*Et puis bon aussi, qu'est-ce que cela veut dire aller au-delà ? Parce que l'on dit bon, on remet aux spécialistes, tu t'en charges, tu t'en occupes, mais qu'est-ce qu'il va faire exactement ?, enfin, moi, je ne sais pas très bien, là peut-être cela mériterait d'entendre des gens qui ne sont pas forcément ici, donc des gens, je ne sais pas ; nous, on a le groupe sida à Neuchâtel, par exemple, est-ce qu'ils ont vraiment des demandes des gens qui viennent ? et puis est-ce qu'ils ont les moyens aussi eux de, de pouvoir suivre quelqu'un ? ce ne sont pas non plus des gens qui se déplacent dans la rue, c'est... (I) (FG-ambul-R)*

#### 5.4.4 Difficultés liées aux intervenants

##### 5.4.4.1 Difficultés spécifiques aux intervenants pour parler de PST

###### Sujet tabou

Ce que plusieurs intervenants mettent en évidence, c'est que la sexualité et la PST sont aussi des sujets tabous pour eux, qu'ils seraient même plus tabous que pour les CD:

*Nein ich denke es ist wirklich, also es ist wirklich ein Tabuthema und zwar einerseits von den Frauen, weil sie Hemmungen haben zu erzählen, ..., sie, sie erzählen eigentlich in der Richtung wenig, aber auch die Hemmung vom Team das anzusprechen. (I) (FG-prost-A)*

*Schon, also ich denke es ist nicht nur für äh Klienten und Klientinnen ein Tabuthema, sondern es ist auch für die Betreuer und Betreuerinnen schwierig das Thema anzusprechen, weil es ist ein Thema, bei dem man nicht einfach so darüber redet oder. Und, ja ich weiss nicht wie es die Einzelnen machen aber ähm ..., doch ja ich weiss es ja aus eigener Erfahrung, es ist nicht das Thema, das am einfachsten ist zum Anzusprechen. (II) (FG-ambul-A)*

Une intervenante explique que dans son institution, ils ont suivi une formation sur la sexualité et qu'ils parlent maintenant beaucoup plus facilement de PST avec leurs patients. Selon elle aussi, ce ne sont pas les CD qui ont des tabous mais les intervenants:

*Es muss ein offenes Gespräch sein und aber es ist nachwievor ein Tabuthema, also wenn es um sexuelle Übertragung geht, Spritzentausch ist heutzutage also bei uns kein Problem mehr, so. (C) (FG-ambul-A)*

*Und seit es so auch im Team bewusster ist, und das ist es seit ein paar Jahren, seit einigen Jahren, denke ich, es läuft recht viel auch spontaner zu dieser Thematik ab und dort ist dann das Thema, sich schützen,*

*auch spontaner und freier. Wir haben über Jahre im Team gecatcht und gemacht und da und dort einmal Fortbildung bzw. so Selbsterfahrungssachen gemacht mit der Thematik Sexualität. Das wir es überhaupt zur Klientel hineinbringen könnten. Das denke ich, ist, behaupte das jetzt einmal, das ist gemacht mit dem Team. Und bei den Bewohnern ist es garnicht so tabubesezt (I). Das ist es nicht. (I) (FG-resid-A)*

Selon un intervenant, les CD sont mal jugés dans certaines institutions qui s'occupent de CD et dans les hôpitaux:

*Und eine Hemmschwelle ist für mich klar die Institutionen wo Frauen oder auch Männer verhängt sind mit der Methadonabgabe etc. Spritzenabgabe etc, wo das da tabuisiert ist, also wo von den BetreuerInnen klar auch etwas negatives überkommt, von den anderen Mitgliedern dieser Institution eine Verurteilung. (I) (FG-prost-A)*

Plus grave, les médecins les informeraient mal à cause des tabous liés à la prostitution et préféreraient s'occuper de patients moins problématiques:

*Und vielfach höre ich von den Frauen, das sie von den Ärztinnen etc. garnicht richtig informiert worden sind, wenn sie einmal eine Gelbsucht gehabt haben, dann sind sie weiter gegangen mit der oder mit der Syphilis etc. und da finde ich es ein riesiges Problem, die Institutionen selber, die dann tabuisieren (C) und die sich dann auf die angenehmeren Klienten konzentrieren und die sie auch hospitalisieret tun und die die schwieriger sind und schwerfacht Patienten, die fallen dort noch viel schneller heraus. (FG-prost-A)*

**La PST est encore plus tabou chez les hommes**

**Les intervenantes du focus group ambulatoire alémanique sont arrivées à la conclusion que leurs collègues hommes se sentaient de manière générale moins à l'aise avec le thème de la PST, qu'elles ne savaient pas vraiment ce qu'ils faisaient et qu'ils étaient contents de pouvoir leur déléguer cette tâche:**

*Jetzt bei uns weiss ich müssen Frauen, das ist mir sehr präsent, weil wie Frauen damit umgehen und ich habe jetzt gerade für mich gemerkt, bei Männern weiss ich es eigentlich nicht. (C) (FG-ambul-A)*

*Die sind froh wenn wir es machen. (C) (FG-ambul-A)*

Un intervenant estime même qu'il est désagréable de parler de sexualité:

*Ich habe versucht das anzuschneiden, aber ich merke, es ist einfach, äh, das wird sehr schnell durchgenommen und es ist auch so ungemütlich. (FG-resid-A)*

**Autre sujet tabou: la prostitution masculine**

**La prostitution masculine serait particulièrement tabou pour les intervenants (comme pour les hommes toxicomanes), la prostitution des femmes est mieux connue:**

*Und es ist so ein bisschen ein männliches Tabu, eine grosse Scham bei den Männern, allgemein einfach bei solchen Themen glaube ich und Frauenprostitution kennt man, das gibt es schon immer und Männerstrich ist, ist einfach nicht so das Thema, das ist die unterste Stufe und über das will niemand reden, obschon wir wissen das das eine ganz, ganz eine grosse Dunkelziffer ist bei unseren Männern, es kommt seltener vor, das sie, das sind unglaublich viel, die das auch machen müssen und das nie sagen. (C) (FG-ambul-A)*

Le sujet de la prostitution pose tellement de problèmes à certaines institutions qu'ils essaient de les déléguer aux institutions spécialisées dans la prostitution:

*Es sind einfach emotionale Widerstände auch dem, dem Klienten gegenüber, dem Vater-Mutter... Jetzt komme ich mit diesem schwierigen, heiklen Thema. Also wo teilweise dann gesagt wird, also dafür ist die Aidshilfe beider Basel zuständig. Wo sie dann ganz froh sind, wenn etwas ist, dass sie sich dann auf*

*mich stürzen können, anstatt dann eben selbst auch an einem Punkt die Krisenintervention starten zu können, wo dann plötzlich Telefone gestartet ..., um mich ganz schnell zu erreichen, um sich ja nicht mit diesem Thema auseinandersetzen zu müssen. (C) (FG-prost-A)*

## **Avoir de la patience**

Pour que les CD acceptent de parler de problèmes intimes, pour obtenir leur confiance, les intervenants doivent prendre du temps et avoir beaucoup de patience:

*Bei den Frauen da kommt es auch vor, dass dann eine Frau auch wirklich sagt, doch ich gebe das Risiko ein, z.B hat mir letzte Woche eine gesagt, manchmal platzt das Kondom, ja da denke ich, das ist für mich wie ein erster Schritt oder, zu sagen, ja manchmal ist es eine Gefahr oder, oder manchmal schütze ich mich nicht, aber es braucht auch immer viel Zeit oder. Und wie angehen, das ist schwierig. (I) (FG-ambul-A)*

*Et bon, moi ce que je constate, c'est qu'on a pas forcément dans un premier temps, heu accès à des éléments très intimes, c'est-à-dire que la personne ne va pas d'emblée, et puis, d'elle-même, elle est pas toujours sure heu de la manière dont elle a contracté en fait le virus heu et puis cela va prendre un certain temps pour aborder la question de la sexualité. (I) (FG-resid-R)*

Pour les intervenants, il s'agit d'être attentifs aux CD, de les écouter, d'être là au bon moment, de saisir l'ouverture:

*Donc on va cibler, et puis, on va être, on va être à l'affût de l'ouverture qu'il va nous donner, peut-être que ce contact-là il va déboucher sur 15 minutes d'entretien, peut-être rien du tout; donc tous les soirs cela va changer et cette personne-là, elle va peut-être passer 5 soirs de suite et peut-être le cinquième soir il y aura l'ouverture, mais peut-être pas; donc nous on construit la relation en fonction du temps donné, au moment donné, au moment où cela se passe, on a cette vigilance-là, cette ouverture-là mais à partir de là, on construit à partir de ce que l'on a. (I) (FG-bas-R)*

Et surtout de ne pas perdre l'ouverture donnée par le CD, le début de confiance, en étant trop intrusif:

*S'ils viennent nous voir, moi je n'ai pas de contrat du tout, que d'être là, d'être là pour écouter, écouter et encore écouter, parce que c'est la première des choses pour laquelle je suis engagé à la LVT, ça demande beaucoup de délicatesse parce qu'il faut, comme vous le dites aussi, trouver le moment : est-ce que c'est le bon moment ? (...) Est-ce que on va être intrusif?, Est-ce que je vais proposer systématiquement ce préservatif?, Est-ce que je vais attendre ?, Est-ce que je ne vais pas choquer ?, Est-ce qu'il y a un petit point d'ancrage et puis le fait de sortir le préservatif cela va tout bloquer ? (I) (FG-ambul-R)*

Cette confiance si difficilement acquise, les intervenants craignent toujours de la perdre en posant des questions aux CD sur la PST:

*Ce n'est pas que cela soit très dur pour moi (de parler de PST), c'est que j'ai l'impression -. Moi je n'ai pas de difficulté à aborder la question mais cela me paraît inopportun la plupart du temps. C'est ça. Moi je veux bien et je pourrais le faire avec tous les patients, mais j'aurais franchement l'impression de perdre mon temps parce que ils me répondraient de deux choses l'une, ou bien la fois suivante ils ne viendraient pas, parce que je leur aurais foutu la trouille d'une manière ou d'une autre, ou j'ai réveillé des choses qu'ils n'avaient pas envie de sentir, donc je perds l'alliance, ça c'est un risque, ou bien il me dit : oui, oui, oui, oui, oui, il sait très bien le rôle que j'attends de lui et il va me donner les réponses convenues. (I) (FG-ambul-R)*

Ils ont aussi peur d'être considérés comme des moralisateurs ou de donner l'impression aux CD qu'ils les critiquent:

*(...) Quand dans un groupe d'une vingtaine de personnes, il y a deux, trois qui sont ou séropositifs ou qui ont des relations avec des personnes qui sont séropositives, c'est plus facile, qu'il y a une motivation au*

niveau du groupe à poser des questions, à interpeller, à faire des démarches, tandis que heu dans une période où il n'y en a pas, on devient vite le vieux qui fait la morale (petits rires). (I) (FG-resid-R)

Nous qui les connaissons bien si on leur dit : oui, mais là vous avez un comportement à risque etc., ils vont peut-être avoir l'impression qu'on les juge : mais elle ne fait pas confiance à mon copain, pourtant elle le connaît ou etc., etc. Donc, ils vont peut-être extrapoler qu'on est en train de les critiquer. (I) (FG-ambul-R)

### Choisir le bon moment

Pour une intervenante, soit elle oublie d'en parler, soit c'est rarement le moment opportun:

Je vois un patient pimpant qui arrive en disant : ouais ça y est j'ai une nouvelle petite copine etc. je dis à oui ça se passe bien etc. là oui, peut-être, mais c'est rarement « bon moment » pour en discuter. C'est ça le problème, c'est que oui, je pourrais y penser, mais c'est rarement, d'abord c'est pas systématique et en plus c'est rarement le bon moment. (I) (FG-ambul-R)

Un intervenant dit que c'est aussi très difficile de choisir le bon moment pour en parler:

Da denke ich, dann auch manchmal ist es noch schwierig so das Mass zu finden, wann ist jetzt der Punkt um das anzusprechen und wann liegt es überhaupt nicht drinne. (C) (FG-bas-A)

Une des difficultés majeures pour parler de PST, selon un intervenant, c'est qu'il faut qu'un ensemble de conditions soient remplies pour pouvoir commencer à en parler:

(...) Ou bien on aborde vraiment les vraies choses et puis là cela ne peut se faire qu'avec toute une série de conditions préalables qui sont très rarement remplies ; donc, il faut qu'il y ait une vraie demande du patient, qu'il n'amène pas un niveau d'anxiété tel qu'il fuie. Donc, il faut que la demande soit là, il faut qu'on ait une relation entre nous qui me rende crédible à ses yeux, il faut que l'on ait des conditions matérielles satisfaisantes, c'est-à-dire pas dans l'entretien d'une heu, tout venant quoi qu'il y a parfois moyen d'amorcer qq. chose, et puis pour moi, idéalement, il faudrait qu'on puisse se revoir pour pouvoir discuter : au fait, ça c'est passé comment ? - hein ? - Comment ça c'est fait au moment où ? Après avoir obtenu la déclaration d'auto-motivation : oui, c'est vrai, au fond j'ai envie de prendre soin de moi, j'ai envie de me protéger, j'ai compris comment on le faisait et puis alors. (I) (FG-ambul-R)

### Confrontation avec sa propre sexualité

D'autre part, les intervenants, pour pouvoir parler de PST, doivent se confronter à leur propre sexualité, mieux connaître leurs représentations et appréhender leurs expériences émotionnelles, ce qui n'est pas toujours facile. Comme il est difficile de séparer sa vie professionnelle de sa vie sexuelle, le risque est de ne pas s'y confronter et d'exclure certains domaines:

Ja das glaube ich, die Auseinandersetzung auch mit der eigenen Sexualität, mit den eigenen emotionalen Erfahrungen und Vorstellungen. Das ist auch, denke ich, viel zu wenig irgendwo thematisiert und aufgenommen. Da wird auch so versucht, so zwischen persönliche Betroffenheit und sexuellen Leben und der Arbeit so streng zu trennen und das verhebt glaube ich in den meisten Fällen so nicht. Und dann kommen irgendwann die Schwierigkeiten, dann werden bestimmte Bereiche so ausgegrenzt. (C) (FG-prost-A)

Also wenn ich denke so, was heisst jetzt Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität (I), das andere die Heterosexualität oder Homosexualität. Bin ich bereit überhaupt über die Themen zu reden? Und ich merke so, äh, ich könnte hier nicht sagen, dass ich meine Hand ins Feuer lege bezüglich Prävention, HIV-Prävention, wie weit du bist, weisst du es. (FG-resid-A)

Un intervenant dit qu'il délègue lorsque le sujet de la PST est abordé car il ne veut pas parler de lui ou de sa vie de couple:

Quand j'aborde ce truc du sida, ils me disent : ouais, mais pff, et puis en même temps, c'est inabordable parce qu'à un moment donné ils renvoient sur nous et puis ça c'est clair que moi. je mets une barrière

*perso : ma vie de couple, elle est à deux, elle est pas pour vous, c'est pour ça que je vais pas trop heu divulguer et puis en même temps, elle est complètement déconnectée de leur vie à eux (rire d'un autre intervenant). (I) (FG-ambul-R)*

Certains intervenants ont aussi l'impression qu'ils doivent imposer en quelque sorte une nouvelle morale sexuelle, l'usage systématique du préservatif, morale qu'eux-mêmes ne suivent pas, ce qui est, à leur avis, potentiellement discriminant:

*Aber wir stehts denn um die eigene Haltung zur Prävention (C). Ich sage ihnen, du musst dich schützen, aber ich schütze mich nicht, oder. Ist doch ein bisschen, was verlange ich von ihnen, was ich selber nicht einhalte. Das ist ganz provokativ und (...) Also, du bist ja gefährdet, nicht wir sind gefährdet, weil ich bin ja nicht auf der Gasse (I) (FG-resid-A)*

Les intervenants ont aussi de la peine à conseiller les CD quant à la PST car la plupart d'entre eux vivent dans des couples stables et n'utilisent pas le préservatif. Ils ont aussi de la peine à réaliser ce que signifie vivre dans un couple sérodiscordant:

*Ah oui, ah oui parce que je crois que, en plus, quand on ne connaît pas ce problème-là, je crois que c'est extrêmement difficile de se mettre dans la peau de ces gens, qui vivent un relation de couple comme ça. (I) (FG-ambul-R)*

Dans plusieurs focus groups, des intervenants soulignent qu'ils ne sont pas très à l'aise avec des CD du sexe opposé, mais ce n'est pas forcément la règle, d'autres intervenants se sentant tout aussi à l'aise avec des CD de leur sexe que du sexe opposé :

*Moi j'ai envie de répondre très spontanément en disant : oui, euh, après tout ce que l'on a dit, c'est-à-dire que c'est du cas par cas, c'est, il n'y a pas une systématique, je crois que j'ai entendu que l'on fonctionnait un peu près tous la même chose, alors moi, en tant qu'homme, je suis beaucoup plus à l'aise, à poser des questions, à avoir un entretien autour de la sexualité, face à un autre homme que face à une femme ; mais c'est pas écrit, c'est pas, c'est comme tout ce que l'on disait avant, pour moi hein. C'est vrai que cela m'est arrivé de «devoir» poser des questions, de «devoir» prendre les devants dans un entretien face à une femme, heu, - et bien le malaise dont on parlait tout à l'heure, en tout cas chez moi, il est encore plus grand, et en plus il est réciproque, je dirais. (I) (FG-ambul-R)*

Certains intervenants trouvent aussi qu'on demande déjà aux CD d'arrêter la consommation de drogues et que c'est beaucoup de leur demander encore d'avoir des relations sexuelles avec préservatif.

### **Etre actif ou passif dans la PST**

Les intervenants oscillent entre attendre que les CD leur en parlent eux-mêmes, avec le risque qu'ils n'en parlent jamais, et en parler à tout bout de champ avec le risque de réactions négatives à l'égard de la PST.

*Nicht problematisiert, aber ich mache schon die Erfahrung, das das auch von mir erfordert, das ich äh aktiv und direkt damit umgehe, das ich direkt anspreche, wenn ich es nicht anspreche wird es nicht angesprochen, wird es nicht Thema. Es dauert sehr, sehr lange, ja... (C) Also ich muss es auch wieder einmal thematisieren, also ... (FG-prost-A)*

*A mon avis pas, moi je pense que, peut-être des gens pensent qu'il faut en parler le plus possible tout autour pour que les choses changent et qu'il y ait un matraquage. Moi, je crois pas que cela puisse être entre toutes les mains, parce que justement on induit des, des réactions contraires, on induit des, à mon avis, quand ce n'est pas bien fait, on ne sait pas si c'est bien fait ou si c'est pas bien fait, on ne sait pas ce que l'on transmet non plus hein. (C) (FG-ambul-R)*

## Manque d'intérêt pour la PST

Certains intervenants avouent que la PST ne les intéresse pas vraiment:

*Das finde ich überhaupt einen wichtigen Punkt, weil die Vordergründigkeit von der Problematik, wenn man denkt, wie, wie ... häufig nicht präsent die Problematik, eben bei, eben bei uns auch nicht ist und dann noch bei den Drogenabhängigen (...)(I) (FG-bas-A)*

D'autres intervenants ne veulent pas faire de PST. Deux intervenants disent que ce n'est pas leur rôle (ils sont spécialisés dans la toxicomanie, disent-ils et ne peuvent avoir deux casquettes), qu'ils n'ont pas les compétences, un autre estime que c'est inutile:

*Notre institution est quand même bien porteuse d'une spécificité, c'est « contre les toxicomanies » donc on est vraiment des spécialistes de, entre guillemets de nouveau, mais pour la population, de la toxicomanie et pas forcément du sida donc. (I) (FG-ambul-R)*

*Ich habe oft gedacht, dass wenn man so sieht was, was so für Zustände, also gerade so die Benzodiazypine ausmacht bei den Leuten, also, also das ist wahrscheinlich vergebene Liebesmühe, die da irgendwie mit dem erhobenen Zeigefinger, ... Also wenn sie nüchtern sind, oder wenn, wenn ihr Bedürfnis gestillt ist, dann okay. (I) (FG-bas-A)*

## Difficulté à connaître la vérité

Une difficulté très importante que les intervenants estiment rencontrer, c'est qu'ils ne savent jamais si les CD leur disent la vérité. Les CD répondent ce que les intervenants attendent d'eux, ce que la société attend d'eux. Certains semblent craindre des sanctions s'ils avouent aux intervenants qu'ils ne se protègent pas:

*Il dit qu'il se protège. Si on va un peu plus loin, c'est certain qu'on ne sait ab-so-lu-ment pas du tout ce qu'ils font en réalité, enfin moi j'ai cette sensation-là. (...) Si je leur pose la question : est-ce que vous vous protégez? Ils se protègent, ils me disent tous qu'ils se protègent et puis, en fait, si je formule la question différemment en disant : dans un couple, c'est quand même certainement pas facile, c'est certainement difficile de se protéger de façon systématique, à chaque fois les gens me disent, pratiquement à chaque fois les gens me disent, effectivement, c'est difficile. (...) Là moi, la réalité, j'ai réellement aucune idée de comment les gens font. Je sais qu'ils se protègent souvent pas systématiquement, ça c'est clair, ça c'est sûr, à part ça heu moi c'est difficile de rentrer en matière clairement avec les gens là-dessus : rentrer en matière oui, mais d'avoir une réponse à laquelle moi je suis - , moi je crois, je ne sais pas, je ne sais jamais après. (I) (FG-ambul-R)*

*Und das war so wie Päng für mich (un couple sérodiscordant qui prétendait toujours se protéger et où le mari est devenu séropositif) und dann nochmal eine Frau, die sich auch seit Jahren prostituiert und sagt und sie sagt immer, ja ohne Kondom geht das garnicht und sie ist vor drei Monaten schwanger geworden und dann hat sie zugegeben, ja also eben wenn jemand mehr Geld anbietet, ja dann lass ich es einfach weg und das sind für mich schon Schwierigkeiten, was soll ich glauben, wie weit soll ich das glauben, wenn jemand sich jemand gerade so abklemmt in den Beratungsgesprächen, ja ich schütze mich, Punkt ich kann nicht weiter das Thema bearbeiten, so das ist wahnsinnig schwierig. (C) (FG-ambul-A)*

Les CD emportent des préservatifs, mais qu'en font-ils? Les intervenants disent qu'ils n'ont aucune preuve ni aucun moyen de vérifier si les préservatifs sont utilisés pour les relations sexuelles.

## Portée limitée de leur travail de prévention

D'autre part, les intervenant craignent que leur travail de prévention ait une portée limitée. Ils ont l'impression que les CD oublient tout une fois passé la porte de leur bureau:

*Et ça c'est vrai que, que moi dans mon rôle c'est qq. chose qui comme vous me pose problème, c'est quoi faire et comment dire les choses pour qu'elles soient entendues, pas seulement quand on est assis dans le*

*fauteuil puis qu'on vient chercher sa méthadone et qu'on est très disposés à écouter tous les bons conseils qu'on nous donne. (I) (FG-ambul-R)*

Lorsqu'ils se retrouvent sur la rue, après avoir abandonné une thérapie, ils oublient toutes les consignes de prévention:

*Also bei aller Prävention, wenn man, wenn ich ehrlich bin, dann hört sie dort auf, wo sie zurückgehen. Also wenn sie auf die Gasse zurückgehen. Ich denke, wie macht man eine Prävention, die verhebt, auch wenn sie einen Absturz haben. Das wünschbare zu machen. Dort hört für uns die Prävention in der Wirklichkeit auf, wirklich, ganz klar. (I) (FG-resid-A)*

Les intervenants estiment qu'ils ont peu d'influence au moment de la négociation de l'usage du préservatif:

*Le préservatif il est présent, les gens, ils ont l'habitude, ça ne leur pose pas problème, c'est bien le contexte, la négociation qui est difficile et puis bien, il peut être ok 99 fois et puis, tout à coup, prendre une fois un risque, et puis bien, ce risque-là - on peut toujours en causer, mais, c'est vrai que on est pas présent au moment où il y aura la négociation de la relation qui va poser problème. (I) (FG-bas-R)*

Comme nous l'avons vu plus haut, certains intervenants suggèrent aux CD de consulter d'autres institutions. Les intervenants se demandent aussi si, après une prise de risque et le passage du test, il y a un effet d'apprentissage chez les CD.

### **Travail astreignant**

Des intervenants disent qu'avec l'intérêt limité des CD pour la PST, c'est astreignant de continuer à faire ce travail:

*Und sonst, ja wollen die Leute nicht soviel wissen davon, auch wenn man immer wieder Anläufe dazu nimmt. Es ist relativ schwierig bei uns, dort am Ball zu bleiben, dort. (C) (FG-bas-A)*

Ils ont aussi déjà tellement à penser pour les problèmes de toxicomanie que c'est un effort pour eux de parler de PST:

*La difficulté c'est justement, souvent le problème qui saute comme ça c'est la toxicomanie, donc, peut-être la tendance c'est de se focaliser là-dessus et puis, d'oublier d'aborder des problèmes de prévention. (...) Le problème principal c'est lié à la toxicomanie, aux difficultés de vie, aux appartements, à l'argent, ou aux problèmes sociaux - donc c'est un effort à faire d'en parler, ça ne vient pas tout seul, je dirais. (I) (FG-bas-R)*

#### 5.4.4.2 Difficultés liées à la formation

**Les difficultés liées à la formation (tant les connaissances, le savoir-faire que le savoir-être) sont aussi importantes.** La diversité des formations liée à la variété des professions qui prennent en charge les CD est la plus citée (toutefois le type de formation demandé montre que l'intervenant n'a pas une bonne compréhension de ce qu'est faire de la PST):

*Ça fait partie d'un tout, tout le monde ne sait pas tout heu une fois de plus, heu, je pense que, au niveau de l'équipe, il y a tout de même heu chacun qui a à faire un bout de chemin comme ça, de sorte qu'il y ait une ou deux personnes de l'équipe qui soient plus, heu qui se forment plus que le reste de l'équipe à la possibilité de faire des, des tests de dépistages, aux choses de cet ordre-là; donc il y a une volonté qu'il y ait une ou deux personnes qui heu, suivent des cours spécifiquement VIH sida heu, pour le reste, la spécialité du personnel dépend des connaissances que chacun a et je pense que cela peut être assez divers, d'une personne à l'autre. (I) (FG-bas-R)*

Une intervenante a mis en évidence que dans son équipe, plusieurs de ses collègues n'étaient pas capables de faire une démonstration de la pose d'un préservatif sur une banane. Les problèmes de la formation se situent aussi au niveau du savoir-être:

*Moi je me souviens d'une anecdote que nous avait raconté une interniste collègue, qui nous avait dit que, en hospitalier, elle avait voulu faire un cours, entre guillemets, avec des panneaux qui avaient déjà été réalisé par un laboratoire, un cours de prévention avec des infirmières et puis avec des patients ; et, en fait, en réunissant tout ce monde-là, il s'est trouvé que bon, les panneaux c'était bien sûr des gens qui, des couples dans toutes les positions et avec, est-ce qu'il faut faire la prévention dans ce cas-là ?, est-ce qu'il faut mettre le préservatif dans ce cas-là ? etc. Donc questions/réponses et elle m'avait dit que, ce qui l'avait le plus frappé, c'est que, en fait, les gens les plus gênés avaient l'air d'être les gens dans le personnel, alors que chez les toxicomanes, ils avaient l'air d'être relativement heu, enfin ils ne manifestaient pas d'inconfort par rapport à ça. Donc là, ça montre bien que on est pas tous au même point dans les équipes et qu'il faut arriver à ce que l'on nivelle un petit peu tout ça, il faut augmenter cette formation, ça me paraît important. (I) (FG-ambul-R)*

Pour certains intervenants, l'offre de formation dans le domaine ne correspond pas aux besoins. Une intervenante (FG-ambul-A) fait remarquer que son institution propose toutes sortes de formations mais rien sur la sexualité.

Même si certaines personnes pourraient aider des intervenants moins au fait de la PST, les intervenants n'ont pas le courage de leur demander conseil car ce thème reste tabou:

*Eben auch Mut dazu zu stehen und zu sagen, ja eine Kollegin, ja ich kann das nicht ansprechen, tue bitte mit ihr weitermachen dieses Thema jetzt. Bei vielen ist das ein Tabu, also auch unter Therapeuten und Betreuern, das finde ich wichtig so. (I) (FG-ambul-A)*

**Le manque de formation en particulier le manque de savoir-être d'une part des intervenants conduit à des difficultés dans la PST.**

Les intervenants sociaux se sentent moins à l'aise pour parler de PST que les intervenants ayant une formation médicale, cela les conduit ou peut les conduire à négliger cet aspect de la prévention:

*Et puis on rencontre un petit peu ce que vous décrivez aussi, par rapport aux référents heu, - les personnes qui sont, qui ont une formation de base dans le milieu médical arrivent à en parler plus facilement, puis les personnes qui ont plutôt une formation sociale ou dans le cadre des ateliers, c'est - le degré de l'intimité en fait c'est qq. chose qu'on aborde beaucoup plus, beaucoup plus difficilement ou légèrement, c'est abordé mais - il y a beaucoup plus de barrières à entrer là-dessus. (I) (FG-resid-R)*

Un intervenant éducateur qui avait des difficultés à parler de PST se sent rassuré en réalisant que les infirmières ont aussi de la peine à traiter ce sujet:

*Moi, ce que je trouve très intéressant c'est que je me rends compte effectivement que (petit rire), si une personne comme vous, en tant qu'infirmière, a des difficultés, je me rends compte pourquoi maintenant j'en ai, parce que je me trouvais complètement nul des moments (sourires, rires général) en train de dire : mais comment est-ce que j'aborde cette histoire ? (I) (FG-bas-R)*

Le manque de connaissance de la population toxicomane et/ou de la PST peut amener certains intervenants (jeunes médecins, nouveau personnel) à avoir des comportements contraires à ce que la prévention exigerait:

*C'est vrai que cela dépend des consignes, entre guillemets, subliminales que l'on donne, parce que en disant: ah, c'est merveilleux, vous avez de la chance c'est parfait tout va bien - Alors moi, je leur explique que, qu'effectivement, bon je ne sais pas, j'ai suivi des couples à la consultation HIV ou durant trois ans de rapports réguliers non protégés il ne s'est rien passé et puis au 501 rapport badaboum, on touche le*

*jackpot - et au contraire, bon moi, j'essaye quand il y a effectivement cette espèce de réaction un peu: je peux y aller, je suis résistant, je suis le meilleur etc., de les faire un petit peu atterrir et - mais, je pense que si effectivement, ils tombent sur un médecin qui n'est pas forcément habitué à ce type de population avec heu, ses croyances, avec heu - avec quand même les problèmes relativement particulier qu'ils présentent, peut tomber dans ce piège, de pas récupérer la balle et puis de la laisser filer au fond du court - C'est peut-être une des difficultés quand on travaille avec des médecins qui changent, par exemple c'est le cas du CRMT à la polyclinique de médecine où c'est chaque année un autre assistant. (I) (FG-resid-R)*

De manière générale, les Suisses romands décrivent plus de problèmes de formation que les Suisses alémaniques (pas de difficultés de manque de formation présentées dans les focus groups résidentiel et prostitution alémaniques).

Certains intervenants, par manque de connaissances ou parce qu'ils estiment que ce n'est pas leur rôle délèguent la PST à d'autres institutions. Le fait que les CD se rendent réellement dans les structures qu'on leur a conseillées suscite une controverse entre deux intervenants du focus group ambulatoire romand:

*Je suis assez d'accord, mais nous heu, enfin, par expérience je vois que quand réfère des gens sur, sur des associations, concrètement, il y en a relativement peu qui y vont, qui vont voir, ça d'après ce que je vois, et c'est vrai que, pour ceux qui y vont, c'est très bien, pour après les 90% qui y vont plus heu, si nous on ne fait pas qq. chose ici à notre niveau, je crois que, les 90% et bien on ne va pas s'en occuper et puis je trouve que c'est un petit peu dommage. Autre intervenant: c'est à nous de prendre les gens par la main, d'accord avec vous, il y a plein de gens qui passent au travers avec ça, mais 90%, je ne suis pas certain, pas chez nous en tout cas. (II) (FG-ambul-R)*

#### 5.4.4.3 Difficultés rencontrées dans l'interaction avec les consommateurs de drogue

**Même lorsque les intervenants sont fortement motivés à faire de la PST, la difficulté majeure rencontrée est d'aborder le sujet avec les CD.** Les intervenants expliquent de maintes manières que les CD ne parlent jamais d'eux-mêmes de PST et qu'il leur est très difficile de susciter une discussion à ce sujet:

*Äh dort stösst man aber auch auf ziemlich viel Granit auch bei der Thematik, weil es einfach schwierig ist als Thema, weil es heikel ist darüber zu reden. (I) (FG-bas-A)*

*Comment susciter une demande qui n'existe pas ou qui est tellement maigre face à d'autres demandes beaucoup plus massives, je crois que c'est ça ma difficulté principale. (I) (FG-ambul-R)*

Les intervenants rencontrent aussi beaucoup de problèmes pour organiser des groupes de discussion ou pour que les CD viennent suivre des cours (dans les structures non résidentielles). Les CD sont peu intéressés, peu constants, s'inscrivent mais ne viennent pas, certains CD travaillent. Les intervenants soulignent que les CD n'arrivent pas à autogérer un groupe. Les intervenants estiment que c'est difficile de faire des groupes mixtes sur la PST, car les hommes ont une attitude de coq et se confient peu dans de tels groupes.

Les difficultés rencontrées par les intervenants pour parler de PST avec les CD proviennent soit des CD, soit des intervenants. Les CD développent aussi diverses stratégies pour ne pas devoir parler de PST.

## 5.4.5 Difficultés liées aux CD

### 5.4.5.1 Difficultés dans l'interaction avec les consommateurs de drogue liées aux consommateurs eux-mêmes

#### **Moindre visibilité du problème du sida**

Les raisons pour lesquelles les CD ne parlent pas de PST ou ne veulent pas en parler sont nombreuses. En premier lieu, les intervenants confirment **une moindre visibilité du problème du sida**. Les CD sont moins conscients du problème et y sont moins confrontés en particulier parce que la proportion de séropositifs dans les institutions pour toxicomanes a beaucoup diminué:

*Was nicht heisst, dass das Bewusstsein auf äh, äh geschützte Sexualität, dass das jetzt einfach vorhanden wäre. Das heisst das nicht. (C) Es sind einfach weniger Fälle, Betroffene, und ich denke das hat zur Folge, das es weniger thematisiert wird, spontan, automatisch und so. (FG-resid-A)*

Les CD peuvent aussi estimer qu'une infection est maintenant un problème moins grave puisqu'il existe des trithérapies:

*Ça c'est qq. chose que j'ai entendu une fois d'une cliente, qui m'a dit : ah, mais bon si je prends des risques c'est pas grave, je vais aller à l'hôpital et puis c'est comme la pilule du lendemain, on va me donner qq. chose et puis, qui pensait que c'était le même système. (I) (FG-bas-R)*

**Il y a une diminution très importante de l'intérêt pour la PST.** Certains intervenants disent que les CD sont maintenant plus sensibles au problème de l'hépatite:

*Je rajouterai peut-être, il me semble maintenant ça fait, ça fait 8 ans que je suis dans le domaine, j'ai travaillé dans une institution avant comme éducateur et il me semble que chez les toxicomanes, c'est un sujet qui n'est plus à la mode heu, si je fais référence à ce que je vivais ici il y a 7, 8 ans, il ne passait pas une journée sans qu'on parle pas ou sida ou prévention; alors que maintenant, il me semble que c'est passé, ou c'est passé dans les mœurs ou ce n'est plus d'actualité mais c'est vrai que dans les entretiens avec les gens, c'est en tout cas pas le sujet qui vient en premier. L'hépatite beaucoup plus, on parle beaucoup plus d'hépatite C que de sida maintenant. (I) (FG-ambul-R)*

#### **Lassitude**

**Certains CD de longue date ne veulent plus entendre parler de ce thème dont on leur a rabâché les oreilles car ils estiment tout savoir:**

*Also es war auch bei uns das Thema, wir auch so seit einen halben Jahr, haben wir so, so obligatorische Gesundheitskontrollen nach einem Jahr eingeführt und sie werden dann auch sanktioniert, wenn sie dann nicht kommen, weil und dort macht man eine Blutentnahme, Check up alles HIV wird wieder getestet, also einmal im Jahr und wir haben auch gemerkt, vorallem bei Langjährigen, die sind nie gekommen um so zu sagen, ich will jetzt einen HIV Test machen, also so Freiwilligkeit und die Themen anzusprechen war nicht mehr so präsent, weil so quasi ich bin ein Langjähriger, ich weiss alles oder und deshalb war es für uns sehr unbefriedigend und wir haben das so abgemacht. (I) (FG-ambul-A)*

D'autres CD n'y penseraient plus à force d'en avoir entendu parler, peut-être par une certaine lassitude:

*Aber ich mache die Erfahrung, dass das nicht immer im Bewusstsein auch ist. Also, es ist einfach so, man hört einfach schon so viel davon. (I) (FG-bas-A)*

## Autres priorités des CD

**Parmi les intervenants des centres à bas seuil, un consensus apparaît pour affirmer que les CD ont toutes sortes d'autres priorités que la PST.** Ils observent que les CD ont pour priorité la recherche de seringues lorsqu'ils viennent au bus:

*Quand on donne, je sais pas, 5 seringues ou 15 seringues à une personne et puis qu'il a déjà son produit dans la poche et puis que son premier objectif c'est d'aller se faire son injection, il est pas perméable à beaucoup de choses. (I) (FG-bas-R)*

*La principale raison de venir dans le bus c'est pour venir chercher des seringues, ils ne viennent pas là pour être conseillés sur leur sexualité ou sur leurs pratiques sexuelles - vraiment je ne vois pas, dans le bus, dans le lieu, ni - ce qui pourrait - aider - (FG-bas-R)*

Pour certains intervenants, les difficultés des conditions de vie des CD, l'urgence pour trouver la drogue, font que ces derniers sont peu préoccupés par le sida:

*Ja wichtig ist, dass sie eine Wohnung haben. Keine Wohnung, kein Dach über den Kopf, keine Kleider, kein Geld, nicht zu Essen (C). Autre intervenant: Das Dope. Le premier: Kein Geld, keine Arbeit. (C) Das ist furchtbar. Das sind schon sehr wichtige Probleme. Das Gift, das ist klar, dem rennt du schon 14 Stunden hinterher, das kommt noch hinzu. (C) Also da wird weniger äh ..., wie bekomme ich kein Aids diskutiert, das ist garnicht äh ... (FG-bas-A)*

*Aber in einer, in einer Extremsituation in der sie sich wahrscheinlich sehr häufig befinden, ist dann ja alles andere wichtiger. Das ist dann wirklich, wirklich ist das dann selten Priorität, die HIV-Prophylaxe. (C) (FG-bas-A)*

*Auf der Gasse, direkt auf der Gasse ist das, ist das nicht eigentlich nicht ein wichtiges Thema. Das ist eher Beschaffung von den Drogen, Drogenkonsum usw., wo nicht nur solche Sachen sind ein Thema, aber Ansteckung HIV oder Prävention, solche Sachen sind für sie im Moment nicht aktuell, nicht wichtig, weil da eine ganz andere Problematik im Vordergrund steht. (P) (FG-bas-A)*

**Ces difficultés de vie, l'urgence pour obtenir la drogue et les seringues ont pour conséquence un grand stress chez les CD, situation peu propice pour discuter de prévention:**

*Der Stress den sie haben, das dann das auf die Seite geschoben wird als wichtiges Thema. (I) (FG-ambul-A)*

Si les CD ont envie de parler lors de leur visite dans le centre à bas seuil, les questions seront au sujet de leur toxicomanie, leur dépendance ou l'usage des seringues. **En général, ils trouvent plus prioritaire de se protéger contre une infection par les seringues que par les relations sexuelles:**

*Also ich denke, also wenn, also sie sind noch einfach extrem auf das Spritzenmaterial fixiert. Also dort finde ich das schon noch. Also, bei den Filtern, dass man das, das man die Löffel nicht austauscht, das man schaut, dass nichts drin ist in den Spritzen, also dort völlig fixiert auf den Bereich. Also dort finde ich in dem Bereich wird schon noch extrem geschaut. Aber alles andere was ausserhalb ist, da passiert nicht (C) (FG-bas-A)*

*Les gens ils viennent pour chercher leurs seringues, ils ne vont pas forcément parler de leur statut sérologique, soit ils sont séropositifs soit ils ont le sida et ils en parlent à un moment donné ou à un autre, soit ils sont séronégatifs et ce n'est pas leur - préoccupation principale, ils parleront plus facilement de leur dépendance ou des problèmes liés à la dépendance. (I) (FG-bas-R)*

Seuls ceux qui sont séropositifs acceptent de parler de sida, pour les autres seule la prévention de la transmission du VIH par les seringues les intéresse :

*Ich denke, das ist dann diskutiert, wenn jemand im Gassenzimmer ist, wenn er davon redet, äh wenn jemand eine Dreierkombination hat, also Aids ausgebrochen ist und ... Ja da hat es jetzt Leute, also vor allem bekomme ich das mit im Gassenzimmer, wenn sie aus dem Aidshaus gewesen ist und wieder kommen, also eine Dreierkombination hatten. Dann wird es zum Thema, aber Prävention, ist wirklich über das Injektionsmaterial, nicht das Thema sexuelle Uebertragung. (I) (FG-bas-A)*

Des intervenants pensent que les CD n'arrivent pas à s'imaginer que les relations sexuelles comportent autant un risque d'infection par le VIH que l'usage d'une seringue.

### **Le sida est un sujet tabou**

Les CD refusent souvent de parler de PST avec les intervenants parce que ce thème reste **tabou**.

*C'est un sujet qui est difficile effectivement, qui est plus difficile que de parler de leur toxicomanie parce que à qq. part, c'est quand même toujours tabou. (I) (FG-bas-R)*

Mais d'autres intervenants ne sont pas d'accord et pensent que la PST n'est pas tabou pour les CD et qu'on peut en parler très facilement avec eux.

### **La PST est parfois aussi refoulée du fait qu'elle touche d'autres tabous comme la maladie, la mort:**

*Und andererseits denke ich auch, das ist ein Thema das auch verdrängt wird. Das ist ein Thema das Angst macht, also gerade auch dann eben wenn irgendein Kollege oder Kollegin an Aids erkrankt ist, also ausbricht und die Leute sehen, das kannst du miterleben, welche Auswirkungen das dann hat. Da merke ich halt das in ein wahnsinniges Tabuthema und ja nicht über das reden, weil man weiss ja nie oder, es könnte einen ja auch selber betreffen und dann am gescheitesten weiter konsumieren und Deckel drauf. Also das erlebe ich viel. Das ich merke, eigentlich brodelts aber ja nicht daran rühren, es könnte gefährlich werden. (I) (FG-bas-A)*

Une des raisons pour lesquelles les CD ne parlent jamais de PST ou ne veulent pas en parler, c'est qu'ils ont extrêmement peur de la mort et sont même incapables de le formuler eux-mêmes:

*Also die, die Themen, die damit verbunden sind, also so Kranksein oder wie ist es wenn ich gesund bin, oder Sterben und Tod, die sind ja garnicht, also weisst du, das ist ja das was den Leuten Angst macht und die werden ja garnicht angesprochen. also, also Aids, was mach ich mit dem, ja wenn ich das Kondom ..., aber was es eigentlich heisst, also das das Kind, die Kinder, viele die ich kenne, die haben ja extrem Angst vor dem Sterben, oder eben weil sie es nicht formulieren können. Also die Thematik, das ist immer da wenn es über eine Krankheit formuliert ist und so denke ich bei unseren Leuten zum Teil ja auch, oder. Also es ist schon viel zu weit weg. Das will ich ganz klar nicht oder. (C) (FG-bas-A)*

Cette crainte se manifeste aussi par un déni du risque:

*On a plus de difficultés avec les, les partenaires qu'ils se créent dans l'institution (qu'avec les séropositifs), là des fois je retrouve un peu des conduites ordaliques que l'on retrouve dans la consommation de drogue - sous les flèches un peu de Cupidon, je m'en fous quoi, on verra bien, je pense que je ne risque rien, mais, je ne prends aucune précaution, c'est toujours très difficile d'en discuter, mais c'est vrai que l'idée reste quand même: dès le moment heu où je ne shoote plus, je suis à l'abri. (I) (FG-resid-R)*

**La sexualité et la PST seraient encore plus tabous chez les hommes toxicomanes et ces derniers préfèrent prétendre qu'ils n'ont pas de relations sexuelles plutôt que de devoir en parler. Selon cette intervenante, les hommes toxicomanes seraient encore plus à risque que les femmes par leur difficulté à parler de ce sujet:**

*Äh was ich sehe, vielleicht, weiss ich nicht, liegt es daran für mich als Frau, das es bei den Männern noch sehr viel schwieriger ist als bei den Frauen, aber das sagen mir, das bestätigen mir meine männlichen Kollegen eigentlich auch. Dort ist das Thema noch viel mehr tabuisiert (C) und dort gibt mir eigentlich keiner zu, dass er überhaupt Verkehr hat, sondern es machen alle nur mit der Hand. Und ich denke das*

*ist noch sehr weiter, viel weiter draussen das Tabu, also es ist noch viel schwieriger und ich denke da ist die Gefahr noch viel grösser als bei den Frauen, dass sie sich anstecken. (FG-ambul-A)*

La PST touche un autre grand thème tabou, à la fois dans la population et chez les CD, celui de la prostitution. La prostitution masculine est encore plus tabou que la prostitution féminine:

*Und bei den Männern, da muss ich auch sagen, das ist, das ist das Tabu, das ist wahnsinnig. Also wir haben viele junge Männer kommen, bei denen wir sie klar daraufhin ansprechen, ob sie ... den Männerstrich, also ob sie sich auch prostituieren tun und das ist wahnsinnig, also da ist das Tabu, da kommt fast noch von den Frauen noch viel mehr. (C) (FG-ambul-A)*

### **Problèmes affectifs**

**Les intervenants sont d'accord entre eux pour dire que la PST pose plus de problèmes que la prévention de la transmission du VIH par les seringues car elle touche aux affects et à des aspects beaucoup plus problématiques de la personnalité:**

*Avec la seringue c'est vrai c'est facile parce qu'il n'y a pas d'affect là dedans, à partir du moment où tu as une seringue propre tu vas l'utiliser, tu ne vas pas utiliser une seringue sale pour le plaisir. (I) (FG-bas-R)*

*C'est difficile quoi, on entre dans l'affect, dans qq. chose de vraiment plus - personnel, je crois, c'est plutôt à ce niveau-là que c'est difficile d'en parler, ouais, il y a beaucoup de pudeur, je sais pas, ouais, de - ouais, je sais pas, je ne peux pas vraiment dire - - (I) (FG-bas-R)*

**La PST peut aussi rappeler aux CD des aspects douloureux liés à leur vie sexuelle (inceste, viol, violence, machisme):**

*D'autant plus que la plupart des patients, enfin il y a quand même une importante proportion de patients qui ont été abusés sexuellement parmi les toxicomanes, donc la sexualité est un sujet qu'on sent « particulièrement » délicat et particulièrement difficile à réussir, donc c'est à la fois porteur d'attentes « énormes » et de difficultés énormes. Alors mettre le préservatif là dedans en plus, ça fait bouger les choses, donc je ne peux pas en discuter dans une distribution parce que ce n'est pas le moment. (I) (FG-ambul-R)*

### **Honte**

La honte envahit les CD qui n'ont pas respecté la consigne d'utiliser le préservatif et qui se trouvent devant des conséquences fâcheuses (grossesses, MST):

*C'est d'autant plus difficile que plus le message est clair plus il est compréhensible et plus il est compris, moins c'est avouable de ne pas le suivre. Ensuite quand on voit des grossesses arriver, quand on voit d'autres choses se passer, syphilis primaire etc., on est étonné de voir que (rires). Mais tu ne m'avais pas dit que tu savais? Ouais, je savais, mais c'était juste une fois, parce que tu comprends machin; et puis on se rend compte que effectivement plus c'est clair, plus c'est assimilé, plus c'est difficile de dire: j'ai transgressé, mais est-ce qu'il y a cette nouvelle morale sexuelle, c'est-à-dire l'utilisation du préservatif. (I) (FG-resid-R)*

**La société induit très fortement que les couples sérodiscordants doivent se protéger. Les couples qui ne se protègent pas systématiquement ont honte de l'avouer. Ceux qui n'ont pas utilisé toujours le préservatif ne veulent pas le dire:**

*Ce qui est lié, bon toute la honte qui est véhiculée derrière quoi. Parce qu'effectivement, le message qq. part il est quand même assez clair, ils savent bien hein, je crois que ce n'est pas tellement la question, ils savent bien effectivement se protéger, changer les seringues, ça c'est clair donc c'est ce qui rend encore plus compliqué après le fait de pouvoir dire les choses. (I) (FG-ambul-R)*

Certains CD auraient aussi de la peine à parler de leur séropositivité, dont ils ont honte. Un intervenant le met en relation avec les difficultés qu'éprouveraient les CD à accepter leurs faiblesses:

*Also das wo ich sehe ist, die wo bei uns HIV-positiv sind, die haben Mühe dazu zu stehen. Und da ist für mich natürlich auch die Frage, gut, inwieweit schützen die sich denn, oder? Und ich denke, dass was ich bis jetzt gesehen habe mit Drogensüchtigen, dass sie bei ihren Schwächen oder bei ihren Unzulänglichkeiten sowieso Mühe haben dazu zu stehen. (I) (FG-resid-A)*

Certains CD se sentent même agressés si l'intervenant aborde de lui-même le problème:

*Quand on s'adresse encore à des toxicomanes, des jeunes toxicomanes qui sont négatifs, là alors on entre dans la fiction parce que : pourquoi tu me poses cette question? Mais c'est pour faire de la prévention. Ah bon bon bon bon bon. (I) (FG-ambul-R)*

### Difficulté à faire confiance

**Les CD ont aussi de la peine à faire confiance aux intervenants, ils ont peur d'être jugés, critiqués, culpabilisés, sanctionnés.** C'est seulement lorsque les CD connaissent bien les intervenants qu'ils leur font confiance (et qu'ils oseront leur dire qu'ils ne se protègent pas):

*Wir haben die Prometheus Studie auch gemacht, dort haben die Leute selbständig Bögen ausfüllen können, das ist noch eine gute Sache gewesen, da sind sie sich ernst genommen vorgekommen und haben das vielleicht ein bisschen wahrheitgetreuer gemacht, den Bogen ausgefüllt. Ich staune wie die sich nicht schützen und das aber erst vielleicht dann einmal wie beichtet, wenn man sie besser kennt. Also es braucht erst eine Vertrauensbasis bis das überhaupt möglich ist, soetwas. (C) Und wenn die Leute dann auch wissen, es wird nichts daraus gemacht und das wir nicht die Hände hochwerfen, das man nicht von ihnen wieder etwas fordert, was sie machen müssen, das ist wahnsinnig schwierig, das wir mal nichts wollen, das man es höchstens gutartig angehen will. (C) Wir tun also ansteckungsmässig nur Kondome verteilen. (FG-ambul-A)*

*C'est beaucoup dans une relation individuelle à un moment donné aussi, dans une confiance avec un intervenant ben que, que l'on connaît (C) chez nous on voit plusieurs fois, on peut venir exprimer quelque chose. (FG-bas-R)*

*Also einerseits habe ich gemerkt, dass äh einfach auch, dann die Frauen auch nicht gern sagen, dass sie anschaffen gehen ohne Gummi, aber eigentlich dann in den tieferen Gesprächen, in näheren Beziehungen kommt es dann halt doch oder, also dass sie sagen, dass sie ohne Gummis schaffen. (I) (FG-prost-A)*

Certains intervenants estiment même que la sexualité est le dernier thème que les CD aborderont après avoir parlé de tous leurs autres problèmes:

*Das ist schon ein Punkt, aber ich denke generell über Sexualität zu reden, ist nicht einfach, also bis man über das redet, braucht es sehr viel Vertrauen und und wenn es nicht ein spezielles Thema ist über Sexualität, dann kommen alles andere Themen. Schwierigkeiten mit den Mitbewohnern, mit ..., ich weiss nicht was. Also das kommt dann ziemlich relativ zum Schluss. (I) (FG-resid-A)*

Une intervenante va même plus loin en expliquant que c'est parfois au sortir de la toxicomanie que certains sujets cachés apparaissent comme la sexualité:

*Also das ist mir jetzt, eigentlich erst mit vielen Frauen auch tiefere Gespräche gehabt habe und wo es auch um den Ausstieg geht oder, da habe ich gemerkt, dass so viele (U) Sachen dahinterstecken, die vordergründig garnicht äh zur Sprache kommen. (I) (FG-prost-A)*

**Une intervenante remarque aussi qu'il faut beaucoup de confiance de la part des CD pour parler de sujets douloureux:**

*Also für mich heisst ganz klar mit den Frauen, ich habe noch so eine Nothilfeberatung für ein drogenabhängiges Frauenprojekt gemacht und da kann man sagen, da ist der rote Faden, durch die Frauen ..., also durch die ganze Szene durch, dass eigentlich durch das Reden und, und auch mit das Vertrauensverhältnis mit den Frauen, können sie, sie brauchen viel Zeit für ihre, bis sie über Sexualität, Beziehungen, Gewalt, Mechanismen, die sie ja auch kennen, in das Gespräch einsteigen, also das, das eigentlich HIV Prävention auch heisst Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalterlebnis und wie überlebe ich den Moment, also die, die jetzige Situation, die ist ... (I) (FG-prost-A)*

**De plus, il semble que l'usage de cocaïne augmente la difficulté à faire confiance. Après plusieurs injections, les CD ne savent plus ce qu'ils font, ils ne veulent pas l'admettre et refusent tout entrée en matière sur ce sujet:**

*Il y a aussi le déni lié à la cocaïne - (...) c'est très difficile d'en parler avec les patients (...) ils consomment, consomment, consomment, consomment jusqu'au moment où ils ont plus de sous, (...) et après la troisième, quatrième injection apparemment ils ne savent plus très, très bien ce qu'ils font, et puis les seringues, cela se mélange joyeusement, et puis, il y en a qui utilisent la cocaïne comme stimulant sexuel et puis là ils ne savent plus du tout ce qu'ils font. Et comme c'est qq. chose qui est, qui est inabordable à part ça, je n'ai pas encore trouvé la porte d'entrée. (II) (FG-ambul-R)*

#### 5.4.5.2 Stratégies des consommateurs de drogue pour ne pas parler de PST

La stratégie la plus simple des CD pour ne pas parler de ce thème est de ne jamais l'aborder eux-mêmes:

*La difficulté c'est de parler de la séropositivité parce que eux, d'eux-mêmes ils en parlent jamais, c'est vraiment à travers un repas, où quelqu'un lance le sujet ou à travers une discussion qui, qui, vient gentiment sur le sujet, qu'on amène à parler de ça. (I) (FG-ambul-R)*

Certains CD affirment tout connaître du problème et ne veulent pas en parler. La stratégie la plus courante est de dire que l'on se protège, ce qui stoppe toute discussion ultérieure:

*Quand on leur pose la question si, si on pose la question aux patients directement comme ça si on veut savoir si il se protège, la plupart du temps, c'est toujours oui. (C) (FG-ambul-R)*

*Die Gefährdung von den Einzelnen Leuten, äh die Angaben die wir bekommen. Einfach manchmal, man muss manchmal ein bisschen zweifeln, also von den Betroffenen, von den Frauen und Männern. Weil alle, alle sagen mir, sie würden sich schützen und ich glaube es einfach nicht z.B. (I) (FG-ambul-A)*

*Es ist auch, auch ein Tabuthema, wenn man, äh wenn man das Thema anfängt in der Beratung selber, dann wird das so abgeklemmt durch die Aussage, ja ich schütze mich oder, und es geht mir auch genau gleich, also das ich fast nicht glaube, das sich alle schützen. (I) (FG-ambul-A)*

D'autres CD disent que la protection contre le VIH est leur problème et qu'ils se débrouillent très bien tout seuls, qu'ils le gèrent eux-mêmes. Mais les intervenants savent bien que ce n'est pas toujours le cas, mais cela touche quelque chose de profond chez le CD et que celui-ci ne veut pas en parler :

*Les gens le savent. A chaque fois qu'on leur dit, ben voilà, vous prenez un risque, ben ils nous renvoient, ben oui, on sait mais, enfin, ils ne vous le disent pas comme ça, mais ils vous le disent autrement et puis l'air de dire : ben c'est mon problème, donc je le sais mais c'est moi qui gère. Et justement, le problème c'est que -, c'est - qu'ils ne gèrent pas, donc, mais on ne peut pas leur dire au fond qu'ils ne gèrent pas parce que qq. part ça les pique dans leur être au plus profond, alors comment aborder ce problème-là avec des gens qui ne sont pas prêts à changer, moi je ne sais pas, ça non plus je ne sais pas (C). (FG-ambul-R)*

Si l'intervenant veut parler de risques dans le futur, le CD dit souvent que ce n'est pas un problème, qu'il se protégera. De même, cela empêche une vraie discussion:

*C'est vrai que la situation de risque à venir, un nouvel ami, une nouvelle amie et - la chose exprimée, il y a souvent quand même, le discours est assez de l'ordre du : il n'y a pas de problèmes, je sais, il faut que, et puis c'est bon quoi, je me protégerai. (I) (FG-bas-R)*

**D'autres refusent carrément d'en parler et les intervenants ont parfois des réponses cinglantes des CD qui estiment que cela ne les regarde pas:**

*Moi, je suis persuadé aussi que ces gens n'ont pas envie d'en parler. Il y a des tas de gens qui m'ont renvoyé mon histoire en disant : ton histoire de préservatif, écoute, c'est de mon domaine, c'est tellement intime que, je te connais déjà pas assez. (I) (FG-ambul-R)*

*C'est vrai que la prévention moi je rejoins (une autre intervenante) quand tu dis que la prévention on en fait à ceux qui nous donnent l'accès qq. part, je crois que c'est vraiment ça, ceux qui ne nous donnent pas une petite brèche pour qu'on puisse s'introduire, on a une telle claque dans la figure parfois, de temps en temps que ben on se dit : ben voilà quoi. C'est comment on pourrait faire alors, je sais pas, je sais pas (C). Les claques sont gentilles en paroles hein, mais elles sont en même temps parfois très fermes en disant -. Une autre intervenante: ça c'est mon affaire. (C) (FG-ambul-R)*

D'autres CD mettent ce problème de côté. Les intervenants sentent que c'est impossible d'aborder ce thème avec eux:

*Es gibt alle Arten von Typen, also es gibt auch Leute, die wollen eigentlich nicht darüber reden, so. Nicht dass sie, nicht das es nicht ein Thema ist, aber sie weisen das sehr weit von sich weg. (I) (FG-resid-A)*

Les intervenants pensent aussi que lorsqu'il encouragent les CD à aller dans d'autres institutions pour recevoir un soutien concernant la PST, un grand nombre d'entre eux n'y vont pas.

#### 5.4.5.3 Difficultés pour utiliser le préservatif liées aux CD eux-mêmes

##### Consommation de drogues

**Pour la majorité des intervenants, ce qui rend l'usage du préservatif le plus problématique pour les CD est justement leur consommation de drogues.** Les drogues consommées ont des effets différents sur la sexualité que les CD peuvent chercher ou subir. L'héroïne consommée à haute dose, de même que la méthadone, diminue la libido et provoque des problèmes d'érection. Les CD n'ont plus de vie sexuelle et en souffrent:

*Also ich denke, also noch ganz kurz etwas anderes, als was mir schon auch auffällt, das es ja schon einerseits um Prävention geht, sexuell, bei sexuellen Kontakten und so, aber ich merke, das Sexualität überhaupt kein Thema ist bei Leuten die äh Methadon beziehen, also das ist, also die können nicht normal Sexualität leben, das Methadon schränkt auch ein und das ist bei uns oft Thema, dass sie auch mit dem kommen und sagen, Mensch ich würde eigentlich auch gern, das funktioniert nicht, wie das einmal gewesen ist und das man dort auch den Einstieg ganz anders tun, aber dass es überhaupt nicht das Problem ist, weil es überhaupt garnicht funktioniert. (C) (FG-ambul-A)*

Les CD, au plus fort de la consommation de stupéfiants, perdraient aussi leurs sensations corporelles et sexuelles et seraient moins intéressés par la sexualité :

*Auch das Körperliche allgemein, Körperbezug, Körpergefühl, das ist, das ist nicht mehr aktuell, das kommt vielleicht mit Methadon oder Herorinabgabe können solche Sachen wieder so langsam vorrutschen, Körpergefühl. (I) (FG-ambul-A)*

Pour d'autres intervenants, le fait d'avoir des problèmes d'érection liés à la consommation de drogues a pour conséquence que les préservatifs ont peu de chance d'être utilisés car ils risquent de gâcher un rapport sexuel :

*Puis il n'y a pas seulement le préservatif, il y en a qui disent : moi si je sors le préservatif, il n'y a plus rien de l'autre côté (C ; rires). Alors là, comme je disais aux collègues, on propose quoi à ce moment-là, et puis là, c'était la question à 1000 francs parce que, on me disait : ah oui, c'est vrai en fait. Il y a beaucoup de nos patients qui ont des problèmes d'érection ou qui ont des problèmes - justement de libido, justement ils utilisent la cocaïne pour stimuler leur libido, alors mettre le préservatif là dedans ce serait risquer de casser qq. chose de déjà pas, pas très vaillant. (FG-ambul-R)*

La prise de risque par peur de ne pas arriver à maintenir une érection est confirmée dans un autre focus group :

*Les femmes, justement il y a des hommes qui savent qu'elles sont séropositives et qui refusent de mettre le préservatif parce qu'ils n'arrivent pas avec un préservatif, donc, ils préfèrent prendre le risque plutôt que de ne pas y arriver, parce que je pense déjà qu'avec les consommations, ils ont déjà des difficultés au niveau sexuel, donc encore rajouter le préservatif bon, alors là, c'est fini, ils y arrivent plus donc ils préfèrent encore prendre le risque sachant que la personne est séropositive. (I) (FG-bas-R)*

**Contrairement à la consommation d'héroïne, celle de cocaïne est plus incontrôlée, compulsive et inquiète les intervenants.** Elle peut stimuler une sexualité désordonnée chez les CD et il est alors difficile d'avoir une influence sur eux. Après trois ou quatre injections, les CD ne savent plus ce qu'ils font et refusent ensuite d'en parler. Il y a aussi échange de service (prostitution) contre de la cocaïne. Les intervenants estiment que, tant pour les seringues que pour la sexualité, avec la cocaïne les CD oublient tout :

*Quand ils prennent de la cocaïne, ils oublient tout, quand ils prennent de l'héroïne, il y a moins la notion d'urgence, ils font attention, et puis aussi par rapport aux pratiques sexuelles, bien sûr sous cocaïne, en général, ils oublient tout aussi, donc toutes les mesures de prévention sont caduques dans ces moments-là. Moi, c'est en fait comme ça que j'ai vécu les derniers cas actuellement. (I) (FG-resid-R)*

Les CD utilisent aussi la cocaïne comme stimulant sexuel. D'autres ont besoin de prendre de la cocaïne pour aborder l'autre sexe :

*Après, quand à une prévention très spécifique, c'est vrai que cela touche le côté affectif, ça touche le fait de - encore une fois peut-être le fait de consommer avant d'avoir des relations, d'avoir un problème par rapport à l'autre sexe. - (I) (FG-bas-R)*

Tant les hommes que les femmes CD peuvent avoir des difficultés à aborder l'autre sexe. Des femmes CD ont pu subir des abus sexuels et ont besoin d'un produit car la relation est difficile au départ. Les femmes CD utilisent aussi la cocaïne pour supporter la prostitution. Mais cela devient vite un cercle vicieux car, pour pouvoir se prostituer elles prennent de la cocaïne et pour avoir de la cocaïne, elles doivent se prostituer :

*Ja sie bekommen mehr und dann kommt noch dazu, das die meisten Frauen unter Koki, unter Kokain sind, weil sie können sich nicht prostituieren, wenn sie Kokain drinne haben und sie brauchen die Prostitution, damit sie das Kokain haben (C), also der Teufelskreis der läuft immer und dann ist einfach praktisch die Frau nicht mehr entscheidungsfähig, oder. (FG-ambul-A)*

Dans plusieurs focus groups, il a été confirmé que la consommation de cocaïne a énormément augmenté ces dernières années et qu'elle pose plus de problèmes que la consommation d'héroïne.

### **Attitude face aux risques**

**L'attitude des CD face à la vie et aux risques occasionne aussi beaucoup de problèmes concernant la prévention.**

Les intervenants confirment que, sous l'influence de drogues, les CD ont souvent tendance à « tout oublier » au moment de la relation sexuelle et même se protéger ou non leur est égal :

*Ich habe den Eindruck, dass es im Haus recht präsent ist und wenn sie in den Ausgang gehen, nicht mehr so. Ich habe einmal erlebt, wo jemand von einer Kurve zurückgekommen ist. Hat er gesagt, draussen habe ich ungeschützt, wo ich draussen gewesen bin, habe ich ungeschützt Verkehr gehabt, es ist mir so scheissegal gewesen. Wo er unter Drogen gewesen ist. Es ist mir so gleich gewesen. Dann kommen sie zurück, sie sind nüchtern und dann kommt, oh, ich könnte positiv sein. Ich möchte den Test machen lassen. So. (C) (FG-resid-A)*

Plusieurs focus groups confirment que les CD ont tellement de problèmes que tout leur est égal :

*Aber sobald ihnen alles gleich, also so lange ihnen alles gleich ist und es läuft halt irgendwie so, für was oder. Die Hauptsache ist, es gibt genug Stutz oder, oder ... (I) (FG-prost-A)*

*Wenn nichts klappt, klappt auch garnichts, da bist du auch nicht mehr bereit etwas, sich auf etwas einzulassen oder auch zu verändern, denke ich. (I) (FG-bas-A)*

Certains CD n'ont plus l'espoir de vivre longtemps et leur état de santé ou la protection de leurs partenaires les indiffèrent :

*Und ich denke auch die Einstellung spielt eine grosse Rolle. Wenn man natürlich auf der Gasse lebt und dem Gift nachjagen muss und sonst vielleicht auch krank ist. Ich kenne Leute, die garnicht wissen wollen das sie HIV positiv oder Aidskrank sind. He was soll es noch, ich mache es eh nicht mehr lange. (C) Also da denke ich ist es sicher auch noch, das sie sich da nicht sehr stark schützen, also darüber nachdenken. (FG-bas-A)*

Dans plusieurs focus groups, les intervenants s'accordent sur le fait que la recherche des risques par les CD ou le fatalisme sont des caractéristiques de la dépendance :

*Auch die fatalistische Haltung bei einem Paar das weiss, das es positiv ist, das haben wir genauso und ich denke das ist auch einfach etwas Suchtspezifisches, das Spielen mit dem Risiko (C) oder, also das einfach darauf ankommen lassen und darum ist das auch sehr schwierig. (FG-ambul-A)*

*Und da denke ich, ist eine zweite Schwierigkeit die, dass sich unsere Leute dann den Kick einfach irgendwo einmal holen und ich unterstelle ihnen das, dass sie dann mit dem ungeschützten Schlafen zum Teil sich den Kick auch holen. (I) (FG-resid-A)*

Une controverse s'est établie dans le focus group bas seuil romand sur l'attirance ou non des CD pour la mort. Un intervenant pense que les CD n'ont plus la notion de survie :

*Ce que je remarque aussi avec les consommateurs de drogues, c'est qu'ils sont tout le temps en train de prendre des risques finalement (II). Chaque shoot, c'est quand même prendre un risque mais ils en ont pas conscience parce que chaque chose qu'ils font, ils prennent des risques et je pense que c'est la même chose avec le, avec le VIH, ils ont pas conscience de cette prise de risque, ils ont tellement d'autres priorités que, que, leur vie, ce n'est pas que ce n'est pas important, mais ce n'est pas leur priorité, ils n'ont plus cette notion de survie. (FG-bas-R)*

Un autre intervenant pense que les CD ont une attirance vers la mort :

*Je trouve aussi, ce jeu à quelque part avec la mort quoi, un jeu macabre un peu comme ça, mais je trouve qu'il y a qq. chose de cet ordre là (accord vo), on fait des choses en fait qui, si on continue de les faire comme ça, nous amène forcément à la mort, que ce soit de se droguer, d'avoir des relations à risque, il y a cette attirance à qq. part pour , vers la mort. (I) (FG-bas-R)*

Pour un autre intervenant, les CD sont dans une démarche de survie :

*Je ne pense pas qu'ils recherchent la mort, je pense plutôt, certains ils sont plutôt dans une démarche de survie et puis que c'est plutôt vivre à tout prix malgré les blessures, malgré les souffrances et puis que la toxicomanie. (I) (FG-bas-R)*

Les intervenants s'interrogent aussi si les prises de risques sont conscientes ou non. Pour un intervenant, les CD ne réagissent pas rationnellement :

*Ils ne sont pas dans le rationnel et c'est vrai que la prévention c'est rationnel, ça fait appel au rationnel et que eux ils ne sont pas dans le rationnel, quand ils ne sont plus dans leur consommation, ils ne sont plus dans le rationnel, c'est plus ça qui compte. (I) (FG-bas-R)*

Un autre intervenant pense que les CD connaissent tout à fait les risques qu'ils prennent :

*En même temps je ne suis pas d'accord avec le terme d'inconscient, j'ai l'impression justement qu'il y a quand même beaucoup de conscience, heu importante du risque qui est pris, mais qui est quand même refoulé, mais en fin de compte la personne sait très bien le risque qu'elle a pris. (I) (FG-bas-R)*

Cet intervenant argumente que les CD, lorsqu'ils décident de faire une cure, parlent de leurs risques passés et veulent faire un test VIH. Pour lui, il y aurait plutôt une recherche des limites :

*Il y en a un qui profite d'être à l'hôpital pour faire un test HIV parce qu'il avait pris des risques importants et qui, le jour où le résultat négatif on le lui donne, utilise la seringue d'un autre dans le cadre de l'hôpital le jour même, il est reparti de nouveau pour trois mois d'incertitude (rires complices), de craintes, de peur; et toujours vivre les limites pour certains et après souvent c'est, ne pas vivre avec ce risque, c'est perdre qq. chose, ça permet un peu d'exister. (II) (FG-bas-R)*

### Négociation de l'usage du préservatif

**Avec leurs partenaires, les CD ont souvent de la peine à négocier l'usage du préservatif.** Les enjeux sont importants : affectifs, relationnels, monétaires. Des CD craignent encore d'être considérés comme séropositifs s'ils demandent l'usage du préservatif. Demander le préservatif, c'est aussi ne pas montrer sa confiance.

*Il y a encore des gens qui disent volontiers que, avec une nouvelle copine effectivement mettre un préservatif, c'est s'annoncer comme possiblement séropositif. Et ça, c'est qq. chose pour eux qui, il y a encore des gens qui pensent que c'est encore une crise de confiance, de mettre un préservatif dans une relation entre deux personnes ;*

*Dans les couples, je crois qu'il y a aussi cette sensation très pénible, pour celui qui est HIV, et qui, je parle pour les hommes surtout, celui qui est HIV et qui met le préservatif de mettre sa camisole symbolique en tout cas et qui lui rappelle tout le temps qu'il est malade et séropositif et qu'il est contaminant. (...) J'ai la sensation que, pour ces couples-là, mettre le préservatif c'est extrêmement pénible dans la relation sexuelle. (I) (FG-ambul-R)*

Les femmes ont aussi de la peine à faire passer l'usage du préservatif dans des relations hors prostitution:

*Un intervenant: elles ont tendance si le partenaire fait une certaine pression pour avoir des rapports sans préservatif à accepter plus facilement. Un autre intervenant: elles sont en quelque sorte conditionnées un peu. (II) (FG-resid-R)*

### Relations de couple

**Les CD n'établissent pas facilement une relation de couple stable.** Les couples sont déchirés par les changements de partenaires, les ruptures et les retrouvailles. La stabilité et la durée d'un couple ne sont souvent pas claires:

*J'ai l'impression que l'on parle beaucoup de prostitution mais même, sans prendre l'aspect prostitution, il y a aussi effectivement beaucoup de changements de partenaire ou de situations très difficiles, très précaires avec des couples qui explosent qui se retrouvent avec des situations qui sortent du côté stable du couple même si la personne, même si les personnes vivent 10 ans ensemble, c'est souvent avec beaucoup*

*de ruptures au milieu avec des situations fort diverses et même en dehors de cet aspect prostitution, il y a un risque très très fort qui se prend (C). (FG-bas-R)*

Les intervenants sont aussi confrontés à des femmes CD enceintes sans l'avoir voulu et qui ne savent pas qui est le père. Les femmes CD sont aussi souvent atteintes de MST ou d'hépatite, ce qui montre que les consignes de prévention ne sont pas suivies.

Lorsqu'un couple se forme, très rapidement le préservatif est abandonné car c'est très valorisant pour un CD de pouvoir dire : "je suis dans une relation stable, je n'utilise pas le préservatif". Les intervenants trouvent que cet abandon du préservatif dans des couples CD est dangereux. Par exemple, dans certains couples, la femme se prostitue, mais les partenaires se considèrent comme fidèles et n'utilisent pas de préservatifs. Un CD qui avait arrêté de consommer de la drogue par voie intraveineuse peut recommencer et ne pas oser en parler à son partenaire.

### **Sentiments de fusion**

Dans les couples sérodiscordants, les préservatifs sont certainement très souvent utilisés, mais parfois les partenaires ne veulent pas gâcher un sentiment de fusion de couple et négligent leur usage:

*Je dirais qu'ils mettent le préservatif 19 fois sur 20 et puis la vingtième fois, parce que c'est vraiment une circonstance extraordinaire, cette fois-là, ils ne le mettent pas (P). Donc effectivement, le risque est « limité », mais il existe. Et ça, c'est d'autant plus difficile pour le partenaire négatif de dire : non, parce que c'est un moment extraordinaire aussi et puis que les deux poussent pour, pour, enfin, je me souviens que d'une seule fois où un patient m'a raconté ça et où il disait : ouais, mais c'était tellement merveilleux, c'était tellement génial, on était tout les deux clean, on était tout les deux en forme etc. et puis on avait envie de rester ensemble. Et je crois que c'est ce qui, on avait envie de « rester ensemble », comme si cela remettait la distance, la coupure entre les deux de le mettre. (FG-ambul-R)*

Il existe aussi des couples sérodiscordants où le partenaire négatif ne veut pas se protéger comme preuve d'amour:

*Die feste Beziehungen haben, bei denen ist es wirklich so, die gehen das Risiko ein, wenn man mit ihnen redet, dann sagt uns der Mann, ich bin nicht positiv, meine Partnerin ist positiv, das ist quasi wie ein Liebesbeweis, dass wir uns nicht schützen oder. Ich gehe das mit denen und das ist dann, da bin ich genauso an der Grenze (C), dann weiss ich es zwar, aber ich muss es auch als, als Tatsache akzeptieren, das sie, das es so gewählt ist von ihnen. (FG-ambul-A)*

### **Manque de connaissances**

**Les intervenants pensent que les CD n'appréhendent pas à sa juste valeur le risque d'infection par le VIH lié à la sexualité. Les CD admettent aussi rarement qu'ils ont des risques de s'infecter, certains pensant qu'ils ne risquent pas plus que la population générale:**

*Parce qu'il y a ce fantasme quand même, sexuellement je ne risque rien; on retrouve un petit peu les représentations qu'il y a dans la population en général, c'est plutôt les homosexuels, quand on leur rappelle, dans la représentation générale c'est les homosexuels et les toxicomanes, ils ne se sentent pas forcément inclus là-dedans. (I) (FG-resid-R)*

Ils ont le fantasme que seule la transmission par la seringue est possible et que sexuellement ils ne risquent rien :

*Malheureusement, ils ont quand même leurs relations intimes dans un milieu, entre guillemets, à risques, où il y a, disons une prévalence de HIV qui est assez importante et, c'est vrai que, ils ont cette espèce de vision magique des choses, du moment où ils font attention à la seringue après il n'y a plus de problèmes. (I) (FG-resid-R)*

S'ils ne consomment plus, les CD imaginent qu'ils n'ont aucun risque d'être infectés par le VIH. Les intervenants font aussi l'expérience de CD qui pendant de longues années ont pratiqué des shoots dans des conditions épouvantables ainsi que des relations sexuelles non protégées et qui, toujours négatifs, pensent qu'ils ne peuvent être atteints par la maladie. Des femmes prostituées, qui ont entendu parler de certains cas de résistances au VIH tels qu'ils sont démontrés dans certaines populations prostituées en Afrique de l'Ouest, lorsqu'elles sont toujours négatives après de multiples prises de risque pensent qu'elles ne peuvent attraper le sida et c'est ensuite difficile de leur faire changer d'avis :

*C'est vraiment difficile des fois de revenir en arrière et de dire: mais attendez, vous êtes pas forcément une prostituée zairoise (rires), donc heu, vous avez peut-être eu beaucoup de chance, mais cela ne veut pas dire que la chance va continuer. (I) (FG-resid-R)*

Des hommes CD, tout en ayant de bonnes connaissances de la PST, disent ne pas utiliser de préservatifs si la femme est "propre" ou si elle ne fait pas partie du milieu des toxicomanes.

### **Problèmes psychiques ou affectifs**

**Les intervenants mettent aussi en relation les problèmes que rencontrent les CD à se protéger avec des problèmes psychiques associés.** Les problèmes de protection sont compliqués par une co-morbidité psychiatrique sur laquelle il est difficile d'avoir une influence :

*On attaque vraiment le côté le plus lourd, parce qu'on interfère avec la personnalité, les troubles de la personnalité, la dépendance, l'utilisation de drogues ou non etc. etc., ce sont des choses sur lesquelles on a beaucoup moins d'influence. (P) (FG-resid-R)*

Certains CD ont été abusés dans leur enfance et continuent à être abusés à l'âge adulte. Cela leur rend difficile un comportement de prévention car ils ne respectent pas leur propre corps:

*Certains peuvent tout à fait d'un point de vue cognitif s'approprier, puis analyser les choses et puis d'autres, en fait, cet attachement à je dirais un côté abusif, qui fait que cela leur passe complètement au-dessus; Il y a une logique un peu en sous-sol où on essaye actuellement de réfléchir de manière un peu plus théorique sur l'attachement en fait des abusés à leurs abuseurs ou à des logiques d'abus en fait qui font perdurer en fait la notion d'abus. Donc, dans ce cadre-là, ça fait partie je dirais du décor interne que de pas forcément se protéger. (I) (FG-resid-R)*

D'autres traits de caractère des CD font que la PST est pour eux un problème: le besoin d'un plaisir immédiat, un haut niveau d'angoisse, une image négative d'eux-mêmes, des fantasmes de réparation au travers d'une grossesse qui fait passer le VIH au 2<sup>ème</sup> plan. Un intervenant pense aussi que des mécanismes autodestructeurs, une labilité, empêchent les prostituées CD d'exiger l'usage du préservatif:

*Das merke ich auch immer wieder in der Prävention, dass die intellektuelle, die Wissensebene, die längst nicht alles ist. Das die viel wichtigere Ebene der emotionale Umgang damit ist, weil sich dort auch die zerstörerischen, gefährlichen Mechanismen abspielen und dort auch die Blockaden sind, die es verhindern, dass das Gummi wirklich auch gefordert wird und konsequent auch benutzt wird. Und da ist dann ja natürlich auch wieder die Möglichkeit für die Freier einzusteigen, weil sie ja genau diese emotionale Labilität oder emotionale Situation missbrauchen. (I) (FG-prost-A)*

#### **5.4.5.4 Difficultés spécifiques aux hommes et aux femmes CD**

##### **Hommes**

Les hommes CD ont plus de difficultés à aborder le thème de la PST avec les intervenants que les femmes CD. Un intervenant estime aussi que, plus les hommes sont "macho", plus ils ont de

la peine à parler de leur séropositivité. Comme nous l'avons vu plus haut, les hommes CD ont aussi des difficultés à maintenir une érection et ajouter le préservatif leur pose trop de problèmes. Un intervenant (FG-resid-R) estime que les hommes CD sont encore assez macho, que le week-end ils souhaitent draguer une fille et ne s'en soucient plus par la suite.

Comme dit précédemment, la prostitution masculine est très tabou chez eux. Des intervenants disent aussi qu'ils prennent moins de préservatifs que les femmes.

## Femmes

Un intervenant estime que les femmes CD sont plus nombreuses à se prostituer et ont donc besoin de plus de préservatifs et que, comme dans la population générale, elles seraient plus concernées par le problème des grossesses non désirées:

*Ja das hat bestimmt mehrere Gründe. Ein Grund ist das wahrscheinlich prozentual gesehen sehr viel mehr Frauen, tun das Geld via Prostitution verdienen. Dann können sie es eben auch noch zu einem anderen Zweck verwenden, wie zur Verhütung ... Und dann aber sicher auch, dass das und das zieht sich durch, auch wieder durch die ganze Bevölkerung, dass das eher wahrscheinlich dann ein Job von dem weiblichen Teil in dem Buisness dann zu schauen. (I) (FG-bas-A)*

Les intervenants estiment que les femmes CD ont plus de peine avec l'usage du préservatif que les hommes CD car c'est l'homme qui porte le préservatif. Les hommes peuvent se contenter de le mettre sans en parler mais les femmes doivent le demander et le négocier:

*Je pense qu'il y a une différence majeure parce que l'utilisation elle n'est pas la même, parce que c'est l'homme qui doit le mettre, puis la femme c'est pas elle qui doit le mettre, parce que la négociation elle est différente, de toute façon, la différence au niveau des sexes, elle existe, parce que la femme elle doit négocier ça, si c'est son partenaire qui l'utilise et quand la jeune femme elle disait: il y a des fois où je n'utilise pas parce que l'homme ne veut pas et bien voilà, elle se trouve démunie par rapport à des hommes qui sont, qui refusent le préservatif et puis elle décide quand même -, elle, dans la situation dans laquelle elle se trouve, le choix auquel elle est confrontée, c'est d'avoir la relation sexuelle ou pas, elle se sent démunie par rapport à, au fait d'imposer le port du préservatif. (II) (FG-bas-R)*

Un intervenant estime que les femmes CD ont tendance à accepter des rapports sans préservatif, ceci d'autant plus qu'elles se sont prostituées ou que le partenaire fait pression:

*Avec une beaucoup plus grande difficulté pour les femmes que pour les hommes, parce qu'elles ont quand même tendance à accepter des rapports sans préservatif du moment que le partenaire n'en veut pas, donc, elles sont en position beaucoup plus basse que la population masculine et sont souvent, pas contraintes, m'enfin, oui, se sentent obligées d'accepter des rapports sexuels non protégés. (C) (FG-resid-R)*

Plusieurs femmes CD ont aussi été abusées pendant l'enfance et par la suite et sont très vulnérables d'autant plus si elles consomment de la cocaïne. Se protéger est un processus difficile pour la femme CD qui doit se prendre au sérieux et prendre au sérieux le risque d'infection par le VIH:

*Aber mit schützen ist es schwierig. Das ist zum Teil sehr, sehr schwierig, das sie es wirklich ernst nehmen, einfach auch bis in den Moment wo es passiert, also wo sie zusammenschlafen, dass sie es genauso ernst und präsent haben. Das denke ich ist ein ganz ein schwieriger Prozess. (I) (FG-resid-A)*

Ceci est compliqué par le fait que les femmes CD ont souvent perdu le contact avec leur propre corps. Les femmes ont aussi de la peine à lier le désir de grossesse et la prévention du sida. Toutes ces difficultés spécifiques aux femmes conduisent les intervenants (surtout en Suisse alémanique) à souhaiter une prévention spécifique aux genres dans des groupes non mixtes.

## Difficultés liées à la prostitution

Les institutions qui reçoivent des prostituées rencontrent des problèmes spécifiques. De manière générale, dans de nombreuses structures pour toxicomanes (et dans d'autres institutions socio-médicales), la prostitution est un thème tabou et les préjugés sont nombreux (mépris, violence, honte...). Les intervenants manquent de connaissances à ce sujet, se sentent insécurisés et refusent de se confronter à cette problématique. Quant il s'agit de prostitution masculine, les défenses sont encore plus importantes:

*Ich bin auch ein bisschen erschrocken, so wie stark im sozialen Bereich Tabus aufgerichtet werden und das dann nicht einmal verbal, dass gerade auch im Drogenbereich Leute schaffen und irgendwo dann auch signalisieren können, wir können über alles sprechen nur nicht über Prostitution und irgendwo auch schon so eine extrem abwehrende Haltung einnehmen (C), so dass auch bestimmte Gespräche garnicht zu stande kommen können. Und ich schaffe ja in einem Bereich, wo es um mehrere Tabus geht, es geht um Postitution und dann nochmal um männliche Prostitution, das ist dann nochmal ein grösseres Tabu (C). Und was ich da eben auch im Drogenbereich an, an Schwierigkeiten und Ablehnung erlebt habe, das ist verrückt. Also selbst bei den Leuten, im Drogenbereich ist da extrem viel Unkenntnis und, und Unsicherheit. Die Unsicherheit ist glaube ich noch grösser als die Unkenntnis. (FG-prost-A)*

La professionnalisation de la prostitution suscite une controverse entre intervenants. Pour certains intervenants du focus group prostitution, un problème important de la prostitution vient du fait qu'elle n'est pas reconnue comme une profession dans la société. Cela conduirait à un manque de professionnalisme des femmes qui se prostituent et qui vivent des situations floues (dans la relation client-prostituée, mélange entre commerce et amitié). Il leur manque des conditions aptes à augmenter leur pouvoir de négociation, ce qui a pour conséquence que c'est facile pour les clients de faire pression:

*Also ich denke das ist auch etwas, was man immer wieder im ganzen Prostitutionsbereich wird hingewiesen, ist äh, das der gesellschaftliche Umgang mit dem Thema Prostitution, dass das nach wie vor kein anerkannter Beruf ist, das es so im ganzen Schattenbereich floriert, also das ist sicher ein, ein wichtiger Punkt an dem ewig daran gearbeitet werden muss. Und ich denke das andere wieso ich das Gefühl habe, dass Männer auf den Drogenstrich gehen, eben es geht um Macht einerseits und es geht aber auch darum, das es sehr verschwommen ist, also das viele Frauen keine klare Professionalität haben, sondern es lassen sich, es lässt sich verpinseln um was es sich eigentlich geht. Also die Frauen haben plötzlich einen Freund und die Freier haben da halt ein Mädchen, die, die sie kennen und helfen wollen und da denke ich kommen wir auch wieder auf den Punkt. (I) (FG-prost-A)*

D'autres intervenants arguent que les toxicomanes ne veulent pas du tout être considérées comme des prostituées professionnelles et ne peuvent se considérer comme telles. C'est un travail occasionnel dans l'ombre. Elles le font uniquement par nécessité, parce que c'est la manière la plus facile d'accumuler de l'argent pour acheter de la drogue:

*Aber eben das ist, damit habe ich mich lange auseinandergesetzt und ich habe einfach gemerkt, die meisten Frauen, es gibt Ausnahmen oder, lehnen das einfach ab den Job zu machen, es ist ihnen genauso im Schatten oder. (C) Also die..., und äh für sie, sie machen es wirklich nur aus Notweise, weil sie es jetzt brauchen, äh und weil es doch im Moment einfacher ist so den Stutz zu holen als irgendwo eine grosse Anstrengung als sich anders irgendwo noch aufszunehmen und mit, also die ganzen Grenzen sind überschritten, aber äh ..., ich habe das auch noch, früher habe ich auch noch auf das hingeschafft und habe gefunden, das ist so, jetzt merke ich, das verhebt für mich nicht mehr, für die meisten. Die meisten könnten sich das als Beruf oder als Professionalität garnicht vorstellen. (FG-prost-A)*

Les personnes qui se prostituent rencontrent des difficultés spécifiques à se protéger. Les femmes CD qui sont en manque ont de la peine à refuser des rapports sans préservatif si le client le demande. D'autre part, ce serait les clients qui veulent ne pas utiliser le préservatif qui

chercheraient à rencontrer des prostituées CD, car ils savent que les professionnelles refusent de ne pas utiliser des préservatifs:

*Also die Hauptschwierigkeit das ist, also ich denke mir, die, die Männer, die zu unseren Frauen gehen, die gehen ja gerade aus dem Grund, weil, weil es ohne Gummi, das könnte wahrscheinlich der Hauptgrund, sonst könnten sie ja zu den Professionellen gehen und ich denke einfach, es ist einfach wirklich die Macht, also ich denke wenn Männer kommen, die das Geld haben und einfach das fordern, habe ich das Gefühl sagen unsere Frauen nicht, nicht nein trotz allem Wissen, trotz allem, die Macht ist so klar verteilt und sie brauchen die Koble und dann, dann machen sie es halt, also ich denke, das ist eigentlich das Hauptproblem, jedenfalls die Spezialität von unseren Frauen, dass sich dort die Männer ohne holen können, also bei vielen. (I) (FG-prost-A)*

La relation client-prostituée est caractérisée par la violence; certains clients vont chez les prostituées pour exercer leur pouvoir. Exiger des relations sexuelles sans préservatif peut être une forme d'exercice de ce pouvoir sur les prostituées. Certaines personnes vont même jusqu'à disséminer des fausses informations dans le but d'avoir des relations sexuelles non protégées:

*Was mir Probleme bereitet, wo ich sehr, sehr skeptisch bin und auch Gefahren sehe, ist das, das ich sehe das HIV und Gewalt auch irgendwo eine Koalition eingehen. Das da auch sehr viel Gewalt im Spiel ist, insofern als eben Wissen vorhanden ist, Wissen verschwiegen wird, oder falsche Informationen in den Umlauf geraten oder auch gerade die Freier darauf abzielen, eben Sex ohne Gummi zu haben. Und da geht es dann eben nicht um Sex sondern um Gewalt. Und die Gewalt lebt eben davon, äh dass eine Infektion, eine Ansteckung in Kauf genommen wird. Da verknüpfen sich verschiedene Sachen. (I) (FG-prost-A)*

Certains clients cherchent le danger, les zones d'ombre, l'interdit de la scène des toxicomanes, et c'est difficile de faire de la prévention dans cette recherche du risque. Il y aurait aussi des prostituées toxicomanes séropositives qui ne se protégeraient pas avec un sentiment de revanche par rapport aux hommes qui les méprisent (une seule intervenante en a parlé).

Les prostitués CD hommes rencontrent encore plus de problèmes car ils ne veulent pas en parler aux intervenants (gêne, honte), ni ne peuvent en parler (les intervenants hommes sont aussi gênés d'en parler qu'eux, selon les femmes du focus group ambulatoire alémanique). Les prostitués hommes CD se soucient aussi moins de leur santé et des infections que les prostituées CD femmes, estime un intervenant.

#### 5.4.6 Synthèse concernant les difficultés à faire de la PST chez les CD

Les difficultés rencontrées par les intervenants pour faire de la PST sont multiples. Elles peuvent être regroupées en 8 thèmes (voir tableau 2).

Tant du côté des CD que de celui des intervenants, **la motivation** à parler de PST a bien baissé. La motivation à se protéger a diminué chez les CD du fait de la moindre visibilité de l'épidémie dans la population CD et de l'apparition de traitements valables contre le sida. Les CD estiment tout savoir sur le sujet et sont lassés d'en entendre parler, ils ont d'autres priorités, ils sont stressés par la recherche de la drogue. S'ils veulent avoir une discussion avec les intervenants, ce sera plutôt sur leurs problèmes plus immédiats (dépendance, recherche de logement de travail, d'argent...). Les intervenants ne sont pas soutenus par leur institution, car souvent la PST ne fait pas partie de leur cahier des charges. Certains intervenants ne sont aussi **pas motivés pour parler de PST** par le fait qu'ils estiment avoir d'autres priorités, que ce n'est pas leur rôle ou que la portée de leur aide risque d'être limitée. Les intervenants sont aussi convaincus que la distribution de seringues et de préservatifs ne suffira pas à faire disparaître le sida chez les CD,

mais qu'il faut les aider dans leurs problèmes matériels et affectifs. C'est difficile de faire comprendre cette approche à la population en général et aux décideurs.

Pendant le **moment de la rencontre**, particulièrement dans les structures à bas seuil et ambulatoires, les intervenants sont surchargés par toutes sortes de tâches et manquent de temps et parfois d'un lieu intime pour parler avec les CD. Parfois, l'affluence dans les centres à bas seuil est telle que toute prévention est impossible. La difficulté majeure rencontrée par les intervenants est le refus d'en parler de la part des CD. La priorité des CD lorsqu'ils viennent dans les centres à bas seuil est d'obtenir des seringues propres.

Les connaissances dans le domaine du sida ne sont pas optimales, tant chez les intervenants que chez les CD. Les intervenants doivent avoir de **bonnes connaissances du sida** et de la sexualité pour faire de la PST. Ce n'est pas toujours le cas. Les professionnels qui s'occupent de PST viennent d'horizons très différents et ont des formations très diverses. Leur niveau de compétence est aussi très inégal, certains ayant suivi des cours spécifiques au domaine, d'autres non. De manière générale, on peut dire que les CD estiment que le risque lié à la seringue est plus important que le risque lié aux relations sexuelles. Des CD pensent tout savoir sur la PST, parfois à mauvais escient, et refusent d'en parler en estimant être bien au courant. Des connaissances fausses sont parfois diffusées comme moyen d'obtenir des relations sexuelles non protégées. D'autre part, les connaissances évoluent et ne sont pas connues de tous.

Certains intervenants, lorsqu'ils se trouvent face à des CD qui leur posent des questions sur la PST, délèguent à d'autres personnes ou à d'autres institutions qu'ils estiment plus qualifiées. Le choix de la délégation est laissé aux intervenants, sans consignes ni connaissance réelle des qualifications des personnes ou des institutions auxquelles ils délèguent.

La PST confronte les intervenants et les CD à des **tabous très importants dans notre société: la sexualité, la prostitution, la maladie, la mort**. Le sujet étant tabou chez les intervenants, ceux-ci ne parlent pas entre eux de leur manière de travailler et n'osent pas demander des conseils à des collègues qui seraient mieux formés. Ces tabous sont présents aussi chez certains CD.

**Parler de sexualité, d'affectivité** peut susciter la gêne chez certains intervenants qui ne se sentent pas à l'aise dans leur propre sexualité ou qui n'ont pas appris à en parler. Il est probable que souvent le thème de la PST rappelle aux CD des expériences douloureuses et qu'ils ne souhaitent non plus en parler.

Pour parler avec les intervenants, les CD doivent leur **faire confiance**. Les CD craignent d'être critiqués ou même sanctionnés s'ils avouent ne pas s'être protégés. Les difficultés qu'ils ont vécues dans leur enfance et dans le monde de la drogue ne les incitent pas à faire confiance. Les intervenants doivent éviter d'être critiques, négatifs ou intrusifs. D'autre part s'ils attendent que ce soit les CD qui abordent le thème de la PST, cela risque de ne jamais arriver. Mais s'ils abordent eux-mêmes le sujet, les CD risquent de fuir ou de ne plus leur faire confiance. Il s'agit d'un dilemme pour les intervenants, faire le bon choix entre intrusion et passivité.

**Tableau 2** Synthèse des difficultés rencontrées par les intervenants dans leurs discussions sur la PST avec les CD

<b>Qualités que les intervenants estiment nécessaires pour faire une bonne PST</b>	<b>Difficultés que peuvent rencontrer certains intervenants</b>	<b>Sujet</b>	<b>Raisons pour lesquelles les CD ne veulent pas parler de PST</b>
Etre motivé pour faire passer le message de la PST	Limite de la portée du travail, peu d'influence réelle, pas de consignes donc pour certains pas vraiment une tâche, certains trouvent que ce n'est pas leur rôle, autres priorités plus importantes	Intérêt, motivation pour parler de PST	Diminution de l'intérêt (trithérapies, moins de CD touchés, d'autres maladies (hépatite) lassitude d'entendre toujours parler de ce thème), autres priorités si décident d'avoir une discussion avec les intervenants (ma dépendance, mon sida, aide pour appartement, travail, argent, papiers administratifs)
Disponibilité, attention, patience, attendre le bon moment, consacrer du temps	Surcharge, toutes sortes d'autres tâches, manque de personnel, manque de lieu intime, trop de monde, manque de temps	Moment de la rencontre	Autres priorités en général (chercher sa dose, avoir une seringue propre, difficultés matérielles)=> vie dans l'urgence et le stress, pas disponible pour parler de ça lorsqu'ils viennent dans l'institution.
Bonnes connaissances du sida	Connaissances insuffisantes, en particulier celles liées à la sexualité, pas adaptées aux CD, démodées	Connaissances du sida	Mauvaises connaissances, pensent tout savoir, diffusion de connaissances fausses, changement dans les connaissances
Se confronter à des valeurs, travailler sur ses thèmes tabous, ouverture à l'autre	Avoir des tabous, avoir du mépris pour les CD, la prostitution	Sexualité, prostitution, maladie, mort comme thèmes tabous	Tabous divers (sexe, PST, mort, maladie, prostitution) gêne, pudeur crainte de la mort, déni, crainte d'être méprisés
Se confronter à sa propre sexualité, être sûr dans son affectivité	Gêne à parler de sexualité, pas à l'aise pour parler de sentiments	Sexualité, affectivité	Touche des affects qui peuvent toucher aussi des aspects douloureux de leur vie sexuelle (viols, inceste, violence...). Gêne, pudeur, ne veulent pas se confronter à un sujet douloureux
Faire confiance aux CD, susciter leur confiance, agir sans être intrusif	Avoir une attitude critique, négative, être actif ou attendre que cela vienne des CD?	Confiance	Peur d'être jugés, critiqués, sanctionnés, difficulté à faire confiance pour parler de sujets qui touchent la sexualité, les affects, des tabous
Non critique, non moralisateur, non culpabilisant	Gêne, critique, culpabilisant, moralisateur	Lors d'une prise de risque	Honte de ne s'être pas protégés, honte de la perte de contrôle due à la cocaïne
Faire un travail à long terme, le refaire avec les nouveaux CD, avec les nouveaux intervenants	Travail astreignant car les CD ne veulent pas en parler d'eux-mêmes, travail qui doit se faire régulièrement, mais qui prend la responsabilité ? Risque que cela ne se fasse pas	La PST dans sa durée	Vagues de CD d'âges différents, controverse entre les intervenants si c'est les vieux CD ou les jeunes qui sont le plus au courant et se protègent le mieux

Lors d'une **prise de risque** les CD ont honte de ne pas s'être protégés et si les intervenants sont trop culpabilisants ou moralisateurs, les CD ne leur parleront plus honnêtement de leurs problèmes.

Les intervenants doivent effectuer leur travail de prévention de la transmission sexuelle sur le **long terme**. C'est un travail particulièrement astreignant car il faut le répéter à intervalles réguliers et les CD sont peu motivés à en parler.

### **Caractéristiques des CD qui font qu'ils ont de la peine à se protéger contre le VIH dans les relations sexuelles**

La **consommation de drogues** elle-même provoque chez les CD une sexualité désordonnée ou au contraire une diminution de la libido. Le manque, la perte de contrôle, les difficultés d'érection peuvent avoir pour conséquence le non usage du préservatif.

Les CD ont fréquemment des **difficultés relationnelles avec l'autre sexe**. Certains utilisent des drogues pour oser entrer en contact avec l'autre sexe. Les couples sont instables, avec beaucoup de ruptures et de retrouvailles. L'abandon du préservatif dans le couple stable est souvent risqué (partenaire se prostitue, reprise de consommation, preuve d'amour de ne pas l'utiliser dans un couple sérodiscordant, désir de fusion). Les CD ont aussi de la difficulté à négocier le préservatif avec leur partenaire, cela semble être particulièrement le cas pour les femmes.

Les intervenants estiment qu'une part des CD ont aussi des **problèmes psychiques** et qu'il est difficile d'avoir une action préventive chez des personnes qui ont été abusées dans l'enfance et qui continuent à l'être, des personnes qui ont des tendances autodestructrices ou qui ont une image négative d'eux-mêmes.

Les CD manifesteraient une **indifférence face à la mort et face aux risques**, caractéristique qui ne les pousse pas à se protéger. Certains sont fatalistes en se disant que, malades comme ils le sont déjà, ils vont de toute façon bientôt mourir. Certains intervenants estiment que les CD ont un comportement irrationnel, d'autres pensent qu'ils savent qu'ils prennent des risques.

Des CD auraient **de mauvaises connaissances ou de fausses croyances**. Certains pensent qu'ils sont devenus invulnérables car ils ont pris beaucoup de risques et ne sont toujours pas séropositifs. D'autres pensent qu'il suffit de ne pas être du "milieu" pour ne pas être séropositif. La plupart pensent que, s'ils ne piquent pas, ils ne risquent rien par rapport au sida.

## **5.5 PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION**

Comme pour les représentations de la PST, les pratiques et les difficultés, les propositions d'amélioration sont celles des intervenants ayant participé aux focus groups. Certaines propositions d'amélioration sont exprimées très clairement, d'autres sont sous-entendues, en émettant une difficulté (par exemple, il manque tel type d'institution). Certaines propositions d'amélioration peuvent être en cours (ou avoir déjà eu lieu) dans des institutions mais sont intéressantes pour l'ensemble des institutions. Des propositions d'amélioration peuvent concerner d'autres personnes que l'intervenant qui, lui-même, ne se sent pas concerné. Les propositions d'amélioration sont classées en cinq groupes qui reprennent les difficultés mentionnées par les intervenants: Propositions liées à des problèmes contextuels (5.5.1, page 95), Propositions politiques (5.5.2, page 96), Propositions au niveau des structures (5.5.3, page 97),

Propositions par rapport aux intervenants (5.5.4, page 107), Propositions par rapport aux CD (5.5.5, page 110).

### 5.5.1 Propositions liées à des problèmes contextuels

#### Continuer la prévention du sida dans la population générale

Une première proposition générale rencontre l'unanimité des focus groups (pas mentionné dans le FG prostitution): il s'agit de continuer à faire de la prévention du sida dans la population générale. Ceci pour deux raisons. D'abord, parce que les campagnes STOP-SIDA sont bien perçues, tant par la population générale que par les CD qui sont touchés par elles, comme le reste de la population:

*Je pense qu'ils sont aussi touchés par les campagnes de prévention tout public, ils ont une sexualité qui est aussi comme celle de monsieur, madame tout le monde et puis, que ce sujet-là peut être aussi abordé comme pour n'importe qui d'autre, pas forcément centrer sur l'identité toxicomane. (C) (FG-bas-R)*

Ensuite parce que le thème du sida aurait tendance à passer actuellement au second plan. Un intervenant fait remarquer que ce n'est pas parce qu'il y a maintenant des trithérapies qu'il faut baisser les bras. Une intervenante estime que les CD sont attentifs aux campagnes de prévention du sida et qu'elles ne doivent pas disparaître. Elle pense aussi que cela les aide dans leur travail. Les intervenants du focus group résidentiel alémanique approuvent ses propositions:

*(Première intervenante) Und was ich so merke, ist bei unseren Frauen was so wirkt ist halt die Glotze, viel Kino, oder äh die Reklame die dort kommt die Stop-Aidsreklame, jetzt. Ich finde die schauen sich das an und da machen sie... und das geht auf (C). Ich finde das sind fast, die besten Plakate weil sie sehr gross und sehr speziell sind. Ich merke einfach so Kinowerbung, das ist so etwas, wo ... (médiatrice) Also das unterstützt euch auch in euren Bemühungen? (Première intervenante) Ja, ja. (Deuxième intervenante) Also ich finde auch, das soll nicht verschwinden, also in allen ... (C) (FG-resid-A)*

En plus des campagnes générales de prévention du sida, une intervenante propose la mise sur pied d'une campagne de sensibilisation des clients de prostituées:

*Aber wenn man, also da müsste man ganz klar etwas auf der Freierebene machen (C), wenn schon, wenn man das in der Öffentlichkeit machen will. Das andere kann ich mir vorstellen nützt nichts. Das man vielleicht auch öffentlich Männer und Frauen sensibilisiert, dass das ein Thema ist und ... (modératrice) Die Allgemeinbevölkerung? Die Allgemeinbevölkerung informiert, dass das ein Thema ist die Übertragung von HIV und zwar nicht nur Männer sondern auch den, deren Ehefrauen und das kann man nur über die Öffentlichkeit. (FG-ambul-A)*

Une intervenante estime que les migrants ont un manque de connaissances concernant le sida. Selon lui, ils auraient des tabous différents, ce qui impliquerait des programmes différents de ceux mis en place pour la population générale suisse:

*Äh gezielte HIV Prävention bei Ausländern (C). Das ist sehr wichtig, weil ich bin auch dabei in dem Projekt Migrants vom BAG und dort, seit 4 Jahren mache ich das, dort sind wahnsinnig grosse Lücken. Sie wissen nicht über, also wenn man mit der Schweizer Bevölkerung vergleicht, sind sie sehr, sehr tief und das muss man nicht vergessen, vorallem die 2. Generation, die Methadonprogramm, ich weiss nicht, wie das bei euch ist, bei uns haben wir viel Italiener vorallem, Spanier 2. Generation, dort muss man wissen wie, es gibt, es sind andere Methoden wie man Prävention dort macht, weil sie sind anders aufgewachsen, mit anderen, mehr tabuisierten Themen als bei schweizerischen, Schweizer Bevölkerung. Und das denke ich ist sehr, sehr wichtig, mir, also das man das dort, dort verstärkt, ist meines Erachtens zu wenig im Moment. (FG-ambul-A)*

Toutefois, une intervenante fait remarquer que cela ne suffit pas d'avoir des brochures en plusieurs langues, car certains migrants ne savent pas lire.

Dans quatre focus groups (bas seuil romand et alémanique, ambulatoire et résidentiel alémaniques), les intervenants souhaitent que le thème du sida soit abordé dans les écoles. Un intervenant, approuvé par l'ensemble du focus group résidentiel alémanique, dit que la prévention dans les écoles devrait se faire par sexe séparé, déjà dès l'école primaire, renchérit un collègue. Plusieurs intervenants insistent sur le fait qu'il faut former les jeunes mais aussi les parents. Un intervenant, approuvé par l'ensemble des participants au focus group bas seuil alémanique, estime que les jeunes doivent aussi être informés sur les dépendances:

*Mir ist da vorhin durch den Kopf, ist das vielleicht äh zu spät, dass man dann Prävention machen will, wenn sie eben schon abhängig sind. Das Präventionsbemühungen gesamthaf müsste viel früher einsetzen. (C) Also man muss aufhören die Kinder zu schonen. Man muss aufhören den Kindern Märchen zu erzählen, sondern die Kinder aufklären. Schon sehr früh über alles mögliche, über Sucht, über Drogen, über Aids. (C) (FG-bas-A)*

Ainsi, lorsqu'une personne deviendra CD, le fait d'avoir déjà eu de la prévention à l'école, impliquera qu'elle aura déjà intégré une manière de fonctionner où il est normal d'utiliser des préservatifs:

*J'ai l'impression que tout ce qui peut être fait comme prévention au niveau des adolescents par exemple, peut avoir un impact aussi, c'est-à-dire plus les gens arriveront à - 17, 20, 25 ans et puis se trouveront en toxicomanie et auront intégré une manière de fonctionner où le préservatif fait partie naturellement de la façon de fonctionner si on se trouve avoir des contacts sexuels avec une personne qui n'est pas le partenaire habituel, je pense que cela permettra d'autant plus d'avoir de la prévention avec ce type d'usagers. (I) (FG-bas-R)*

Les intervenants du focus group ambulatoire alémanique trouvent que les CD sont mieux informés sur la sexualité grâce aux campagnes de sensibilisation et qu'ils ne doivent plus commencer au b-a, ba.

### 5.5.2 Propositions politiques

Dans les difficultés rencontrées par les intervenants, un manque de structures a été mis en évidence. **Quelques intervenants proposent de créer de nouvelles institutions:**

- une structure pour que les femmes CD prostituées puissent se reposer de jour (FG-prost-A)
- une maison close pour femmes CD prostituées (controversé) (FG-prost-A)
- un local d'injection qui permettrait d'éviter les problèmes liés à l'injection et peut-être aussi la PST, estime un intervenant (FG-bas-R)
- un lieu d'accueil où les CD puissent faire une pause (FG-bas-R)
- un autre lieu spécifique pour la PST (FG-bas-R)

Un intervenant du focus group bas seuil romand estime que la préoccupation de la PST devrait être présente dans tous les lieux de prises en charge des CD, que "plus il y a de lieux possibles, mieux c'est". A noter que, dans le canton du Valais, la principale organisation de soutien aux toxicomanes va bientôt mettre à disposition des seringues et des préservatifs.

D'autres propositions impliquant des changements au niveau politique sont faites par les intervenants.

## Proposer du travail aux femmes CD prostituées

Des intervenants pensent qu'il y a des offres de travail pour les hommes CD mais qu'il y en a beaucoup moins pour les femmes et qu'il faudrait y remédier pour qu'il y ait des chances qu'elles quittent le trottoir. Pour permettre aux femmes une réinsertion il faudrait leur offrir la possibilité d'avoir un travail à l'intérieur de l'institution et en même temps de se former. Actuellement, il y a peu de possibilités d'emploi-formation dans les institutions:

*Zum irgendwo wieder einsteigen oder eine Schulungsmöglichkeit, also ich denke, also das man Frauen in den Institutionen so ein Angebot macht, das man Frauen anstellen könnte, die dann auch noch in der Institution eine Ausbildung machen könnten, also wenn man schon redet von Frauen, also die selbstbetroffenen Frauen integrieren, mit denen zusammen schaffen, also das man ihnen auch das Angebot macht, das sie Schulungen in der Zeit machen können. (I) (FG-prost-A)*

Une autre proposition impliquant des décisions politique serait aussi de donner aux femmes CD qui se prostituent une rente invalidité, sans qu'il y ait de problèmes avec la justice:

*Ich gehe dann einen Schritt weiter und sage langfristig dann eine IV-Rente, weil die meisten Frauen, die noch ab und zu gut schaffen, relativ professionell, haben eine IV-Rente und das ist halt Schwarzarbeit, denke ich, aber wenn man es jetzt so offen bereden könnte, dann wären das auch Forderungen. (I) (FG-prost-A)*

**Dans les propositions de portée générale, des intervenants aimeraient que la prostitution soit légalisée dans tous les cantons.** Des intervenants souhaiteraient aussi que la consommation de drogues soit légalisée car, en particulier pour s'en procurer, les femmes CD sont poussées à se prostituer, ce qui les expose à un risque de transmission du sida:

*Und ich sehe so zum Teil, so ein bisschen Symptombekämpfung. So wenn die Gesellschaft z.B. die Drogenlegalisierung, so einfach geht es nicht, aber man sieht ja z.B. ... ja die ganze Gesellschaft, die tut ja auch Drogenprostitution und solche Sachen, würde die ganze Problematik um einiges entschärfen oder wenn man so direkt kommt, man müsste mal so die betreffenden Frauen nicht Drogenstrich machen, wo sich Geld beschaffen um sich Drogen zu kaufen und wenn solche Sachen gesellschaftlich gelöst wären, wären viele Problematiken, Problematik äh ... wirklich auch ein grosser Teil gelöst. (FG-bas-A)*

### 5.5.3 Propositions au niveau des structures

#### Elaborer une définition de la PST et de son contenu

La présentation des difficultés rencontrées par les I montrait de nombreuses interrogations sur la définition de la PST et les actions que peuvent mettre sur pied les intervenants pour faire une bonne PST. En conformité avec les représentations de la PST, on retrouve deux grands groupes de propositions par rapport à l'amélioration de la PST: ceux qui estiment qu'il faut améliorer les conditions de vie des CD et ceux qui estiment qu'il faut améliorer leur santé. C'est dans les deux focus groups alémanique bas seuil et prostitution que les intervenants proposent d'améliorer les conditions cadres de vie des CD. Pour l'un d'eux, approuvé par l'ensemble des intervenants, l'information n'est plus nécessaire, ce qu'il faut c'est aider les CD à trouver un travail, un appartement, à améliorer leur estime de soi, créer les conditions nécessaires pour mettre en pratique la PST:

*Das ist wahrscheinlich undankbar, für wer das auch immer finanziert und dann eben auch dort ein Gewinn aus dem herausziehen, so eine indirekte Prävention zu machen, wie Jobs schaffen, Wohnungen schaffen, den Leuten wieder so ein Selbstwertgefühl zu vermitteln, dass sie, eben wenn man kein Wert hat, wenn das Leben keinen Wert hat, dann ist eben auch nicht schlimm, wenn das HIV infiziert ist, oder. Aber wenn eben das langsam wieder kommt und ... Aber für mich ist klar, ich denke, das geht jetzt*

*ein bisschen so daraus hervor, die direkte Informationsvermittlung, die braucht es nicht mehr. Die braucht es nicht mehr, es braucht etwas anderes, so irgendwie die Rahmenbedingungen betrifft und veränderdert. (C) (FG-bas-A)*

Pour une intervenante du focus group prostitution alémanique, il faut aussi aider les prostituées CD à régler leurs dettes, les soutenir face aux problèmes administratifs, les aider en fait à faire des petits pas dans l'ensemble de leur vie. C'est seulement lorsqu'elles auront des perspectives de vie qu'elles commenceront à se protéger:

*Also wir sind, ich kann überhaupt nicht sagen wir sind nicht Ausstiegsorientiert, sondern, aber ich denke irgendwo wenn ich das sage dann finde ich den Ausstieg und wenn das nicht der Ausstieg im absoluten ist, sondern Ausstieg ist für mich so Schrittchenweise, äh ist das für mich schon noch die beste Prävention, oder und das ist nicht immer machbar oder und äh das ist eigentlich gemeint oder, und das ist bei uns, das man die Leute so versucht so ganzheitlich, ist eigentlich ein blödes Wort oder, oder irgendwo an allen Ecken von Schuldensanierung bis Geld, das man halt das Geld verwaltet und äh mit den Ämtern schaut und versucht sie aus den Wohnungen zu nehmen, wo die Szenen sind, äh in bessere Wohnviertel und eben das alles und dann aber auch begleitet bei diesen Frauen. (I) (FG-prost-A)*

Dans un autre focus group, les intervenants estiment que ce n'est pas en parlant de sida qu'on fait la meilleure prévention, mais plutôt en améliorant la santé des CD:

*C'est pas forcément en parlant de prévention du SIDA que l'on fait la meilleure prévention, à partir d'un certain stade, je dirais, comme je disais en tout cas dès que les connaissances sont acquises, qu'est-ce que l'on peut faire de plus bien ce que l'on peut faire de plus c'est améliorer la santé des gens au sens large du terme, la santé sociale aussi (C), pas seulement la santé je dirais, physique ou médicale, l'acceptation médicale du terme, mais en général. (FG-resid-R)*

Un autre participant approuve l'idée d'améliorer l'état de santé général car, selon lui, les connaissances sont présentes, surtout chez les plus jeunes:

*Surtout qu'il y a une nouvelle heu génération, entre guillemets, de toxicomanes ont déjà eu accès à cette information de base, ils arrivent heu, ceux qui ont 20, 24 ans au Levant, ils ont en tout cas déjà connu la prévention de base, alors que c'est vrai que j'aime bien l'idée que ça devient un travail d'élever, d'améliorer l'état de santé général et puis ça, ce n'est pas forcément faire de la prévention (C). (FG-resid-R)*

Un intervenant souhaite que les programmes de dispensation d'héroïne continuent en Suisse, car ils permettent à des CD ayant de gros problèmes d'améliorer leur santé physique et de passer à des programmes d'exigences plus élevés. Ces programmes permettent une prévention indirecte du sida en éliminant des expositions au risque par la seringue et en améliorant les conditions de vie des CD.

Dans le focus group résidentiel alémanique, la proposition qui rencontre l'unanimité est que, durant leur court séjour en institution, il faut donner une aide qui tienne à long terme, c'est-à-dire l'amélioration du respect de soi et des soins donnés à son propre corps:

*Ich glaube, dass diese Prävention vielmehr, wirklich, also wenn es überhaupt eine, eine langfristige, eine ganz, ganz langfristige Wirkung haben muss. Es ist wie so, ich will das mal so sagen, irgendwo, über die Zeit, oder die kurze Zeit von ihrem Leben, wo sie bei uns verbringen, dass da irgendwo etwas angekommen ist. Das heisst, ich muss nach mir gucken oder mein Körper ist mir wichtig, oder wird mir immer wichtiger. Ich glaube nicht, dass das so unbedingt etwas mit dem nächsten Ausgang zu tun hat. Der ist frustrierend, der Ausgang. Aber so, dass wenn überhaupt Prävention für mich eine Wirkung so in der Langzeitwirkung hat (C). (FG-resid-A)*

Dans plusieurs focus groups, des intervenants pensent qu'il faut faire le lien sida-hépatite et sida contraception.

Trois intervenants du focus group résidentiel romand pensent que c'est en améliorant la communication, le niveau psychoaffectif qu'on améliore la prévention.

C'est aussi en améliorant les relations humaines qu'on peut espérer améliorer la prévention:

*En parlant de tout à fait autre chose, des relations humaines enfin de se confronter à une autre dimension de la personne (C) on peut améliorer les choses. (FG-resid-R)*

Un intervenant estime aussi que, les représentations des CD en Suisse ne permettent actuellement pas, comme aux Pays-Bas, à ces derniers d'intervenir dans la politique de la toxicomanie comme des usagers responsables, mais que cela devrait être le cas:

*On connaît Rotterdam et puis c'est une notion (auto-support) qui, pour se concrétiser doit bénéficier d'un contexte au niveau idéologique, philosophique et politique qui est pas encore celui de la Suisse. Donc, de vivre avec et d'intégrer la notion d'usagers, en fait, responsables, c'est-à-dire en fait qui se reconnaissent dans cette position-là, ça suppose qu'ils sont désormais intégrés dans le paysage socio-politique et puis avec la politique actuelle que je cautionne en fait mais en même temps, il n'y a pas d'espace encore au niveau des représentations sociales de vivre avec qqn. qui se décline comme travailleur dans telle branche et consommateur de psychotropes. (FG-resid-R)*

Une intervenante estime qu'il doit y avoir des prescriptions quant à la qualité dans le domaine des dépendances, de la PST et de la prévention de l'hépatite C:

*Für mich gehört das aber auch schon zu dem Riesenthema qualitätsichernde Arbeit in der Suchthilfe, gell. Das halt einfach solche Themen mit dazu gehören, die Ueberprüfung und ich hoffe schon, das wir auch Prüfungen machen oder bekommen. Und das auch die Thematik Aids, HIV dazu gehört. Sucht, also für Drogenabhängige ist in jeder HIV potentiell betroffen, das gehört für mich mit hinein. Wie jetzt auch das Hep. C., das ist jetzt neu dazu gekommen, aber das gehört auch da rein, aber. (I) (FG-resid-R)*

Une intervenante estime que plus on parlera de PST, plus le message pourra passer. Elle justifie cette position par son expérience personnelle pour abandonner le tabac: c'est après de nombreuses répétitions et beaucoup de temps qu'elle a arrêté de fumer:

*En même temps (elle fait référence à un autre intervenant qui raconte une prise de risque d'une personne tout à fait au courant de la PST), je suis persuadée que plus on enfonce le clou, plus on y arrivera, (...) je sens aussi que ce n'est pas parce que l'on nous renvoie des choses qui sont du style: je ferme la porte, qu'effectivement (il ne se passe rien dans la tête des CD). (I) (FG-ambul-R)*

**Dans trois focus groups (FG-ambul-R), (FG-resid-R), (FG-prost-A), les intervenants proposent d'améliorer la connaissance du réseau et son fonctionnement.** Dans le focus group résidentiel, un intervenant estime qu'il faut mieux connaître comment les autres institutions soignent. Un autre pense qu'il faut plutôt des échanges dans une visée de prise en charge égalitaire selon le type de structure et communiquer entre les institutions sur les CD qui passent d'une structure à l'autre. Dans le focus group ambulatoire romand, un intervenant estime qu'il faut améliorer la connaissance du réseau et déjà mieux connaître les compétences de sa propre institution:

*Je suis convaincu qu'il y a un énorme travail à faire dans nos professions sociales entre guillemets, sur l'ouverture au réseau, sur la connaissance du réseau, et pas de savoir si la personne va faire pas bien ou mieux, ou la mettre sur un piédestal, déjà de savoir nous, en tant que service et en tant que personne jusqu'où sont mes compétences, qu'est-ce qu'elles sont exactement? et puis des compétences, il y en a ailleurs, il y a une des clés là à mon avis, si on revient au problème du sida, mais qui s'étend alors à plein d'autres choses, à mon avis. (I) (FG-ambul-R)*

Dans le focus group prostitution alémanique, une intervenante estime qu'il faudrait organiser un réseau concerté de toutes les offres existantes pour les prostituées toxicomanes. Elle fait

remarquer que maintenant il y a des nombreux types différents de prostitution aussi chez les femmes CD, que ces dernières sont de plus en plus isolées (travail en appartement avec Natel) et qu'il faudrait se réunir pour appréhender leurs problèmes et prendre des mesures:

*Am Tag so, also heute in Zürich ist es so, das die Frauen auch am Tag unterwegs sind, die sind also sehr atomisiert, sozusagen in der Zwischengasse oder Langstrasse und du siehst garnicht mehr so, du hast garnicht mehr so den Strich oder, und da, die müssten ja auch irgendwie Kontakt haben können und dann ist es ja so, das die meisten jetzt Wohnungen haben und dann passiert es ja in den Wohnungen, also ganz viel haben jetzt Freier, wo es dann über das Natel läuft und dann ist das heute so verschieden als das was ich noch erlebt habe, wo es noch den Drogenstrich gegeben hat, sondern das sind so viele verschiedene Ebenen und dann müsste man mal wieder, müsste man zusammensitzen und schauen, was gibt es für Ebenen, wo sind die Probleme, wo oder, was passiert denn in der Wohnung, wenn der Freier kommt, was gibt es da für Probleme, oder ich meine Frauen, die so vereinzelt sind und das müsste man mal genau anschauen und aus dem heraus dann auch irgendwo Prävention, oder Massnahmen ergreifen. (C) (FG-prost-A)*

Ils souhaitent échanger avec les autres institutions qui travaillent avec des prostituées toxicomanes dans le but d'un soutien dans leur travail:

*Also ich finde den Austausch dort einfach enorm wichtig und ich merke es gibt so, wie lange gibt es das jetzt, seit 2 Jahren, das Nationale Netzwerk Prostitution, was so eine Zusammenschluss ist von so mehr oder weniger allen Institutionen, die im Prostitutionsbereich schaffen, und das ist für mich eigentlich das wertvollste was ich jetzt in diesen 3 Jahren Arbeit in der Oase jetzt angetroffen habe, also als Austauschgremium, also weil ich habe meine Unterstützung oder mein Austausch im Frauenbereich, ich habe es im Suchtbereich und im Prostitutionsbereich fehlt es einfach und darum finde ich es ein wichtiges Instrumentarium. (I) (FG-prost-A)*

Une intervenante cite une expérience menée à Zurich où des intervenantes en toxicomanie se rencontrent pour parler de leurs problèmes et qui semble être très efficace et utile:

*Also wir haben einfach in Zürich, so ein Treffen von Frauen, die mit Frauen schaffen, also im Drogenbereich und sehr äh das es ist nicht wahnsinnig effizient, wir tauschen uns einfach über unsere Probleme aus und, oder mit Ideen, aber ich finde das, äh das sehr, sehr hilfreich. Und das dann eben und haben von dorthier auch ein Frauentreffen organisiert und die Frauen kommen dann abwechslungsweise auch wieder in die Frauentreffen, am Donnerstag. Am Donnerstag, also das finde ich noch sehr gut, also die Vernetzung auf der lokalen Ebene oder. (I) (FG-prost-A)*

Ils souhaitent aussi commencer ou continuer une collaboration avec la police. Les intervenants estiment que l'état de droit n'existe pas dans le domaine de la prostitution et qu'il faut solliciter l'aide de la police pour protéger les prostituées toxicomanes:

*Für mich hat Prävention auch ganz eindeutig auf Seiten der Freier zu signalisieren, Prostitution, der ganze Bereich der Prostitution ist kein rechtsfreier Raum. Wer sich da daneben benimmt, der hat mit Konsequenzen, mit rechtlichen, juristischen Konsequenzen zu rechnen. So das wir darauf hinwirken, das finde ich ist auch Prävention. Die Rücksprache mit der Polizei, mit der Staatsanwalt, das wir da auch Bewusstsein schaffen. Ich denke das ist auch Prävention. (C) (FG-prost-A)*

Des contacts ont déjà été pris dans une grand ville de Suisse avec la police qui commence à agir. Les prostituées peuvent raconter dans l'anonymat ce qui s'est passé avec un client:

*Also in X jetzt die Verhandlungen so mit der Polizei, da ist uns die Polizei doch sehr entgegen gekommen. Sie auch bereit, ist dann auch bei den Freiern, also sie in die Kontrollen miteinzubeziehen und dann auch zu reagieren, wenn wir sagen, das und das, das ist mit dem und dem Freier passiert. Wir sichern, also meinen Klienten also mittlerweile Anonymität zu. Sie sind bereit dann auch darin einzusteigen. (I) (FG-prost-A)*

Une autre intervenante trouve que la collaboration avec la police peut être intéressante car ils voient les problèmes différemment mais ont sûrement des idées intéressantes. De plus les intervenants peuvent améliorer leur opinion souvent négative de la police:

*Und wichtig finde ich, das, das der Austausch läuft, das das eine ist, das die Polizei für uns oft eine Institution ist, die man angegreift wegen ihrem Verhalten, aber andererseits finde ich es auch wichtig auszutauschen und ich finde es wichtig, bei der Polizei. (I) (FG-prost-A)*

Une intervenante du focus group prostitution alémanique estime aussi qu'ils doivent assumer un rôle de formation à l'égard de la police mais aussi à l'égard d'autres intervenants du domaine de la toxicomanie qui ont affaire avec des prostitué(e)s pour leur expliquer la situation de ces personnes. Elle insiste sur le fait que la collaboration ne doit pas être informelle mais institutionnalisée:

*Auch bei anderen Institutionen, wünsche ich mir immer in eine schulende Position hineinzukommen, irgendwann, wo es auch darum geht, darzustellen zu können wie die Situation ist von den Klientinnen und was so unser Hintergrund, unsere Haltungen sind, um jetzt so den Bogen zu schlagen zu den anderen Institutionen im sozialen Bereich. (I) (FG-prost-A)*

Des intervenants qui ne se sentent pas à l'aise avec la PST souhaitent pouvoir avoir une meilleure connaissance du réseau pour envoyer des CD dans d'autres structures (FG-ambul-R). Toutefois une intervenante du même focus group est sceptique quant à l'efficacité d'une consultation unique:

*Est-ce qu'une seule consultation dans un centre, va permettre d'assurer tout ce qu'il faut pour ce processus entier ? Est-ce que ce n'est pas plutôt quelqu'un qui voit la personne régulièrement et qui peut soutenir une motivation défaillante, enfin ou discuter de la motivation au fur et à mesure, que c'est plus efficace ? (I) (FG-ambul-R)*

Une intervenante du focus group ambulatoire romand se demande si on ne devrait pas donner la possibilité aux CD en institution de parler de PST à une personne neutre (hors institution) plutôt qu'à leur référent qui connaît toute leur vie. Une autre intervenante trouve l'idée de ne pas mêler les charges émotionnelles intéressante. Une autre intervenante trouve que proposer une consultation anonyme serait une solution intéressante parmi la palette des possibles.

### **Soutien dans le travail de PST**

Dans les difficultés rencontrées pour faire de la PST, les intervenants expliquent que c'est une activité exigeante. Une intervenante qui a une longue expérience pense qu'il faut sensibiliser, soutenir et aider les intervenants dans leur travail de PST, car même si la PST fait partie de leurs tâches, elle n'est pas sûre que tous en font (FG-ambul-A). Une intervenante pense qu'il faut améliorer la sensibilisation et les compétences des intervenants et que ceux-ci demandent aux autres intervenants s'ils traitent ce thème et comment (FG-res-A). Cela permettrait ainsi d'aborder le thème entre eux. Une autre intervenante dit qu'il faudrait comme un timbre pour rappeler que la sexualité fait partie des discussions de cas (FG-ambul-A).

Une intervenante s'est rendu compte que ses collègues ne savaient pas faire la démonstration de l'utilisation du préservatif. Lors du focus group, elle s'est proposée de faire "*une information brève mais systématique sur l'utilisation correcte du préservatif*" (FG-ambul-R). C'est une expérience très positive qu'elle a déjà faite dans une autre équipe de travail. Elle comble les lacunes de certains et rappelle aux autres de s'en préoccuper:

*Je rigole mais, cela m'a paru nécessaire dans l'équipe où je travaillais précédemment, on en a bien rigolé, on a passé 2, 3 heures, enfin deux fois une demi heure, trois quart d'heure à bien rigoler là-dessus et puis*

*tout le monde était ok, et puis, dans la nouvelle équipe où je travaillais je m'aperçois que, en fait : oui, oui je sais et puis quand on discute un peu plus avec, mes collègues savent, il y a des lacunes quand même - alors c'est très bien pour ceux qui ont des lacunes et pour ceux qui n'ont pas de lacunes, ça leur rappelle aussi qu'il faut s'en occuper. Et les travaux pratiques, alors il n'y a rien de tels pour se rappeler qu'il faut s'en occuper (rires; C). (FG-ambul-R)*

Une intervenante aimerait bien recevoir des impulsions de l'antenne Aids-Hilfe pour qu'elle leur rappelle qu'ils doivent s'occuper de ce thème. Elle aimerait aussi avoir du matériel de la campagne STOP-SIDA:

*Also ich würde, ich möchte immer wieder einmal daraufhin aufmerksam gemacht werden. Also jetzt gerade zu dem Beitrag von vorhin, oh jetzt müsste ich mal wieder mit der Aids-Hilfe Kontakt aufnehmen und manchmal hätte ich schon lieber die Aids-Hilfe neben mir, so hallo, hallo, oh ja ... (...) Es gut wäre, wenn wir immer wieder Werbung hätten, das wäre ganz gut, Plakate, die dann hängen, so für die HIV-Prävention. Und ich denke auch, manchmal ist es auch sehr hilfreich immer wieder angestossen zu werden (I). (FG-resid-A)*

Dans une institution alémanique (FG-ambul-A), une intervenante explique qu'ils exigent des CD un contrôle de santé annuel (avec sanction pour ceux qui ne viennent pas), et selon elle, cela marche bien. Les CD viennent, cela donne l'occasion au médecin de parler de PST. Les CD manifestent beaucoup d'intérêt pour la prévention de l'hépatite C.

### **Travailler d'une manière (plus) spécifique au genre**

Tous les focus groups alémaniques et le focus group bas seuil romand souhaitent que la PST soit traitée en fonction du genre du CD. Déjà dans certaines institutions alémaniques qui travaillent avec une personne de référence, celle-ci est choisie (dans la mesure du possible) du même sexe que le CD. Un intervenant du focus group bas seuil romand pense que ce serait très utile pour le ou la CD de parler à quelqu'un de son sexe, car cela permet de dépasser la superficialité. Quelques intervenants pensent qu'il serait bien qu'il y ait des hommes et des femmes dans toutes les institutions. Cette proposition se heurte à la réalité de certaines institutions qui n'emploient que des hommes :

*Je pense qu'il faut la bonne personne au bon moment (C) et - là aussi, ça peut aussi être par rapport au sexe, ça peut, par moment c'est peut-être une bonne chose si c'est une femme qui est avec l'usagère - , je pense entre autres aux problèmes d'abus sexuels qui a pu exister, l'image de l'autre sexe qui a pu exister, et vice versa des fois aussi c'est très bien que ce soit un gars qui soit avec un gars pour pouvoir vraiment aller au fond des choses et pas simplement rester superficiellement dans des discours, rester dans des discussions très superficielles non plus, c'est vraiment le moment, la personne, la situation qui permet à un moment donné de vraiment faire, d'avoir un message et puis d'aborder les choses. (FG-bas-R)*

Dans plusieurs focus groups alémaniques, les intervenants ont mis en évidence qu'ils organisaient déjà des groupes non-mixtes. Certaines institutions organisent de petits groupes d'hommes et de femmes dans lesquels le thème de la PST est toujours discuté:

*Für mich ist ein Weg zur Verbesserung also geschlechtsspezifisch mehr arbeiten, also dass es mehr Möglichkeiten gibt von der Institution her, von der Arbeitsseite her, dass man so Gruppen bildet, weil bei den Frauen, wir haben jetzt die Frauengruppe und das hat sich bewährt, also das Thema immer wieder dort ist. (FG-ambul-A)*

Une autre intervenante pense que ce serait bien de faire des groupes de femmes dans son institution car le danger de la transmission sexuelle du VIH est pour les femmes une charge lourde à porter et avec laquelle elles doivent vivre (FG-ambul-A). Les groupes de femmes, selon

l'expérience d'une intervenante, permettent des réunions dans le calme où les femmes osent s'exprimer:

*Ich denke, also das merke ich, wenn ..., das hast du auch gesagt gehabt, wenn Frauen unter sich sind, kommen die Themen auch mehr oder sie reden schon miteinander. Und das wäre natürlich, auch das Ziel gewesen von dieser Frauengruppe, dass sie diesen Raum haben zum, um in Ruhe, ohne die Männer zu diesem Thema zu sprechen oder auch Tips auszutauschen oder wie auch immer. (I) (FG-bas-A)*

Un intervenant du focus group résidentiel romand raconte l'expérience réussie d'introduction de groupes de discussion non-mixtes et le conseille à d'autres institutions:

*Il y a une chose nouvelle qui se passe chez nous depuis, je dirais la fin de l'années 98, on a introduit des groupes de genres ou des groupes sexo-spécifiques et bon, avant on faisait toujours des groupes thématiques ou thérapeutiques peu importe le nom, et depuis qu'on a introduit ces groupes de genres, il se passe des choses absolument très particulières. C'est vrai qu'on rentre en groupe d'hommes, alors je n'ai que la pratique du groupe d'hommes évidemment, on rentre en groupe d'hommes très, très facilement et très rapidement dans une forme d'intimité très chaleureuse. Moi, je les craignais un peu ces groupes, parce que j'avais peur que cela tourne un peu au grivois ou des choses comme ça, et j'ai été déçu en bien à la vaudoise (petits rires). Il se passe des choses absolument phénoménales et magnifiques ou effectivement, on peut parler de choses (évoquées par un autre I) par rapport au préservatif, l'usage du préservatif, par rapport à l'affectif, par rapport à des choses comme ça, on est plus du tout, quand on parle du rapport à la femme, on est plus du tout dans des histoires de coq ou de choses comme ça, qui peuvent se passer dès qu'une femme est présente. Et de ce que j'entends de mes collègues qui font les groupes avec les femmes, aussi il y a des choses qui s'abordent qui touchent à l'intimité, par rapport à la prostitution, par rapport à (évoqué par un autre I) l'intrusion, du viol, de l'inceste, c'est des choses que effectivement - on a beaucoup tourné autour pendant très longtemps et ça mettait beaucoup de temps, beaucoup de pudeur, même en entretien individuel ce n'était pas si évident, et il y a une synergie en groupe qui peut se passer et les choses se dévoilent. C'est (...) bigrement intéressant. (I) (FG-resid-R)*

Tous les intervenants du focus group résidentiel alémanique pensent qu'il faut aller encore plus loin en disant qu'il faudrait établir des stratégies spécifiques au genre. Les hommes CD devraient assimiler le fait que la contraception n'est pas seulement une affaire de femme. Deux intervenants (un homme et une femme) ont apprécié la dernière campagne STOP-SIDA dont les messages s'adressaient clairement aux hommes. Un intervenant estime qu'on devrait développer la conscience que le thème de la sexualité a des aspects spécifiques aux hommes. Cet intervenant dit qu'il ne connaît pas de matériel spécifique pour travailler le thème de la sexualité avec les hommes et souhaiterait en avoir à disposition:

*Also für mich wäre, das so auf der Männerseite viel weniger, eine, eine männerspezifische Information, wie man sich schützt. Ich denke, dass, dass ist nicht der Punkt, sondern das man da auch überhaupt dieses Bewusstsein, das es überhaupt entstehen kann, das es wie auch so eine, das Thema Sexualität auch was nur mit Männern zu tun haben kann. (C) Bei der Sexualität auch ein Mannproblem ist und nicht nur in Verbindung mit einer Frau Sexualität entstehen kann (C). Das wär so ein inhaltlicher Aspekt einer männerspezifischen Präventionsarbeit. (FG-resid-A)*

### **Chercher des approches attrayantes**

**Des intervenants pensent que l'intérêt pour la santé, la PST est présent chez les CD mais qu'il faut savoir trouver des approches attrayantes ou que les CD se sentent plus concernés.**

Un intervenant donne un exemple d'un cours dans le domaine de la toxicomanie qui a, selon lui eu beaucoup de succès car il répondait aux intérêts directs des CD: "Erste Hilfe für User". Un intervenant propose de créer des BD attrayantes plutôt que des "brochures carrées avec de belles

explications" (FG-bas-R). Il prend pour modèle la Grande Bretagne où ont été réalisées des BD sur la prévention et qui plaisent beaucoup aux CD. Il pense aussi au modèle Hépatitos:

*J'avais vu (...) en Angleterre, où ils ont un support donc, je trouve peut-être à ce niveau-là, au niveau des supports, de brochures, je trouve que peut-être ici il manque un petit peu; il y avait eu un dépliant, bon sur les prises de risques par rapport à la seringue avec un petit bonhomme bien sympa, sympathique un peu, mais il y a qq. chose qui se fait en Angleterre (...), il y a des cartes et puis c'est sous forme de BD, mais c'est des petites brochures en fait et puis avec des dessins qui vraiment, je ne sais pas s'ils ont été faits avec la collaboration de toxicomanes, (...) c'est des dessins super qui sont proches d'eux et d'après ce que les gens qui utilisaient ça disaient, c'est que à chaque sortie, en fait, ils sortent ça régulièrement, les personnes elles attendent, elles attendent déjà la prochaine (...). (I) (FG-bas-R)*

Il faudrait aussi plus relier la PST à des aspects affectif qu'à des aspects intellectuels, ce qui peut permettre aux CD de se sentir plus concernés:

*Ce que je trouve intéressant (dans ces BD), c'est vrai que par rapport à du matériel habituel, il y a un côté (...) affectif qui ressort, c'est-à-dire, sur un dessin, suivant ce qui est fait, par qui, comment c'est fait, on peut ressentir des choses, c'est pas seulement une information, c'est tout d'un coup, nous la personne (C) et c'est vrai que ça peut être une manière d'informer qui peut entraîner à ce que la personne soit un peu plus concernée (...).(FG-bas-R)*

Dans le focus group résidentiel alémanique, une intervenante propose des spots, des vidéos, des films courts pour les femmes CD car ces dernières sont peu intéressées par des brochures.

Un intervenant estime que pour rendre la problématique du sida plus attractive, il faudrait la lier avec l'hépatite, l'hygiène corporelle ou la santé car les CD sont lassés d'entendre toujours parler du sida. Les CD seraient actuellement très concernés par les hépatites:

*Ich überlege mir, ob es nicht auch, also wenn man denen kommt mit Aidsprävention, dann ist das abgelutscht, dann hat man das schon soviel mal gehört, schon wieder. Und das man das mal anders präsentiert, das man vielleicht ein Päckchen macht, also mit Hepatiten zusammen, oder überhaupt, dass das ein Segment ist, bei man dann die Sensibilisierung, für Körperhygiene, oder für Gesundheit und nicht dass das an Aids aufgehängt wird. (C) Ich denke, die schon gesättigt sind, auch wenn es, also auch wenn man nur schon selbst das Gefühl hat, ich mag jetzt nicht mehr, ich mag jetzt nicht mehr, schon wieder Aids und so. Das man das einbaut in etwas, das, das attraktiver ist. Eben Thema Gelbsucht, das ist wirklich, das ist in der Luft, auch bei den Leuten. Sie, sie sind noch oft, also wirklich mehrfach Hepatitis positiv, also sie wissen es und sie werden darauf angesprochen. Jetzt gibt es ja neue Medikamente und sie werden von den Aerzten darauf angesprochen, ob sie würden und so. So, äh ..., so kann sich auch ... die Mehrfachprävention, nicht nur Aids. (FG-bas-A)*

Une intervenante pense que la découverte d'une séroconversion à l'hépatite C pourrait être le moment idéal pour parler du sida:

*En parlant de l'hépatite C, il y a un truc qui me revient. On aborde relativement sereinement une séroconversion à l'hépatite C, le patient il doit le digérer mais bon on dit : ah oui il a viré hépatite C et puis je me suis dit mais ça pourrait être le virus du sida au lieu du virus d'une hépatite puisque les transmissions sont les mêmes ; s'il a chopé l'hépatite c, ça veut dire qu'il a eu un comportement à risque. Est-ce que systématiquement on check (accord d'un autre intervenant), on évalue ou on essaye de comprendre comment ça s'est passé ? - et on en profite, parce que, en plus, s'il s'est reconverti pour l'hépatite C, c'est un moment idéal pour induire un changement de comportements. Je crois que je l'ai fait une ou deux fois mais, je me suis rendue compte que ce n'était absolument pas systématique, c'est parce que ça c'est arrivé dans ma réflexion que je l'ai fait. Mais, de faire le lien en disant : ce coup-ci c'est l'hépatite C que vous avez attrapé mais est-ce que vous avez pensé que cela aurait pu être le virus du sida ? (FG-ambul-R)*

Une intervenante dit aussi qu'il faut saisir les coups de chance, les occasions de discuter de PST lorsqu'elles se présentent. Elle cite une expérience récente, où lors de la distribution de méthadone, une femme CD a posé à haute voix une question sur les règles et le sida. Tout à coup tous les CD présents se sont tus pour écouter les explications qu'elle a données à la femme.

Dans une institution, les intervenants proposent aux prostituées d'écrire dans ce qu'ils appellent "le livre noir", toutes les expériences qu'elles ont faites où des clients ne voulaient pas utiliser le préservatif et comment elles ont fait pour les convaincre, dans le but d'aider les autres CD prostituées:

*Dann haben sie z.B. so ein schwarzes Buch, bei dem Frauen die sich prostituieren darauf hingewiesen werden auf die Freier, die ohne Präservative wollen und so, eben äh das man so nein sagt, äh das schwarze Buch nennt sich das, das sehr bei diesen Frauen die sich prostituieren, also sehr beliebt, also beliebt ist vielleicht das falsche Wort, aber einfach wo sie froh sind um die Infos und die Hinweise, das man dort eben nein sagen und äh auch klar Grenzen setzt. (I) (FG-ambul-A)*

Une intervenante a aussi l'idée de proposer une activité de groupe de prévention pour avoir ensuite un prétexte pour aborder une discussion sur la PST (FG-ambul-R).

### **Réflexion continue, recherche sur leur travail**

Certains groupes d'intervenants (ambulatorie et résidentiel romands) disent qu'il réfléchissent continuellement sur leur travail de PST et cherchent à l'améliorer. Tous les intervenants du focus group bas seuil romand ont l'impression qu'ils ont encore beaucoup à apprendre des CD, de leur manière de "fonctionner", de leurs prises de risques. Ils cherchent à comprendre ce que ressentent le CD:

*La manière d'arriver à la prise de risque (...) c'est vrai que c'est de l'ordre de choses qui ne sont pas simplement de la prévention à l'état brut et puis disons bêtement les choses, peut-être qu'elles le sont, mais qui viennent toucher un peu les affects vu qu'ils ne viennent pas; nous, de plus en plus être imprégnés par sentir, comprendre comment ça se passe puis, pour avoir le bon discours et s'éloigner le plus possible de ce côté brut de la prévention telle qu'il peut exister pour être de plus en plus dans des histoires se rapprochant de ce que la personne peut vivre et ressentir. (I) (FG-bas-R)*

Tous estiment que les CD peuvent leur apprendre comment adapter leurs messages pour être plus pertinents. Ils pensent que les CD peuvent les aider à acquérir de nouvelles compétences pour trouver de nouveaux messages:

*Pour moi cela serait des compétences qui pourraient venir plus des usagers que de professionnels médicaux, sociaux ou autres, c'est-à-dire encore une fois, comment le risque se prend dans des situations où la personne elle-même se met en situation? plus partir de là, pour se dire mais qu'est-ce que l'on pourrait faire?, comment est-ce que l'on pourrait tourner le message?, ce qui ramène un peu aussi aux petites bandes dessinées qui parlent directement aux usagers, par rapport aux connaissances d'ordre plus académiques, j'ai l'impression que ce n'est pas ça qui manque (C). (FG-bas-R)*

Des intervenants cherchent aussi d'autres méthodes pour améliorer la PST. Dans le focus group bas seuil romand, ils se documentent sur le Femidon qui permettrait aux femmes d'avoir un accès direct à la protection quand elles ont de la peine à la négocier dans la relation. Ils travaillent aussi sur le problème de la cocaïne, comment atteindre les CD, les rendre moins vulnérables.

Dans le focus group résidentiel romand, un intervenant propose de faire un bilan rétrospectif des CD qui sont passés dans leur centre et qui sont devenus séropositifs dans le but de mieux repérer où se situent les difficultés:

*Pour pouvoir évaluer ou repérer où se trouvent les difficultés, ça me semblerait intéressant que les professionnels, dans la mesure où ils ont la possibilité de porter un regard rétrospectif sur les patients ou résidents qui ont passé dans leur centre, de voir s'il y en a un certain nombre qui sont devenus ou non séropositifs. A partir de là, on pourrait, entre guillemets, quantifier et puis peut-être cibler un petit peu plus spécifiquement la nature de la difficulté. (I) (FG-resid-R)*

### **Mieux connaître le travail des collègues au niveau de la PST**

Dans les deux focus groups ambulatoires, des intervenants prévoient d'introduire des discussions dans le team pour savoir comment chacun travaille dans le domaine de la PST:

*Also ich denke auch intern so mit Mitarbeitern, so mit Mitarbeitern merke ich, weiss ich nicht, wie die Einzelnen arbeiten, was sie für, wie sie das dem Klienten beibringen, dass das öfter auch im Team Thema wird, das ist im Team auch nicht so, es ist quasi, also alle haben es schon im Kopf, aber es nicht so präsent, das wir darüber reden und sagen, wie machst du das und was hast du denn für Methoden oder, halt dass das mehr präsent ist, mehr ..., weniger ist. (I) (FG-ambul-A)*

*(...) Cette séance ce matin, ça va peut-être induire quelques petites réunions de travail au sein de mon équipe pour éclaircir un petit peu la situation par ailleurs. (I) (FG-ambul-R)*

Une autre intervenante se propose d'organiser des réunions de groupe autour des situations difficiles:

*Ça me semblerait déjà important de connaître un peu ça (ce que font les intervenants dans la PST). Et puis, peut-être, de faire de temps en temps des réunions de travail par rapport à, ce que l'on pourrait faire par rapport à certaines situations difficiles justement. Mais, c'est vrai que je ne sais pas comment mes collègues abordent le sujet. C'est incroyable. (I) (FG-ambul-R)*

Une intervenante du focus group ambulatoire romand estime que ce n'est pas lors de l'admission mais ultérieurement, que le bilan sexuel devrait être fait en même temps que le bilan des consommations et que cette tâche devrait être inscrite au niveau institutionnel dans les structures d'entretien.

Un intervenant du focus group prostitution alémanique estime qu'il faudrait avoir une distribution de drogue 24 heures sur 24 ainsi que différents types de drogue, comme p. ex. la cocaïne, les benzodiazepines:

*Und was ich noch ganz wichtig finde, also wegen der, der Abhängigkeit, also wo es auch fehlt, ist die Abgabe rund um die Uhr, da gibt es, also äh ein Substitutionsprogramm rund um die Uhr und natürlich klar, also mehr Angebote, also das man auch Kokain mit hereinnimmt, wo die meisten Frauen äh, wo ich jetzt weiss das die auf dem Strassenstrich, das sind gefragte Konsumentinnen, Benzos alles das mit hereinnimmt und abgibt, also das das gewährleistet ist. (I) (FG-prost-A)*

Dans le focus group bas seuil alémanique, un intervenant estime qu'il faudrait pendant toute la durée d'ouverture de la structure, une personne qui ait pour unique tâche de parler de PST avec les CD:

*Man kann solche Projekte auch nur machen, wenn halt jemand aus dem Turnus herausgeht und nur für psycho-soziale Betreuung da ist und vier Stunden wursteln kann und reden und machen und nicht auf die Hausordnung schauen muss, nichts anderes ... Dann ist es auch sinnvoll, denn sonst wenn du am Reden bist musst du dann sagen, höre einmal, ich muss in den Schrankraum gehen und ablösen ... (I) (FG-bas-A)*

## 5.5.4 Propositions par rapport aux intervenants

### 5.5.4.1 Propositions par rapport aux intervenants personnellement

Dans trois focus groups (FG bas-R, ambul-A, prost-A), des intervenants font des propositions qui les concernent personnellement. Dans les deux focus groups alémaniques, des intervenants pensent qu'ils devraient améliorer leurs connaissances et savoir-être au niveau de la PST. Les intervenants du focus group ambulatoire alémanique estiment que tous devraient se pencher sur le thème de la sexualité. Une intervenante souhaite une sensibilisation plus concrète sur ce thème de l'ensemble des collaborateurs:

*Das würde, also das würde in die Richtung gehen, dass sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sich auch mit Sexualität selber auseinandersetzen. (...) (autre intervenante) Ich habe auch den Eindruck, dass man es müsste bei den Mitarbeitern mehr konkret zum Thema machen und eben auch fragen und schauen, wie es der Einzelne macht. (I) (FG-ambul-A)*

Un autre intervenant surenchérit en disant qu'ils devraient parler plus de sexualité dans leur team, se confronter plus sur ce thème.

Dans le focus group prostitution, les intervenants estiment que tous les intervenants s'occupant de CD (et non seulement ceux qui s'occupent de CD prostitué(e)s) devraient se confronter au thème de la sexualité. De plus, ces intervenants estiment qu'un travail devrait être fait dans toutes les institutions pour diminuer les tabous concernant la prostitution:

*Ich denke, also so lange das nicht ein Beruf ist und nicht legal ist die Prostitution, müssen wir in der Fachwelt, also in den Institutionen ..., äh eine Stimmung von Akzeptanz hineinbringen (C). (FG-prost-A)*

Un intervenant insiste sur le fait que tous doivent se confronter à leur propre sexualité, ce qui est le plus difficile et aussi concrètement à l'homosexualité et à la prostitution masculine. Ils ont besoin d'acquérir un sentiment de sécurité au sujet de la sexualité:

*Das größte Problem ist immer wieder der eigene Umgang mit dem Thema Sexualität, also bei uns halt konkret die Homosexualität, männliche Prostitution, so und die ganzen eigenen Schwierigkeiten mit dem, so die sind gesellschaftlich ja auch mitbedingt, aber der Einzelne braucht einen sicheren Weg, um damit zu sein, und ich denke da müssen wir wesentlich mehr Aufmerksamkeit darauf legen und das kommt zu kurz und auch ganz konkret bei uns in der Arbeit (I). (FG-prost-A)*

Une intervenante se plaint du manque de personnes compétentes (?) pour les soutenir dans une supervision sur les problèmes liés à la prostitution. On peut imaginer que la proposition de cette intervenante (non formulée) serait que les intervenants puissent avoir à disposition une personne qualifiée:

*Ich denke es gibt sehr wenig was wir holen können zu dem Thema, da gibt es auch wenig so Supervisorinnen oder so, die z.B. zum Thema Prostitution mit all diesen Verrenkungen wirklich Erfahrungen haben, vielleicht gewisse Selbstbetroffenheit, gewisse Distanz, ich denke wir können relativ, also eigentlich relativ wenig holen für uns, wenn ich so an gewisse Psychohygiene denke z.B., also nichts spezielles ... (I) (FG-prost-A)*

Dans le focus group bas seuil romand, les intervenants poursuivent une recherche continue sur leur travail, sur de nouveaux outils, sur leur pratique de PST, sur leur "fonctionnement":

*Je crois que les outils, on doit les chercher, on est en réflexion continue par rapport à notre travail (C), c'est vrai pour qu'on soit, le plus pertinents possible, c'est important qu'on continue à réfléchir à notre pratique et puis à notre fonctionnement, entre autres par rapport à la prévention, par rapports aux*

*limites de la prévention, c'est une de nos préoccupations principales. On essaye de rester le plus performant possible et de se tenir au courant des choses qui sortent, maintenir nos connaissances à jour j'entends, c'est des signes à un moment donné, d'un travail continu qui les porte. (FG-bas-R)*

De même, un intervenant du focus group résidentiel romand estime que tous doivent s'interroger sur la manière d'améliorer la PST:

*En terme de perspectives, c'est augmenter la confrontation des recherches, des réflexions, des réflexions sur les pratiques menées par les acteurs, par nous en fait, c'est d'étendre en fait cette confrontation de ce que l'on vit des questions, des pistes, des élaborations que les uns et les autres font dans le cadre de leur milieu professionnel. (I) (FG-resid-R)*

Des intervenants aimeraient aussi avoir du temps pour échanger leurs idées, leurs expériences:

*Teilweise geht es mir nicht um konkret benennbare Kompetenzen, sondern um Raum und Zeit zu haben für um Sachen nachzugehen, Anstößen nachzugehen, Auszutauschen, Zeugs was mir sonst halt so alleine durch den Kopf geht, oder an eine Teamsitzung hat man nicht die Zeit dafür und vielleicht hat man mal während des Schaffens kurz 10 Minuten Zeit dafür, aber es bleibt immer stecken die Diskussion und das fände ich auch noch spannend so. (I) (FG-prost-A)*

Dans le focus group résidentiel romand, un intervenant est également du même avis:

*Personnellement, je ne pense pas que c'est au niveau de compétences, mais c'est au niveau d'échanges. Je pense que dans le domaine des intervenants dans la toxicomanie, il y a souvent des petites guéguerres de partisans de chacun sa vision et puis je pense que le travail par exemple par rapport à la prévention du SIDA ça doit être égalitaire (...). (I) (FG-resid-R)*

Un autre intervenant aimerait bien aussi avoir la possibilité de discuter de thèmes particuliers comme la gestion de ses propres privilèges par rapport aux CD:

*Was auch ganz wichtig ist, das ich mir immer wieder überlege, wie gehe ich mit meinen Privilegien um. Ich mache die Arbeit, ich habe eine Ausbildung, ich bin auf einer Weiterbildung, ich habe Privilegien, wenn ich komme. (...) Wie gehe ich mit diesen Privilegien um? Zeige ich ihnen diese Privilegien so, das sie sich ausgestossen fühlen, oder wie gehe ich damit um. Ich finde das auch ein ganz wichtige Frage. (I) (FG-prost-A)*

#### 5.5.4.2 Propositions par rapport à la formation

**Dans aucun focus group, l'ensemble des intervenants ne demandent de la formation.** Certains se sont formés par le passé et estiment en savoir suffisamment, d'autres n'ont aucune formation et estiment pouvoir se débrouiller.

Dans le focus group **bas seuil romand**, la situation est contrastée avec des intervenants sans formation et d'autres très formés. La personne qui n'a aucune formation ne sent pas le besoin d'en savoir plus. Par contre, une personne très formée se pose encore des questions sur les pratiques à risques (gencives abîmées). Dans certaines institutions, existe une formation continue (ponctuelle, explique un intervenant), dans d'autres, il n'existe rien. Une intervenante qui a suivi une formation au CHUV regrette que la fréquence des séances ait diminué.

Dans le focus group **ambulatoire romand**, la situation est aussi très contrastée. Une intervenante, spécialiste de la PST va organiser une formation dans sa nouvelle unité:

*Chez moi concrètement, par exemple dans ma nouvelle unité, j'ai discuté avec les collègues plus ou moins un par un en leur proposant toujours ma question colle (si un CD vous dit que son préservatif a sauté, que faites-vous?) et puis, il y a eu cinq blancs, donc j'ai créé la case et j'ai dit, mais moi cela m'intéresserait de pouvoir refaire un truc systématique de : quelle prévention HIV on peut faire avec les*

*patients qu'on a ?, comment est-ce qu'on fait ?, quelles sont les techniques d'entretien ?, grosso modo les choses, quand est-ce que l'on peut faire ça et que c'est utile ? etc. (I) (FG-ambul-R)*

D'autres intervenants estiment avoir suffisamment d'information et acquis de l'expérience avec les années de pratique. Un autre intervenant pense que c'est bien, justement, de reposer de temps en temps les choses, sinon on reste sur des acquis. En cours de discussion, deux intervenants admettent toutefois que si on veut aller un peu plus loin que la seule recommandation de l'usage du préservatif, il faut une véritable formation. Un de ces deux intervenants (une femme) estime alors que pour que tout le monde ait le même niveau d'information et de prévention, il faudrait organiser une démarche au niveau de l'institution.

Dans le focus group **résidentiel romand**, certains intervenants ont une formation et d'autres pas. Un intervenant qui a suivi une formation ne veut pas se spécialiser plus. Deux intervenants qui n'ont pas de formation (ils disent qu'ils ont appris sur le terrain) se débrouillent et délèguent au médecin s'ils ne se sentent pas capables de répondre:

*Pour répondre aux premières demandes des personnes non (je n'ai pas besoin de plus de formation) et effectivement ensuite ça dépend des questions que me posera la personne et là je vais l'orienter, c'est plus après un savoir médical qui fera la différence, que de toute façon je n'aurais pas, donc je dirais, que par rapport à l'institution je dirais que c'est suffisant pour répondre aux premières questions, pour faire un tri; après par intérêt oui (elle rit), bien sûr, ça m'intéresse, mais par rapport aux demandes des personnes concernées je dirais que c'est suffisant. (I) (FG-resid-R)*

Dans une institution, les intervenants collaborent depuis longtemps avec médecin qui connaît bien les CD et qui prend du temps pour leur offrir de la formation:

*On a la chance de pouvoir collaborer avec un médecin qui connaît la Fondation depuis 10 ans donc qui sait très bien quel type de clientèle. Il peut donner du temps, mais par exemple, maintenant le grand problème c'est l'hépatite C qui est prioritaire, alors là, on a déjà eu le médecin, il s'est déjà déplacé pour nous faire des séances d'informations. (I) (FG-resid-R)*

Dans le focus group **bas seuil alémanique**, un intervenant estime qu'au niveau de la formation continue, il y a des thèmes bien plus importants que la sexualité. Il pense toutefois qu'un intervenant (ou éventuellement deux) devrait se tenir au courant sur le thème du sida. Une autre intervenante n'est pas non plus motivée à se former car elle dit qu'on arrive pas à atteindre les CD sur ce sujet. Deux intervenants pensent qu'ils auraient plutôt besoin maintenant de connaissances sur les nouvelles thérapies que de formation à la PST.

Dans le focus group **ambulatoire alémanique**, des intervenants estiment que le "know-how" est présent. Un intervenant souhaiterait qu'ils parlent de la sexualité à l'intérieur du team. Un autre intervenant aimerait plutôt qu'ils parlent dans le team de la manière d'aborder la PST avec les CD et elle verrait une personne extérieure au team pour gérer la discussion. La seule formation demandée serait dans le domaine de la conduite d'entretiens:

*Vielleicht einfach nur mal schauen, wie fragen überhaupt oder Gesprächsführung ansiedeln auf das Thema (C). Es wird ja so, eben ich denke auch unter den Mitarbeitern professionalisiert genauso, ja genau das gehört ja auch noch dazu und was das machst du dann einfach, aber wie und was und was genau für Fragen. (FG-resid-A)*

Dans le focus group **résidentiel alémanique**, des intervenants pensent qu'il faut des spécialistes (médecins) pour s'occuper de cette problématique, pas des généralistes (comme eux). Ils estiment qu'ils ne doivent pas tout faire eux-mêmes. C'est seulement dans les institutions qui ne font pas du tout de PST qu'on devrait former les intervenants, estime une intervenante. Plusieurs

intervenants manifestent toutefois de l'intérêt pour recevoir de la documentation régulièrement et résumée sur le sujet du sida et des hépatites:

*Ich denke auch, es wäre noch wichtig, quasi immer wieder informiert zu werden über den neusten Stand von Aids, von Hep. C. (FG-resid-A)*

*Ich könnte mir beides, in einer ganz tollen Form vorstellen, also das ich regelmässig alle halbe Jahre von Stelle XY, aber in einer ganz kurz, komprimierten auf einer Seite lesbaren, also nicht das ich das nicht wieder so ein Buch bekomme und denke wieder, entweder ich schaffe ja jetzt wieder eine Woche und, oder ich tue es am besten direkt gleich ins Fach und wenn du mal Zeit hast zu lesen, das ist eben dann so voll, sondern wirklich auch ... Also ich sehe da so eine grosse rote Karte vor mir, wo so alle halbe Jahre. Und das ist dann gleichzeitig auch die Erinnerung und aber auch wo wir die neuesten Sachen draufstehen und das kann ich so in einer halben Stunde erfassen und ich weiss, haha das Thema ist wieder da. Das würde mir helfen (C). (FG-resid-A)*

Un autre intervenant estime que chacun peut se trouver sa documentation soi-même et un autre que les campagnes STOP-SIDA lui suffisent pour se rappeler cette problématique.

Les intervenants du focus group **prostitution alémanique** estiment qu'ils n'ont pas besoin eux-mêmes de formation sur la PST. Comme mentionné plus haut, ils aimeraient plutôt plus d'échanges. Une intervenante dit que ce serait peut-être bien d'avoir une formation en "hygiène psychique" mais qu'elle ne sait pas si cela existe en Suisse et qu'ils ne se sont pas vraiment posés la question. Un intervenant trouve que ce serait intéressant de mieux savoir comment vivre avec les groupes marginaux et de mieux connaître la gestion de tels groupes et comment initier des processus de groupe:

*Also jetzt einfach, wo ich auch bestimmte Sachen gesucht, wo ich gelernt habe mit Randgruppen zu leben und umzugehen. Auch Gruppenprozesse innerhalb von Randgruppen in Gang zu bringen und auch zu steuern. Das sind ja ganz andere Themen, das ist ja vielleicht eine ganz andere soziale Struktur, das sind ganz andere Umgangsweisen, das alles auch zu kennen und es auch nutzen zu können um Gruppenprozesse in Gang zu bringen und darauf aufzubauen. Das finde ich sehr, sehr hilfreich. (I) (FG-prost-A)*

Les intervenants pensent que ce sont les intervenants d'autres structures qui ont besoin de formation (connaissances et savoir-être) sur la prostitution et ils pensent que cette formation devrait comprendre différents thèmes: la souffrance, le pouvoir, l'abus de pouvoir, le pouvoir dans les institutions, etc.

#### 5.5.5 Propositions par rapport aux CD

Dans ce chapitre, nous présentons les propositions des intervenants ayant plutôt pour pôle les CD.

Les intervenants aimeraient aider les CD à réveiller leurs propres ressources. Des intervenants aimeraient aider les CD à retrouver leurs sensations corporelles et un meilleur rapport avec leur corps. Ils leur proposent des massages (plutôt les femmes) ou de les emmener dans un centre de fitness (plutôt les hommes) (FG-ambul-A). Une institution propose des cours de méditation et de yoga à leurs patients et pensent que cela les aide à se sentir plus sûrs d'eux et à prendre soin d'eux-mêmes. Dans le même ordre d'idée, une intervenante pense qu'en donnant une occupation aux CD dans la structure, ceux-ci sont capables par la suite de faire de petits pas pour trouver une chambre et peut-être même par la suite un travail (FG-bas-A). Un intervenant suggère d'aider les toxicomanes à trouver un groupe d'appartenance (groupe de loisirs, de sport) pour éviter que leur seul groupe d'appartenance soit celui d'ex-toxicomane.

Les CD doivent aussi être encouragés à prendre leurs responsabilités. Les femmes ne doivent plus se considérer comme des victimes, et prendre du pouvoir dans les relations:

*Und Opferrollen dann auch aufbrechen bei den Frauen oder, das denke ich ist etwas ganz wichtiges oder ...Äh, weil ich das eben noch viel erlebe äh das sie, sie sich als Opfer fühlen von dem Ganzen und dann ganz langsam versuchen in Schritten zu erarbeiten, das sie auch immer dabei gewesen sind, bei allem. Wenn sie einmal Opfer gewesen sind, das sie wie eine Situation wie immer wieder wiederholen und lernen auch äh zu versuchen Situationen zu erstellen, wo sie nicht nur Opfer sind, sondern wo sie merken, ich habe ja auch noch Möglichkeiten von Macht, von Eingreifen, von, von Anfang an auch nein zu sagen, und die Sachen, ich bin nicht mehr das Opfer. (I) Und das auch zeigen, das sie Macht ausüben vielfach oder, und schauen wo ihre Macht ist und wie sie sie einsetzen und das sind einfach die Prozesse. (FG-prost-A)*

Les femmes CD, de leur côté, devraient être encouragées à se prendre en main, à prendre soin d'elles-mêmes:

*Und die Frauen, dass sie schauen, dass sie, eben sie, (comme dit une autre intervenante), sich schützen und ihr Körper wichtig ist und wenn der Mann kommt und will ohne, dann tschüss. Also mit der Bestimmung von der Frau, also dass sie sagen kann, wie sie es gerne hat. Also jetzt auch mit dem Schutz. Und dort fängt es ja ersteinmal an. Das sie mitbestimmt, dass sie sich auf einen Schutz einlässt, wegen der Schwangerschaft und was sich da alles noch mitzieht, oder. Dort mehr noch Bewusstsein. Das denke ich, das ist noch nicht so verankert. (I) (FG-resid-A)*

Une intervenante estime que les CD devraient être mieux informés sur leurs droits, par exemple, ont-ils le droit de refuser à un client un rapport si celui-ci l'exige sans préservatif (FG-prost-A). Un intervenant souligne qu'il faut aider les CD à comprendre que leur problème de toxicomanie n'est pas totalement indépendant des questions d'identité et de conduites sexuelles (FG-resid-R). Dans le même focus group, un intervenant est favorable à la réintroduction de valeurs morales, d'apprentissage de se respecter et de respecter les autres:

*Je ne suis pas très dérangé par le fait de réinstaurer des idées morales, de parler d'une morale, de parler d'échanger sur des valeurs morales sans forcément vouloir faire prévaloir les miennes, mais de reparler de choses comme ça, de reparler de l'identité, de l'image de soi et puis je crois que ça c'est tout un travail de prévention de reconstruire qq. chose autour de l'individu, de son propre respect aussi, et du respect de l'autre (...) (I) (FG-resid-R)*

Un intervenant estime aussi important de donner aux CD des lieux où ils sont acceptés, respectés, considérés, où ils peuvent avoir des rapports humains, sans nécessairement devoir parler de prévention (FG-prost-A).

Dans le focus group bas seuil alémanique, des intervenants proposent de donner des préservatifs aromatiques, surtout dans le domaine de la prostitution. Ils pensent que cela motiveraient les femmes à les utiliser lors de la fellation.

Au niveau des connaissances, les intervenants sont partagés: certains pensent que les CD ont un niveau de connaissances insuffisant, d'autres pensent qu'ils sont bien informés. Dans le focus group prostitution, plusieurs intervenantes pensent que les connaissances des femmes CD prostituées sont insuffisantes. On peut donc supposer qu'elles aimeraient qu'un effort soit fait dans ce domaine, même si elles n'en ont pas parlé explicitement. Dans le même focus group, un intervenant raconte qu'un collègue distribue des brochures sur la prostitution masculine et que les CD les lisent et lui posent des questions. Un intervenant dit qu'il y a encore des thèmes sur lesquels les CD ont des interrogations, qui les inquiètent et auxquels on ne peut pas donner de réponse non équivoque: le baiser chez des CD qui ont souvent des gencives qui saignent. A noter que ces problèmes préoccupent aussi les intervenants.

## Projet médiateurs

Des intervenants de quatre focus groups (les trois focus groups romands et le focus group prostitution alémanique) proposent d'utiliser les compétences personnelles des CD pour améliorer la PST. Dans le focus group ambulatoire romand, une intervenante a remarqué que le fait de rencontrer des CD qui avaient déjà une trithérapie de la part de CD qui n'étaient pas prêts à faire le pas a servi de déclencheur pour qu'ils acceptent enfin ce traitement, probablement par un phénomène d'identification (approuvé par l'ensemble des intervenants). Elle propose spontanément d'encourager des CD qui ont des comportements de protection adéquats d'en discuter avec d'autres CD:

*Je viens de penser à une ressource que j'ai jamais utilisé, c'est il y a des patients dont je sais qu'ils ont des comportements adéquats dans des conditions difficiles, et j'ai jamais pensé à les utiliser en réseau, à dire à un de mes patients ou une de mes patientes : je sais que c'est difficile pour toi, est-ce que tu sais que une telle, elle a le même genre de difficultés et elle a trouvé des trucs, vous pourriez peut-être en discuter ensemble ? Parce que finalement, je crois que, pour des conditions spécifiques de comportements de toxicomanies enfin d'usages de toxiques et de comportements sexuels à risques, peut-être que, dans la pratique, certains patients en connaissent plus que moi. Et peut-être que c'est des ressources qui pourraient être utilisées ? (P) (FG-ambul-R)*

Cette manière de faire pourrait peut-être aussi faciliter l'intégration du comportement par le CD pense un intervenant du même focus group. La direction d'une institution a aussi proposé d'introduire cette méthode, rapporte un autre intervenant.

Un intervenant du focus group bas seuil romand pense aussi que les CD pourraient être actifs dans la prévention à l'égard d'autres CD:

*(On pourrait trouver) une infirmière, un médecin, qui a la capacité d'essayer de responsabiliser un peu les gens, d'utiliser leurs compétences de toxicomanes à leur niveau, de travailler peut-être là-dessus et puis que, eux, puissent amener leurs idées et puis qu'on puisse travailler avec eux. (I) (FG-bas-R)*

Dans le focus group prostitution, une intervenante pense qu'on pourrait créer pour les femmes CD prostituées un projet identique à celui du Barfüsserprojekt où ce sont des femmes prostituées migrantes qui font de la prévention à d'autres femmes prostituées migrantes. Elle raconte aussi que, dans son team, elles ont fait l'expérience d'avoir une femme qui s'était prostituée par le passé et qui avait une grande facilité de contact avec les femmes CD prostituées:

*Also wo wir so am überlegen sind, das ist so, also es gibt ja dieses Barfüsserprojekt und da denke ich schon, also das die Frauen, also die Migrantinnen, also das einfach, ja weil da die Hemmschwelle einfach nicht da ist, und wir tun jetzt einfach mal die Projektleitern eingeladen, also einfach um auch so mal ein bisschen herauszufinden, also gäbe es allenfalls Punkte, bei denen man sagen kann, gut also, ob nun Migrantinnen oder Drogen, also das lässt sich irgendwie übernehmen und lässt sich vielleicht auch innerhalb einer Institution verwirklichen. (...) Wir haben einfach schon die Erfahrung gemacht, dass, also wir haben eine Frau im Team, die selber darauf gewesen ist und so und es ist einfach wirklich eine Tatsache, dass, das dann eigentlich unsere Frau zu diesen Frauen sagt, du leck mich der Freier dort oder sie sind unter dem Preis, also, oder dass das, ja einfach, ja es ist ganz etwas anderes. (...) (I) (FG-prost-A)*

Une autre intervenante propose que des femmes qui se sont prostituées par le passé ou même des hommes et des femmes qui se prostituent actuellement fassent un travail de sensibilisation à la PST chez les clients. Une intervenante surenchérit en disant qu'on pourrait poser comme exigence politique que ce soit les prostitué(e)s qui s'occupent de ce travail de sensibilisation.

Dans le focus group résidentiel romand, un intervenant est enthousiaste à l'égard de groupes d'auto-support qu'il a rencontrés à l'étranger. D'autres intervenants lui disent que ces groupes doivent être créés par les CD eux-mêmes, ce qui est rare car les CD sont très individualistes et

que la masse critique de CD, en tout cas à Genève, n'est pas atteinte. Cette proposition ne semble donc pas être applicable en Suisse.

#### 5.5.6 Synthèse des propositions des intervenants

Les propositions des intervenants pour améliorer la PST comprennent une grande part de mesures indirectes, c'est-à-dire qui ne concernent pas directement la discussion que peut avoir l'intervenant avec le CD en rapport avec le risque de transmission sexuelle du VIH. La proposition qui fait l'unanimité est de continuer les campagnes de prévention du sida dans la population générale. Elles ont l'avantage de toucher tout le monde, tant Monsieur et Madame tout le monde que les CD qui peuvent ainsi ne pas se sentir différents de la population suisse. Leur existence permet de rappeler à tout le monde que la menace du sida existe toujours et de motiver intervenants, CD, clients de prostitué(e)s à continuer à se soucier de prévention. Limiter la prostitution en donnant du travail aux prostituées, en légalisation la drogue, en informant les CD sur leurs droits permettrait aussi de diminuer les risques d'infection par le VIH.

Toujours dans les mesures indirectes, l'amélioration de l'estime de soi (se respecter, s'occuper de son corps, réveiller ses propres ressources), l'amélioration des conditions de vie, de la santé diminuera les expositions au risque estiment les intervenants.

Au niveau des structures, les intervenants pensent qu'il faudrait avoir une définition unifiée de la PST et échanger entre collègues pour savoir s'ils traitent cette problématique et comment. Ils aimeraient avoir aussi une meilleure connaissance du réseau au niveau des pratiques de PST.

Dans les mesures directes pour améliorer la PST, les intervenants proposent d'utiliser des approches attrayantes (BD, vidéos...) ou d'utiliser des circonstances dans leurs rencontres avec les CD où ils se sentiront concernés (préservatif qui a sauté, découverte d'une hépatite C). Les intervenants proposent aussi d'utiliser des approches spécifiques au genre (surtout en Suisse alémanique) car les problèmes que rencontrent hommes et femmes CD sont très différents. Pour palier aux difficultés à faire de la PST, des intervenants proposent d'utiliser la méthode des médiateurs (surtout en Suisse romande).

Les intervenants demandent peu de formation. Une part d'entre eux estiment s'être déjà formés et ne veulent en général plus continuer à se former. L'autre part n'a pas reçu de formation; ils estiment se débrouiller avec la thématique ou préfèrent déléguer. Dans deux focus groups alémanique (prostitution, ambulatoire), il est proposé une sensibilisation à la sexualité et à la prostitution.

### 5.6 SYNTHÈSE DES FOCUS GROUPS

Dans la majorité des focus groups, les intervenants ont exprimé l'importance que revêt pour eux le problème de la PST. Les pratiques comportent en priorité des interventions individuelles (sous forme d'information, de discussion). Certaines institutions ont développé des interventions de groupe. Les intervenants qui trouvent la PST très importante sont les plus actifs dans ce domaine, par contre ceux qui ne sont pas très convaincus de son importance font peu ou délèguent.

Les intervenants ont évoqué un éventail important de difficultés à faire de la PST. La banalisation de l'épidémie, la diminution des cas de sida et l'existence de trithérapies ne favorisent pas un maintien à un niveau élevé des comportements de protection par les CD et une motivation importante à faire de la prévention de la part des intervenants. Les intervenants rencontrent aussi des difficultés matérielles pour effectuer le travail de PST; il manque certaines structures de prise en charge des CD, certains locaux ne sont pas adaptés et les intervenants sont souvent surchargés par le travail. Plus concrètement, dans leur travail, les intervenants ne savent pas si leurs collègues s'occupent de PST et comment ils s'y prennent. Ils méconnaissent aussi souvent les autres acteurs du réseau.

Face aux difficultés de ce type de prévention, les intervenants ne possèdent pas toujours les compétences nécessaires à un travail de qualité. Les intervenants en toxicomanie ont un éventail de formation assez diversifié avec des connaissances de PST hétérogènes. La formation continue est souvent laissée à la responsabilité individuelle, ce qui amplifie encore ce phénomène. La PST touche à divers tabous dans notre société, comme la sexualité, la mort, la prostitution. Les intervenants ne sont pas exempts de ces tabous. Aborder le thème de la PST avec les CD nécessite aussi beaucoup de délicatesse. Les intervenants ont souvent l'impression que les CD ne leur disent pas toute la vérité et que de toute façon leur travail est de portée limitée.

Selon les intervenants, les CD ont toutes sortes de stratégies pour ne pas faciliter leur travail de PST. Ils n'en parlent rarement spontanément et ils répondent se protéger pour éviter toute discussion. La sexualité est aussi un thème tabou pour eux. Les intervenants pensent que de toute façon, dans les phases de consommation active, la priorité des CD est la recherche du produit et qu'ils ne sont pas réceptifs pour parler de PST. Souvent les CD ne font pas confiance aux intervenants pour parler de sujets qu'ils estiment intimes. Les CD ont de nombreux problèmes personnels qui les empêchent de se protéger efficacement contre le sida: ils ont souvent des problèmes psychiques associés à leur dépendance, ils ont vécu des abus, ils ont des difficultés avec l'autre sexe, ils sont indifférents au risque, ils ont honte d'avouer ne pas s'être protégés.

Face à toutes ces difficultés, les propositions sont nombreuses et représentent largement l'inventaire de tout ce qui pourrait être fait pour améliorer la PST. Quelques institutions ont déjà mis en place diverses de ces propositions d'amélioration: des institutions en Suisse alémanique surtout ont déjà commencé à faire un travail spécifique au genre, des intervenants se rencontrent pour échanger, des institutions ont débuté une collaboration avec la police. En Suisse romande, des institutions ont organisé des cours (par ex. comment mettre un préservatif) et cherchent à apprendre des CD pour améliorer la PST. Certains intervenants ont suivi une formation spécifique à la PST ou ont fait un travail personnel sur la sexualité.

Face au danger de banalisation de l'épidémie du sida, dans l'ensemble des focus groups, les intervenants proposent que les campagnes générales de prévention du sida se poursuivent ainsi que d'autres campagnes plus spécifiques.

Quelques intervenants se plaignent du manque d'un certain nombre d'institutions. En Suisse alémanique, les intervenants du focus group prostitution estiment qu'il manque encore des institutions pour les femmes prostituées. En Suisse romande, des intervenants souhaiteraient un local d'injection (ce qui n'existe pas encore en Suisse romande), un lieu d'accueil où les CD puissent être accueillis et un lieu où l'on ferait spécifiquement de la PST. Des intervenants se plaignent d'une sous-dotation en personnel, en particulier ceux du focus group bas seuil alémanique. Rappelons que les intervenants de ce focus group avaient des représentations assez

négligées de la PST mais qui pourrait en partie s'expliquer par une surcharge de travail et une lassitude. Leur proposition serait qu'une personne pendant toute la durée d'ouverture de la structure soit responsable de répondre aux questions liées à la PST et soit libérée d'autres tâches pratiques.

Un problème important mis en évidence par plusieurs intervenants est que la PST n'est pas traitée régulièrement ou pas traitée du tout en particulier du fait du tournus des CD et des intervenants et parce que personne n'en est responsable. D'autre part, il n'y a pas une définition commune de la PST, elle n'est souvent pas présente dans le cahier des charges et les intervenants parlent rarement entre eux de leur manière d'aborder ce problème avec les CD. Des participants aux focus groups pensent qu'il faudrait soutenir l'ensemble des intervenants dans cette tâche difficile en les sensibilisant et en améliorant leurs connaissances. Ils suggèrent aussi d'adopter une définition commune connue de tous. Dans les focus groups ambulatoires, les intervenants proposent de promouvoir la discussion entre intervenants sur leurs pratiques de PST. Les réunions communes pourraient aussi traiter des cas difficiles (au point de vue de la PST) ou partir du principe que lorsqu'on parle d'un CD, on doit aussi parler de sa sexualité.

La méconnaissance du réseau est aussi citée comme un problème important. Dans les focus groups ambulatoire et résidentiel romands ainsi que dans celui de la prostitution, les intervenants proposent, dans un premier temps, de mieux connaître les compétences de leurs propres institutions, puis d'améliorer leur connaissance de l'ensemble du réseau. Les intervenants proposent d'améliorer les échanges entre institutions, de communiquer sur les CD qui passent de structures en structures et sur la totalité de l'offre proposée dans une région. Ils souhaitent aussi avoir des échanges avec la police, leur proposer une formation sur les difficultés de la population toxicomane et collaborer avec eux.

Pour palier à la baisse de la motivation des CD à se protéger et à discuter avec eux de PST, les intervenants proposent d'élaborer des approches attrayantes comme l'utilisation de BD, de vidéos, de films. Ils proposent aussi de lier le problème de la PST à la santé en général, à la prévention des autres MST et des hépatites (qui préoccupent actuellement beaucoup les CD) et à la contraception. Certains intervenants pensent aussi que pour être plus crédibles pour parler de ces thèmes avec les CD, ils doivent améliorer leurs capacités à conduire un entretien.

Les intervenants sont conscients que les CD ont beaucoup de problèmes avec l'autre sexe, qu'ils ont de la peine à négocier le préservatif dans tous les types de relations (relation stable, occasionnelle, prostitution), qu'ils ont des problèmes sexuels (difficultés d'érection) ou vécu des traumatismes dans l'enfance ou par la suite. Toutes ces difficultés comportent de nombreux aspects liés au sexe du CD. Tous les focus groups alémaniques et le focus group résidentiel romand proposent de faire avec les CD un travail spécifique au genre en créant des groupes de discussion en fonction du sexe (plusieurs institutions de Suisse alémanique et une institution résidentielle romande ont déjà mis sur pied de tels groupes). Il faudrait apprendre aux femmes à prendre du pouvoir dans les relations, à ne plus se considérer comme victimes, les encourager à s'occuper de leur corps. Les hommes devraient être encouragés à ne pas penser que la contraception est uniquement une affaire de femmes.

Dans les structures ambulatoires et résidentielles, les intervenants estiment que l'amélioration de la PST passe aussi par la thérapie, c'est-à-dire l'amélioration de l'estime de soi, le réveil des ressources personnelles, du respect de soi, des sensations corporelles.

## 6 RESULTATS DES INTERVIEWS DES CONSOMMATEURS DE DROGUE

### 6.1 INTRODUCTION

Les interviews ont permis d'aborder les cinq thèmes suivants: Représentations de la PST (6.2, page 116), Pratiques de prévention vécues (6.3, page 119), Difficultés (6.4, page 123), Expériences de discussion sur la PST (6.5, page 130), Propositions d'amélioration (6.6, page 137).

Dans le texte, chaque citation est suivie entre parenthèses de l'indication sur le sexe du CD, le numéro de l'interview et l'abréviation de la région linguistique (R = Suisse romande, A = Suisse alémanique).

### 6.2 REPRESENTATIONS DE LA PST

Ce chapitre comprend deux thèmes: l'importance que les CD attribuent à la PST et s'ils sont d'accord ou pas avec les consignes de prévention.

#### 6.2.1 Importance de la PST

La question sur l'importance de la PST était une question très générale d'entrée en matière ("estimez-vous qu'il est important de se protéger contre le VIH/sida? Et par rapport à la transmission par les relations sexuelles?"). **Tous les interviewés relèvent l'importance de la protection contre le VIH, dans le domaine sexuel et par rapport à l'injection.** La majorité des CD (24) se limite à répondre affirmativement à la question. D'autres interviewés (4) trouvent que la PST est vitale, primordiale, parce que le VIH/sida implique encore la mort, malgré les thérapies existantes:

*Ah ben c'est clair ! Bien sûr. (...) Le sida c'est quand même, même s'il y a les traitements maintenant, c'est quand même euh, pour moi c'est égal à la mort hein, comme on a pas encore trouvé de produit... (Femme, Int.14, R)*

*Das denke ich ist lebenswichtig, weiss ja nie genau was gelaufen ist sagen wir beim Partner die, die letzten 6 Monate, ja es dünkt mich eigentlich logisch. (Homme, Int.8, A)*

**Spontanément aucun des CD interviewés ne fait la liaison entre PST et contraception. Par contre, cinq CD affirment que la PST est importante parce qu'elle permet aussi de prévenir l'hépatite. Ce sont notamment des personnes qui affirment plus tard être positives à l'hépatite B ou C.**

#### 6.2.2 Pertinence des consignes de prévention

S'il y a **unanimité par rapport à l'importance de la PST**, ce n'est pas le cas pour les recommandations de l'OFSP<sup>1</sup> émises en 1993, qui conseillaient aux CD l'utilisation

systematique du préservatif aussi bien avec les partenaires stables qu'avec les partenaires occasionnels.

**En ce qui concerne les rapports occasionnels, les consignes de l'OFSP de 1993 ne sont pas remises en question.** Les CD semblent donc les approuver, d'une manière plus ou moins explicite.

Moins de la moitié des CD (2 femmes et 7 hommes) approuvent les consignes tout court. Quelques uns d'entre eux tiennent à souligner leur accord aussi dans le cas de relation stable en expliquant que le danger d'une transmission du VIH est toujours présent dès qu'il y a consommation par voie intraveineuse.

*Ben, oui, c'est normal, je trouve que c'est sain comme attitude, parce que même avec notre partenaire stable, dans le milieu de la drogue on ne peut jamais avoir de sécurité, parce qu'il suffit qu'un jour qqn soit tellement malade, tellement en manque, tellement désespéré qu'il va passer par-dessus tout pour avoir la dose, quoi ça veut dire qu'il va accepter du matériel qui n'est pas, je veux dire, il va prendre des risques, ça c'est tellement facile, c'est tellement vite fait. (Femme, Int.7, R)*

*Ja (accord avec l'emploi du préservatif aussi avec le partenaire stable). Und zwar weil es ja eben nicht nur durch, durch äh den sexuellen Kontakt übertragen werden kann, also auch wenn ich das Gefühl habe, ich wäre das Leben lang nur treu gewesen und so weiter, dass es durch einen Sprizentausch oder durch das Hinterteil oder irgendetwas oder durch einen dreckigen Löffel oder was weiss ich was, darum, darum finde ich es schon wichtig. (Homme, Int.4, A)*

**Envers la nécessité de la protection dans les rapports sexuels avec des partenaires stables, les avis sont au contraire plus partagés. Plus de la moitié des interviewés (15) ne sont pas d'accord avec la consigne selon laquelle il faudrait utiliser le préservatif au sein des relations stables: cette consigne irait „trop loin“, serait „trop exigeante“, même „inacceptable“.**

C'est plutôt les femmes (11 versus 4 hommes) qui ne voient pas la nécessité de protection dans les relations stables. Il est intéressant de remarquer que les quatre femmes qui se prostituent, auxquelles il en faut ajouter trois des quatre qui ont eu des phases de prostitution dans le passé, sont toutes opposées à l'utilisation du préservatif dans les relations stables.

*C'est exagéré, oui. Je veux dire là, c'est à chacun sa responsabilité hein, si... c'est une question de confiance dans le couple. C'est comme un couple qui est pas toxicomane, hein, c'est pareil. (Femme, Int.14, R).*

**Pour expliquer leur avis, les CD nomment différents aspects qui rendent selon eux inutile l'utilisation du préservatif dans le couple stable.** Certains de ces aspects se retrouvent dans différentes interviews, comme par exemple la connaissance de la séronégativité de l'autre<sup>7</sup> (9), la fidélité (7), la stabilité de la relation (6), la possibilité de faire confiance (5) et la consommation sûre<sup>8</sup> (4). A relever qu'une seule personne mentionne spontanément la négativité par rapport à l'hépatite comme condition à la non protection dans les rapports sexuels avec un partenaire stable. Non seulement les CD nomment différents éléments, mais il y a aussi un mélange de ces derniers entre eux, comme le montrent les citations qui suivent:

*Ben je ne crois pas, pour moi c'est exigeant parce que je ne vois pas, je ne vois pas, je ne vois pas pourquoi je devrais me protéger, j'ai une partenaire stable, je veux dire je me suis toujours protégé quand je me droguais, donc je ne vais pas pourquoi - je devrais mettre un préservatif, pour qqn qui a plutôt une vie que n'est pas saine dans la drogue ou comme ça, oui, je pense que c'est important. (Homme, Int.3, R)*

<sup>7</sup> Seulement 4 nomment le test à ce propos.

<sup>8</sup> Consommation non intraveineuse ou toujours avec du matériel stérile.

*Vraiment quoi, donc, ça dépend vraiment de la personne ; mais c'est vrai que je trouve que c'est trop de dire qu'on devrait se protéger avec son partenaire, mais ça dépend des relations qu'il y a. Quoiqu'on peut très bien se faire tromper un jour et puis on ne le sait pas, on ne sait jamais, c'est vrai c'est, c'est, mais. Moi, en tout cas, dans notre couple, on a 100% confiance l'un dans l'autre, de toute façon on est 24 heures sur 24 ensemble pour l'instant, on a pas de travail, donc heu, là il n'y a rien à craindre. (Femme, Int.5, R)*

*Aber Freundschaften also vorallem mit Partner oder wenn du jemanden kennlernst, bin ich dafür, dass ich von dieser Freundschaft oder beginnenden Freundschaft sicher einen Aidstest will und solange einfach ja mit Präservativen, eben auch schon jetzt, weil ich jetzt mit meinem Hep. (Femme, Int.2, A)*

*Ja das ist, also äh ja bei, bei Neukontakten und aber sagen wir, wenn du deinen Partner kennst und beide wissen voneinander, beide sind negativ, dann, dann ist es eine klare Sache und wenn sich beide vertrauen können oder, dann finde ich schon ist der ..., weil den Mittelweg gibt es wirklich nicht, ich denke es ist einfach wichtig am Anfang, dass man offen und ehrlich ist, das da einfach nicht vor lauter ja jetzt wenn ich das die Freundin fragen würde, dann, dann mache ich den schönen Augenblick kaputt, aber das ist vielleicht klüger als im nachhinein, wenn dann vieles kaputt ist. (Homme, Int.5, A)*

Un dernier aspect à souligner est le fait que quelques CD (5) affirment que les consignes devraient valoir autant pour les CD que pour la population générale. En effet les CD sont très bien informés, ont fait le test, ce qui n'est pas toujours le cas dans la population générale. En outre il y a de plus en plus de séropositifs dans la population générale:

*Heu, je déteste entendre que les consommateurs devraient utiliser. Je trouve ce n'est pas juste, parce que comme je vous l'ai dit, il y a autant de gens, en tout cas maintenant il y a pas mal de gens qui ne consomment pas et qui sont porteurs du virus. (...) Il y a aussi ceux qui ne le savent pas, qui pour eux c'est impensable qu'ils puissent être porteur du virus et qui par conséquent ne feront jamais un seul test. Nous, je dirais, nous, la population toxicomane on fait régulièrement des tests, donc on est toujours informé de son état de santé, on sait si on est négatif, la personne sait si elle est positive. (Femme, Int.4, R)*

### 6.2.3 Synthèse sur les représentations

Si d'une part tous les CD interviewés sont en principe d'accord sur l'importance de la prévention du sida aussi dans les rapports sexuelles, il n'y a pas unanimité par rapport aux consignes de l'OFSP émises en 1993. La nécessité d'employer le préservatif dans les relations stables est remise en cause par la moitié des CD, en majorité des femmes: cette consigne irait trop loin, serait exagérée, inacceptable. Les personnes opposées à l'usage du préservatif dans le couple stable mettent en évidence plusieurs éléments qui le rendent inutile, comme la séronégativité du partenaire, la fidélité, la confiance et une combinaison de ces aspects. Cet éventail de possibilités découle aussi d'une hétérogénéité de parcours et d'expériences sexuelles, qui caractérisent, comme on verra dans le chapitre suivant, les CD interviewés.

L'adhésion à la consigne de protection lors des rapports occasionnels semble au contraire moins problématique. Elle est soutenue par tout le monde.

Quelques CD revendiquent aussi une égalité de consignes pour les CD et la population générale, en considération du fait que le nombre de personnes séropositives a augmenté surtout chez les non CD.

La possibilité d'un emploi synergique du préservatif - à la fois pour se protéger contre le sida, contre d'autres maladies sexuellement transmissibles et contre les grossesses non désirées - n'est pas du tout envisagé par les CD. Pratiquement aucun CD n'en parle spontanément.

## 6.3 PRATIQUES DE PREVENTION VECUES

Ce chapitre comprend les thèmes suivants: Activité sexuelle (6.3.1 page 119), Type de partenaire (6.3.2 page 119), Parcours de vie affective et sexuelle (6.3.3, page 120), Utilisation du préservatif (6.3.4, page 120), Influence de la consommation sur la sexualité (6.3.5, page 121).

Dans les interviews les CD ont été conduits à reconstruire leur biographie sexuelle, c'est-à-dire à raconter en grandes lignes les rapports sexuels qu'ils ont eus, les types de partenaires, l'éventuelle protection contre le sida. La question a été laissée très ouverte pour permettre aux CD de raconter leurs expériences de la façon qui leur convenait le mieux. Ainsi, par exemple, l'influence de la consommation sur la sexualité n'a pas été thématifiée systématiquement. Les chercheuses ont demandé de raconter les expériences en ordre chronologique et ont dû parfois aider les CD dans le calcul des années, surtout pour les personnes relativement âgées ou celles avec une vie sexuelle assez mouvementée.

### 6.3.1 Activité sexuelle

**En premier lieu, on observe que tous les CD interviewés ont déjà été sexuellement actifs.** Si on considère uniquement une période plus récente, c'est à dire environ les deux ans avant l'interview, on remarque que quatre CD (3 hommes et 1 femme) n'ont eu aucun rapport sexuel.

**Beaucoup de CD ont d'ailleurs vécu des périodes sans avoir des partenaires, ni stables, ni occasionnels, qui varient d'une année à sept ans.** C'est généralement suite à des déceptions et des problèmes de couple liés souvent à la consommation que les CD décident d'une manière plus au moins active de ne plus avoir de partenaire(s). Si pour quelques uns il s'agit de périodes de baisse d'intérêt, d'autres construisent activement des barrières de protection contre les relations et les émotions, comme l'exprime ce CD, par peur d'être à nouveau blessé, voir dupé:

*Also ich habe auch, ich habe mich gar nicht mehr einlassen wollen auf eine Beziehung allgemein und auf das auch nicht mehr, ja ich habe wirklich keine Lust mehr gehabt, ich bin dort auch verarscht worden und dort habe ich wirklich auch Mauern gesetzt gehabt, ich habe niemanden mehr an mich heranlassen wollen, habe für mich sein wollen. Auch die Angst, Angst gehabt vor dem wieder verletzt zu werden oder zu fest ... (Homme, Int.3a)*

### 6.3.2 Type de partenaire

**Hommes et femmes se distinguent assez clairement en ce qui concerne le type de partenaire.** Pratiquement tous les CD (toutes les femmes et tous les hommes sauf un) ont eu au cours de leur vie au moins un partenaire stable. Il n'en va pas de même concernant les relations avec les partenaires occasionnels, nettement plus répandues chez les hommes (9 sur 13 ont eu au moins une fois un partenaire occasionnel) que chez les femmes (3 sur 15). Aucun homme n'a affirmé se prostituer, et deux ont dit avoir eu des rapports sexuels avec des prostituées non CD. Par contre, plus de la moitié des femmes interviewées (8 sur 15) ont pratiqué à un certain moment de leur vie la prostitution: pour quatre CD qui se prostituent actuellement, la prostitution était un critère de sélection pour l'interview, ce qui n'était pas le cas pour les quatre autres.

### 6.3.3 Parcours de vie affective et sexuelle

**Il n'y a pas une typologie de parcours de vie sexuelle des CD interviewés: les CD ne représentent pas une population homogène par rapport au type et au nombre de partenaires, à la durée des relations et de l'abstinence sexuelle, et la composition de ces éléments dans les biographies.**

**Cependant certains éléments se retrouvent dans plusieurs interviews, comme c'est par exemple le cas de la souffrance et la douleur vécues dans les relations.** Les récits de viol, violence physique et psychique, d'exploitation, de vécu d'abandon et de mort ne sont pas l'exception dans les expériences racontées. Si quelques éléments se retrouvent dans plusieurs interviews, il y a un cumul particulier de ces derniers dans les récits des femmes qui ont pratiqué la prostitution:

*Et bien, j'ai eu beaucoup de viols - malheureusement, de garçons qui profitaient de moi, ouais, je n'ai jamais eu vraiment heu, connu l'amour, parce que ça a toujours été des hommes qui ont profité - Quand j'étais plus jeune, quand j'avais 12, 13 ans ben, c'est comme ça que je suis devenue toxicomane. (Femme, Int.10, R)*

*Ja, ja ich habe recht wenige Männer gehabt in meinem Leben, etwa 4 Stück oder 5 ja, ja ich kann es nicht sagen, ja ich bin einfach übervorsichtig, eben wenn, es macht einem ja weh, wenn, wenn du mit jemanden geschlafen hast oder du bist verliebt und der andere benützt dich einfach nur noch und am anderen Morgen wirst einfach so fortgeschossen oder und das habe ich jetzt 2mal erlebt und, und wegen dem oder respektive ich glaube ich kann mich gar nicht mehr verlieben. (Femme, Int.11, A)*

### 6.3.4 Utilisation du préservatif

*La quasi totalité des interviewés (26) ont déjà utilisé le préservatif au cours de leur vie. Toutefois tous les CD ont eu, à un moment donné de leur vie où ils consommaient, des rapports sexuels sans préservatif. L'emploi varie de „toujours sauf en deux occasions“ jusqu'à quelques fois pendant la jeunesse, avec des variations entre ces deux extrêmes.*

*On constate que l'utilisation du préservatif est clairement liée au type de relation: c'est en général les rapports sexuels avec les clients, respectivement avec les prostituées, qui sont les plus protégés: parmi les huit femmes qui ont pratiqué la prostitution, six<sup>9</sup> affirment avoir toujours imposé l'utilisation du préservatif et les deux hommes qui ont fréquenté des prostituées professionnelles ont aussi affirmé avoir eu des rapports protégés. Mais les mêmes personnes qui emploient le préservatif pour la prostitution, adoptent encore moins que les autres un comportement préventif dans d'autres relations. Une femme qui pratique la prostitution en se protégeant toujours, considère l'emploi du préservatif comme une espèce d'atteinte à la confiance du couple:*

*Moi, pour moi, ma conception à moi, j'entends, si je connais qqn, si je suis avec un homme depuis un moment et que je le connais et que, j'entends, on en a parlé, on a fait des tests, pour moi, c'est impensable, non, je ne conçois pas d'avoir des relations sexuelles avec mon partenaire à longue durée avec préservatif parce que, j'entends, ça se joue sur quoi là, j'entends, ça veut dire que on ne peut pas faire confiance à la personne et moi, je trouve que quand même dans un couple c'est vachement important d'avoir confiance, sinon, on va où ? ça sert à rien de vivre en couple, ça sert à rien du tout. Maintenant, c'est clair qu'il s'agit de la vie, mais heu - moi je verrais plus le côté, enfin travailler sur la confiance. (Femme, Int.4, R)*

---

<sup>9</sup> Parmi les femmes qui se prostituent actuellement, il y en a deux qui n'ont pas toujours des rapports protégés avec les clients: une dit qu'elle a des rapports oraux sans préservatif avec 4 clients réguliers, et l'autre dit ne pas avoir toujours réussi à imposer aux clients l'emploi du préservatif, surtout dans le passé.

De manière générale, l'emploi du préservatif est plus fréquent lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels que lors de ceux avec des partenaires stables, même si cette observation n'est pas vérifiée pour tous les interviewés et dans toutes les étapes biographiques.

Dans des couples sérodiscordants, on observe des prises de risque. Un des trois interviewés séropositifs prend actuellement des risques avec sa femme: il dit de ne pas employer systématiquement le préservatif dès le début du rapport sexuel, ou encore ne pas l'utiliser du tout, mais se retirer avant l'éjaculation. Une autre femme séropositive n'a jamais utilisé, avant le 1991, le préservatif avec son mari (ce qui n'est plus le cas dans ces rapports actuels avec d'autres hommes) parce que son partenaire n'avait pas peur de la transmission du VIH (elle avait à cette époque des valeurs relativement bonnes) et ils désiraient avoir un enfant. De plus un homme séronégatif dit ne pas employer le préservatif avec sa femme qui est séropositive et ne pas l'avoir utilisé systématiquement dans le passé avec d'autres femmes séropositives. Les personnes qui prennent des risques dans ce type de relation disent qu'elles se sentent à l'abri de la transmission du VIH et qu'elles le font dans le but de prouver leur amour ou de plus partager avec leur partenaire.

*Que je joue avec le feu? Ecoutez pas plus que de rouler en vélo sur le pont du Mont Blanc aux heures de pointes, pas plus que - que de - je ne sais pas, que de faire du ski ou de faire des sports extrêmes qui donnent des sensations. Bon, je ne le fais pas pour avoir des sensations, je veux dire, je n'éprouve pas un plaisir, disons - pervers de ne pas me protéger, c'est pas une roulette russe. Simplement, c'est une attitude que j'ai choisie par rapport à qqn que j'aime et qui fait, qui constitue pour moi quelque chose comme une preuve d'amour, peut-être que c'est un peu romantique, un peu con, mais c'est comme ça (rires). (... ) Et puis le fait que, et bien, c'est quand même perçu comme, je sais pas, un acte d'amour quand même assez fort, de s'engager, d'engager quand même l'hypothèque de sa vie dans un acte, avec la personne que l'on aime. (Homme, Int.11, R)*

### 6.3.5 Influence de la consommation sur la sexualité

Tous les interviewés qui ont parlé du rôle joué par la consommation dans le domaine sexuel (14) ont affirmé qu'elle influence d'une manière importante la sexualité: tous observent une baisse d'intérêt envers les rapports sexuels suite à la consommation, sauf dans le cas de la cocaïne.

En ce qui concerne l'influence directe que les produits ont sur la sexualité, tous les CD qui en parlent concordent sur l'effet sédatif de la méthadone sur la libido, tant pour les hommes que pour les femmes:

*Das Methadon macht relativ gleichgültig, also es ist eigentlich schlimm wenn man das sagen muss, aber es ist halt so, ich denke mir, eben 30, 30 mg Methadon, das ist etwa die Grenze, dass das du nachher wieder anfängst normal zu funktionieren, also weißt du das Gefühlsleben und alles und auch, auch dein Körper, das er wieder normal reagiert, also nur schon der Wunsch nach irgendeinen sexuellen Kontakt ist weniger da mit Methadon, als wenn, als wenn du keine Drogen benutzt. (Femme, Int.6, A)*

Les avis sont partagés concernant l'héroïne: les uns disent qu'elle atténue l'envie, les autres affirment qu'elle rend difficile l'érection, d'autres encore que l'érection est possible, mais l'éjaculation très difficile. Les trois CD qui parlent de cocaïne, lui reconnaissent un rôle de stimulateur de la sexualité, mais qui se traduit pour les hommes par une érection très longue et une difficulté à éjaculer.

Cependant l'influence sur la sexualité ne viendrait pas seulement du produit en soi et toucherait non seulement les rapports sexuels, mais aussi les relations (voir chapitre 6.3.3, page 120): en effet plusieurs CD affirment que dans les périodes de consommation ils ont la tête ailleurs, qu'ils n'ont pas envie d'avoir de relations sexuelles à cause de leur situation de vie trop

dégradée, qu'ils ont „*beaucoup plus une relation amoureuse physique avec le produit lui-même qu'avec le partenaire*“.

### 6.3.6 Synthèse sur les pratiques

Tous les CD ont eu une vie sexuelle active et la grande majorité a eu récemment des rapports sexuels avec un ou plusieurs partenaires. Par contre, plusieurs personnes interviewées ont vécu des phases sans avoir de partenaires, ni stables, ni occasionnels, qui varient d'une année à sept ans. La plupart du temps, il s'agit normalement d'un choix fait suite à des déceptions et des problèmes de couple souvent liés à la consommation.

"Le parcours typique du CD" par rapport à la vie sexuelle n'existe pas: les personnes interviewées présentent des profils très hétérogènes en ce qui concerne le type et le nombre de partenaires, la durée des relations et de l'abstinence sexuelle. Toutefois il y a des éléments qu'on retrouve dans de nombreuses interviews, comme par exemple un vécu de souffrance par rapport aux relations, surtout chez les femmes qui ont pratiqué la prostitution.

Pratiquement toutes les personnes interviewées ont déjà eu un partenaire stable. De manière générale, les hommes sont plus nombreux à avoir eu des rapports sexuels occasionnels que les femmes. La même constatation a été faite dans les enquêtes de population: c'est plutôt les hommes qui disent avoir des rapports occasionnels. Par contre, seules des femmes affirment s'être prostituées: plus de la moitié des interviewées ont eu au cours de leur vie des rapports sexuels avec des clients. La prostitution est donc une expérience assez répandue chez les femmes CD interviewées. Toutefois ces dernières ne se prostituent pas pendant toute leur vie ou pendant toute la période de consommation, mais la prostitution peut être également épisodique ou transitoire.

Quant à la prise de risque et aux comportements préventifs, on retrouve également un tableau hétérogène avec des éléments qui se retrouvent dans nombreuses interviews. On constate, comme dans d'autres études, que l'utilisation du préservatif est clairement liée au type de relation: ce sont les rapports sexuels avec les clients qui sont les mieux protégés, même si l'utilisation du préservatif n'est pas absolue dans ce domaine non plus. L'emploi du préservatif est de manière générale plus fréquent dans les rapports avec des partenaires occasionnels que dans les relations stables. Toutes les femmes qui se prostituent actuellement affirment se protéger dans les rapports sexuels avec les clients mais pas dans les relations avec leur partenaire stable. Elles ne veulent pas utiliser le préservatif avec leur partenaire stable et n'acceptent pas, comme d'autres CD interviewés, les consignes de prévention pour le couple stable. Il est donc probable que le non emploi du préservatif soit un symbole de confiance qui sert entre autres à différencier les types de relation. Que des aspects émotionnels jouent un rôle dans l'emploi du préservatif ressort aussi du fait que dans des couples sérodiscordants la protection n'est pas toujours assurée: la non protection devient preuve et cadeau d'amour dans des couples sérodiscordants.

Les différentes substances consommées ont aussi des effets sur la sexualité: la méthadone diminue nettement la libido, la cocaïne au contraire la stimulerait tandis que, pour l'héroïne, les avis sont partagés entre effet sédatif et effet stimulateur avec des difficultés d'éjaculation. Il est probable que ces différences concernant l'héroïne sont dues au type et à la durée de la consommation (par exemple consommation parallèle de plusieurs drogues, quantités consommées, parcours de

consommation...). De plus les périodes de grande consommation ont une influence négative sur l'emploi du préservatif, comme on verra dans le chapitre suivant sur les difficultés.

En ce qui concerne les consignes de prévention pour les CD, qui conseillent l'utilisation du préservatif en toutes circonstances et avec tous les partenaires, aucune des personnes interviewés ne les a suivis à la lettre: tous les CD ont eu, à un moment donné de leur vie où ils consommaient, des rapports sexuels sans préservatif. Ce constat n'est pas étonnant vu que pratiquement tous ont eu des relations stables et que plus de la moitié - surtout les femmes - ne partagent pas les consignes de PST pour les relations stables. Ces consignes émises en 1993 semblent donc peu réalistes. D'autre part, de nombreux CD adoptent des comportements préventifs dans certaines situations, comme par exemple avec les clients ou au début d'une relation. Il demeure toutefois difficile de juger de l'efficacité de ces comportements, parce que d'autres éléments également sont à prendre en compte: par exemple, dans les relations avec un partenaire stable, on peut se passer du préservatif sans courir le risque de transmission du VIH ou d'autres MST - encore faut-il résoudre la question de la contraception -, seulement à condition d'être séronégatifs et fidèles et d'avoir une consommation sûre. Des conditions théoriquement possibles, mais qui doivent être définies individuellement dans chaque cas.

## 6.4 DIFFICULTES

Ce chapitre comprend les thèmes suivants: Difficultés liées au préservatif lui-même (6.4.1, page 123), Difficultés dans le couple (6.4.2, page 124), Conditions de vie (6.4.3, page 125), Désespoir et estime de soi (6.4.4, page 126), Consommation de cocaïne (6.4.5, page 126), Transmission sexuelle du VIH et transmission par la voie intraveineuse (6.4.6, page 127), Autres difficultés (6.4.7, page 127) Prostitution (6.4.8, page 128).

Les CD ont été questionnés lors de l'interview sur les difficultés rencontrées pour la mise en pratique des consignes de prévention. Une grande partie des interviewés ont raconté des problèmes vécus personnellement. Quelques CD ont aussi cherché à donner des explications plus générales.

A part quatre CD qui n'ont pas de problèmes par rapport à l'emploi du préservatif, tous les autres interviewés ont donné des explications des difficultés rencontrées pour la mise en pratique de la PST. Les réponses sont parfois très différenciées et les exemples rendent bien la réalité des problèmes.

**Avant de passer aux différentes difficultés, il faut souligner que plusieurs personnes affirment que les informations et les connaissances sont présentes et ne représentent donc pas une difficulté pour la mise en pratique des consignes de prévention.**

### 6.4.1 Difficultés liées au préservatif lui-même

**La moitié des CD interviewés (7 femmes et 7 hommes) se sentent en quelque sorte dérangés par "cet objet en plastique".** Pour beaucoup de CD le préservatif gêne „*les sensations véritables*“, ne permet pas le même "feeling" (8) surtout chez l'homme et amène à des problèmes de sécheresse vaginale ou à des irritations cutanées chez les femmes (5). Le récit suivant n'est qu'un exemple de plusieurs affirmations qui vont dans la même direction:

*Avec ou sans, ce n'est quand même pas tout à fait la même chose. Bon, je dis, j'entends qu'on est plus au caoutchouc de 5 mm d'épaisseur, mais il y a quand même une différence quoi, et puis - ça je sais que quand même beaucoup de scientifiques ou des médecins disent que non, mais moi en tout cas, je trouve qu'il y en a une, quand même. (Homme, Int.1, R)*

D'autre part, le préservatif serait une brusque interruption du côté spontané et naturel des rapports sexuels et serait difficile à introduire dans les jeux érotiques (8). Le préservatif entraverait en quelque sorte le couple dans sa sexualité:

*Il n'y a rien à expliquer, c'est difficile quoi - ouh, - j'ai déjà essayé - pour moi, ça enlève un côté naturel de faire l'amour, il y a comme un troisième partenaire dans l'histoire quoi, même s'il me protège et il protège mon partenaire, c'est difficile quoi je trouve que c'est qq. chose de vraiment pas naturel quoi (...) en fait il n'y a que ce côté-là où ce n'est pas naturel, puis je ne sais pas, souvent ça m'enlevait l'excitation, je n'en sais rien quoi, donc et puis souvent ça m'est arrivé que mon partenaire ne veuille pas, qu'il aime pas ce, ce, ce ouais et puis en fait, moi je suis, je suis, en tout cas je parle bien mais, c'est - ce n'est pas évident de passer à l'acte. (Homme, Int.2, R)*

*Ja irgendwie das zu integrieren ist schon schwierig, weil man spielt ja miteinander, man macht irgendwie Zeug und Geschichten und so äh man ist nicht in erster Linie eigentlich so Vorspiel, so, so was man immer hört so eben Vorspiel und dann der Akt und dann ist es fertig und irgend ... oder Nachspiel von mir aus und so oder dass man dann wüsste, so Vorspiel ist beendet, jetzt schau jetzt musst den Gummi in der Reichweite haben, damit du da jetzt zack daraufsetzen und so, äh so ist es eben meistens eben also bei mir nie so abgelaufen oder im, im Bett oder in dem Sinn, so, so wäre es also wirklich Blödsinn, also da hätte man müssen schnell sein in dem Sinn, also wirklich in der Nähe haben. (Homme, Int12, A)*

Par rapport à la difficulté d'introduire le préservatif dans les jeux érotiques, une femme dit qu'il faut avoir un peu de fantaisie et qu'elle n'est pas d'accord avec les hommes qui pensent que le rapport sexuel avec préservatif ne donne pas le même plaisir:

*Äh viele Männer die sagen, sie ähm, viele Männer behaupten das der Sex nicht halb so, dass sie nicht halb so viel Spass daran hätten, es enge sie ein, es, es gleitet nicht alles so schön über, das eine in das andere, bis die Packung offen ist und das Dings angelegt ist, dabei kann man ja auch Spiele aus dem machen(...). Nein weil so viele Leute einfach einprägen, dass der Sex Scheisse ist mit einem Gummi, aber sie haben so wenig Phantasie, dass, dass, dass du selbst, das sei es eine Frau auch kann machen, das du nicht einfach einen abrupte Dings. (Femme, Int.9, A)*

#### 6.4.2 Difficultés dans le couple

**Il ressort clairement du chapitre précédent que l'emploi du préservatif n'est pas une chose à régler tout seul, mais soulève aussi des questions à l'intérieur du couple,** comme le reconnaissent presque la moitié des CD (6 hommes et 6 femmes). Souvent il s'agit de la difficulté de discuter avec le partenaire des thèmes tabous comme la possibilité de se transmettre, à l'intérieur d'une relation amoureuse, le VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. L'embarras provoqué par la communication dans ce domaine ressort très clairement de ces récits. Dans le premier cas, pour éviter de parler du sida, la femme préfère parler de grossesse. Dans le deuxième cas, autant la femme que l'homme aimeraient bien parler de protection, mais ont peur que l'autre s'énerve et par conséquent ils se taisent:

*Pour moi, ça devient un argument beaucoup plus facile à dire : je n'ai pas envie d'avoir un enfant, plutôt que je n'ai pas envie d'attraper le SIDA, ça reste encore assez - ça ne se dit pas facilement, non ? On en parle oui : ouais, ouais bon, j'ai rien à craindre, t'as fait le test ? ; ouais, je suis négative ; ouais, moi aussi. Tout ça, ça se faisait sur le plan de la confiance, c'est un truc qu'il faut parler, sentir, mais ce n'est pas*

*toujours évident, quoi. Alors moi je suis arrivée à une technique simple : j'ai toujours des préservatifs sur moi, puis, que ce soit n'importe quel moment : préservatif. (Femme, Int.7, R)*

*Mais, je crois que c'est souvent bête, parce que c'est encore un peu dans les mentalités, je pense des fois, je pense que ce n'est pas rare que dans un couple qui a une relation et qui n'emploie pas de préservatif, que la femme voulait mais n'osait pas le dire de peur que l'autre s'énerve et puis le mec c'était exactement la même chose quoi et comme ils avaient les deux envie d'en mettre un pour se protéger et puis à qq. part les deux avaient trop peur d'en parler quoi. C'est, mine de rien, je pense que la sexualité c'est quand même encore un - petit peu tabou, on a peur que l'autre se casse parce qu'on parle de préservatif; je ne sais pas c'est. (Homme, Int.1, R)*

On a peur que l'autre s'énerve, se fâche et disparaisse; ou encore peur de mettre en question, à travers la discussion sur l'emploi du préservatif, l'amour et la confiance envers le partenaire. Il faut du courage, comme le dit un CD, pour poser de telles questions:

*Aber ich denke es braucht auch Mut manchmal, also weisst du wenn du zum Teil ja verliebt, sitzt irgendwo und, und merkst ja beide wollen zusammen sein und dann, wie solle ich, eben wie solle ich fragen und was soll ich, ich denke so das man vielleicht das Verhalten, das wie sich verhalten nicht weiss auch, es sollte irgendwo so fast selbstverständlich heute werden, dass man einander fragen tut, bist du positiv oder nicht, eigentlich und das das ganze, das das einfach so in den Alltag hineingehört halt, weil Aids gehört auch in den Alltag hinein oder also. (Homme, Int.5, A)*

Plusieurs CD (5) témoignent que l'implication des sentiments ou la connaissance du partenaire tendent à éclipser la conscience de la prise de risque:

*Et puis - ensuite, j'ai eu peut-être encore un ou deux rapports et puis, je me rappelle que c'était qqm. que je ne connaissais pas, qui venait de l'étranger, je me rappelle qu'il m'avait demandé tout de suite si moi j'avais le SIDA ou si j'étais malade. Je lui avais dit non, j'avais déjà fait des tests hein et puis, il m'avait dit, donc là, on se protégeait, mais il m'avait demandé que je lui montre des papiers. Par contre moi je ne lui ai rien demandé. (...) Ben, je ne sais pas, maintenant que j'y pense, je ne sais pas, parce que là, de lui j'étais amoureuse, je croyais de nouveau, qu'enfin je pouvais de nouveau tomber amoureuse et puis, je crois ça m'a fermé les yeux et pourtant à ce moment-là, j'étais déjà consommatrice, j'avais tendance à trop faire confiance aux autres personnes. (Femme, Int.5, R)*

### 6.4.3 Conditions de vie

**Presque le moitié des CD (6 femmes et 7 hommes) affirment que les conditions de vie et les priorités des CD représentent une difficulté majeure pour la PST. Dans des périodes de grande consommation, c'est la recherche de la drogue qui détermine la vie. Tout doit se passer très vite, le stress, l'urgence et le chaos caractérisent les activités et les pensées des CD. Il y a beaucoup de problèmes: argent, travail, logement. Dans cette situation c'est la pensée à court terme, le besoin de la drogue qui est prioritaire. Le reste, et la PST ne fait pas exception, est en quelque sorte secondaire, moitié oublié, indifférent, comme il ressort de ces interviews:**

*Je pense déjà que, en étant, quand j'étais consommatrice vraiment, je n'étais pas bien, déjà, ça n'aide pas, parce qu'il n'y a que ça qui compte, déjà premièrement, ça c'est la chose la plus importante et puis - je pense que dans ces moments-là, on est capable de ne pas penser à ça; si on a un acte sexuel, on est capable de ne pas penser à ça, parce qu'il n'y a que la poudre qui est importante et puis voilà quoi; et puis on s'en rendra compte le jour où on est plus sous poudre, ben on va se dire: mon Dieu qu'est-ce que j'ai fait. (Femme, Int.5, R)*

*Ja in der Sucht kann es einem nicht schnell genug gehen, also das kurzfristige Denken überwiegt bei weitem das Langfristige. Sei es in der Stoffbeschaffung oder im Sexuellen oder auch mit Spritzenaustausch und, und, und. Also man weiss es eigentlich, man sollte es nicht, aber man hat im Moment einfach gar*

*keine Zeit und ich will es jetzt und nicht 5 Minuten später. Das eigentlich ... äh zum grossen Teil solche Sachen einfach ausgeblendet werden. Das kann mir ja bei dem sicher nicht passieren. (Homme, Int.4, A)*

Un CD en thérapie depuis un moment explique bien comment les périodes de grande consommation amènent les CD à ne pas se préoccuper de la protection du VIH; la volonté de protection réapparaît quand les CD ne sont plus totalement occupés par la consommation et font confiance dans le futur:

*(Quest) Et puis, est-ce que vous avez eu des problèmes en général avec les partenaires qui vous disaient : moi, je ne veux pas les utiliser ou des choses comme ça ? (Rep.) Hem, ben, c'est vrai que cela m'est arrivé justement dans ces périodes où j'étais un peu tout au fond du trou et puis, où là, ça m'est arrivé de vaguement avoir fait ça quoi. Et puis, mais maintenant, ça je le sais que j'arriverais à dire non, ma foi si je ne connais pas autrement la personne, maintenant je crois que cela ne me poserait pas de problème de dire non, ma foi tant pis. Maintenant que j'ai fait quand même presque le plus dur du travail de m'en sortir, je n'ai pas envie de me condamner maintenant. Bon je pense que là maintenant, j'arriverais à - mais, bon sûr que c'est aussi toujours des moments particuliers, on est un peu, - quand on arrive à ce stade-là on est aussi un peu plus impliqué par les sens les sentiments et tout donc heu. Je pense que comme je me connais, ça devrait pas trop me poser de problème.*

*(Quest.) Mais, ouais, à l'époque c'était quand même un, disons que - vu ce que vous viviez, vous pouviez très bien laisser aller et ne pas utiliser le préservatif. (Rep.) Ouais, c'était un peu ça que je me disais quoi - bon et bien, de toute façon moi je n'avais pas l'impression d'arriver une fois à 30 ans, c'était tellement, ça allait tellement mal et tout quoi, je me suis dit de toute façon même si, ma foi si je chope ça, c'est pas ça qui va me tuer. Bon par contre, il y a toujours la pensée quand même de ne pas le refiler plus loin quoi. (Homme, Int.1, R)*

#### 6.4.4 Désespoir et estime de soi

Souvent les CD se sentent découragés, ont l'impression que tout va mal. **Ce désespoir et le manque de respect pour soi semblent jouer aussi un rôle important dans la non protection contre le VIH**, comme nous le rappellent deux femmes:

*Ben, je pense que cela n'aide pas, parce que c'est une période où, ça dépend où on en est, si vraiment ça va mal, déjà on est mal dans notre peau, rien ne va ; forcément. On est consommateur, donc on est toujours en train de courir, je pense que cela peut facilement faire oublier. (Femme, Int.5, R)*

#### 6.4.5 Consommation de cocaïne

Souvent sous l'influence de la drogue ou de l'alcool, les CD ont tendance à oublier tout le reste. **Deux personnes rappellent comme la consommation de cocaïne amène à une dépendance très dangereuse pour la prévention du VIH**: les CD font beaucoup de shoots de jour et de nuit, donc aussi quand les seringues sont moins facilement disponibles. Les femmes ont souvent des rapports sexuels avec les dealers en échange de la cocaïne:

*Dans le sens où en ce moment - apparaît un phénomène qui est le phénomène, il y a de moins en moins d'héroïne, vu que les programme de méthadone sont de plus en plus efficaces et facile d'accès, et il y a de plus en plus de cocaïne. La cocaïne est une drogue qui s'injecte à raison d'un shoot toutes les, je veux dire, à peine un shoot est fait, la personne se prépare le suivant et on arrive à un tel point que, ils méprisent complètement les règles d'hygiène élémentaires, que ce soit la désinfection ou les moyens de se procurer de l'argent pour acheter de la dope. Il y a, vous allez à la gare, en tant que femme, les dealers black, c'est: l'amour ou l'argent. C'est comme ça. (Homme, Int.11, R)*

#### 6.4.6 Transmission sexuelle du VIH et transmission par voie intraveineuse

Si les conditions de vie - stress, urgence et chaos - et le manque d'espoir et d'estime en soi des CD sont l'obstacle majeur à la PST, comment expliquer le décalage entre le contrôle des risques de transmission du VIH liés à l'utilisation de seringues et ceux liés à la transmission sexuelle du VIH? **Quelques CD affirment que c'est plus facile de changer le comportement de consommation que le comportement sexuel.** Comme l'explique bien cette personne, les obstacles sont plus importants dans la PST: lorsque deux CD se connaissent et tombent amoureux, ils se sentent tout de suite très proches et se font confiance. C'est le premier obstacle à l'utilisation du préservatif. D'autre part la recherche de la seringue stérile est prioritaire par rapport au préservatif:

*Ja also ich denke eben, dass die Hemmschwelle grösser ist auf der einen Seite und dass man so wie das bei mir gewesen ist, dass man sehr oft auch vertraut, also 2 Leute lernen sich kennen, verlieben sich und man vertraut, eben verliebt halt und äh ich denke auch gerade bei den Drogenabhängigen, also äh ja das man sehr, sehr schnell vertraut oder und miteinander ins Bett geht und dass man schon zuerst äh schaut für eine saubere Spritze oder, vielleicht sekundär für ein Präservativ ja, und das denke ich, also mir ist einfach auch aufgefallen, das habe ich ja bei mir festgestellt, eben man wird sehr nachlässig wenn man Drogen konsumiert, also ja. (Homme, Int.10, A)*

De plus l'emploi d'une seringue stérile non seulement est en relation directe avec la consommation, préoccupation prioritaire des CD, mais facilite aussi l'injection. Les CD ont donc aussi intérêt à utiliser les seringues propres pour ne pas s'abîmer davantage les veines:

*Ja weil ich sage es einmal so, die meisten haben ja schlechte Venen und mit dreckigen Spritzen muss machst du dir die Venen kaputt, noch mehr kaputt, so dass du nicht mehr fixen kannst, Ja weil ich sage es einmal so, die meisten haben ja schlechte Venen und mit dreckigen Spritzen muss machst du dir die Venen kaputt, noch mehr kaputt, so dass du nicht mehr fixen kannst. (Homme, Int.5, A)*

Selon un interviewé, les CD pensent que le risque de transmission du VIH par voie intraveineuse est plus important que celui par voie sexuelle. Lui même n'est pas d'accord avec cette vision, parce qu'il affirme que le risque de transmission est le même, soit qu'on ait un rapport sexuel avec un partenaire séropositif, soit qu'on échange la seringue:

*Ich weiss es nicht genau, ich könnte mir vorstellen, dass, dass sich viele denken, ja äh eben Spritzentausch ist klar oder, da kannst du dich gerade sofort anstecken, beim, beim äh Geschlechtsverkehr denken sie vielleicht, es ist, es ist nicht so gefährlich oder, vielleicht das es eine kleine Chance da wäre, dass sie sich doch nicht angesteckt werden oder, ich weiss es nicht, vielleicht ist es das oder, das es nicht so ernst genommen wird, dabei ist es ja das selbe oder, wenn jetzt, ja Geschlechtsverkehr mit jemanden hast der, der Aids hat, oder beim Spritzentausch ist es gleich was du machst oder, du bist angesteckt nachher oder, aber ich glaube, dass das vielleicht ein bisschen verharmlost wird dann oder der Geschlechtsverkehr, könnte ich mir vorstellen. (Homme, Int.13, A)*

#### 6.4.7 Autres difficultés

Par rapport à la perception du risque, une personne dit que la transmission sexuelle du VIH est moins probable que celle par voie intraveineuse, ou encore un homme négatif avec une partenaire positive dit que le risque de transmission de l'homme à la femme est plus petit que le contraire. Une femme qui se prostitue affirme que cette dernière justification est d'ailleurs très répandue chez les clients qui veulent des rapports sexuels non protégés.

D'autres obstacles pour la mise en pratique de la PST ont été nommés moins fréquemment: un certain fatalisme „cela ne m'arrive pas à moi“, l'attitude que la vie comporte de toute façon des

risques et qu'on ne peut pas vivre dans la sécurité totale, le fait qu'on se sent un peu exotique si on se protège.

#### 6.4.8 Prostitution

**Toutes les femmes qui ont pratiqué la prostitution ou en ont vécu des épisodes (8) soulignent les difficultés pour mettre en pratique la PST dans ce champ.** Elles affirment qu'il y a toujours des clients qui font pression pour avoir des rapports sexuels non protégés en offrant une rétribution plus importante.

Selon une femme qui se prostitue, plusieurs clients disent seulement au dernier moment qu'ils ne veulent pas mettre le préservatif, quand la négociation a déjà eu lieu et c'est plus difficile pour la femme de refuser. Elle affirme que les CD qui se prostituent se retrouvent souvent dans une situation paradoxale: pour se protéger elles doivent rendre attentif les clients du risque de transmission du VIH et en même temps elles doivent faire attention à ne pas les effrayer pour ne pas perdre les clients:

*Ja habe ich auch schon (parlé de préservatif avec les clients), obwohl ich weiss natürlich, wenn ich das mit ihnen diskutiere, könnte ich einem unheimlich Angst machen, dann will er nicht mehr, das ist eben auch noch, also ja diskutieren tue ich nicht mit jedem, ich habe natürlich schon geschaut mit weil, weil es ist ja der Bus davor, also ich weiss nicht, ob es jetzt auch am Winter liegt, aber es läuft nicht mehr so gut und äh ja die Polizei hat viel mit Freier geredet, 70% von den Frauen da vorne sind positiv, ich weiss nicht ob das stimmt, da haben sie einem auch Angst gemacht, gut es ist ja recht. (Femme, Int7, A).*

En plus du besoin de la drogue, d'autres facteurs tel que le froid en hiver, ou une grande concurrence augmentent le risque de ne pas respecter les règles de protection. Les clients connaissent souvent la situation d'urgence dans laquelle se trouvent les femmes CD et en profitent pour avoir des rapports sans préservatif, qu'il ne peuvent normalement pas avoir avec des prostituées professionnelles:

*Ça dépend qui, ça dépend qui, le milieu de la prostitution des toxicomanes, il y en a très peu qui peuvent exiger ça, on a un trop grand besoin d'argent, quand il s'agit de trouver de l'argent pour trouver du produit, j'entends, ça a une autre dimension. Moi, je ne vous parle pas des prostituées qu'il y a aux Paquits ou des prostituées professionnelles qui alors là c'est sûr, c'est encore un autre milieu, là je sais. (Femme, Int.4, R)*

Comme on a vu dans un chapitre précédent (6.4.5, page 126) la cocaïne pousserait les femmes CD à la prostitution, à cause de l'énorme besoin d'argent dû à une consommation incontrôlable:

*Alors en fait, l'an passé malheureusement j'ai eu, j'ai connu la cocaïne qui est une drogue que j'estime vraiment très dangereuse, beaucoup plus que l'héroïne, elle est vicieuse, il nous en faut de plus en plus, au niveau de l'argent, ça nous ruine et ça nous, ça m'a, ça nous, ça m'a mené, en tout cas et je crois que c'est le cas aussi de plusieurs filles ou de personnes en général, - à, à la prostitution je vais dire entre guillemets, parce que j'ai eu trois essais qui m'ont complètement heu, j'avais besoin d'argent, je suis allée au boulevard Helvétique et heu et puis bien, oui, j'ai, j'ai je me suis prostituée (...) et une ou deux fois malheureusement, avec les Noirs qui vendent de la cocaïne, si on a pas d'argent, on propose de coucher contre de la drogue et, c'est pas du tout moi, mais sous l'emprise de cette drogue, ça m'a amené à faire ça. Je me suis mise à vomir, tellement ça m'a dégoûté, je l'ai fait deux fois et de nouveau en me protégeant. (Femme, Int.8, R)*

Il semble que les dealers qui vendent de la cocaïne offrent la possibilité de payer "en nature" et demandent des rapports non protégés.

Même si le thème de la prostitution ne faisait pas partie de la grille d'entretien, plusieurs CD interviewés qui ne se sont jamais prostitués personnellement (3 femmes sur 7 et 5 hommes sur 13) relèvent les difficultés rencontrées par des amies prostituées à se protéger dans les rapports sexuels avec les clients.

#### 6.4.9 Synthèse des difficultés

Presque le moitié des CD affirment que les conditions de vie et les priorités des CD représentent une difficulté majeure pour la PST. Dans des périodes de grande consommation, c'est la recherche de la drogue qui détermine la vie. L'urgence, le chaos et le désespoir qui en découlent représentent des obstacles majeurs pour la mise en pratique de la PST. Si d'une part tout ce qui n'est pas lié directement à la drogue n'est pas prioritaire, d'autre part un manque d'espoir rendrait les CD en période de grande consommation peu sensibles à des comportements préventifs. Mais les difficultés ne se limitent pas à ces aspects de conditions de vie et psychiques, sinon on ne pourrait pas expliquer le décalage entre le contrôle des risques de transmission du VIH liés à l'utilisation de seringues et de ceux liés à la transmission sexuelle du VIH. Il est vrai que l'utilisation de matériel stérile d'injection non seulement est en relation directe avec la consommation, mais la facilite aussi. On ne peut pas dire la même chose du préservatif, pas lié directement avec la consommation et perçu par une grande partie des CD comme une gêne au niveau des sensations, une interruption désagréable de la spontanéité des jeux érotiques. Le préservatif semble gêner tant les hommes que les femmes et soulève des questions à l'intérieur du couple. Souvent les CD disent éprouver de l'embarras, avoir de la peine à aborder ce thème avec leur partenaire. Un autre élément qui ressort est la peur que le partenaire s'énerve et les quitte; ou encore la peur de mettre en question, à travers la demande de protection, l'amour et la confiance en l'autre.

Ce dernier aspect rejoint les observations des chapitres précédents: la moitié des CD, surtout des femmes, n'acceptent pas les consignes de prévention pour les rapports avec des partenaires stables et adoptent, dans le meilleur des cas, d'autres stratégies de prévention que le préservatif. De plus le préservatif n'est souvent pas employé, même dans les cas plus extrêmes de sérodivergence connue: l'image du préservatif comme barrière pour la relation, comme symbole de manque de confiance et d'amour est donc encore assez répandue .

Personne ne mentionne le manque d'information comme difficulté pour la PST et au contraire plusieurs affirment que les connaissances sont présentes. Mais ces connaissances générales ne se traduisent pas toujours en conscience du risque personnel et en pratiques de protection.

Deux autres aspects posent des problèmes pour la mise en place des consignes de prévention dans le domaine sexuel: la consommation de cocaïne et la prostitution. La dépendance entraînée par la cocaïne amènerait à une consommation incontrôlée et donc à des conditions de vie très défavorables. De plus, souvent les femmes se prostitueraient, parfois avec les dealers mêmes, pour pouvoir se payer la drogue. Etant donné que le besoin de consommation est encore plus insistant que pour d'autres substances et qu'il n'y a pas des programmes de substitution pour la cocaïne, l'urgence et le stress pour avoir l'argent nécessaire sont encore plus pressants. Par conséquent la probabilité de céder aux demandes de rapports non protégés de la part des clients augmente.

Non seulement les femmes qui ont vécu personnellement la prostitution, mais aussi d'autres CD qui connaissent des prostituées CD parlent des difficultés à mettre en pratique la PST dans la prostitution. Cela montre que ce thème est présent et conscient chez les CD et pourrait aussi en

partie expliquer le désir de différencier la relation avec les clients de la relation stable à travers le non emploi du préservatif.

## 6.5 EXPERIENCES DE DISCUSSION SUR LA PST

Ce chapitre comprend les thèmes suivants: Expériences avec les professionnels en général (6.5.1, page 130), Expériences dans les différents types de service (6.5.2, page 130), Raisons du manque de discussion avec les professionnels (6.5.3, page 132), Eléments qui facilitent la discussion avec les professionnels (6.5.4, page 133), Prostitution et expériences avec les professionnels (6.5.5, page 134), Expériences avec des non professionnels (6.5.6, page 134).

Un des objectifs de la recherche était de mieux connaître les expériences et les problèmes que les CD rencontrent quand à la possibilité de parler de PST et de sexualité auprès des intervenants de divers services et avec des non professionnels. Les CD ont donc été conduits à rapporter les expériences faites à ce sujet avec les différents intervenants et dans leur entourage. Dans leurs réponses, les CD parlent souvent de leurs expériences de discussions sur la sexualité ou encore sur le sida en général et non pas d'une manière spécifique sur la PST.

### 6.5.1 Expériences avec les professionnels en général

**Tous les CD ont abordé une fois ou l'autre le thème de la prévention du sida:** les plus jeunes ont eu des cours à l'école, d'autres se sont informés à travers des brochures, d'autres encore ont eu des discussions à ce sujet avec un ou plusieurs professionnels. **Tout le monde à été testé pour le VIH au moins une fois dans sa vie.**

En ce qui concerne la possibilité de parler de PST avec des professionnels, **les expériences sont disparates et varient selon le sexe du CD: quelques uns (5 femmes et 1 homme) affirment n'avoir jamais discuté de PST avec des professionnels, d'autres (4 femmes et 1 homme) ont eu des explications, mais affirment spontanément n'avoir jamais approfondi la discussion. La majorité des répondants (6 femmes et 11 hommes) ont discuté plus en profondeur les thèmes liés à la PST.** Les exemples suivants montrent bien les trois types de réponse:

*(Quest.) Et depuis le début de l'épidémie, est-ce que vous en avez parlé ? Est-ce que vous avez parlé de la transmission sexuelle du VIH avec un professionnel ? (Réponse): Non (Quest.) Vous avez pas eu des cours ou des séances ? (Réponse): Non, pas du tout. (Femme, Int.4, R)*

*(Quest.) Et puis euh, en quoi ont consisté vos discussions ? (Réponse) Eh ben, ils mettent euh justement... ils mettent en garde, ils mettent euh... ouais, qu'il faut toujours mettre un préservatif, euh (...) Mais j'en ai jamais vraiment discuté, en fait, plus approfondi. (Femme, Int.14, R)*

*Ja das (la prévention du sida) ist mir immer sehr wichtig gewesen, gut ich muss auch sagen da hat mir die Poliklinik auch nachher dann, also ich habe ein saugutes Verhältnis zum XY. (Quest.) Und das hat dir geholfen? (Reponse)... und äh ..., ja und er hat mir eben auch immer wieder gesagt, eben wie wichtig das es ist und wir haben auch so, genau über das Thema auch geredet. Eben über HIV und ich habe ihn eben auch gesagt, dass damals, dass ich eben auf den Strich gehen würde, (...) (Femme, Int.9, A)*

### 6.5.2 Expériences dans les différents types de service

Si on considère les types de services séparément, on constate que **c'est dans le contexte résidentiel que les CD interviewés (8 hommes et 1 femme) ont été les plus nombreux à**

**affirmer avoir eu des discussions autour de la PST avec des professionnels.** Souvent il s'agit d'informations données par un médecin, auxquelles font suite des discussions dans le groupe pour permettre une vie commune en contact avec des séropositifs:

*Also, äh am Anfang ist das so gewesen, dass eine Ärztin gekommen ist und einen Vortrag darüber gehalten hat, wie, was, wo und dann und nachher ist es dann einfach noch ja in der Gruppe thematisiert worden. (Quest.) Und welche Themen thematisiert, so auch wieder so, wie die Ärztin das gesagt hat, so ein bisschen Facts, so wissenschaftliche Erklärungen oder auch so wie damit umgehen? (Reponse) Nein es sind eigentlich schon eher Alltagssituationen durchdiskutiert worden, wie, wie man sich anstecken kann und was man macht, wenn man nicht sicher ist und, und, und. (Homme, Int.4, A)*

Dans les centres résidentiels qui autorisent les rapports sexuels entre CD, le début d'une nouvelle relation à l'intérieur du centre semble aussi représenter l'occasion pour aborder la PST avec un professionnel, comme c'est le cas pour quelques CD:

*Ouais, j'ai déjà eu l'occasion d'en parler avec, avec les éducateurs, comme ça, aussi justement quand je me suis mis en couple, c'était une occasion d'en parler. (Homme, Int.1, R)*

D'autres centres résidentiels sont opposés aux relations sexuelles entre CD pendant la période de séjour et ont des règles strictes à cet égard, ce qui rend parfois tabou les conversations autour de la contraception et de la PST et parfois aussi difficile l'accès aux préservatifs:

*Ja in der Therapie gewesen, `93 bis Anfang `94 ja und äh ... ja das hatte ich ganz vergessen, äh das ist, das sind 13 Monate gewesen, äh in Spanien und dort ist Sex eigentlich verboten gewesen, es sei denn du bist in einer festen Partnerschaft und äh, ich habe, ich habe dort jemanden kennengelernt und dann haben wir uns einfach irgendwie versteckt, mit ihm habe ich auch einmal etwas gehabt ...ohne Verhütung, er ist auch in der Therapie gewesen ja. (Quest.) Und ohne Gummi? (Reponse) Ja, weil Sex ist verboten gewesen und es hat im ganzen Haus niemand Gummis gehabt. (Femme, Int.5, A)*

**Quelques CD (4 femmes et 4 hommes) ont parlé de PST avec leur personne de référence des programmes substitutifs à la méthadone, et d'autres (4 femmes) qui ne l'ont pas fait affirment que c'était tout à fait possible si elles le désiraient.** Pour ceux qui ont discuté de PST dans ce cadre, les expériences varient entre les CD qui ont eu un très bon rapport avec l'intervenant de référence et ont parlé aussi des difficultés liées à la PST et à la sexualité (3) et ceux qui ont reçu des informations sur la PST, mais n'ont pas discuté de leur situation et de leurs problèmes individuels (5).

**Plusieurs CD racontent leurs expériences de conseil en PST par les médecins de famille ou par ceux qui distribuent la méthadone dans leur cabinet privé<sup>10</sup>.** Sur les sept personnes qui ont eu la possibilité de discuter de PST avec un médecin, seulement un homme dit explicitement avoir eu des explications approfondies et avoir pu parler un peu de tout. Deux femmes émettent des critiques envers la relation médecin-patient, qui ne permet pas de se sentir à l'aise ou d'avoir une bonne base de confiance pour parler de thèmes intimes liés à la PST:

*Das finde ich eben schon noch schade, also ich habe viele Ärzte, immer wenn ich zum Arzt gegangen bin, ich habe Mühe gehabt mit Ärzten die, sitzt du im Arzt..., also kommst in die Praxis herein, untersucht dich und nehmen sie die Pille und die Pille und sie haben da und da und raus, also ich habe Mühe, also ich bin zu einem solchen Arzt gegangen. (Femme, Int.2, A)*

---

<sup>10</sup> Il ne s'agit pas des médecins des programmes de substitution en ambulatoire, ni des médecins qui ont fait des interventions dans les centres résidentiels thérapeutiques.

**Seulement deux CD affirment avoir parlé de PST dans des centres à bas seuil:** il s'agit d'une femme qui se prostitue et fréquente un centre pour femmes CD prostituées et d'une autre femme, qui a participé au début des années 90 à des groupes d'information sur la prévention du sida, y compris la PST.

### 6.5.3 Raisons du manque de discussion sur la PST avec les professionnels

On vient de voir que plusieurs CD n'ont jamais discuté en profondeur de ce sujet avec des intervenants en toxicomanie. **Les CD indiquent différentes raisons pour expliquer ce manque de discussion: l'impression de ne pas en avoir besoin, la conviction que la PST concerne un domaine personnel et intime qu'on protège de l'ingérence des autres et l'attitude des intervenants.**

De nombreux CD interviewés (7 hommes et 4 femmes) ont déclaré ne pas avoir besoin de conseil individuel par rapport à la PST, parce que le sujet ne les concerne pas ou parce qu'ils se sentent assez informés:

*Mais j'entends il n'y a pas eu depuis que je suis là - qq. chose de prévention SIDA donc heu. Moi j'estime que je suis assez au clair là-dessus, donc je veux dire heu - s'il y a d'autres choses à savoir, je trouve important de les savoir, c'est clair si il y a des nouveautés qui sortent comme ça sur la maladie, c'est important de les savoir c'est clair, mais je trouve qu'il y a eu une grande campagne de sensibilisation par rapport au HIV. (Homme, Int.3, R)*

**Quatre hommes se sentent actuellement assez au clair, mais ont eu dans le passé l'occasion de discuter de PST avec des professionnels.** Ce récit d'un CD qui consomme depuis 20 ans est exemplaire de cette situation: il a eu des bonnes informations sur la prévention du sida avant les années 90 lors d'une thérapie et n'a plus eu d'autres conseils à ce sujet parce qu'il se sentait sûr de lui et bien informé:

*Ja eben ich habe das Glück gehabt das ich dort noch in der Therapie gewesen bin beim Doktor XY und äh ... `84, `85 ich bin dort `82 äh schon auf den Arxhof gekommen und äh sobald es bekannt geworden ist und klar siehst, dass äh Drogenkonsumenten in einem äh ..., eine Klientel gewesen ist, hat der halt den ganzen Arxhof dort wo es nicht nur Drogenkonsumenten gehabt hatte, hat er zusammengerufen und hat also sehr gut informiert zu dieser Zeit. (Quest.) Wie hat er, also individuell oder gruppenweise? (Reponse) Er hat gruppenweise und nachher dann später noch individuell äh mit den Leuten geredet, es ist auch klar gewesen, weil eigentlich auch genau zu dieser Zeit äh eben hat er auch Tests gemacht mit jedem Einzelnen, einen Bluttest und äh da sind dann äh ich glaube es sind etwa 60% von den Drogenkonsumenten, die dann dort positiv gewesen sind, also ... wo es dann auch dramatisch geworden ist. (Quest.) Und dort eben auch informiert äh über Spitzentausch und über sexuelle Übertragung? (Reponse) Ja ganz klar sexuelle Übertragung und Blutübertragung. (Quest.) Und nachher dann, also das ist gerade am Anfang gewesen? (Reponse)... und nachher äh, haben ich es mehr nur noch gelesen, habe ich eigentlich Gespräche in dem Sinn keine mehr gehabt, das ich darauf hingewiesen worden wäre eigentlich nicht mehr. (Quest.) Hm sie haben das auch nicht gesucht? (Reponse) Nein für mich ist es eigentlich logisch gewesen, nein für mich ist es ganz logisch gewesen, weil ich habe ja von Anfang an seit ich Drogen nehme, habe ich aufgepasst wegen Gelbsucht und ... (Homme, Int.8, A)*

**Quatre femmes expliquent que la PST et plus généralement la sexualité sont des sujets très intimes et personnels, qui ne concernent qu'elles-mêmes:**

*J'estime que ma vie sexuelle, elle ne regarde pas les autres. (Femme, Int.10, R)*

Une autre dit qu'elle-même n'a pas de problème, mais connaît d'autres CD dans un programme de substitution à la méthadone qui s'énervent si les intervenants posent des questions à cet égard:

*Das Angebot ist da, die Frage ist nur ... wer benutzt es, also ich weiss jetzt z.B. das sehr viele Leute die im Programm, die nerven sich schrecklich über diese Fragen (sur la PST), die würden sie nicht beantworten. (...) Ja und die finden das ist meine Privatsache, das geht, das geht die nichts an. (Femme, Int.6, A)*

#### **Enfin une femme et un homme affirment que les CD sont inhibés pour parler avec des professionnels qui les jugent et ils ont l'impression qu'on leur fait la morale:**

*Mais quand j'entends des trucs... c'est toujours le fait d'être jugé, parce qu'il y a quand même des professionnels qui jugent encore. C'est surtout ça je crois, qui bloque les gens. (Femme, Int.13, R)*

*Ouais parce que on se dit, ouais, encore un qui nous fait la morale, généralement on a déjà la famille, on a déjà les proches, on a déjà la, le, heu, je ne sais pas quoi moi encore, celui qui, qui contrôle ma conditionnelle et tout (il rit). Il y a déjà énormément de gens qui nous jugent que ce soit par des paroles, des regards et tout. On nous fait souvent la morale, mais t'es un gars tellement bien, j'en sais rien quoi. (Homme, Int.1, R)*

#### **6.5.4 Eléments qui facilitent la discussion avec les professionnels**

Lors des interviews, on a demandé aux CD s'ils éprouvaient plus de facilité à discuter de PST avec un professionnel homme ou femme. Les CD de la Suisse alémanique ont en outre été questionnés sur les conditions qui facilitent un conseil individuel approfondi.

**La moitié des femmes (7) et un tiers des hommes (2) qui ont répondu à la question préfèrent parler de sujets intimes avec des professionnelles femmes. Pour l'autre moitié des femmes (7) et deux tiers des hommes (4) le sexe de l'intervenant n'a pas d'importance. Une femme enfin préfère discuter de PST avec des intervenants hommes.**

**De manière générale, les femmes CD qui préfèrent discuter de PST avec des intervenantes affirment qu'elles ont, en tant que femme, plus d'affinité avec des femmes, qui peuvent "se mettre à leur place", les comprendre vraiment:**

*Parce qu'il y a des choses qu'un homme ne peut pas capter, pas comprendre, il peut comprendre beaucoup, mais il ne peut pas être à la place d'une femme. Il n'y a rien qu'une autre femme qui peut comprendre une autre femme. Une femme peut comprendre un homme, mais jamais comme un autre homme pourrait comprendre un homme. On peut apporter d'autres choses, l'homme il peut apporter d'autres choses et la femme d'autres choses, mais cela ne sera jamais pareil. (Femme, Int.7, R)*

Les deux hommes qui préfèrent discuter de PST avec des professionnelles ont généralement plus de facilité à se mettre en relation avec les femmes et à discuter de thèmes intimes avec elles.

*Je pense avec une femme que j'irais plus en profondeur que j'aurais moins de difficultés quoi, mais ouais, il me semble hein, parce que cela fait partie aussi des problématiques que j'ai, mes relations avec les femmes en fait. J'ai plus de facilité à me relationner avec les femmes que les hommes, c'est un peu par rapport à la relation que j'ai eu toujours avec mon père et ma mère quoi. (Homme, Int.2, R)*

**D'autres éléments, tant le fait de se sentir à l'aise que d'avoir une bonne base de confiance sont pour plusieurs CD (5 femmes et 2 hommes) des conditions préalables pour pouvoir s'ouvrir aux intervenants et avoir des discussions personnelles sur la PST. La sympathie de l'intervenant et le fait de ne pas forcer la main sont également soulignés par quatre femmes:**

*C'est vrai que si vous ne connaissez pas la personne, ouais, moi je trouve que c'est, si je n'ai pas un contact, une relation particulière, une relation qui devient plus, avec plus d'affinités, c'est vrai que moi je vais mal prendre ce que la personne va me dire, va commencer à me parler de ma vie sexuelle. je dis : attends, toi je te connais pas, tu viens te mêler de ma vie privée, de ma vie sexuelle, ça te regarde pas. C'est vrai que moi je réagis assez comme ça, assez de cette manière, mais bon pas tout le monde réagit comme ça aussi. (Femme, Int.4, R)*

*Ja ich denke da spielen ein paar Sachen eine Rolle. Also irgendjemand kann einigermaßen, wenn Sympathie da ist, so, also wenn sie nicht so total unsympathisch wäre oder mir irgendwie zu nahe kommt oder, ich denke da spielen ein paar Sachen, aber ich würde sicher, also über solche Sachen könnte ich sicher, ich persönlich besser mit einer Frau reden, weil ich selber eine Frau bin. (Femme, Int.1, A)*

### 6.5.5 Prostitution et expériences avec les professionnels

Parmi les huit femmes qui se sont prostituées au cours de leur vie, six n'ont jamais eu de discussions approfondies sur la PST. Une femme qui se prostitue actuellement parle de PST et de sexualité avec des professionnelles et d'autres femmes dans le cadre d'un service à bas seuil pour femmes CD qui se prostituent. Une autre femme qui ne se prostitue pas au moment de l'interview a toujours eu des bonnes discussions à ce sujet avec son intervenant de référence du programme de substitution à la méthadone.

Les CD prostituées interviewées qui n'ont jamais discuté de PST d'une manière approfondie, expliquent cette situation en disant n'en avoir pas besoin (2) ou ne pas vouloir en causer parce qu'il s'agit de thèmes intimes qui ne concernent pas les autres (3) (voir citations Femme, Int. 4, R, chapitre 6.5.4, page 133 et Femme, Int.10, R, chapitre 6.5.3, page 132).

### 6.5.6 Expériences avec des non professionnels

Lors de l'interview, on a demandé aux CD s'ils avaient déjà eu des discussions sur la PST et sur la sexualité dans leur entourage.

**Les expériences des CD interviewés quand aux discussions sur la sexualité ou le sida sont assez hétérogènes en ce qui concerne les thèmes, les partenaires et les circonstances de discussion. La grande majorité des CD interviewés (23) ont abordé à un moment donné de leur vie des sujets liés à la sexualité dans leur entourage. Cinq femmes affirment au contraire n'en avoir jamais parlé avec des non professionnels. Il s'agit de cinq femmes qui n'ont pas eu non plus de discussions approfondies avec des professionnels: quatre femmes romandes qui se sont prostituées et une femme de la Suisse alémanique. Ces femmes affirment que leur sexualité ne concerne pas d'autres personnes qu'elles-mêmes. Une de ces femmes, séropositive, affirme en outre qu'elle ne revient pas volontiers sur le sujet de la PST, parce qu'elle trouve pénible de penser au sida:**

*(Quest.) Oui... Et puis est-ce que pour vous, parler de ça euh, de la transmission sexuelle du sida, c'est un sujet difficile à parler ? (Rep.) Non, mais on en parle pas non plus à chaque coin de rue, hein... (Quest.) Oui, ça c'est sûr (rire). (Rep.) Surtout quand on l'a, je veux dire, on aime pas non plus toujours revenir sur le sujet, c'est assez pénible. (Quest.) Oui, vous aimez ne pas trop y penser en quelque sorte ? (Rep.) Quelque part, oui hein. Le sida c'est quand même, même s'il y a les traitements maintenant, c'est quand même euh, pour moi c'est égal à la mort hein, comme on a pas encore trouvé de produit... (Femme, Int.14, R)*

**De manière générale les personnes qui ont peu discuté de PST avec les professionnels en discutent peu dans leur entourage, et celles qui ont eu de bonnes discussions avec les professionnels ont eu aussi plus de discussions avec des non professionnels. Cette règle n'est cependant pas absolue: quelques CD interviewés ont parlé de PST avec plusieurs personnes de leur entourage, mais jamais avec des intervenants en toxicomanie; d'autres CD n'ont jamais abordé ce thème dans leur entourage, mais en ont discuté avec des professionnels.**

Les personnes avec lesquelles les CD ont discuté de sexualité ou de sida dans le sens global du terme sont surtout des amis (nommés par 4 femmes et 5 hommes), des membres de la famille (nommés par 4 femmes et 6 hommes) et le partenaire (nommé par 2 femmes et 4 hommes). Les sujets de discussion sont très hétérogènes. Avec les amis, il y a des CD qui discutent de situations personnelles au sujet de la sexualité, mais il y en a d'autres (surtout des hommes) qui discutent plutôt en groupe de questions plus générales:

*Ouais, quand j'étais encore sur Genève des fois, ça m'est eu arrivé avec des copains, on discutait comme ça, sans plus, quoi. (Quest.) Et puis qu'est-ce que, quels étaient les thèmes dont vous parliez ? vous vous souvenez ? (Rep.) Pfff, c'était des questions un peu culcul quoi, je ne sais pas moi, - c'est vieux ça, je ne me rappelle que de ça - - qu'est-ce qu'il y avait comme truc ? - ouais, des relations en général, quoi, je veux dire, pfff, il y a pas de sujets vraiment heu fixes, quoi. (Quest.) Vous avez pas parlé, je ne sais pas, de la difficulté à mettre le présé ? (Rep.) Non, non. (Quest.) C'était plutôt les amies, comment avoir des copines, des choses comme ça ? (Rep.) Oui, voilà, des trucs comme ça, je ne sais pas, ouais, moi, je suis sorti avec celle-là ou bien j'étais avec celle-là, j'ai envie de sortir avec, des trucs comme ça. (Homme, Int.9, R)*

Quelques CD affirment se confier à leur père ou à leur mère. **A l'intérieur de la famille, les CD informent souvent sur le sida:** par exemple, ils expliquent que le fait de consommer des stupéfiants ne signifie pas forcément être séropositif, ou encore ils donnent des renseignements sur la manière de se comporter dans la cohabitation avec des personnes séropositives:

*Nein höchstens mit meinem Bruder habe ich einmal, habe ich eben einmal diskutiert aber, weil eben ja was würden wir machen, wenn wir in dieser Situation sind, aber nie gross, oder eben wie wir uns verhalten würden, wenn jemand im gleichen Haushalt wohnen würde, so in einer Wohngemeinschaft der HIV hat, eben dadurch, andere machen oder auch, das man jemand abstösst oder auf die Seite stösst, also nur weil er die Krankheit hat, ist für mich immer der Fall klar gewesen, das ich, das ich mich nicht, also das ich mich garnicht so verhalten würde, schon vorsichtig, eben vorallem Blut, das Hep, aber und auch das Geschirr recht heiss abwaschen so denke ich und auch desinfizieren, einfach auf Sauberkeit ... (Femme, Int.2, A)*

**Les CD qui parlent avec leur partenaire de sexualité ou de sida (6) discutent surtout de situations ou de problèmes personnels,** comme par exemple comment gérer la sérodiscordance. Il est intéressant de noter qu'une femme dit demander le statut sérologique de ses partenaires au début de la relation, mais ne pas parler de sexualité avec eux. Une autre, au contraire, affirme parler avec ses partenaires de sexualité, de plaisir, mais pas de PST.

Deux femmes disent avoir causé de PST avec des autres CD, à l'intérieur du programme méthadone ou dans la scène. Deux autres CD relèvent que ces sujets sont peu discutés voir tabouisés entre CD:

*Non, il n'y a pas eu - à part les éduc, comme ça mais, ça a toujours été un sujet assez tabou je veux dire entre nous, entre résidents comme ça (...) moi, ça ne me gêne pas particulièrement, mais ce n'est pas une discussion qui vient comme ça. Chacun a son vécu, je veux dire, ici on est pas sensé savoir si qqn a le SIDA ou il ne l'a pas, c'est toujours un sujet assez délicat. (Homme, Int.3, R)*

D'autre part, non seulement les CD craignent d'aborder le thème de la PST, mais c'est le cas d'autres personnes de leur entourage, comme l'attestent deux CD:

*(Quest.) Est-ce qu'il y a des amis ou des connaissances qui vous ont, avec lesquels vous avez parlé de ça ? ou bien c'est qq. chose dont vous ne parlez pas facilement ? (Rep.) Moi, ça ne me dérangerait pas d'en parler, mais, j'ai plutôt l'impression que les personnes qui nous connaissent, sachant les problèmes qu'on a eu, enfin, que ça va mieux et tout, j'ai l'impression que peut-être ils osent pas aborder le sujet, je crois que ça fait beaucoup. (Femme, Int.5, R)*

Deux des trois personnes séropositives ont fait partie de groupes d'entraide des antennes sida cantonales et relèvent l'effet bénéfique de la possibilité de parler avec d'autres personnes dans la même situation:

*Donc voyons, j'ai participé à des groupes de parole, alors on se retrouvait des gens, surtout des séropositifs mais il y avait des gens qui ne l'étaient pas, mais qui étaient concernés parce qu'ils avaient des proches qui, qui, - donc ça les touchaient dans ce sens et... Je ne sais pas, moi ça m'a apporté dans le sens de sentir de la solidarité, déjà, et puis d'avoir l'impression en parlant d'être plus compris quoi, parce que souvent, je peux parler souvent avec des gens qui ne sont pas directement concernés - et je sens que je suis, je ne sais pas, j'ai comme l'impression de ne pas vraiment être entendu quoi, parce que je comprends, ouais, ouais, c'est impossible d'arriver à vraiment entendre qq. chose qu'on a pas, qu'on ne sent pas (...) et donc voilà, d'échanger avec des personnes qui sont directement concernées, ça me permet ça quoi, qu'il y a un échange qui se passe à un niveau - je ne veux pas dire supérieur quoi, mais. (Homme, Int.2, R)*

### 6.5.7 Synthèse sur les expériences de discussion sur la PST

Toutes les personnes interviewées ont été testées au moins une fois dans leur vie et toutes ont reçu des informations par différents canaux (école, affiches, brochures, professionnels) sur la prévention du sida. Cet état des choses découle probablement du fait que la majorité des CD du collectif a commencé à consommer il y a plus de 10 ans. Une grande partie du collectif a donc un parcours relativement long dans la consommation et a fait appel à différents types de services. Tous les CD interviewés ont été en contact avec des intervenants du domaine des dépendances et/ou du sida, avec lesquels ils auraient pu parler de PST. Cependant environ un cinquième des personnes interviewées dit n'avoir jamais discuté de PST avec des professionnels et un autre cinquième n'a pas eu de discussions approfondies. Ce manque de discussions est évoqué beaucoup plus souvent par les femmes que par les hommes du collectif.

C'est dans le contexte résidentiel que les CD interviewés sont les plus nombreux à affirmer avoir eu des discussions autour de la PST avec des professionnels. Souvent il s'agit de cours ou de séances d'information données par des médecins, suivis d'une discussion dans le groupe. Le sujet le plus traité est la cohabitation avec des personnes séropositives. Par rapport à la PST, souvent il y a des entretiens plus personnalisés lors de la formation d'un couple dans les centres résidentiels. Plusieurs CD discutent de PST avec les personnes de référence des programmes substitutifs à la méthadone: il s'agit de discussions approfondies ou de rappels d'informations. Dans tous les cas, les intervenants des structures ambulatoires se disent disponibles pour parler de PST. Dans la majorité des cas, les médecins en cabinet privé ne sont pas considérés comme des professionnels relais avec lesquels il est possible de discuter en profondeur des questions liées à la PST. Les CD estiment que la relation patient-médecin ne facilite pas ce type de conversation.

Il est à noter que seulement deux CD affirment avoir parlé de PST dans des centres à bas seuil.

Les CD interviewés nomment différents éléments pour expliquer le manque de discussions approfondies: l'impression de ne pas en avoir besoin (plutôt des hommes); l'opinion que la PST concerne un domaine personnel et intime qu'on protège de l'ingérence des autres (plutôt des femmes). Enfin quelques CD critiquent l'attitude des intervenants qui auraient tendance à faire la morale.

Il est intéressant de remarquer que seules les femmes expriment le désir de protéger leur intimité autant par rapport aux professionnels que par rapport aux personnes de leur entourage. Dans trois cas sur quatre il s'agit de femmes romandes qui se sont prostituées. De manière générale les femmes qui se sont prostituées, surtout celles de la Suisse romande, sont plutôt laissées à elles-

mêmes par rapport à la PST, vu que nombre d'entre elles n'en ont pas discuté d'une manière approfondie ni dans leur entourage, ni avec des professionnels. Dans le chapitre 6.3.3, page 120, on avait remarqué que les femmes CD qui se prostituent ont souvent un vécu de douleur et souffrance dans le domaine sexuel. Il est donc possible qu'elles évitent la discussion sur la PST parce que cela implique le fait de se rappeler et revivre en quelque sorte des expériences qu'elles veulent plutôt oublier.

La moitié des femmes et un tiers des hommes (parmi les répondants à cette question) préfèrent parler de sujets intimes avec des professionnelles femmes. Les CD femmes auraient plus d'affinité avec les professionnelles qui pourraient mieux se mettre à leur place et les comprendre. Pour l'autre moitié des femmes et deux tiers des hommes, le sexe de l'intervenant n'a pas d'importance. Parmi les éléments importants pour la discussion de la PST, les femmes évoquent surtout la sympathie éprouvée pour l'intervenant, une bonne base de confiance et le fait de se sentir à l'aise.

De manière générale, les personnes qui ont peu discuté de PST avec les professionnels en discutent peu dans leur entourage, et celles qui ont eu de bonnes discussions avec les professionnels ont eu aussi plus de discussions avec des non professionnels. Les expériences des CD interviewés quant à la discussion de la sexualité ou du sida sont assez hétérogènes en ce qui concerne les thèmes abordés, les partenaires et les circonstances de discussion. La grande majorité des CD interviewés (23) ont abordé à un moment donné de leur vie des sujets liés à la sexualité ou de sida dans leur entourage. Les personnes avec lesquelles les CD ont discuté de sexualité ou de sida dans le sens global du terme sont surtout des amis, avec lesquels ils parlent de questions personnelles ou de thèmes plus généraux. Les CD assument souvent le rôle d'informateur pour des questions pratiques et corrigent les fausses croyances liées au VIH/sida. Un cinquième seulement des CD parlent avec leur partenaire de sexualité ou de sida, en discutant surtout de problèmes ou situations personnels. On constate une gêne à aborder la PST et la sexualité entre CD et avec d'autres personnes de l'entourage. Les deux personnes séropositives depuis longtemps ont fait partie de groupes d'entraide des antennes sida cantonales et relèvent l'effet bénéfique de la possibilité de parler avec d'autres personnes dans la même situation.

## 6.6 PROPOSITIONS D'AMELIORATION

Ce chapitre comprend les sous-thèmes suivants: Propositions générales (6.6.1, page 137), Propositions par rapport aux intervenants (6.6.2, page 138), Propositions par rapport aux CD (6.6.3, page 139), Projets médiateurs (6.6.4, page 140).

En fin d'interview, l'opinion des CD a été sollicitée sur les possibilités/propositions pour améliorer la PST chez les toxicomanes. On leur a aussi demandé de donner leur avis sur un éventuel projet de PST par des médiateurs toxicomanes.

### 6.6.1 Propositions générales

**Plus de la moitié des CD interviewés (16) font des propositions générales pour améliorer la PST. Dans trois cas, il ne s'agit pas de propositions ciblées spécifiquement sur les CD, mais qui concernent l'ensemble de la population. Ainsi, par exemple, plusieurs CD (8) affirment**

qu'il faut continuer à propager les messages préventifs par rapports au sida à travers des affiches, brochures, pièces de théâtre, informations à l'école, ... Trois personnes soulignent que la PST ne doit pas se limiter aux CD, mais doit toucher aussi la population générale. Pour une personne, la PST est assez bien mise en pratique par les CD, tandis qu'il y a beaucoup d'autres personnes de la classe moyenne-haute, parmi les touristes du sexe et les homosexuels, qui ne se protègent pas et qu'on devrait cibler:

*Da im, im Drogenmilieu ist es nicht schwierig umzusetzen die Infos, die Leute gebrauchen es ja gut, das Angebot das man ihnen gibt tun sie ja gebrauchen, wer, wer es nicht macht sind die Leute aus der Mittelschicht, aus, aus der gehobeneren Schicht, die einfach meinen, wir verkehren nicht dort, unsere Nutten sind saubere Nutten oder, so eben und Wissen, also sollten auch wissen das auch ein Virus sonstige Hasenscharten schlägt oder, dort meine ich, dort sollte man etwas machen können, eben wenn ich sage äh beim Sextourismus, dass man dort ansetzt, weil dort masst, dort hat es eine Masse von HIV Trägern darunter, da möchte ich wetten oder halt die Männer so, es gibt so viel die eigentlich verheiratet sind und noch ihre Lustknaben haben oder, die die Verheirateten, die sind, die sind nicht informiert, die wissen fast nichts davon, an die müssen man herankommen, man müsste sicher mehr auch, eben auch in der Schwulenszene, gerade dort, dort bei denen, an die Leute herankommen, die sich verstecken, die eben äh auf den Parks sich treffen, die, die auf den Bahnhöfen, so an die müssen man herankommen oder eben an die Flughäfen gerade direkt wenn so, so ein Bumsbomber heimkommt von Thailand, dass man gerade alle Leute he da Infos, aber gross weisst du. (Homme, Int.5, A)*

Dans trois cas les propositions concernent directement les CD et leur quotidien: distribuer un préservatif et un court dépliant avec les seringues<sup>11</sup>, améliorer la PST dans les prisons, augmenter les lieux d'accueil. Cette dernière proposition va dans la direction d'améliorer les services pour CD afin de leur permettre de "partir sur autre chose":

*Oui, je vais vous dire, il faudrait idéalement un lieu pour dormir, où se reposer la nuit, où manger, indirectement où se droguer où se soigner, où s'informer et puis à partir de là, un endroit où ils puissent retravailler, parce qu'un toxicomane quelconque, vous lui donnez la possibilité de travailler, il va s'intégrer, même si c'est qq. heures, ça commence comme ça, on leur donne du travail, on leur donne du travail, on arrive plus facilement à partir sur autre chose. (Femme, Int.7, R)*

## 6.6.2 Propositions par rapport aux intervenants

Trois femmes et sept hommes font des propositions d'amélioration concernant le conseil et la discussion avec les intervenants: de manière générale ils souhaitent que les intervenants fassent des rappels et insistent plus sur la PST. Des dix CD qui font des propositions par rapport aux intervenants, six<sup>12</sup> sont actuellement dans une structure résidentielle, trois sont insérés dans un programme de substitution à la méthadone et un fréquente un centre à bas seuil. Cependant les propositions ne concernent pas seulement les services où les CD se trouvaient au moment de l'interview, mais aussi d'autres, connus pendant leur parcours. Trois personnes fréquentant des structures résidentielles et ambulatoires verraient bien l'organisation de séances et groupes de discussion à l'intérieur du service auquel ils font référence. D'autres (6) souhaitent que les intervenants en général informent d'une manière active sur la PST. Une personne dit qu'il faudrait que des intervenants prennent l'initiative de parler de PST aux CD, parce qu'il y a plusieurs CD qui aimeraient bien en discuter, mais qui n'osent pas:

---

<sup>11</sup> Cette proposition est déjà réalisée par le "Flash Box"

<sup>12</sup> On rappelle qu'on a interviewé 8 personnes dans des structures résidentielles, 12 dans des services ambulatoires et 12 dans des centres à bas seuil.

*Äh was man noch machen könnte, eben vielleicht dass spezielle Leute da wären, die auf die Leute zugehen und sie auf das ansprechen oder, so wie du z.B. das jetzt machst, einfach vielleicht nicht gerade so mit einem Interview oder ja, aber einfach weil auf die Leute zugehen finde ich sehr wichtig oder, weil ich habe nicht das Gefühl, dass die Leute von sich aus kommen und über das reden wollen oder so, aber es gibt sicher viele Leute, die über das reden wollen, aber sich vielleicht das nicht getrauen. (Quest.) Und du meinst man hätte den Zugang, einfach also z.B. wenn ich da wäre und einen halben Tag hier geblieben wäre? (Reponse) Das glaube ich schon. (Homme, Int.13, A)*

Un CD dit spontanément que pour parler et conseiller sur la PST, il faut choisir les lieux plus appropriés, des lieux agréables, où les CD passent du temps et ne sont pas trop pressés:

*Ja vorallem auch ..., Informationskampagnen und zwar am besten durch das Personal, die so in Anlaufstellen und Zentern, wo sich Drogenpatienten am meisten aufhalten, das, das man dort, ja das man dort wirklich das Wissen das man heute hat über die Krankheit und, und äh was dazu gehört, das man das dort weitergibt und da finde ich, habe ich das Gefühl findet man meisten offene Ohren, sagen wir, sei es in so einer Stadtküche oder in einer Notschlafstelle und, und, und (...) Dort wo, dort wo Drogen..., äh Drogenpatienten noch Zeit haben zum Zuhören und nicht das Gefühl haben, sie müssen nach 2 Minuten wieder davonlaufen. (...) Ja und wenn, ja und, ja und es irgendwie wie ein ... angenehmer Raum, also nicht das es irgendwie wie ein steriles Klassenzimmer ist, irgendwo so wo sich die Leute auch wohl fühlen. (Homme, Int.4, A)*

### 6.6.3 Propositions par rapport aux CD

En analysant les propositions on observe que, mis à part les indications pour les intervenants, il n'y a pas d'autres propositions qui visent spécifiquement les CD. Huit CD (5 femmes et 3 hommes) relèvent explicitement leur manque de propositions à cet égard: ils ont l'impression que beaucoup a été déjà fait dans ce domaine, que les CD ont les connaissances nécessaires sur la PST. La mise en pratique de la PST est une question personnelle, qui dépend de la responsabilité de chacun. Et sur ces aspects on ne peut pas intervenir:

*Moi, je trouve que c'est déjà pas mal de fait quand vous regardez que, ouais maintenant vous allez acheter une boîte flash, on vous colle déjà un préservatif avec, donc on vous le met quand même bien en face du nez quoi. Alors je ne sais pas, on ne peut quand même pas venir pour le mettre à votre place (rires). (Homme, Int.1, R)*

*Ja aber wo der einzelne Mensch muss auch selber noch etwas, ich meine man kann nicht immer nur reden, reden, reden, reden, ich meine ähäh die Person selber muss auch dem finger zum Arsch heraus nehmen und einen Gummi und wenn ich jetzt halt jemanden auf der Strasse mache und der Freier sagt, ich will aber nicht, dann muss halt das Mädchen sagen, ja egal auch wie fest, sagen, höre ohne läuft nichts. (Femme, Int. 9, A)*

Deux femmes relèvent l'estime de soi et un certain espoir comme éléments indispensables pour la mise en pratique des consignes (voir aussi chapitre 6.4.4, page 126) et l'une d'elle dit qu'il faudrait que les professionnels travaillent dans cette direction:

*(Quest.) Qu'est-ce qui selon vous aiderait les CD à mieux se protéger ? (Rep.) Qu'ils aient déjà l'estime de soi. (Quest.): Et puis est-ce que vous, vous auriez des recommandations à faire pour que ça puisse s'améliorer en fait la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les toxicomanes ? (Rep) Moi je dirais, bon, c'est vrai qu'il y a tout un boulot qui s'est fait là autour par les professionnels, mais je trouve que cela serait bien d'aller dans le sens là, par rapport à ce que je viens de vous dire, de prendre conscience de, par rapport au respect de la personne, au respect de soi - même. (Femme, Int.4, R)*

#### 6.6.4 Projet médiateurs

On a demandé aux interviewés ce qu'ils pensaient de la possibilité que des CD informent d'autres CD sur la PST<sup>13</sup>. **Plus de la moitié des personnes interviewées (9 femmes et 8 hommes) trouvent l'idée de projets médiateurs pour la PST bonne ou très bonne. Les CD favorables à cette idée relèvent que cette approche permet une plus grande spontanéité, une grande possibilité de discussion et une meilleure écoute.** Ces avantages seraient à mettre en liaison avec le fait que des médiateurs CD seraient plus proches d'autres CD que des intervenants en toxicomanie et pourraient mieux comprendre d'autres CD, grâce à une expérience et un vécu semblables:

*Souvent, souvent, les toxicomanes entre eux parlent malheureusement souvent du produit, mais sont plus à l'écoute peut-être de qqn qui serait là-dedans que qqn d'externe. (...) Ouais, je ne sais pas, il y a une espèce de, pff comment on appelle ça - il y a comme un feeling, je ne sais pas, c'est quand on croise un autre toxicomane, il y a qq. chose, on se reconnaît entre guillemets il y a qq. chose qui passe et c'est pareil avec les discussions. Et je suis persuadée que qqn écouterait mieux, par exemple un autre toxicomane ou un ancien toxicomane que qqn qui n'a jamais touché à ça ou un médecin. (Femme, Int.8, R)*

Six des huit femmes qui se sont prostituées au cours de leur vie sont favorables à l'approche par des médiateurs. Deux femmes soulignent spontanément que cette approche pourrait être utile dans le domaine de la prostitution des CD, parce qu'une femme qui vit les mêmes difficultés pourrait donner des conseils et expliquer comment elle a fait dans des situations précises:

*Und sei es nur bei den Frauen, die wo, oder bei den Frauen die drauf sind und, und auf der Gasse sind oder auf, sich prostituieren, wenn dort eine Frau herangeht, die selber darauf ist und wenn man das ein bisschen bewusst, ich finde wenn es nur Zwei, Drei sind, die aber noch darüber nachdenken ... (...) Ja vielleicht kann man sagen, schau ich, äh du der hat auch äh kein Gummi nehmen wollen und der hat so blöd getan oder, also gut ich bin nie auf den Strich gegangen, aber ich kann mir das jetzt vorstellen, wenn jetzt eine Frau sagt, du aber ich habe denn dann einfach gesagt aber jetzt raus, also fertig oder, irgendwie und es ist vielleicht für die Frauen auch noch ... (Femme, Int.1, A)*

Une femme relève que l'approche par des médiateurs, permettrait non seulement d'améliorer le niveau d'information sur la PST mais donnerait aussi un soutien, une intégration aux CD qui se seraient engagés dans ce type de projet; elle souligne comme cette intégration est importante pour faire des progrès dans la direction de l'abstinence:

*Ja ich finde das nicht schlecht, ja also so wie alles wo äh, äh das ist, also ich denke das ist ein Versuch wert, wenn es weniger äh ..., und die kommen vielleicht noch ehesten an die Leute heran so und ihnen selber hilft es sicher gerade auch. (...) Ja ich kann es mir jetzt so nur von meiner Sicht, es kann so, sehen, also als ich so drauf gewesen bin, ich meine es gibt Leute die mehr drauf sind und andere weniger, die zum Teil noch im Arbeitsprozess sind und meistens wenn man irgendwo so, so Projekten angeschlossen ist, das ist dann noch ein sozialer Halt und das kann einem dann noch gerade, eigentlich noch gerade den Dings geben, das man aufhört, also das man herauskommt. (Femme, Int.1, A)*

**La moitié des CD (9) qui trouvent que le projet par des médiateurs est une bonne idée donnent aussi leur avis sur des conditions de sa réussite:** six personnes affirment qu'il faut choisir les médiateurs parmi des CD fiables, qui garantissent une certaine constance. Et cet aspect, soulignent plusieurs d'entre eux, peut poser des problèmes. Deux interviewés conseillent de recruter les CD parmi ceux qui se trouvent dans des programmes de substitution à la méthadone. Un homme et une femme disent qu'il faut laisser la possibilité aux CD d'avoir des

---

<sup>13</sup> Ce type de projet est nommé projet médiateurs et trouve des applications dans différents domaines, parmi lesquels celui des dépendances.

contacts femme-femme et homme-homme, pour tenir compte des éléments spécifiques aux genres dans le domaine de la sexualité:

*Aa ja doch, dort denke ich schon eine Frau Frau und bei Männern Männer. (...) Man hat ja die anderen Sachen, sagen wir im Sexuellen, oder äh, das ist natürlich wenn ich mit einer Frau rede, das ist nocheinmal anders und bei Männern denke ich mir ist es auch nocheinmal anders, also das gleiche Geschlecht finde ich schon noch wichtig, das es das Gleiche ... (Femme, Int.1, A)*

Un autre interviewé dit qu'il faut avoir comme médiateurs des hommes et des femmes, afin de permettre une large diffusion du projet; il trouve que c'est important que les médiateurs parlent avec des CD qu'ils connaissent déjà, où il y a une base de confiance.

**Huit CD (5 femmes et 3 hommes) sont plus sceptiques par rapport au projet par des médiateurs: ils ne sont pas convaincus que cette approche apporterait des améliorations, car ils signalent que c'est difficile d'atteindre les CD pour parler de PST et de sexualité:**

*Ça peut se faire, mais je ne sais pas que cela aiderait beaucoup, parce que je ne sais pas si les gens écouteront vraiment quoi. C'est ça qui est bête, c'est que ils écoutent pas, on dirait qu'ils s'en foutent. (Femme, Int.14, R)*

Quatre personnes parmi les neuf qui ont des doutes sur le projet de prévention par des médiateurs, sont des CD qui ont affirmé n'avoir jamais eu de discussions approfondies avec des professionnels.

#### 6.6.5 Synthèse sur les propositions

Confrontés à la question sur les propositions pour améliorer la PST chez les CD, environ la moitié des interviewés font des propositions qui concernent la population dans son ensemble et non pas des interventions spécifiques pour les CD. De manière générale, ils conseillent de continuer avec la sensibilisation et l'information à large échelle, en citant des méthodes déjà utilisées en Suisse, telles que les affiches, les brochures, l'information dans les écoles. Ces propositions plus générales dénotent une certaine revendication des CD interviewés à ne pas être traités comme des personnes différentes, mais comme faisant partie de la population "normale". D'autre part, le manque de propositions spécifiques pour les CD indique aussi leur impuissance pour mettre en pratique la PST. Selon plusieurs interviewés, en effet, les initiatives de prévention ont déjà fait beaucoup, les connaissances sont acquises et c'est une question de responsabilité personnelle que de les mettre en pratique. Les conditions de vie et l'estime de soi, déjà mises en évidence dans le chapitre sur les difficultés (6.4.3, page 125 et 6.4.4, page 126), sont, selon quelques femmes CD, des éléments importants pour améliorer la PST et devraient par conséquent être visés par les professionnels. D'autre part, un tiers des CD interviewés proposent un rôle actif des intervenants pour améliorer la PST. Il s'agit plutôt d'hommes que de femmes et plutôt de personnes insérées dans un contexte plus ou moins stable comme des centres résidentiels ou des programmes de substitution à la méthadone qui font cette proposition. Il est intéressant de noter qu'il n'y a qu'une seule personne interviewée provenant d'un centre à bas seuil qui fait cette proposition.

Seule une des personnes interviewées dans les centres à bas seuil cite aussi cette possibilité. Comme on l'a déjà vu dans le chapitre (6.5.3, page 132) tous les CD interviewés ne souhaitent pas un rôle actif des intervenants dans la PST. Certains CD ne pensent pas en avoir besoin, et d'autres perçoivent l'initiative des professionnels pour parler de la PST comme une intrusion dans des questions personnelles ou encore une occasion de faire la morale.

Plus de la moitié des CD seraient favorables à un projet par des médiateurs pour améliorer la PST. Les CD estiment qu'ils se sentiraient plus proches et mieux compris par des médiateurs. Cela permettrait aussi une plus grande spontanéité et une possibilité de discussion et d'écoute plus importante. Deux femmes pensent que cette approche pourrait très bien être introduite dans le domaine de la prostitution. Et une grande partie des femmes qui se sont prostituées sont favorables au projet de prévention par des médiateurs. Mais il n'y a pas que des avis favorables au projet par des médiateurs: huit CD ne croient pas que cette approche apporterait des améliorations parce qu'il est très difficile d'atteindre les CD pour parler de PST.

## 6.7 SYNTHÈSE DES INTERVIEWS

La durée de consommation des CD interviewés varie de 6 à 20 ans, une grande partie d'entre eux consomment depuis plus que 10 ans. La majorité des personnes interviewées consommaient des drogues illégales pendant la période la plus active de prévention contre le VIH/sida. Au cours des années 90, les efforts préventifs dans le domaine des dépendances ont visé d'une manière prioritaire la transmission intraveineuse du VIH/sida. En ce qui concerne la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida, c'est la population générale qui a été ciblée et non les CD. On peut donc considérer que la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida est restée en quelque sorte le parent pauvre de la transmission du VIH/sida chez les consommateurs de drogue. Il est donc possible que cet élément contribue à une adhésion moins importante des CD aux consignes de prévention en matière de transmission sexuelle du VIH/sida de l'OFSP, émises en 1993.

En effet, si tous les CD interviewés se déclarent favorables à l'utilisation du préservatif lors des relations occasionnelles, la moitié d'entre eux conteste ces consignes en ce qui concerne les relations avec le partenaire stable. Le non emploi du préservatif fait office pour plusieurs CD de preuve de confiance entre les partenaires du couple et de cadeau d'amour. De plus, le préservatif est perçu comme une gêne au plaisir, une interruption désagréable de la spontanéité des jeux. Souvent les CD disent éprouver de l'embarras, avoir de la peine à aborder le thème de l'utilisation du préservatif avec leur partenaire. Ou encore ils craignent que le partenaire se fâche et les quitte. La non protection contre le VIH/sida est donc un signe de confiance envers le partenaire et de manque de confiance en soi.

C'est particulièrement les femmes qui se sont prostituées au cours de leur vie qui s'opposent à l'utilisation du préservatif au sein du couple, en affirmant qu'il s'agit d'avoir confiance en son partenaire. Il est donc probable que pour les femmes qui se prostituent le non emploi du préservatif sert, entre autres, à différencier les types de rapports sexuels et à supprimer l'étiquette de prostituée. Il faut souligner à ce propos que les efforts de prévention dans le domaine de la prostitution se sont souvent limités aux rapports sexuels prostituées-clients, en oubliant les relations que les prostituées ont avec des partenaires stables.

Les recommandations émises en 1993 par l'OFSP ne sont pas suivies à la lettre par les CD. De manière générale, le préservatif est utilisé en ordre décroissant: dans les rapports sexuels avec les clients, puis avec les partenaires occasionnels et enfin avec les partenaires stables. La même constatation a été faite dans la dernière évaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse<sup>56</sup>. On vient de voir que les CD estiment que le préservatif est un élément gênant dans les rapports sexuels et dans la relation amoureuse. De plus, presque le moitié des CD affirment que

les conditions de vie et les priorités des CD représentent une difficulté majeure pour la PST. Dans des périodes de grande consommation, c'est la recherche de la drogue qui détermine la vie. L'urgence, le chaos et le désespoir qui en découlent sont des obstacles importants pour la mise en pratique de la PST. Si d'une part tout ce qui n'est pas lié directement à la drogue n'est pas prioritaire, d'autre part un manque d'espoir rendrait les CD en période de grande consommation peu sensibles à des comportements préventifs.

La consommation de cocaïne représente un danger en soi, parce qu'elle entraîne une dépendance très dangereuse: le besoin d'argent est encore plus élevé que pour d'autres drogues et les comportements plus difficilement contrôlables. Souvent la cocaïne amènerait les femmes à la prostitution et, suite à un besoin pressant de la drogue, à un risque accru de céder aux demandes de rapports non protégés. Une grande partie des CD interviewés confirme en effet qu'il y a des clients qui demandent des rapports sexuels non protégés en offrant une rétribution plus importante. Dans l'urgence du besoin de drogue, les femmes CD qui se prostituent cèdent parfois à ces requêtes.

Il est faux de penser que les CD ne se préoccupent pas du tout de la prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida: en effet plusieurs d'entre eux adoptent des stratégies de gestion du risque, même si elles ne sont pas totalement conséquentes tout au long de leur vie. Déjà le fait de choisir l'emploi du préservatif selon le type de partenaire implique une certaine réflexion autour du risque. Une autre stratégie, adoptée par quelques CD qui ont une consommation sûre, consiste en l'abandon du préservatif lorsqu'ils sont sûrs de la séronégativité de leur partenaire.

Les parcours de vie sexuelle des CD sont très hétérogènes en ce qui concerne le type et le nombre de partenaires, la durée des relations et de l'abstinence sexuelle. Il n'y a pas des règles ou des comportements préventifs adoptés par la totalité des interviewés. On peut donc conclure que les consignes de l'OFSP, émises en 1993, étaient peu réalistes, parce que trop absolues et peu différenciées, ce qui ne permettait pas de prendre en compte les représentations et les réalités des CD. D'autres stratégies de prévention sont théoriquement possibles - à savoir par exemple les séronégativités prouvées et la consommation sûre comme conditions pour abandonner le préservatif - mais soulèvent de nombreuses questions: à quel intervalle doit-on se soumettre au test, comment assurer la contraception et la prévention envers des virus encore plus infectieux tels que ceux de l'hépatite? La liaison entre ces facteurs est en effet encore loin d'être assurée par les CD.

Il ressort de ces réflexions que seul un conseil individualisé par des professionnels pourrait tenir compte de tous ces aspects et soutenir d'une manière différenciée les CD.

Un autre élément qui parle en faveur d'un conseil personnalisé par des professionnels est le potentiel discriminatoire des consignes trop absolues et globales pour l'ensemble des CD. En effet plusieurs CD tiennent à être considérés à la mesure de la population générale, en argumentant que le nombre de séropositifs a augmenté parmi la population générale et a diminué chez les CD. Il faut souligner à cet égard que la prévalence du VIH est nettement plus élevée parmi les CD que dans la population générale, ce qui amènerait à un risque de transmission sexuelle plus important chez les CD.

Si le conseil individuel semble être le meilleur cadre pour la PST, il n'est pas toujours une réalité pour les CD interviewés. Une grande partie du collectif a un parcours relativement long dans la consommation et a fait appel à différents types de services pour CD. D'autre part tous les

interviewés ont été recrutés dans un service pour CD, ce qui indique que tous ont été en contact avec des intervenants du domaine des dépendances, avec lesquels ils auraient pu parler de PST. Cependant, environ un cinquième des personnes interviewées dit n'avoir jamais discuté de PST avec des professionnels et un autre cinquième dit n'avoir pas eu de discussions approfondies. Une certaine gêne à parler de PST et de sexualité - tant avec des professionnels, qu'avec d'autres personnes de l'entourage - transparait de plusieurs interviews. De manière générale les personnes qui ont peu discuté de PST avec les professionnels, en ont peu discuté aussi dans leur entourage. On pourrait donc imaginer que le fait de parler de PST avec un professionnel facilite aussi la discussion avec d'autres personnes.

Quant aux expériences de conseil sur la PST, on a constaté une différence importante selon les types de structure: c'est dans le contexte résidentiel que les CD interviewés sont les plus nombreux à affirmer avoir eu des discussions autour de la PST avec des professionnels. Souvent il s'agit de cours ou séances d'information donnés par des médecins, à la suite desquels il y a une discussion dans le groupe. Le sujet le plus traité est la cohabitation avec des personnes séropositives. Par rapport à la PST, il y a souvent des entretiens plus personnalisés lors de la formation d'un couple dans le centre résidentiel. Plusieurs CD ont discuté de PST avec les personnes de référence des programmes substitutifs à la méthadone: il s'agit de discussions approfondies ou de rappel d'informations. Dans tous les cas, les intervenants montrent leur disponibilité à parler de PST. Les médecins en cabinet privé ne sont dans la majorité des cas pas considérés comme des professionnels-relais avec lesquels discuter en profondeur des questions liées à la PST, à cause de la relation patient-médecin qui ne facilite pas ce type de conversation. Dans le contexte du bas seuil, ces discussions semblent être plutôt l'exception, vu que seulement deux CD affirment avoir parlé de PST dans ce type de structure. D'ailleurs un seul CD interviewé dans une structure à bas seuil affirme spontanément que les intervenants pourraient avoir un rôle plus actif, tandis que cette proposition est faite plus souvent par des CD qui se trouvent dans un centre résidentiel ou dans un programme de substitution à la méthadone.

La moitié du collectif environ n'est pas intéressée à discuter de PST avec des professionnels car ils s'estiment bien informés et pensent ne plus avoir besoin de conseils individuels. Quelques femmes s'opposent carrément à une discussion avec les professionnels, parce qu'elles trouvent que ces thèmes ne concernent qu'elles-mêmes. Ce refus de toute discussion, perçue comme une ingérence dans la vie privée, a été mis en évidence uniquement chez des femmes CD et dans trois cas sur quatre chez des femmes qui se sont prostituées. De manière générale, c'est surtout les femmes qui se sont prostituées au cours de leur vie, en particulier celles de la Suisse romande, qui n'ont pas discuté de PST, ni avec des intervenants, ni dans leur entourage, en restant donc très seules avec leurs problèmes et leurs expériences. Ces femmes ont très souvent un vécu de douleur et de souffrance (viols, violences, abandons, déceptions, ...), ce qui rend extrêmement délicate la discussion autour de la PST: d'une part, elles craignent d'être jugées et d'autre part, elles ne désirent pas raconter des expériences qu'elles aimeraient plutôt oublier. Il est intéressant d'observer que la grande majorité des femmes CD qui se sont prostituées - comme c'est d'ailleurs le cas pour la moitié des interviewés - est favorable à l'approche par des médiateurs eux-mêmes toxicomanes (ou anciens toxicomanes), qui permettrait une meilleure compréhension et une possibilité de discussion plus approfondie, du fait de se sentir plus proches et d'avoir vécu des situations semblables.

La moitié des femmes interviewées et un tiers des hommes préfèrent parler de PST, et plus en général de sexualité, avec des femmes, professionnelles et non professionnelles. Les femmes

auraient en général plus d'affinité avec les femmes CD et pourraient mieux se mettre à leur place, les comprendre. Les hommes qui préfèrent une interlocutrice affirment avoir plus de facilité à discuter de thèmes intimes avec les femmes. D'autres éléments, tels que le fait de se sentir à l'aise, d'avoir une bonne base de confiance sont pour plusieurs CD - surtout des femmes - des conditions préalables pour pouvoir s'ouvrir aux intervenants. De plus, il faut que l'intervenant ne leur force pas la main et ne fasse pas la morale.

Lorsqu'on tient compte de l'ensemble de ces éléments, on constate que la tâche des professionnels au niveau du conseil individuel sur la PST n'est pas simple: des connaissances importantes sur les différentes réalités, y compris en particulier la prostitution, et des compétences communicatives considérables sont indispensables.

Confrontés à la question sur les propositions pour améliorer la PST chez les CD, environ la moitié des interviewés font des propositions qui concernent la population dans son ensemble et non pas des interventions spécifiques pour les CD. De manière générale, ils conseillent de continuer avec la sensibilisation et l'information à large échelle, à l'aide de méthodes déjà utilisées en Suisse, telles que les affiches, les brochures, l'information dans les écoles. Ces propositions très générales dénotent une certaine revendication des CD interviewés à ne pas être traités comme des personnes différentes, mais comme faisant partie de la population générale. D'autre part, le manque de propositions spécifiques faites par les CD indique aussi leur impuissance à faire plus pour mettre en pratique la PST. Selon plusieurs interviewés, en effet, les initiatives de prévention ont déjà fait beaucoup, les connaissances sont acquises et c'est une question de responsabilité personnelle que de les mettre en pratique. Les conditions de vie et l'estime de soi sont, selon quelques femmes CD, des éléments importants pour améliorer la PST et devraient par conséquent être visés par les professionnels.

## 7 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

**Conclusion 1:** Le contexte de l'épidémie du sida a bien changé depuis quelques années. Les cas de sida ont largement diminué, en particulier chez les CD et les trithérapies actuelles offrent une forme de traitement efficace. Cela conduit d'une part à une diminution de la perception du risque et d'autre part à une lassitude d'entendre encore parler de ce sujet chez les CD et aussi chez les intervenants. Dans leurs pratiques de prévention du sida, les intervenants en toxicomanie ont mis l'accent sur la prévention de la transmission par la seringue. D'une part, ce type de prévention est plus facile, car il n'interfère pas avec la sexualité et les sentiments; d'ailleurs, toutes les campagnes de prévention du sida faites à l'intention des CD mettaient ce risque en évidence. D'autre part, on a longtemps pensé que les CD n'avaient pas de relations sexuelles et que la prévention à cet égard n'était pas prioritaire. Mais diverses études récentes, ainsi que celle-ci, montrent que la majorité des CD ont une vie sexuelle et qu'ils sont particulièrement à risque du fait de leur taux élevé de séropositivité (ils ont souvent des partenaires aussi CD) et de leur pratique de la prostitution.

**Conclusion 2:** Non seulement la manière de traiter de la PST varie fortement d'un intervenant à l'autre, mais aussi l'existence même et la fréquence des pratiques de prévention. Certaines institutions ne traitent pas ce problème, d'autres sont très actives. La plupart des institutions ne savent pas ce que font les autres institutions dans leur région à ce sujet.

**Conclusion 3:** Les pratiques de PST sont encore trop limitées. Le type de pratiques de PST dépend du type de structures (bas seuil, ambulatoire, résidentiel). Certaines structures, comme celles à bas seuil, ont parfois de la peine à assumer la PST faute de personnel et de locaux. Les institutions ayant un cahier des charges comportant comme tâche la PST ont des pratiques plus développées dans ce domaine.

**Recommandation 1:** Les campagnes de prévention s'adressant à la population générale doivent être poursuivies pour que l'ensemble de la population continue à réaliser que l'épidémie de sida reste un problème important. Ces campagnes touchent aussi les CD qui ne se sentent pas différents ou discriminés par des campagnes orientées vers leurs seuls problèmes. Cette proposition rencontre l'approbation à la fois des intervenants et des CD. Des campagnes pourraient aussi être ciblées sur les problèmes liés aux trithérapies et sur les clients de prostitué(e)s.

**Recommandation 2:** Il importe, déjà au niveau de leur institution, que les intervenants échangent sur leurs pratiques de prévention, qu'ils discutent entre eux de leur manière de s'y prendre face à diverses situations. D'autre part, des actions pourraient être menées pour que les institutions se connaissent mieux entre elles (réunions, workshops).

**Recommandation 3:** La PST doit être considérée comme une priorité par les intervenants en toxicomanie. Les cahiers des charges de toutes les institutions doivent contenir la mention de la PST car un encouragement institutionnel permet d'augmenter les pratiques de prévention de la part des acteurs. Pour ce faire, on doit aussi envisager un renforcement du personnel dans certaines institutions, un dégagement de temps pour assurer la PST et des locaux mieux adaptés.

**Conclusion 4:** L'épidémie de sida entre dans une phase de banalisation qui pourrait conduire à une récrudescence des infections. Plusieurs focus groups ont aussi mis en évidence des problèmes de définition de la PST. Les intervenants ne font pas le lien entre les problèmes liés à la PST et les problèmes de contraception et de MST.

**Conclusion 5:** La formation à la PST n'est pas optimale dans toutes les institutions. Les intervenants ont aussi des formations de base très diverses. La formation continue est souvent laissée à la responsabilité individuelle, ce qui crée de grandes disparités.

**Conclusion 6:** La PST touche divers sujets tabous dans notre société comme la sexualité, la mort, la prostitution. Les intervenants rencontrent des problèmes dans l'interaction avec les CD : ces derniers font état de mépris, de jugements, de moralisation.

**Conclusion 7:** Chez les consommateurs de drogue, les problèmes d'affectivité dans le couple conduisent à des difficultés dans l'usage du préservatif. Par manque d'estime de soi, certains renoncent à demander son usage, parfois aussi par crainte de perdre le partenaire. Les problèmes de communication sont aussi importants dans le couple. Chez les femmes qui se prostituent, ne pas utiliser un préservatif avec un partenaire est parfois une manière symbolique de montrer l'importance de la relation.

**Conclusion 8:** La consommation excessive de psychotropes, et en particulier la consommation de cocaïne a des conséquences négatives sur la PST. Lorsque les CD sont dans une phase active de consommation, leur priorité est la recherche du produit et non la prévention du sida. En contre partie, durant ces périodes, ils ont souvent peu de relations sexuelles. Par contre, lorsqu'ils sont dans une phase non active de consommation, le désir revient et ils ont plus de relations sexuelles.

**Conclusion 9a:** Une part importante des femmes CD passent par des périodes de prostitution, les

**Recommandation 4:** Pour qu'une prévention continue dans ce domaine, il faut trouver des approches attrayantes. Des intervenants proposent l'utilisation de BD, de vidéos, de films courts. En accord avec plusieurs intervenants, il est proposé de traiter de la prévention du sida dans le cadre plus large de la santé et en particulier de la santé sexuelle.

**Recommandation 5:** Afin de garantir et d'optimiser la formation, dans chaque institution un intervenant, motivé par la problématique de la PST, pourrait être identifié. Cet intervenant serait formé à la PST et il aurait pour responsabilité de former par la suite ses collègues. Cette formation interne serait répétée au fur et à mesure de l'arrivée de nouveaux collègues. Cela permettrait aussi la discussion entre les intervenants sur la PST.

**Recommandation 6:** Les intervenants doivent être encouragés à améliorer leur savoir-être (travail sur eux-mêmes concernant la sexualité) et leurs facultés de communication dans des situations impliquant de parler de sujets tabous.

**Recommandation 7:** Les problèmes des CD à se protéger viennent de loin, comme les difficultés relationnelles, les problèmes psychiques, l'indifférence au risque. Pour améliorer la PST, il ne faut pas seulement parler de négociation et d'usage du préservatif mais améliorer des aspects de la personnalité du CD pour l'aider à prendre sa vie, sa santé au sérieux, tels qu'améliorer l'estime de soi, les aspects psycho-affectifs, le respect de soi, de son corps, les sensations corporelles, réveiller ses ressources. Le travail spécifique au genre doit être introduit ou poursuivi car les difficultés rencontrées sont différentes en fonction du sexe du CD. Les CD devraient avoir le choix entre des approches individuelles et de groupes.

**Recommandation 8:** Lors des phases actives de consommation, il importe de donner les meilleures conditions pour, dans un premier temps, aider les CD à gérer leur consommation et, dans un deuxième temps, les aider à sortir de cette dépendance. Cela comporte le soutien aux programmes de méthadone ainsi qu'aux programmes de désintoxication. Lors des phases non actives, il s'agit de soutenir les CD, d'améliorer leurs conditions de vie, de les aider à trouver travail et logement.

**Recommandation 9a:** L'approche par des médiateurs (des médiatrices en l'occurrence) pour parler

deux tiers dans cette étude. Ces femmes vivent des situations de violence et rencontrent souvent des difficultés à imposer le préservatif à leurs clients. Les prostituées n'aiment pas aborder le thème de la PST du fait de ces expériences pénibles. Dans cette étude, presque toutes les femmes qui s'étaient prostituées (ou qui se prostituaient encore) n'avaient jamais parlé de PST avec des intervenants.

**Conclusion 9b:** Il existe des difficultés de collaboration entre intervenants sociaux, médicaux et la police, chacun de ces groupes sociaux ayant encore des préjugés les uns à l'égard des autres.

**Conclusion 10:** Les CD ne sont pas tout le temps réceptifs pour recevoir des consignes de PST.

**Conclusion 11:** La question du sexe de l'intervenant par rapport à celui du CD s'est révélée avoir de l'importance. Tous les CD ne souhaitent pas forcément parler avec quelqu'un du même sexe qu'eux. Certains hommes CD préfèrent parler de PST avec des intervenantes femmes. La moitié des femmes CD préfèrent parler avec des intervenantes mais d'autres femmes CD n'ont pas de préférence. Il y a aussi des intervenants hommes qui se sentent gênés de parler de sexualité avec des femmes CD.

aux prostituées semble prometteuse. Les expériences des médiatrices leur permettent d'entrer facilement en contact avec des prostituées CD, de comprendre leurs problèmes et d'éviter tout jugement. Des expériences faites dans le domaine des prostituées migrantes ont donné de bons résultats. Une part importante des intervenants et des CD sont favorables à cette approche. L'idée d'ouvrir dans toutes les institutions un Livre noir, dans lequel les prostituées CD écrivent les expériences et difficultés à se protéger, semble être intéressante.

**Recommandation 9b:** Au niveau des intervenants, la collaboration, malgré ses difficultés, doit être promue, le travail avec la police pour faire respecter les droits des femmes CD prostituées paraissant particulièrement important (voir recommandation 2).

**Recommandation 10:** Il importe pour les intervenants de ne pas être inopportuns et de créer des défenses à ce sujet de la part des CD. Les intervenants peuvent utiliser des moments privilégiés pour parler de la PST. Ceux-ci sont liés à des accidents, tels que rupture de préservatif, grossesse non désirée. Des moments privilégiés peuvent aussi être la création d'un couple ou lorsqu'un CD s'ouvre sur ses difficultés de couple. Ils peuvent aussi partir de l'intérêt des CD pour les hépatites pour susciter une discussion au sujet de la PST. La manière d'aborder ces moments privilégiés devrait être traitée dans le cadre de la formation interne (voir recommandation 5).

**Recommandation 11:** La composition du personnel de toutes les institutions doit comprendre des hommes et des femmes pour pouvoir répondre aux besoins des CD qui peuvent souhaiter un intervenant homme ou une femme pour parler de PST. Les CD devraient avoir la possibilité d'être référés au sein de l'institution à un référent de même sexe.

## 8 ANNEXES

8.1 GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES FOCUS GROUPS

Thèmes	min.	Questions	Thèmes à demander s'ils ne viennent pas spontanément
Question initiale pour ouvrir la discussion	15'	1. Pensez-vous que la transmission sexuelle du VIH chez les toxicomanes représente un problème important?	Représentation du problème
Pratiques de prévention	15'	2. Que faites-vous concrètement dans le domaine de la PST? Quelles sont vos pratiques de prévention?	Se rappeler: différences hommes-femmes Noter les pratiques
Représentations relatives aux tâches	10'	3. Existe-t-il des directives pour la PST dans votre institution? Dans le cadre de votre institution, vous a-t-on donné des consignes particulières?	(cahier de charges, directives de service) Noter les tâches
Difficultés ?	15'	4. Quelles difficultés rencontrez-vous par rapport à la PST? Bien focaliser sur la PST.	Veiller à avoir les 3 niveaux: - structure: conditions de travail - formation: connaissances et compétences - difficultés liées aux CD Se rappeler: différences hommes-femmes
Améliorations proposées	15'	5. Que proposez-vous afin d'améliorer la PST? (propositions concrètes). 6. Dans le cadre de votre institution, avez-vous déjà entrepris quelque chose de particulier?	Se rappeler les 3 niveaux - structure: conditions de travail - formation: connaissances et compétences - difficultés liées aux CD Se rappeler: différences hommes-femmes
Formation idéale	10'	7. Relance formation Quelle compétences vous aideraient à améliorer la PST? Pour améliorer la PST, quelles seraient les compétences idéales que vous devriez acquérir ? Sous quelles formes pourriez-vous les acquérir ? Le feriez-vous personnellement ?	Etudier les affects, satisfaction avec la formation, lassitude, enthousiasme...

Thèmes	min.	Questions	Thèmes à demander s'ils ne viennent pas spontanément
Propositions d'améliorations: situation des consommateurs de drogue	15'	8. Avez-vous d'autres suggestions par rapport à l'amélioration de la PST?	(suggestions qui vont au delà des consultations et des offres des services) Si les I sèchent faire allusion aux conditions de vie des CD. Se rappeler: différences hommes-femmes

## 8.2 CODES UTILISES POUR L'ANALYSE DES FOCUS GROUPS

Reprx	Représentations
Pratx	Pratiques
Diffgenx	Difficultés générales
Diffinstx	Difficultés en relation avec l'institution
Diffcdup	Difficultés des CD à utiliser le préservatif
Diffcdd	Difficultés rencontrées par les CD lors des discussions avec intervenants
Diffcdx	Difficultés liées au CD lui-même
Diffintx	Difficultés liées aux intervenants
Propagenx	Propositions d'amélioration générales
Propainstx	Propositions d'amélioration par rapport à l'institution
Propacd	Propositions d'amélioration par rapport aux CD
Propaintx	Propositions d'amélioration par rapport aux intervenants
Fomatx	Formation
Homfem	Différences hommes femmes

### 8.3 COMPOSITION DES FOCUS GROUPS

	Nombre de participants	Cantons représentés	Professions*	Sexe	Moyenne d'âge, min-max	Nombre d'années d'expérience, min-max et moyenne
Bas seuil CHR	4	GE, VD, BE	2 infirmiers, 2 travailleurs sociaux	1H, 3F	36.7 33-42	1 ≤ 4, 2 ≤ 9, 1 10+ 2-12 7.2
Ambulatoire CHR	6	GE, VD, NE, VS	2 infirmiers, 2 intervenants en toxicomanie, 1 assistant social, 1 médecin	3H, 3F	36.2 27-43	3 ≤ 4, 3 ≤ 9 1-8 4.5
Résidentiel CHR	6	GE, VD, NE	3 éducateurs, 2 responsables, 1 médecin responsable	5H, 1F	37.4 29-46	3 ≤ 4, 1 ≤ 9, 2 10+ 3-12 6.8
Bas seuil CHA	7	BS, BL, LU, ZH	1 éducateur, 3 assistants sociaux, 1 psychologue, 1 en formation	2H, 5F	36.3 29-47	5 ≤ 4, 2 ≤ 9 1.5-7 3.6
Ambulatoire CHA	4	BS, LU, SG, ZH	2 médecins, 2 infirmières	4F	44.5 37-54	2 ≤ 4, 1 ≤ 9, 1 > 9 1-10 5
Résidentiel CHA	7	AG, BE, SO, ZH, ZG	4 éducateurs, 1 thérapeute, 2 psychologues	3H, 4F	44.3 35-50	1 ≤ 4, 4 ≤ 9, 2 > 9 1.5-20 8.9
Prostitution CHA	7	BE, BS, SG, SO, ZH	1 éducateur, 1 animatrice socio-culturelle, 4 psychologues, 1 infirmière psy,	2H, 5F	38.3 30-51	4 ≤ 4, 2 ≤ 9, 1 > 9 1.5-20 5

\* Professions au masculin

## 8.4 GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES INTERVIEWS DES CONSOMMATEURS DE DROGUE

Thèmes	Questions	Thèmes à demander s'ils ne viennent pas spontanément
<b>Avant de commencer</b>	Remerciements pour la participation Garantie d'anonymat Etre honnête, on ne va pas les juger, ni les sanctionner Demande pour l'enregistrement Petit questionnaire à remplir à la fin Les détails administratifs seront réglés après l'interview	
<b>Demande initiale pour ouvrir la discussion</b>	Débuter par des questions relatives à la structure où la rencontre a lieu. 1. Comment vous sentez-vous actuellement? Comment allez-vous? Depuis combien de temps êtes-vous ici?	Attente de sincérité difficultés de vie
<b>Attitude face à la prévention</b>	2. Estimez-vous qu'il est important de se protéger contre le VIH/sida ? Pensez-vous que la protection lors des relations sexuelle est importante?	Attitude par rapport au risque, à la mort, fatalisme, ampleur du désespoir, manque respect du corps, évolution par rapport au sida des pratiques d'injection
<b>Sexualité du répondant</b>	3. Lorsque vous pensez à votre passé, avez-vous des phases où vous avez utilisé le préservatif et d'autres non et pourquoi?	Evaluation des risques pris, évolution de la protection, types de partenaires, prostitution éventuelle, (Si des personnes qui ont donné des conseils sont citées ne pas approfondir mais les garder en mémoire et reprendre Q5).
<b>Pertinence des consignes de protection pour les répondants</b>	4. Il existe des recommandations pour les CD qui disent d'utiliser toujours le préservatif. Qu'en pensez-vous?	Identifier les affects, est-ce que cela semble vraiment irréalisable aux CD.
<b>Difficultés rencontrées</b>	5. Est-ce que c'est difficile pour vous d'utiliser le préservatif lors de chaque rapport sexuel ? Avez-vous eu de la difficulté à utiliser un préservatif? (homme) ou à le faire utiliser par votre partenaire ? (femme)	répertoire genre de difficultés. Pour chaque difficulté, mettre en évidence la raison principale.

<p><b>Expériences vécues de discussions sur la prévention avec des professionnels</b></p>	<p>6a. Depuis le début de l'épidémie, la prévention du sida lors des relations sexuelles est un thème important. En avez-vous parlé avec quelqu'un (un professionnel)?</p> <p>6b. Où, quand, avec qui et quels thèmes avez-vous abordé ou vous a-t-on posé des questions?</p> <p>6c. Si vous n'en avez parlé avec aucun professionnel, pourquoi?</p> <p>6d. Est-ce pour vous plus facile d'en parler avec une femme ou avec un homme?</p>	<p>6a. Bien documenter chaque intervenant (profession, sexe, institution) et</p> <p>6b. chaque intervention (année du conseil, durée, contenu, satisfaction, difficultés rencontrées, apport, application). Etre attentif aux hypothèses concernant les I (conditions de travail, manque de compétence)</p> <p>6c. Interroger sur les réticences éventuelles ou le refus d'en parler.</p>
<p><b>Expériences vécues de discussions sur la prévention avec des non-professionnels</b></p> <p><b>Réticence à parler de sexualité</b></p>	<p>7a. Avez-vous parlé de la protection contre la transmission sexuelle du VIH/sida avec d'autres personnes?</p> <p>7b. où, quand, avec qui et quels thèmes avez-vous abordé ou vous a-t-on posé des questions?</p> <p>7c. Si vous n'en avez parlé avec aucun professionnel, pourquoi?</p> <p>7d. Est-ce pour vous plus facile d'en parler avec une femme ou avec un homme?</p> <p>7e. Est-ce que c'est difficile pour vous de parler de la sexualité et de protection contre le VIH/sida?</p>	<p>7a. Bien documenter chaque personne (lien avec le CD, sexe, raison du choix) et 7b. chaque discussion (année de la discussion, durée, contenu, satisfaction, difficultés rencontrées, apport, application).</p> <p>7c. Interroger sur les réticences éventuelles ou le refus d'en parler.</p>
<p><b>Propositions d'améliorations par rapport aux conseils</b></p>	<p>8. Quelle aide ou soutien auriez-vous besoin de professionnels, de manière à mieux vous protéger contre le VIH? Qu'est-ce qui vous aiderait à en parler plus facilement?</p>	<p>Améliorations proposées concernant le counselling des I.</p>
<p><b>Propositions d'améliorations en général</b></p>	<p>9. Avez-vous des recommandations générales pour améliorer la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les CD?</p>	<p>Améliorations proposées concernant eux-mêmes, leurs partenaires, leurs conditions de vie...</p>
<p><b>Avis des répondants</b></p>	<p>10. Avez-vous encore des propositions pour améliorer la prévention de la transmission sexuelle du VIH? Il existe des expériences où des consommateurs de drogues parlent de ces difficultés à d'autres consommateurs de drogues pour les aider. Que pensez-vous de ce type d'expérience?</p>	<p>Identifier les affects</p>

## 8.5 QUESTIONNAIRE COURT POUR LES CONSOMMATEURS DE DROGUE

### Questionnaire pour les participants

1. Votre sexe: <sub>1</sub> masculin <sub>2</sub> féminin
2. Votre année de naissance : ..... 19
3. Quelle est la **dernière** école ou formation que vous avez suivie et terminée ? (Une seule réponse, svp)  
scolarité obligatoire ..... <sub>1</sub>  
apprentissage, école professionnelle ..... <sub>2</sub>  
maturité, école professionnelle supérieure, université ..... <sub>3</sub>
4. Quelles ont été vos sources de revenus **ce dernier mois** ? (Plusieurs réponses possibles)  
1) travail à plein temps ou à temps partiel (régulièrement) <sub>1</sub>  
2) intérim, travail temporaire ..... <sub>1</sub>  
3) aide sociale (assistance publique) ..... <sub>1</sub>  
4) assurances (assurance invalidité chômage, AVS) ..... <sub>1</sub>  
5) famille, amis, compagnon ..... <sub>1</sub>  
6) revenus illégaux y compris deal ..... <sub>1</sub>  
7) prostitution ..... <sub>1</sub>  
8) faire la manche ..... <sub>1</sub>
5. Où avez-vous habité principalement durant le **dernier mois** ? (Une seule réponse, svp)  
domicile fixe privé (chambre, appartement, etc.) <sub>1</sub>  
sans domicile fixe (Armée du Salut, rue, etc.) ..... <sub>2</sub>  
en institution ..... <sub>3</sub>  
en prison ..... <sub>4</sub>  
autres, à préciser: ✎ \_\_\_\_\_ <sub>5</sub>
6. Au cas où vous avez consommé **au cours du dernier mois**, quelle était la substance?  
Héroïne (seule) ..... <sub>1</sub>  
Cocaïne (seule) ..... <sub>2</sub>  
Cocktail (mélange héroïne+cocaïne) ..... <sub>3</sub>  
Benzodiazépines (Rohypnol, etc.) ..... <sub>4</sub>
7. Vous êtes-vous déjà, **au cours de votre vie**, injecté des drogues ? oui <sub>1</sub> non <sub>2</sub>
8. Est-ce que vous vous êtes injecté des drogues durant les **derniers 6 mois** ? oui <sub>1</sub>  
non <sub>2</sub>

9. Recevez-vous **actuellement** de l'héroïne, de la morphine ou de la méthadone comme produit de substitution? oui <sub>1</sub> non <sub>2</sub>

**Durant les 6 derniers mois**, vous êtes-vous injecté avec une seringue / aiguille déjà utilisée par ..... quelqu'un d'autre? oui <sub>1</sub> non <sub>2</sub>

10. Au cours des **6 derniers mois** avez-vous eu des relations sexuelles avec un/e partenaire stable ?  
oui <sub>1</sub> non <sub>2</sub>

→ Si oui Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce/ cette partenaire stable ?  
oui, toujours ..... <sub>1</sub>  
oui, parfois..... <sub>2</sub>  
non, jamais ..... <sub>3</sub>

11. Votre partenaire stable actuel consomme-t-il/elle des drogues dures (cocaïne, héroïne) ?  
oui <sub>1</sub> non <sub>2</sub>

12. Au cours des **6 derniers mois** avez-vous eu des relations sexuelles avec un (des) partenaire(s) occasionnel(s) ? oui <sub>1</sub> non <sub>2</sub>

→ Si oui Avez-vous utilisé des préservatifs avec ce(s) partenaire(s) occasionnel(s) ?  
oui, toujours ..... <sub>1</sub>  
oui, parfois..... <sub>2</sub>  
non, jamais ..... <sub>3</sub>

13. Vous êtes-vous prostitué(e) ces **6 derniers mois** ? oui <sub>1</sub> non <sub>2</sub>

→ Si oui Avez-vous utilisé des préservatifs avec les clients?  
oui, toujours ..... <sub>1</sub>  
oui, parfois..... <sub>2</sub>  
non, jamais ..... <sub>3</sub>

14. Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre **dernier** rapport sexuel ? oui <sub>1</sub> non <sub>2</sub>

15. Comment qualifiez-vous votre état de santé **actuellement** ? (Une seule réponse, svp)  
très bon..... <sub>1</sub>  
plutôt bon ..... <sub>2</sub>  
plutôt mauvais ..... <sub>3</sub>  
très mauvais ..... <sub>4</sub>  
je ne sais pas ..... <sub>5</sub>

16. Avez-vous déjà passé un test (le test VIH) pour savoir si vous avez été infecté par le virus du sida ? non <sub>1</sub> oui, .....fois

= > si non , vous avez terminé, merci.

Si oui, en quelle année l'avez-vous passé pour la dernière fois? 19

**Si vous avez passé le test VIH, êtes-vous actuellement** (une seule réponse)

séronégatif (au dernier test)..... <sub>1</sub>

séropositif,..... <sub>2</sub>

ne sait pas, ne veut pas le dire ..... <sub>3</sub>

Merci de votre collaboration

L'équipe de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive

## 8.6 CODES UTILISES POUR L'ANALYSE DES INTERVIEWS DES CONSOMMATEURS DE DROGUE

Santex	Etat de santé (dans le sens large du terme) du répondant
Personx	Personnalité du répondant
Diffcd	Difficultés de vie des CD
Reprx	Représentations de la PST
Viesex	Vie sexuelle, biographie
Protectx	Protection, usage du préservatif ou pas de risque
Diffprotectx	Difficultés (générales) à se protéger
Drogsex	Influence des drogues sur la sexualité
Diffcdup	Difficultés à utiliser le préservatif
Pertinx	Pertinence des consignes de protection
Expprof	Expériences de conseils reçus de professionnel
Diffprof	Difficultés rencontrées avec des professionnels, jugement négatif
Expnonprof	Expériences de conseils reçus par des non professionnels
Diffnonprof	Difficultés rencontrées avec des non professionnels, jugement négatif
Placardx	Autre formes de prévention (affiches, dépliants...)
Propamelio	Propositions d'amélioration
Mediex	Approche par des médiateurs
Prostitux	Prostitution
Prisonx	Séjours en prison, difficultés en prison
Hf	Hommes/femmes (2 <sup>ème</sup> codification)
Ht	Hors thème

## 9 BIBLIOGRAPHIE

- <sup>1</sup> Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA. Prévention du VIH en Suisse. Buts, stratégies, mesures. Berne: OFSP; 1993.
- <sup>2</sup> Fachgruppe AIDS und Drogen, séance du 4 décembre 1997 (communication personnelle).
- <sup>3</sup> Dubois-Arber F, Jeannin A, Haour-Knipe M, Meystre G, Moreau-Gruet F, Spencer B, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sur mandat de l'OFSP. Cinquième rapport de synthèse, 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120a).
- <sup>4</sup> Gebhardt M. Sida et VIH en Suisse. Situation épidémiologique fin 1996. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1997.
- <sup>5</sup> Van Ameijden EJC et al. A major decline in risk behavior over 6 years among IDUs, Pays-Bas. Poster WS-C21-2. IXth International Conference on AIDS. Berlin, 07-11.06.1993.
- <sup>6</sup> Kleiber D, Pant A. HIV - Needle-Sharing - Sex: Eine sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. Drogenkonsumenten. Baden-Baden: Nomos; 1996 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 69a und b).
- <sup>7</sup> Des Jarlais DC. The first and second decades of AIDS among injecting drug users. *British Journal of Addiction* 1992;87:347-353.
- <sup>8</sup> Des Jarlais DC, Friedman S R, Sotheran J L et al. Continuity and Change Within an HIV Epidemic. *Journal of the American Medical Association* 1994;271:121-127.
- <sup>9</sup> Frischer M. Estimated prevalence of injecting drug use in Glasgow. *British Journal of Addiction* 1992;87:235-243.
- <sup>10</sup> Friedman SR, Jose B, Neaigus A, et al. Consistent condom use in relationships between injecting drug users and sex partners who do not inject drugs. *AIDS* 1994;8:357-361.
- <sup>11</sup> Rhodes TJ, Donoghoe MC, Hunter GM, et al. Continued risk behaviour among HIV positive drug injectors in London: implications for intervention. *Addiction* 1993;88:1553-1560.
- <sup>12</sup> WHO Collaborative Study Group. An international comparative study of HIV prevalence and risk behavior among drug injectors in 13 cities. *Bulletin on Narcotics* 1993;XLV(1):19-46,.
- <sup>13</sup> Rhodes T, Quirk A. Where is the sex in harm reduction? *The international Journal of Drug Policy* 1995;6(2):78-82.
- <sup>14</sup> Donoghoe MC. Sex, HIV and the injecting drug user. *British Journal of Addiction* 1992;87:405-16.
- <sup>15</sup> Thome F, Broers B, Deglon JJ et al. Le déclin d'une épidémie: le VIH parmi les toxicomanes à Genève, 1988-1994. *La presse médicale* 1995;24:1099-1101.
- <sup>16</sup> Ronco C, Spuhler F, Coda P, Schöpfer R. Evaluation der Gassenzimmer I,II, III in Basel. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel; 1994.
- <sup>17</sup> Coda P. Valutazione dei trattamenti ambulatoriali con metadone in Ticino. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1996.

- <sup>18</sup> Pant A, Kleiber D. Das Sexualverhalten von intravenös applizierenden Drogenkonsumenten unter dem Eindruck von HIV/AIDS. In: Heckmann W, Koch M A (Hrsg.). Sexualverhalten in Zeiten von Aids. Berlin: Sigma; 1994: 311-26.
- <sup>19</sup> Fordyce EJ, Blum S, Balanon A, Stoneburner RL. A method for Estimating HIV Transmission Rates among Female Sex Partners of Male Intravenous Drug Users. *American Journal of Epidemiology* 1991;133(6):590-8.
- <sup>20</sup> Van Ameijden E, Van der Hoek A, Van Haastrecht HJ, Coutinho RA. Trends in sexual behaviour and the incidence of sexually transmitted diseases and HIV among drug-using prostitutes, Amsterdam 1986-1992. *AIDS* 1994;8:213-21.
- <sup>21</sup> Taylor A, Frischer M, McKeganey N et al. HIV risk behaviours among female prostitute drug injectors in Glasgow. *Addiction* 1993;88:1561-64.
- <sup>22</sup> Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. *Rev Epidem Sante Publique* 1998;46:205-217.
- <sup>23</sup> Aiuto Aids Svizzero, Aiuto Aids Ticino. Prostituzione e prevenzione dell'Aids in Ticino. Lugano: Aiuto Aids Svizzero, Aiuto Aids Ticino; 1993.
- <sup>24</sup> Landert C. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : phase 5, 1991-1992. Freier befragen. Ergebnisse einer Machbarkeitstudie. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992 (Cah Rech Doc IUMSP, no 82.3).
- <sup>25</sup> Ronco C, Spuhler G. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994.
- <sup>26</sup> Obrist B. Geschützte Freier; Aidsprävention im Sexgewerbe: Eine Situationsanalyse. Zürich: Aids Hilfe Schweiz; 1995.
- <sup>27</sup> Des Jarlais DC. Cross-national studies of AIDS among injecting drug users. *Addiction* 1994;89:383-92.
- <sup>28</sup> Klär I. Drogenkarrieren in lebenslaufanalytischer Perspektive. Freiburg i. Br.: Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht; 1993 (unveröff. Manuskript).
- <sup>29</sup> Dubois-Arber F, Konings E, Koffi-Blanchard M, Gervasoni JP, Hausser D. Evaluating HIV prevention of low-threshold needle exchange programmes in Switzerland. In: Friedrich D, Heckmann W (eds). *Aids in Europe - the behavioural aspect. Report of the Conference AIDS in Europe - The Behavioural Aspect, Berlin 26-29.9.1994*. Berlin: Ed. Sigma; 1995:183-189.
- <sup>30</sup> Statistique des centres à bas seuil. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Communication personnelle.
- <sup>31</sup> Kübler D, Hausser D. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical. Etude exploratoire auprès d'une population cachée. Lausanne : IREC/EPFL; 1995 (Rapport de recherche No. 131).
- <sup>32</sup> Hirtsiefer K. Sexualberatung bei Drogenabhängigen. In: Dund S.R. (Ed.), *Beratungsführer zu AIDS für Angehörige psychosozialer und medizinischer Berufe*. Stuttgart: Hippokrates; 1991.
- <sup>33</sup> Vogt I. Geschlecht und Drogen - Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit, Entgrenzung und Disziplinierung. In: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg): *Frauen, Männer, Abhängigkeit*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme; 1993.

- <sup>34</sup> Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II, Deuxième rapport de synthèse, 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111a).
- <sup>35</sup> Geense R. To have or to have not: that's the question. A qualitative study on four low threshold needle exchange services for drug users in Switzerland. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111.11).
- <sup>36</sup> Pant A, Kleiber D. Heterosexuelles Risikoverhalten und HIV-1 Prävalenz bei intravenös applizierenden Drogenkonsumenten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 1993;I(1):49-64.
- <sup>37</sup> Ernst ML, Rottenmanner I, Spreyermann C. Frauen sucht Perspektiven. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Bern: EDMZ; 1997.
- <sup>38</sup> Sexualität: ein Thema der Suchtkrankenhilfe. Beobachtungen, Beschreibungen, Bedarfsanzeigen. Katholische Sozialethische Arbeitsstelle, Aktuelle Orientierungen: Suchtgefahren, Heft 24, 1991.
- <sup>39</sup> Narring F, Michaud PA, et al. Sexualité des adolescents et sida: Processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1997 (Raisons de santé 4).
- <sup>40</sup> Stämpfli Broggi B. Valutazione del progetto pilota "Donne a confronto" sulla base della scheda di valutazione. Lugano: Antenna Icaro; 1995 (Rapporto interno).
- <sup>41</sup> Spreyermann C. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1990 (Cah Rech Doc IUMSP, no 52.6).
- <sup>42</sup> Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ed.). Femmes, hommes, dépendances. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 1993.
- <sup>43</sup> Meier C, Isenschmid Gerster B et al. Frauen Sucht Forschung. Frauengerechte Suchtprävention im Kanton Bern. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin; 1995.
- <sup>44</sup> Stoppa V, Zemp A. Unterlagen zum Kurs Sexuelle Ausbeutung / Inzest im Zusammenhang mit Suchtentwicklung. November 1993 (Manuskript).
- <sup>45</sup> Miller BA, Downs WR et al. Victimization of drug women. Fourth International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm, Rotterdam, 1993.
- <sup>46</sup> Verein Frau sucht Gesundheit. Frauen-Oase. Ein Konzept. Gesundheitsförderung für Frauen auf dem Drogenstrich. Basel: Verein Frau sucht Gesundheit. Frauen-Oase; 1993.
- <sup>47</sup> Dobler-Mikola A, Zimmer Höfler D. Zur spezifischen Situation drogenabhängiger Frauen. In: Jäger H (Hrsg). Frauen und Aids-Somatische und psychosoziale Aspekte. Berlin: Springer; 1989.
- <sup>48</sup> Weber G, Schneider W. Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg. Münster: Westfälische Wilhelms-Universität Münster; 1992.
- <sup>49</sup> Gersch C, Heckmann W et al. Drogenabhängige Prostituierte und ihre Freier. Berlin: Sozialpädagogisches Institut; 1988.
- <sup>50</sup> Dobler-Mikola A, Zimmer Höfler D. Sind drogenabhängige Frauen anders? Zürich: Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich; 1990 (Drogenbulletin 1).
- <sup>51</sup> Kitzinger J. Qualitative Research. Introducing focus groups. BMJ 1995;311:299-302.
- <sup>52</sup> Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Newbury Park: Sage; 1988.
- <sup>53</sup> Stewart DW, Shamdasani PN. Focus groups. Theory and practice. Newbury Park: SAGE; 1990.

- <sup>54</sup> Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals K, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération visant à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- <sup>55</sup> Bardin L. L'analyse de contenu (7ème édition corrigée). Paris: PUF; 1993.
- <sup>56</sup> Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999.