



Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP  
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique - CEESAN

# Systeme de surveillance du VIH et des IST de deuxième génération en Suisse

## Rapport de synthèse 2012- 2016

Stéphanie Lociciro, Thomas Simonson, Sanda Samitca, Daria  
Koutaissoff, Michael Amiguet, Françoise Dubois-Arber, Raphaël  
Bize

RAISONS DE SANTÉ 278 – LAUSANNE

*Unil*  
UNIL | Université de Lausanne



## Raisons de santé 278

- Études financées par :** Office fédéral de la santé publique, Berne  
Contrat : 12.005071/304.0001-761/0140000009/00010
- Citation suggérée :** Locicero S, Simonson T, Samitca S, Koutaissoff D, Amiguet M, Dubois-Arber F, Bize R. Système de surveillance du VIH et des IST de deuxième génération en Suisse. Rapport de synthèse 2012-2016. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 278).  
<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/278>
- Personne de contact :** Raphaël Bize, médecin associé, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne.  
Adresse électronique : [raphael.bize@chuv.ch](mailto:raphael.bize@chuv.ch).  
Numéro de téléphone : 021 314 72 99
- Contributions :** Avec la collaboration de : Brenda Spencer, Sonia Lucia, Sophie Stadelmann, Jean-Pierre Gervasoni, André Jeannin, Sophie Arnaud, Gabriel Füglistaler, Patrick Bodenmann, Marie-Louise Ernst, Martin Gebhardt, Jocelyne Muller.
- Remerciements :** Nous remercions vivement toutes les participantes et les participants aux études que nous avons réalisées dans le cadre de ce mandat de surveillance pour leur implication et la confiance qui nous a été accordée.
- Nous remercions également vivement tous les partenaires et les milieux associatifs sans le soutien desquels nous n'aurions pas pu réaliser ces études dans de bonnes conditions.
- Date d'édition :** Juin 2017

# Table des matières

Glossaire .....	8
<b>1 Résumés en français, allemand et anglais .....</b>	<b>9</b>
1.1 Résumé des principaux résultats .....	11
1.2 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....	15
1.3 Summary of main results .....	20
<b>2 Introduction et méthodes .....</b>	<b>25</b>
Système de surveillance du VIH et des IST en Suisse .....	27
Description et objectifs du mandat.....	27
Sources de données et méthodes utilisées.....	28
Structure du rapport .....	30
<b>3 Résultats .....</b>	<b>33</b>
3.1 Données issues de la surveillance biologique.....	35
Epidémiologie du VIH.....	35
Epidémiologie des autres IST.....	38
3.2 Connaissances sur le VIH/IST et les lieux de dépistage .....	42
Niveau d'information des répondant-e-s par rapport au VIH/sida .....	42
Accès aux messages de prévention sur le VIH/IST.....	44
Attitude vis-à-vis du VIH/sida .....	45
Niveau d'information des répondant-e-s par rapport aux autres IST .....	45
Connaissance d'un lieu où se faire dépister pour le VIH.....	46
3.3 Activité sexuelle et rapports sexuels forcés .....	49
Proportion des répondant-e-s ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans..	49
Nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois.....	51
Rapports sexuels avec des partenaires du même sexe.....	52
Rapports sexuels tarifés : « Avoir payé pour des rapports sexuels » .....	52
Rapports sexuels tarifés : « Avoir été payé pour des rapports sexuels ».....	54
Rapports sexuels forcés au cours de la vie.....	55
3.4 Mise sur le marché et accès aux préservatifs.....	58
Nombre de préservatifs mis sur le marché en Suisse .....	58
Accès aux préservatifs .....	59
3.5 Utilisation de drogue par voie intraveineuse.....	61
Proportion de répondant-e-s recourant à l'injection de drogue par voie intraveineuse .....	61
Partage de seringues et de matériel servant à l'injection de drogue.....	62
Evolution du nombre de seringues remises à des UDI en Suisse.....	64
3.6 Situations à risque de transmission du VIH/IST par voie sexuelle .....	67
Non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec pénétration .....	67
Utilisation non-systématique du préservatif lors de rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois .....	70
Exposition au sang et au sperme dans la bouche .....	74
Situation des personnes transgenres par rapport au VIH et aux autres IST.....	75
3.7 Recours aux tests de dépistage et prévalences rapportées (VIH, autres IST, VHC).....	78
Réalisation d'un test de dépistage du VIH durant la vie.....	78

Réalisation d'un test de dépistage du VIH durant les 12 derniers mois .....	78
Raisons de ne pas avoir fait de test VIH .....	79
Proportion des répondant-e-s rapportant un résultat de test positif pour le VIH parmi les personnes ayant effectué un test.....	80
Réalisation de tests de dépistage pour les autres IST et le VHC.....	80
3.8 Accès aux soins (VIH, VHC) .....	84
Proportion des répondant-e-s se déclarant séropositif-ve-s pour le VIH qui rapportent être sous traitement antirétroviral.....	84
Proportion des personnes déclarant avoir été infectées par le VHC qui rapportent être ou avoir été sous traitement anti-VHC .....	84
<b>4 Discussion.....</b>	<b>87</b>
Interprétation globale des résultats et des tendances.....	89
Représentativité : comparaison ANSWER/ESS et Gaysurvey/ESS .....	91
Intersections entre les différents facteurs de vulnérabilité .....	91
Lacunes du dispositif .....	91
Perspectives et besoins futurs en matière de surveillance du VIH/IST.....	92
<b>5 Recommandations.....</b>	<b>95</b>
5.1 Recommandations pour la surveillance VIH/IST.....	97
5.2 Proposition de calendrier pour les études de surveillance comportementale à considérer en priorité durant les cinq prochaines années.....	99

## Liste des tableaux

Tableau 1	Sources de données, méthodes utilisées et taille des échantillons .....	28
Tableau 2	Niveau d'information par rapport au VIH/Sida (en %, IC 95%) .....	43
Tableau 3	Niveau d'information par rapport à la primo-infection, la PEP et la PrEP (en %, IC 95%) .....	43
Tableau 4	Accès aux informations de prévention du VIH et autres IST (en %, IC 95%) .....	45
Tableau 5	Niveau d'information des répondant-e-s par rapport aux autres IST (en %, IC 95%) .....	46
Tableau 6	Connaissance d'un lieu où se faire dépister (en %, IC 95%) .....	46
Tableau 7	Proportion des répondant-e-s ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans (en %, IC 95%).....	49
Tableau 8	Rapports sexuels avec des partenaires du même sexe au cours de la vie (en %, IC 95%) .....	52
Tableau 9	Rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois (en %, IC 95%).....	53
Tableau 10	Rapports sexuels forcés au cours de la vie (en %, IC 95%) .....	56
Tableau 11	Proportion de répondant-e-s recourant à l'injection de drogue par voie intraveineuse (en %, IC 95%) .....	61
Tableau 12	Non-utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel pénétratif, selon le type de partenaire (en %, IC 95%) .....	67
Tableau 13	Non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les personnes âgées de 17 à 45 ans, ayant eu deux partenaires sexuels ou plus durant les 12 derniers mois (en %, IC 95%) .....	69
Tableau 14	Usage non-systématique du préservatif, par type de partenaire (en %, IC 95%) .....	70
Tableau 15	Proportion de répondants HSH (12 derniers mois) et TS (30 derniers jours) ayant eu du sperme ou sang dans la bouche (en %, IC 95%) .....	75
Tableau 16	Répondant-e-s ayant fait un test VIH au cours de la vie par classes d'âge (en %, IC 95%) .....	78
Tableau 17	Répondant-e-s ayant fait un test VIH durant les 12 derniers mois (en %, IC 95%) .....	79
Tableau 18	Motifs de non réalisation du test VIH (en %, IC 95%).....	79
Tableau 19	Proportion des répondant-e-s se déclarant séropositif-ve-s pour le VIH parmi les personnes testées (en %, IC 95%) .....	80
Tableau 20	Proportion de répondant-e-s ayant fait un test de dépistage pour le VHC et d'autres IST que le VIH durant les 12 derniers mois et résultats positifs (en %, IC 95%) .....	82
Tableau 21	Proportion des répondant-e-s séropositif-ve-s pour le VIH se déclarant sous traitement antirétroviral (en %, IC 95%) .....	84
Tableau 22	Proportion des répondant-e-s déclarant avoir un test positif pour le VHC et qui sont ou ont été sous traitement VHC (en %, IC 95%) .....	85
Tableau 23	Vue simplifiée des informations disponibles et du niveau de vigilance préconisé pour les principaux indicateurs de la surveillance comportementale VIH/IST .....	90

## Liste des figures

Figure 1	Incidence mensuelle de l'infection par le VIH en Suisse (nombre de cas pour 100'000 habitants) depuis 1996 au mois de mai 2016.....	35
Figure 2	Nombre de tests VIH positifs déclarés par les laboratoires selon l'année du test et le sexe des personnes testées.....	36
Figure 3	Nombre de tests VIH positifs déclarés par les laboratoires selon l'année du test et le mode de transmission supposé (hommes).....	36
Figure 4	Nombre de tests VIH positifs déclarés par les laboratoires selon l'année du test et le caractère récent ou non de l'infection (HSH).....	37
Figure 5	Déclarations de tests VIH positifs par les laboratoires selon l'année du test et le mode de transmission supposé (femmes).....	38
Figure 6	Incidence mensuelle de la Chlamydirose en Suisse (nombre de cas pour 100'000 habitants) depuis 1988 au mois de mai 2016.....	39
Figure 7	Incidence mensuelle de la gonorrhée en Suisse (nombre de cas pour 100'000 habitants) depuis 1988 au mois de mai 2016.....	40
Figure 8	Incidence mensuelle de la syphilis en Suisse (nombre de cas pour 100'000 habitants) depuis 2006 au mois de mai 2016.....	40
Figure 9	Avoir entendu parler de la primo-infection et de la PEP, en % (données Gaysurvey, 2000 à 2014).....	44
Figure 10	Proportion de répondant-e-s rapportant avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans, par population, sexe et catégorie d'âge (en %).....	50
Figure 11	Proportion de répondants HSH ayant eu leur 1 <sup>er</sup> rapport sexuel avant l'âge de 16 ans quel que soit le type de partenaire, homme ou femme (Enquêtes Gaysurvey 1992-2014, en %).....	50
Figure 12	Proportion de jeunes de 17 à 20 ans sexuellement actifs à l'âge de 17 ans.....	51
Figure 13	Distribution du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois par population (box-plots).....	51
Figure 14	Proportion de répondants ayant payé (clients) et ayant été payé (travailleurs du sexe) pour un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois (Gaysurvey 1992-2014, en %).....	53
Figure 15	Proportion de jeunes hommes de 18 à 20 ans de la population générale à avoir déjà payé pour un rapport sexuel (en %, EPSS 1997-2007 et CH-X 2010-2011).....	54
Figure 16	Proportion d'UD ayant été payé pour un rapport sexuel au cours des 6 derniers mois (Enquête SBS, Femmes/Hommes/Total, 1994-2011).....	55
Figure 17	Evolution des mises sur le marché de préservatifs (données IUMSP, Nielsen+IMS Health, 1986-2014).....	59
Figure 18	Proportion d'UD recourant à l'injection de drogue par voie intraveineuse, au cours de la vie, des 6 derniers mois et du dernier mois, et proportion de nouveaux UDI 1993-2011 (en %).....	62
Figure 19	Partage de seringues et de matériel servant à préparer l'injection, données des structures à bas seuil, 1993-2011 (en %).....	63
Figure 20	Injection de drogue ou autre substance en prison et utilisation d'une seringue usagée en prison 2000-2011 (en %).....	63

Figure 21	Estimation du nombre total de seringues remises mensuellement aux UDI en Suisse entre 1993 et 2015 : SBS, pharmacies et programme de prescription d'héroïne (HeGeBe).....	64
Figure 22	Non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel chez les HSH (évolution entre 1994 et 2014, en %).....	68
Figure 23	Non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les personnes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus durant les 12 derniers mois, en % (Population générale, EPSS 1997-2000, ESS 2007-2012) .....	69
Figure 24	Proportion des répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec le partenaire stable au cours des 12 derniers mois et proportion des répondants ayant eu des rapports non protégés parmi ceux-ci, en % (Gaysurvey 1992-2014).....	71
Figure 25	Proportion de répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec un/des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois et proportion de répondants ayant eu des rapports non protégés parmi ceux-ci, en % (Gaysurvey 1992-2014).....	71
Figure 26	Pratique de la pénétration anale et non-utilisation de préservatifs avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels chez les répondants séronégatifs, en % (Gaysurvey 1992-2014).....	72
Figure 27	Pratique de la pénétration anale et non-utilisation de préservatifs avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels chez les répondants séropositifs, en % (Gaysurvey 1992-2014) .....	73
Figure 28	Pénétrations anales non protégées avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels en fonction de la virémie (détectable/indétectable lors du dernier examen de virémie), en % avec IC 95% (Gaysurvey 2007-2014) .....	74

# Glossaire

ANSWER	African net survey - we respond
BTC	Break the chains
ECDC	European centre for disease prevention and control
ESS	Enquête suisse sur la santé
EPSS	Enquête téléphonique périodique sur la prévention du VIH/sida en Suisse
HBSC	Health behaviours in school-aged children
HeGeBe	Programme de prescription d'héroïne
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IC 95%	Intervalle de confiance à 95%
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
IST	Infection sexuellement transmissible
IVAWS	International violence against women survey
LEp	Loi sur les épidémies
Migrant-e-s ASS	Migrant-e-s originaires d'Afrique subsaharienne
OEp	Ordonnance sur les épidémies
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEP	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PNVI	Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles
RMIS	Remise de matériel d'injection stérile
SBS	Structures à bas seuil
SHCS	Swiss HIV cohort study
SWAN	Sex workers answers
TS	Travailleuses et travailleurs du sexe
UD	Consommatrices et consommateurs de drogue fréquentant les structures à bas seuil, avec ou sans pratique actuelle de l'injection par voie intraveineuse
UDI	Consommatrices et consommateurs de drogue fréquentant les structures à bas seuil, avec une pratique actuelle de l'injection par voie intraveineuse
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VCT	Voluntary counselling and testing



# 1

## Résumés en français, allemand et anglais



# 1 Résumés en français, allemand et anglais

## 1.1 Résumé des principaux résultats

### Méthodes

Les résultats présentés dans ce rapport s'appuient sur plusieurs sources de données. Nous avons conduit des enquêtes nationales auprès des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH, études Gaysurvey 2012 et 2014), auprès des migrant-e-s originaires d'Afrique subsaharienne (migrant-e-s ASS, étude ANSWER 2014), auprès des travailleuses et des travailleurs du sexe (TS, étude SWAN 2016), ainsi qu'auprès des consommatrices et des consommateurs de drogue fréquentant les structures à bas seuil (UD, étude SBS 2011). A cela s'ajoute une analyse secondaire des données sur les comportements sexuels de l'enquête suisse sur la santé (ESS 2012). Nous avons également collecté des données de monitoring sur le nombre de seringues remises aux UDI dans différents settings (structures à bas seuil, programmes de prescription d'héroïne et pharmacies), ainsi que des données relatives à la mise sur le marché de préservatifs en Suisse. Nous avons conduit ou participé à la réalisation de cinq études additionnelles qui apportent un éclairage complémentaire aux résultats présentés dans ce rapport : évaluation de la campagne « Break the chains » 2015 ; analyse des données disponibles pour estimer le nombre de préservatifs écoulés sur le marché suisse ; entretiens avec des experts concernant l'évolution des comportements préventifs chez les UDI ; inventaire des dispositifs de remise de matériel d'injection stérile en milieu carcéral ; rapid assessment de la situation des personnes transgenres par rapport au risque d'infection par le VIH et les autres IST. Nous nous sommes enfin appuyés sur des résultats publiés sous l'égide de la Swiss HIV cohort study et de l'étude Health behaviour in school-aged children.

### Données issues de la surveillance biologique

Les nouveaux cas de VIH déclarés concernent majoritairement les hommes (410 hommes pour 122 femmes en 2015). Chez ceux-ci, la modalité « contact sexuel avec un homme » a été identifiée par les médecins comme l'exposition la plus probable dans 58% des déclarations transmises pour l'année 2015. On observe une légère tendance à la baisse du nombre de cas liés à ce mode de transmission durant ces cinq dernières années. Parmi ces cas, le nombre d'infections récentes a par contre progressé de 101 en 2013 à 158 en 2015. En ce qui concerne la transmission par voie hétérosexuelle, 18% des nouveaux cas recensés en 2014 ont été déclarés chez des personnes originaires de pays à haute prévalence (essentiellement d'Afrique subsaharienne).

On observe une forte croissance du nombre de nouveaux cas confirmés de chlamydie depuis le début des années 2000. Sur les 10'166 cas confirmés en 2015, deux tiers concernaient des femmes. On constate également une forte croissance du nombre de nouveaux cas de gonorrhée

depuis le début des années 2000 avec 1'896 cas confirmés en 2015, dont 80% chez des hommes. La croissance la plus forte s'observe chez les HSH. Si la croissance est un peu moins marquée pour les nouveaux cas de syphilis, ceux-ci concernent aussi majoritairement les HSH.

### **Connaissances sur le VIH/IST et les lieux de dépistage**

La grande majorité (82%) des migrant-e-s originaires d'Afrique subsaharienne (migrant-e-s ASS) et 90% des travailleuses et travailleurs du sexe (TS) connaissent l'utilité du préservatif pour réduire le risque de transmission du VIH.

Un peu plus de la moitié (54%) des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) se disent bien informés au sujet de la prophylaxie post-exposition (PEP), ce qui est le cas d'une proportion plus faible de TS (28%). Que ce soit pour la PEP ou pour la primo-infection, les connaissances des HSH se sont récemment améliorées. Ceci survient alors que différentes campagnes de prévention ont fait des efforts d'information sur la primo-infection. La proportion de HSH qui se sent bien informée sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP) a légèrement progressé entre 2012 et 2014, mais demeure faible (26%).

Environ la moitié des TS est entrée en contact avec une personne qui fait de la prévention du VIH dans les 12 derniers mois. Septante pourcents des migrant-e-s ASS ont déjà vu ou entendu des informations sur le VIH et les IST en Suisse.

Le niveau d'information sur les IST autres que le VIH est globalement inférieur au niveau d'information sur le VIH. Cela semble surtout vrai pour les migrant-e-s ASS. Seuls 45% de ces derniers se sentent bien informés par rapport à ces autres IST.

La grande majorité des répondants d'Afrique Sub-saharienne (73%), des TS (77%) et des HSH (90%) sait où se rendre pour effectuer un test de dépistage du VIH.

### **Activité sexuelle, rapports sexuels forcés, et accès aux préservatifs**

En population générale, la proportion de répondant-e-s à l'ESS 2012 qui déclare avoir eu son premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans est de 30% dans la tranche d'âge 16-24 ans, 16% dans la tranche d'âge 25-44 ans, et 10% dans la tranche d'âge 45 ans et plus. On observe donc un effet générationnel marqué avec une entrée précoce dans la sexualité nettement plus fréquente dans la jeune génération.

Le nombre médian de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois est plus élevé parmi les HSH qui ont répondu aux enquêtes Gaysurvey (médiane = 5) que parmi les migrant-e-s ASS qui ont répondu à l'enquête ANSWER (médiane = 1). La médiane est aussi égale à un parmi les répondant-e-s à l'ESS 2012.

Trois pourcents des hommes et quatre pourcents des femmes qui ont répondu à l'ESS 2012 déclarent avoir déjà eu un ou des rapports sexuels avec une personne du même sexe. Cette situation concerne une proportion plus élevée des répondant-e-s à l'enquête ANSWER (8% des hommes et 7% des femmes).

Les données récoltées auprès des conscrits en 2010 et 2011 (étude ch-x) suggèrent qu'environ 15% des jeunes hommes de 18 à 20 ans auraient déjà payé pour un rapport sexuel. Cette proportion est nettement plus élevée que celles obtenues dans les enquêtes EPSS en population générale (5% en 2000 et 4% en 2007).

Un tiers (32%) des migrantes ASS et 11% des migrants ASS qui ont répondu à l'enquête ANSWER déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de la vie. Dans des proportions moindres, mais tout aussi préoccupantes, 28% des TS hommes (pour la plupart HSH) et 18% des TS femmes qui ont répondu à l'enquête SWAN rapportent avoir vécu une telle situation.

Le nombre de préservatifs destinés au marché suisse a fortement augmenté depuis 1986 jusqu'au début des années 2000. Il s'est ensuite stabilisé autour de 18 millions de pièces par an jusqu'en 2011.

### **Utilisation de drogue par voie intraveineuse**

Parmi les consommatrices et les consommateurs de drogue qui fréquentent les structures à bas seuil (UD), la proportion qui a eu recours à l'injection de drogue par voie intraveineuse (UDI) dans les 6 derniers mois a nettement diminué entre 1996 (86%) et 2006 (56%). L'injection au cours du dernier mois a également diminué entre 2006 (51%) et 2011 (37%).

Le partage de seringues et de matériel servant à préparer l'injection a également fortement diminué au cours des 20 dernières années. Le partage de seringue durant le dernier mois concerne 5% des répondant-e-s en 2011.

Le nombre total de seringues remises mensuellement aux UDI a commencé à diminuer plus tardivement (depuis le début des années 2000), mais diminue constamment depuis.

L'accès au matériel d'injection stérile dans les établissements de privation de liberté paraît encore très limité (seuls 15 établissements sur 117 ont mis sur pied un dispositif de remise de matériel d'injection stérile).

Les taux de tests VIH+ (8%) et VHC+ (33%) rapportés en 2011 parmi les UD montrent que ces deux épidémies nécessitent toujours une attention particulière dans cette population.

### **Situations à risque de transmission du VIH/IST**

La non-utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les personnes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus dans les 12 derniers mois concerne une proportion non négligeable des individus en population générale (37%) et parmi les migrant-e-s ASS (39%).

Alors que la proportion de personnes qui n'ont pas utilisé du préservatif lors du dernier rapport sexuel a marginalement diminué en population générale entre 2007 et 2012 parmi les personnes ayant eu deux partenaires ou plus dans les 12 derniers mois, la proportion de HSH ayant pratiqué la pénétration anale (active ou passive) sans préservatif avec un partenaire occasionnel a augmenté constamment depuis 1992 (16%) jusqu'en 2014 (30%). Cette augmentation a été particulièrement marquée parmi les personnes séropositives pour le VIH (de 14% en 1992 à 64%

en 2014). Cet accroissement s'observe tant avec les partenaires stables qu'avec les partenaires occasionnels, et concerne autant les répondants qui déclarent avoir une virémie indétectable que ceux qui déclarent avoir une virémie détectable (données Gaysurvey).

L'utilisation non systématique du préservatif lors de rapports sexuels avec pénétration avec un ou des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois est rapportée par 41% des migrant-e-s ASS, par 30% des HSH et par 44% des UD. L'utilisation non systématique du préservatif lors de rapports sexuels tarifés avec pénétration au cours des 30 derniers jours est rapportée par 15% des TS.

Bien que l'on ne dispose pas d'information directe à ce sujet, la littérature scientifique suggère un risque élevé d'infection par le VIH et les autres IST chez les personnes transgenres pratiquant ou ayant pratiqué le travail du sexe.

### **Recours aux tests de dépistage et prévalences rapportées (VIH, autres IST, VHC)**

Une majorité des HSH (81%) et des UD (91%) ont été testés pour le VIH au cours de la vie. En ce qui concerne le test VIH dans les 12 derniers mois, les TS (66 %), les UD (55%), les HSH (40%) et les migrant-e-s ASS (31%) y recourent dans des proportions nettement plus grandes que la population générale (5%).

Parmi les personnes testées, les taux de résultats VIH+ rapportés sont relativement similaires dans les populations étudiées : 11% chez les migrant-e-s ASS, 16% chez les HSH et 8% chez les UD. Rappelons que ces taux dépendent fortement de la méthode d'échantillonnage et qu'ils ne doivent pas être interprétés comme des séroprévalences au sein de ces populations dans leur ensemble.

Près de la moitié des répondants HSH (49%) et TS (48%) ont réalisé un test pour d'autres IST durant les 12 derniers mois. Un résultat de test positif était rapporté pour au moins une des IST chez 17% des HSH et 22% des TS ayant fait ce type de tests. Tant pour les HSH que pour les TS testés au cours des 12 derniers mois, les trois principales IST diagnostiquées positives sont l'infection à chlamydia, la syphilis et la gonorrhée.

Environ un quart des HSH (24%) et un peu plus de la moitié des UD (55%) ont réalisé un test pour le VHC durant les 12 derniers mois. Ce sont principalement les UD qui rapportent un résultat positif pour une infection par le VHC (33% parmi ceux qui ont réalisé un test durant la vie). Les taux de tests VHC+ rapportés sont passablement inférieurs chez les TS (10%), les HSH (5%) et les migrant-e-s ASS (4%).

### **Accès aux soins**

En 2014, une très grande majorité des HSH se déclarant VIH+ rapportent suivre un traitement antirétroviral (92%). Les proportions de répondants VIH+ se déclarant en traitement sont moins élevées au sein des autres populations : elles s'élèvent à 81% chez les UDI et à 79% chez les migrant-e-s ASS.

La proportion de personnes qui ont été ou sont actuellement en traitement anti-VHC était de 26% chez les UD en 2011 et de 42% chez les HSH en 2014.

## 1.2 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

### Methoden

Die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse stützen sich auf mehrere Datenquellen. Wir haben landesweite Umfragen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM, Studien Gaysurvey 2012 und 2014), bei Migrantinnen und Migranten aus Ländern südlich der Sahara (Subsahara-MigrantInnen, Studie ANSWER 2014), bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern (SexarbeiterInnen, Studie SWAN 2016) sowie bei den Drogenkonsumierenden, die niederschwellige Einrichtungen aufsuchen (Drogenkonsumierende, Studie SBS 2011), durchgeführt. Hinzu kommt eine Sekundäranalyse von Daten zum Sexualverhalten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2012). Ferner haben wir Monitoring-Daten zur Zahl der den injizierenden Drogenkonsumierenden (injizierende Drogenkonsumierende) abgegebenen Spritzen in verschiedenen Settings (niederschwellige Einrichtungen, Programme zur Heroinverschreibung und Apotheken) sowie Daten im Zusammenhang mit den auf dem Markt abgesetzten Präservativen in der Schweiz gesammelt. Wir haben fünf weitere Studien durchgeführt oder daran teilgenommen, die weitere Erkenntnisse für die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse liefern: Evaluation der Kampagne «Break the chains» 2015; Analyse der verfügbaren Daten zur Schätzung der auf dem Schweizer Markt abgesetzten Präservative; Expertengespräche bezüglich der Entwicklung des Präventivverhaltens bei den injizierenden Drogenkonsumierenden; Inventar der Abgabemodelle von sterilem Injektionsmaterial im Freiheitsentzug; ein Rapid Assessment der Situation von Transmenschen gegenüber dem Risiko einer Infektion mit HIV und anderen STI. Schliesslich haben wir uns auf die Ergebnisse gestützt, die unter der Ägide der Swiss HIV Cohort Study publiziert wurden sowie auf die Studie Health behaviour in school-aged children.

### Daten aus der biologischen Überwachung

Die gemeldeten neuen HIV-Diagnosen betreffen mehrheitlich Männer (410 Männer gegenüber 122 Frauen im 2015). Bei ihnen waren in 58% der 2015 gemeldeten Fälle aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte die Modalität «Sexualkontakt mit einem Mann» die wahrscheinlichste Exposition. In den letzten fünf Jahren lässt sich bei der Zahl der Fälle im Zusammenhang mit dieser Übertragungsart eine leicht sinkende Tendenz beobachten. Hingegen ist hier die Zahl der frischen Infektionen von 101 Fällen im 2013 auf 158 Fälle im 2015 gestiegen. Was den heterosexuellen Ansteckungsweg betrifft, so wurden 18% der neu diagnostizierten Fälle im 2014 bei Personen aus Ländern mit hoher Prävalenz gemeldet (hauptsächlich aus Ländern südlich der Sahara).

Seit Beginn der 2000er-Jahre ist eine starke Zunahme der neu bestätigten Fälle von Chlamydien-Infektionen zu verzeichnen. Von den 2015 bestätigten 10'166 Fällen betrafen zwei Drittel Frauen. Seit Beginn der 2000er-Jahre ist zudem ein starker Anstieg von neuen Gonorrhoe-Fällen zu beobachten: 2015 waren es 1'896 bestätigte Fälle, davon 80% bei Männern. Die stärkste Zunahme ist bei den MSM zu verzeichnen. Bei den neuen Syphilis-Fällen ist die Zunahme weniger ausgeprägt, betrifft aber ebenfalls mehrheitlich die MSM.

## **Kenntnisse über HIV/STI und die Orte, an denen Tests durchgeführt werden können**

Die grosse Mehrheit (82%) der Subsahara-MigrantInnen und 90% der SexarbeiterInnen wissen, dass die Verwendung eines Präservativs das HIV-Übertragungsrisiko reduziert.

Etwas mehr als die Hälfte (54%) der MSM ist nach eigenen Angaben gut über die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) informiert, bei den SexarbeiterInnen ist der Anteil geringer (28%). Die Kenntnisse der MSM haben sich in jüngerer Zeit sowohl in Bezug auf die PEP als auch auf die Primärinfektion verbessert. Parallel dazu wurde die Information über die Primärinfektion im Rahmen verschiedener Präventionskampagnen intensiviert. Der Anteil der gut über die Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) informierten MSM ist zwischen 2012 und 2014 leicht gestiegen, bleibt aber tief (26%).

Rund die Hälfte der SexarbeiterInnen hatte in den vergangenen 12 Monaten Kontakt mit einer Person, die HIV-Prävention betreibt. Siebzig Prozent der Subsahara-MigrantInnen haben bereits einmal Informationen über HIV und STI in der Schweiz gesehen oder gehört.

In Bezug auf die anderen STI ist der Informationsstand insgesamt tiefer als derjenige in Bezug auf HIV. Dies scheint insbesondere auf die Subsahara-MigrantInnen zuzutreffen. Nur 45% von ihnen fühlen sich gut über die anderen STI informiert.

Die grosse Mehrheit der Befragten aus Ländern südlich der Sahara (73%), der SexarbeiterInnen (77%) und der MSM (90%) weiss, wo sie einen HIV-Test machen kann.

## **Sexuelle Aktivität, erzwungener Sex und Zugang zu Präservativen**

In der Allgemeinbevölkerung beträgt der Anteil der Befragten an der SGB 2012, der angibt, vor dem 16. Altersjahr Sex gehabt zu haben, in der Altersklasse 16-24 Jahre 30%, in der Altersklasse 25-44 Jahre 16% und in der Altersklasse 45 Jahre und älter 10%. Es ist demnach ein ausgeprägter Generationeneffekt zu beobachten, mit einem deutlich früheren Eintritt ins Sexualleben bei der jungen Generation.

Der Median der Sexualpartner in den letzten 12 Monaten ist bei den MSM, die bei den Gaysurvey-Umfragen mitgemacht haben, höher (Median = 5) als bei den Subsahara-MigrantInnen, die bei der Umfrage ANSWER mitgemacht haben (Median = 1). Bei den Teilnehmenden an der SGB 2012 betrug der Median ebenfalls 1.

Drei Prozent der Männer und vier Prozent der Frauen, die an der SGB 2012 teilgenommen haben, haben nach eigenen Angaben bereits einmal oder mehrere Male mit einer Person des gleichen Geschlechts Sex gehabt. Unter den Teilnehmenden der Umfrage ANSWER ist dieser Anteil höher (8% der Männer und 7% der Frauen).

Die 2010 und 2011 bei den Militärdienstpflichtigen gesammelten Daten (Jugendbefragung ch-x) lassen darauf schliessen, dass ungefähr 15% der jungen Männer zwischen 18 und 20 Jahren schon einmal für Sex bezahlt haben. Dieser Anteil ist deutlich höher als der im Rahmen der EPSS-Umfragen in der Allgemeinbevölkerung ermittelte Anteil (5% im 2000 und 4% im 2007).



Ein Drittel (32%) der Subsahara-Migrantinnen und 11% der Subsahara-Migranten, die an der Umfrage ANSWER teilgenommen haben, geben an, im Laufe ihres Lebens gegen ihren Willen Sex gehabt zu haben. 28% der Sexarbeiter (mehrheitlich MSM) und 8% der Sexarbeiterinnen, die an der Befragung SWAN teilgenommen haben, haben nach eigenen Angaben ebenfalls eine derartige Situation erlebt.

Seit 1986 und bis Anfang der 2000er-Jahre ist die für den Schweizer Markt bestimmte Zahl an Präservativen stark gestiegen. Bis 2011 hat sich die Zahl bei rund 18 Millionen Stück pro Jahr stabilisiert.

### **Intravenöser Drogenkonsum**

Bei den Drogenkonsumierenden, die niederschwellige Einrichtungen aufsuchen, ist der Anteil der Personen, die in den letzten sechs Monaten Drogen injiziert haben, zwischen 1996 (86%) und 2006 (56%) deutlich gesunken. Der Anteil der Personen, die im Laufe des letzten Monats Drogen injiziert haben, hat zwischen 2006 (51%) und 2011 (37%) ebenfalls abgenommen.

Der Tausch von Spritzen und Material zur Vorbereitung der Injektion hat im Laufe der letzten 20 Jahre ebenfalls stark abgenommen. 2011 haben 5% der Befragten im Laufe des letzten Monats Spritzen getauscht.

Die Gesamtzahl der monatlich an die injizierenden Drogenkonsumierenden abgegebenen Spritzen begann später zu sinken (seit Beginn der 2000er-Jahren), sinkt seither jedoch konstant.

Der Zugang zu sterilem Injektionsmaterial in den Strafvollzugsanstalten ist noch sehr eingeschränkt (nur 15 von 117 Anstalten haben ein Abgabemodell für steriles Injektionsmaterial eingeführt).

Die 2011 von den Drogeninjizierenden selber rapportierten Raten der positiven HIV (8%) und HCV-Tests (33%) zeigen, dass diese beiden Epidemien in dieser Population immer noch einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen.

### **Situationen mit einem HIV/STI-Übertragungsrisiko**

Der Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten zwei oder mehr Sexualpartner hatten und beim letzten Sexualkontakt auf ein Präservativ verzichtet haben, ist beträchtlich und beläuft sich bei der Allgemeinbevölkerung auf 37% und bei den Subsahara-MigrantInnen auf 39%.

Der Anteil der Personen, die beim letzten Sexualkontakt kein Präservativ verwendet haben, ist zwischen 2007 und 2012 in der Allgemeinbevölkerung unter den Personen, die in den letzten 12 Monaten zwei oder mehr Partner hatten, geringfügig gesunken. Demgegenüber ist der Anteil der MSM, die mit einem Gelegenheitspartner Analverkehr ohne Präservativ praktiziert haben, von 1992 (16%) bis 2014 (30%) stetig gestiegen. Besonders ausgeprägt war diese Zunahme bei den HIV-positiven Personen (von 14% im 1992 auf 64% im 2014). Diese Zunahme ist sowohl in Bezug auf die festen Partner als auch auf die Gelegenheitspartner zu beobachten und betrifft sowohl die

Befragten mit einer nicht nachweisbaren Viruslast als auch jene mit einer nachweisbaren Viruslast (Daten Gaysurvey).

41% der Subsahara-MigrantInnen, 30% der MSM und 44% der Drogenkonsumierenden geben an, in den letzten 12 Monaten bei Sexualkontakten mit Penetration mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern nicht systematisch ein Präservativ verwendet zu haben. 15% der SexarbeiterInnen geben an, in den letzten 30 Tagen beim Sex mit Penetration gegen Bezahlung nicht systematisch ein Präservativ verwendet zu haben.

Obwohl wir über keine direkten Informationen zu diesem Thema verfügen, lässt die wissenschaftliche Literatur auf ein erhöhtes Infektionsrisiko in Bezug auf HIV und andere STI bei Transmenschen schliessen, die der Sexarbeit nachgehen oder nachgegangen sind.

### **Praxis in Bezug auf die Tests und rapportierte Prävalenzen (HIV, andere STI, HCV)**

Eine Mehrheit der MSM (81%) und der Drogenkonsumierenden (91%) wurde im Laufe ihres Lebens auf HIV getestet. Die Anteile der SexarbeiterInnen (66%), der Drogenkonsumierenden (55%), der MSM (40%) und der Subsahara-MigrantInnen (31%), die sich in den letzten 12 Monaten auf HIV testen lassen, sind deutlich grösser als diejenigen der Allgemeinbevölkerung (5%).

Bei den getesteten Personen sind die Raten der selbsterwähnten positiven HIV-Tests in den untersuchten Populationen relativ ähnlich: 11% bei den Subsahara-MigrantInnen, 16% bei den MSM und 8% bei den Drogenkonsumierenden. Es ist darauf hinzuweisen, dass diese Raten stark von der Methode der Stichprobenerhebung abhängig sind und nicht als Seroprävalenzen innerhalb dieser Population in ihrer Gesamtheit interpretiert werden dürfen.

Beinahe die Hälfte der teilnehmenden MSM (49%) und SexarbeiterInnen (48%) hat sich in den letzten 12 Monaten auf andere STI testen lassen. 17% der MSM und 22% der SexarbeiterInnen, die diese Art von Tests gemacht haben, haben von einem positiven Testergebnis für mindestens eine der STI berichtet. Sowohl die MSM als auch die SexarbeiterInnen, die sich in den letzten 12 Monaten testen lassen, wurden hauptsächlich positiv auf Chlamydien, Syphilis und Gonorrhoe getestet.

Rund ein Viertel der MSM (24%) und ein wenig mehr als die Hälfte der Drogenkonsumierenden (55%) haben sich in den letzten 12 Monaten auf HCV testen lassen. Positiv auf HCV getestet wurden hauptsächlich die Drogenkonsumierenden (33% von denjenigen, die im Laufe ihres Lebens einen Test gemacht haben). Bei den SexarbeiterInnen (10%), den MSM (5%) und den Subsahara-MigrantInnen (4%) sind die gemeldeten Raten positiver HCV-Tests deutlich niedriger.

### **Zugang zur Gesundheitsversorgung**

2014 unterzog sich eine grosse Mehrheit der MSM, die nach eigenen Angaben HIV-positiv sind, einer antiretroviralen Behandlung (92%). Innerhalb der anderen Populationen sind die Anteile der HIV-positiven Befragten, die sich nach eigenen Angaben einer antiretroviralen Behandlung

unterzogen, weniger hoch: Sie betragen 81% bei den injizierenden Drogenkonsumierenden und 79% bei den Subsahara-MigrantInnen.

Der Anteil der Personen, die sich einer HCV-Behandlung unterzogen haben oder aktuell in Behandlung sind, belief sich 2011 auf 26% bei den Drogenkonsumierenden und 2014 auf 42% bei den MSM.

## 1.3 Summary of main results

### Methods

The results presented in this report are based on several sources of data. We led national surveys among men having sex with men (MSM, Gaysurvey studies 2012 and 2014), among migrants from sub-Saharan Africa, (SSA migrants, ANSWER study 2014), among sex workers (SW, SWAN study 2016), and among drug users frequenting low-threshold services (DU, SBS study 2011). Moreover, a secondary analysis of the data on sexual behaviour of the Swiss Health Survey (SHS 2012) was carried out. Monitoring data was also collected on the number of syringes distributed to intravenous drug users (IDU) in various settings (low -threshold services, heroin prescription programs, and pharmacies), as well as data on the provision of condoms on the Swiss market.

We led or participated in five additional surveys which brought a complementary perspective to the results presented in this report: evaluation of the campaign « Break the chains » 2015 (collaboration with the University of Zürich), analysis of the data available to estimate the number of condoms sold on the Swiss market, interviews with experts about the evolution of preventive behaviours among IDU, inventory of the strategies of distribution of sterile injection material in prison environment, rapid assessment of the situation of transgender persons regarding HIV and other STI infection risk. Finally, we included results published by the Swiss HIV cohort study and the Health Behaviour in School-aged Children survey.

### Data stemming from biological surveillance

Most new declared HIV cases concern men (410 men vs. 122 women in 2015). Among them, the mode “sexual contact with a man” was identified by physicians as the most probable exposure in 58% of declarations provided for 2015. We note a slight decreasing trend is in the number of cases linked to this transmission mode over the last five years. Yet, among these cases, the number of recent infection has increased from 101 in 2013 to 158 in 2015. As regards heterosexual transmission, 18% of new registered cases in 2014 were declared among persons originating from high prevalence countries (mainly from sub-Saharan Africa).

We observe a significant increase in the number of new confirmed cases of Chlamydia infection since the early 2000's. Two thirds of the 10'166 confirmed cases in 2015 are women. We also note a strong increase in the number of new cases of gonorrhoea since the early 2000s, with 1'896 cases confirmed in 2015, of which 80% were men. The higher increase is observed among MSM. If the increase of new syphilis cases is a little less strong, these also concern mainly MSM.

### HIV/STI Knowledge and screening places

The vast majority (82%) of migrants from sub-Saharan Africa (SSA migrants) as well as 90% of sex workers (SW) know the usefulness of condoms for reducing the risk of HIV transmission.

A little more (54%) than half the men having sex with men (MSM) declare being well informed about the post-exposure prophylaxis (PEP), which is the case for a lower proportion of SW (28%).

Be it for PEP or primo-infection, the knowledge of MSM has improved recently. This is happening as various prevention campaigns have made efforts to inform about primo-infection. The proportion of MSM feeling well informed about pre-exposure prophylaxis (PrEP) increased slightly between 2012 and 2014, but remains low (26%).

About half the SW has had contact with a person doing HIV prevention within the last 12 month. Seventy percent of SSA migrants have already seen or heard information about HIV and STI in Switzerland.

The information level on STI other than HIV is lower than the information level about HIV. This seems especially true for SSA migrants. Only 45% of them feel well informed about these other STI.

The vast majority of survey participants from sub-Saharan Africa (73%), of SW (77%), and of MSM (90%) know where to go for a HIV screening test.

### **Sexual activity, forced sexual intercourses and access to condoms**

Among the general population, the proportion of SHS 2012 participants to declare having had his/her first sexual intercourse before the age of 16 is 30% within the 16-24 age category, 16% for 25-44, and 10% for 45 and over. Thus, we observe a marked generational effect, with early entry into sexuality clearly more frequent among the younger generation.

The median number of sexual partners during the last 12 months is higher among MSM who participated in the Gaysurvey surveys (median = 5) than among SSA migrants who participated in the ANSWER survey (median = 1). The median is also equal to one among SHS 2012 participants.

Three percent of men and four percent of women having replied to SHS 2012 declare having had one or several sexual intercourses with a person of the same sex. This situation concerns a higher proportion of participants to the ANSWER survey (men = 8%, and women = 7%).

The data collected among conscripts in 2010 and 2011 (ch-x study) suggest that about 15% of young men between 18 and 20 already may have paid once for sexual intercourse. This proportion is clearly higher than those obtained in EPSS surveys in the general population (5% in 2000 and 4% in 2007).

One third (32%) of ASS migrant women and 11% of ASS migrant men who replied to the ANSWER survey declare having suffered from forced sexual intercourses during their life. In lesser proportions, yet just as worrying, 28% of male SW (mostly MSM) and 18% of female SW who replied to the SWAN survey report having been through such a situation.

The number of condoms intended for the Swiss market strongly increased from 1986 to the early 2000s. It later stabilized around 18 millions of items per year until 2011.

### **Intravenous use of drugs**

The proportion of drug users, among those attending low-threshold services, who resorted to intravenous drug injection (IDU) during the last 6 months clearly decreased between 1996 (86%) and 2006 (56%). The injection during the last month also decreased between 2006 (51%) and 2011 (37%).

Sharing syringes and injection preparation material has also decreased strongly over the last 20 years. Syringes sharing during the last month concerns 5% of participants in the 2011 survey.

The decrease in the total number of syringes delivered monthly to IDU started a little later (in the early 2000s), but is steady ever since.

The access to sterile injection material in deprivation of liberty structures still appears very limited (only 8 out of 110 structures have set up a sterile injection material provision scheme).

The HIV+ (8%) and HCV+ (33%) test rates reported in 2011 among DU show that these two epidemics still require particular attention in this population.

### **High-risk situations for sexual HIV/STI transmission**

Not using a condom upon the last sexual intercourse by persons who have had two or more sexual partners within the last 12 months concerns a non negligible proportion of individuals in the general population (37%) and among SSA migrants (39%).

While the proportion of persons not having used a condom during the last sexual intercourse marginally decreased in the general population between 2007 and 2012 among persons who have had two or more sexual partners within the last 12 months, the proportion of MSM having practiced (active or passive) anal penetration without a condom with an occasional partner has increased steadily from 1992 (16%) until 2014 (30%). This increase was particularly marked among HIV seropositive persons (from 14% in 1992 to 64% in 2014). This rise can be observed with stable partners as well as with occasional partners, and concerns survey participants declaring an undetectable viremia as well as those declaring a detectable viremia. (Gaysurvey data).

The non systematic use of condom during sexual intercourses with penetration with one or several occasional partners during the last 12 months is reported by 41% of SSA migrants, by 30% of MSM and by 44% of DU. Non systematic use of condom during paid sexual intercourses with penetration over the last 30 days is reported by 15% of SW.

Although no direct information on this subject is available, the scientific literature suggests a high HIV and other STI infection risk among transgender persons who engaged in sex work.

### **Resorting to screening tests and reported prevalence (HIV, other STI, HCV)**

A majority of MSM (81%) and DU (91%) have been tested for HIV during their life. As regards the HIV test during the last 12 months, SW (66%), DU (55%), MSM (40%) and SSA migrants (31%) resort to this test in much greater proportions than the general population (5%).

Among tested persons, the reported rates of HIV+ results are rather similar within the studied populations: 11% among SSA migrants, 16% among MSM and 8% among DU. As a reminder, these rates strongly depend on the sampling method and must not be interpreted as seroprevalences within these populations as a whole.

Nearly half of MSM (49%) and SW (48%) participants were tested for other STI over the last 12 months. One positive test result was reported for at least one STI among 17% of tested MSM and 22% of tested SW. Be it for MSM or for SW tested over the last 12 months, the main three positive diagnosed STI are Chlamydia infection, syphilis and gonorrhoea.

About a quarter of MSM (24%) and a little more than half of DU (55%) took the HCV test in the last 12 months. Mainly DU report a positive result for HCV infection (33% of those having taken a test during their life). The reported HCV+ test rates are notably lower among SW (10%), MSM (5%) and SSA migrants (4%).

### **Access to HIV and HCV care**

In 2014, a vast majority of MSM declaring being HIV+ report being on antiretroviral treatment (92%). The proportions of HIV+ participants declaring being on antiretroviral treatment are lower among other populations: they reach 81% among DU and 79% among SSA migrants.

The proportion of persons having followed or currently following an anti VHC treatment was 26% among DU in 2011 and 42% among MSM in 2014.





# 2

## Introduction et méthodes



## 2 Introduction et méthodes

### Système de surveillance du VIH et des IST en Suisse

La Suisse possède un dispositif d'évaluation et de surveillance comportementale lié à l'épidémie de VIH depuis 1987. Jusqu'en 2003, ce dispositif comprenait un monitoring de programmes de prévention, l'évaluation de certaines interventions, ainsi qu'un monitoring des comportements dans plusieurs populations<sup>1</sup>. Dès 2004, ce dispositif a laissé la place à un système de surveillance de deuxième génération combinant la surveillance biologique du VIH et des autres IST à déclaration obligatoire avec une surveillance comportementale en population générale, ainsi qu'auprès des populations exposées à un risque accru de transmission.

Ce système de surveillance constitue un outil indispensable pour suivre les progrès accomplis dans la poursuite des objectifs en matière de prévention fixés par le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011-2017 (PNVI)<sup>2</sup>. Si la surveillance biologique permet de suivre l'évolution du nombre de nouveaux cas et des modalités de transmission du VIH et des autres IST, la surveillance comportementale a pour objectif de détecter l'existence, l'apparition ou la recrudescence de comportements à risque, afin de pouvoir adapter les stratégies de prévention de manière précoce.

Le système de surveillance et le choix des indicateurs s'appuient notamment sur les recommandations du « European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) »<sup>a</sup> et permettent par ailleurs de contribuer à l'effort de suivi des progrès réalisés au niveau mondial en réponse à l'épidémie de VIH (OMS/ONUSIDA)<sup>b</sup>.

### Description et objectifs du mandat

La description du mandat est détaillée dans les documents suivants :

- Contrat n° 12.005071 qui a été conclu entre l'Office fédéral de la santé publique (mandant) et l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (mandataire) en août 2012.
- Annexe III au contrat : Offre accompagnée du plan budgétaire : « HIV/STI enhanced second generation surveillance in Switzerland July 2012 – June 2016 », datée du 6 juin 2012.

Les trois buts principaux du mandat sont :

- Fournir une information qui contribue à l'amélioration de la stratégie dans son ensemble et à l'amélioration des mesures prises dans le domaine de la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse.
- Suivre systématiquement les « trends » sur les comportements en lien avec le risque de transmission du VIH et des autres IST au sein de la population générale ainsi que des sous-groupes cibles.

<sup>a</sup> [http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/hash/hiv\\_behavior\\_toolkit/Pages/introduction.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/hash/hiv_behavior_toolkit/Pages/introduction.aspx)

<sup>b</sup> [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2702\\_GARPR2015guidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR2015guidelines_en.pdf)

- Aider les responsables du développement et de la mise en œuvre de la stratégie de prévention du VIH et des autres IST à prendre des décisions adéquates.

### Sources de données et méthodes utilisées

Le Tableau 1 ci-dessous présente de manière synthétique les sources de données et les études qui ont été exploitées pour la surveillance comportementale durant la période 2012-2016. En raison du peu de données récentes disponibles concernant les UDI, nous avons également inclus dans notre corpus de données l'enquête auprès des usagères et des usagers des structures à bas seuil (enquête SBS) réalisée en 2011.

**Tableau 1 Sources de données, méthodes utilisées et taille des échantillons**

Population	Nom de l'étude	Abréviation ou acronyme	Méthode de recrutement	Remplissage du questionnaire	Taille de l'échantillon	Année de fin de collecte des données
<b>Population générale (16 à 74 ans)</b>	Enquête suisse sur la santé (OFS) <sup>3</sup>	ESS	Aléatoire sur la base du registre téléphonique de l'OFS	Par téléphone suivi d'un questionnaire écrit	n=19'461	2012
<b>Jeunes (14 à 15 ans)</b>	Health behaviours in school-aged children (Addiction Suisse) <sup>4</sup>	HBSC	Echantillon de classes de 10e et 11e années (HarmoS)	Auto-administré en classe	n=3'612	2014
<b>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)</b>	Gaysurvey <sup>5, 6</sup>	Gaysurvey	Mobilisation communautaire et bannières sur sites Internet	Auto-administré en ligne	n=964 n=834	2012 2014
<b>Migrant-e-s originaires d'Afrique subsaharienne (migrant-e-s ASS)</b>	African Net Survey – WE Respond <sup>7</sup>	ANSWER	Mobilisation communautaire et bannières sur sites Internet	Auto-administré en ligne	n=745	2014
<b>Travailleuses et travailleurs du sexe (TS)</b>	Sex Workers ANswers <sup>8</sup>	SWAN	Recrutement dans les lieux de prostitution par les médiatrices du réseau APIS	En face à face sur tablette numérique	n=579	2016
<b>Consommatrices et consommateurs de drogue fréquentant les structures à bas seuil (UD)</b>	Enquête auprès des usagers et usagères des structures à bas seuil <sup>9</sup>	SBS	Recrutement dans les structures à bas seuil distribuant plus de 1500 seringues par mois, durant 5 jours consécutifs	En face à face sur support papier avec remplissage seul pour les questions sensibles	n=773	2011
<b>Personnes vivant avec le VIH ou le sida (PVA)</b>	Swiss HIV Cohort Study <sup>10</sup>	SHCS	Par le biais des médecins traitants	Lors des visites de suivi	n=9'193 (suivis en 2014)	2014

NB : Pour les études Gaysurvey et SBS, en raison du faible taux de non-réponse, les personnes qui n'ont pas donné de réponse à une question donnée ont été maintenues dans le dénominateur pour le calcul des proportions. Pour les études ANSWER, SWAN et ESS, les personnes qui n'ont pas donné de réponse à une question donnée n'ont pas été prises en compte dans le dénominateur pour le calcul des proportions.

Les données de monitoring suivantes viennent compléter les informations récoltées au travers de ces études :

- Monitoring national de la distribution de seringues dans les structures à bas seuil et de traitement (données annuelles)
- Enquête nationale sur la vente de seringues dans les pharmacies (2016)
- Monitoring du nombre de préservatifs mis sur le marché en Suisse (données annuelles jusqu'en 2011)

Cinq études additionnelles ont en outre été réalisées durant la période 2012-2016 :

- Evaluation de l'efficacité de la campagne « Break the chains 2015 » en collaboration avec l'Université de Zürich (2016)<sup>11</sup>
- Cartographie et analyse des données disponibles pour estimer le nombre de préservatifs écoulés sur le marché suisse en une année (2015)<sup>12</sup>
- Inventaire et description des modalités de remise de matériel d'injection stérile en milieu carcéral (2016)<sup>13</sup>
- Situation des personnes transgenres par rapport au VIH/IST en Suisse : rapid assessment (2013)<sup>14</sup>
- Conduite d'entretiens avec des experts au sujet de l'évolution des comportements préventifs parmi les UD (2016)<sup>c</sup>

Les méthodes utilisées pour réaliser ces différentes études sont décrites de manière détaillée dans les rapports spécifiques à chaque étude (cf. bibliographie).

L'Enquête suisse sur la santé s'appuie sur un cadre d'échantillonnage bien défini et documenté sur le plan administratif, ce qui permet de viser une bonne représentativité des personnes tirées au sort pour répondre à l'enquête. Ceci n'est pas le cas pour les enquêtes qui ciblent des sous-groupes parfois difficiles à identifier ou à contacter. Les enquêtes Gaysurveys, ANSWER et SWAN recourent par conséquent à des méthodes d'échantillonnage non probabilistes, le plus souvent en combinant un recrutement via Internet et une mobilisation communautaire. Il est donc important de souligner que les résultats de ces enquêtes ne doivent pas être interprétés comme étant représentatifs de l'ensemble des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), respectivement de l'ensemble des migrant-e-s originaires d'Afrique subsaharienne (migrant-e-s ASS), ou des travailleuses et travailleurs du sexe (TS) en Suisse. Ces enquêtes fournissent néanmoins des informations très précieuses sur les comportements - et dans plusieurs populations sur leur évolution - en lien avec le VIH de personnes à qui peuvent s'adresser des messages et des interventions de prévention via des canaux de diffusion similaires à ceux utilisés dans le cadre de ces enquêtes.

Nous nous sommes enfin appuyés sur des résultats publiés sous l'égide de la Swiss HIV cohort study (SHCS) et de l'étude Health behaviour in school-aged children (HBSC).

---

<sup>c</sup> Ces entretiens n'ont pas fait l'objet d'un rapport spécifique mais un compte-rendu des observations des professionnel-le-s en 2012 et en 2016 est disponible auprès de l'IUMSP sur demande.

## Structure du rapport

Afin d'offrir une vue d'ensemble sur les informations utiles aux prises de décisions, nous avons choisi de structurer nos résultats par catégorie d'indicateurs et secondairement par population.

Cette approche permet, pour un indicateur donné, d'observer les tendances au cours du temps, et de comparer la situation des différentes populations investiguées.

Les indicateurs retenus ont été regroupés au sein des chapitres suivants :

- Données issues de la surveillance biologique
- Connaissances sur le VIH/IST et les lieux de dépistage
- Activité sexuelle et rapports sexuels forcés
- Mise sur le marché et accès aux préservatifs
- Utilisation de drogue par voie intraveineuse
- Situations à risque de transmission du VIH/IST par voie sexuelle
- Recours aux tests de dépistage et prévalences rapportées (VIH, autres IST, VHC)
- Accès aux soins (VIH, VHC)

Chacun de ces chapitres se termine par un encadré qui présente les principaux enseignements découlant des résultats. Ceux-ci concernent la prévention d'une part, et la surveillance d'autre part. Les références bibliographiques sont regroupées à la fin de chaque chapitre.

Le rapport se termine par une discussion générale, des recommandations et une proposition de calendrier pour les prochaines études de surveillance comportementale. La discussion propose une interprétation globale des résultats, en mettant notamment en évidence les intersections entre différents facteurs de vulnérabilité par rapport au VIH et aux autres IST. Elle analyse également la pertinence du système de surveillance actuel et propose une réflexion sur l'avenir de ce système. Les recommandations s'appuient sur les enseignements en matière de surveillance issus des différents chapitres du rapport.

## Bibliographie

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse: septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003. (Raisons de santé 90a).
- 2 OFSP. Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011-2017. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2010.
- 3 Office fédéral de la statistique (OFS). L'enquête suisse sur la santé 2012 en bref: conception, méthode, réalisation. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2012.
- 4 World Health Organization. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. 2016;Annex. HBSC Methodology for the 2013/2014 survey.
- 5 Locicero S, Jeannin A, Dubois-Arber F. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2012. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de santé 219, Chapitre 3, p. 17).
- 6 Locicero S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 3, p. 27).
- 7 Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 248, Chapitre 2, p. 21).
- 8 Locicero S, Ernst M-L, Simonson T, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 276).
- 9 Locicero S, Arnaud S, Füglistaler G, Dubois-Arber F, Gervasoni J-P. Résultats de l'enquête 2011 auprès des usagers des structures à bas-seuil en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2012. (Raisons de santé 199a, Chapitre 1.1, p. 5).
- 10 Swiss HIV cohort study (SHCS). Available from: <http://www.shcs.ch/158-study-design>.
- 11 Frey K, Locicero S, Blank P, Bize R, Schwenkglens M, Kübler D. Measurement of the Effectiveness of Break the Chains 2015. 2016 (<https://www.bagadmin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/msm/measurement-effectiveness-btcpdfdownloadpdf/measurement-effectiveness-btcpdf>)
- 12 Koutaïsoff D, Amiguet M, Bize R. Cartographie et analyse des données disponibles pour estimer le nombre de préservatifs écoulés sur le marché suisse en une année. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 258).
- 13 Samitca S, Stadelmann S, Bize R. Inventaire et description des dispositifs de remise de matériel d'injection stérile en milieu carcéral en Suisse. Situation en 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive., 2017. (Raisons de Santé 266a).

- 14 Bize R, Koutaïsoff D, Dubois-Arber F. Situation des personnes transgenres par rapport au VIH/IST en Suisse: rapid assessment. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de santé 209).



# 3

## Résultats



# 3 Résultats

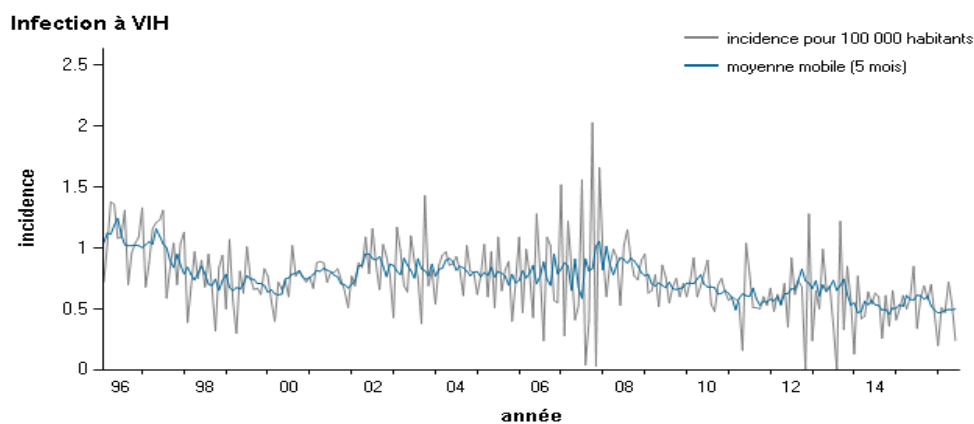
## 3.1 Données issues de la surveillance biologique

### Epidémiologie du VIH

Après avoir connu une baisse importante à la fin des années 1990, l'incidence annuelle de l'infection par le VIH a ensuite connu une lente ré-augmentation pour culminer à 10.26 cas pour 100'000 habitants en 2008. Même si les valeurs fluctuent depuis 2008, une baisse modérée semble s'amorcer à nouveau (6.57 cas pour 100'000 habitants en 2015)<sup>d</sup>.

La Figure 1 ci-dessous présente l'évolution de l'incidence mensuelle de l'infection par le VIH en Suisse entre 1996 et 2016.

**Figure 1** Incidence mensuelle de l'infection par le VIH en Suisse<sup>e</sup> (nombre de cas pour 100'000 habitants) depuis 1996 au mois de mai 2016



 BAG OFSP UFSP SFOPH

État 17.05.2016

Tiré de : Site Internet de l'Office fédéral de la santé publique, rubrique maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Consulté le 26.05.2016.

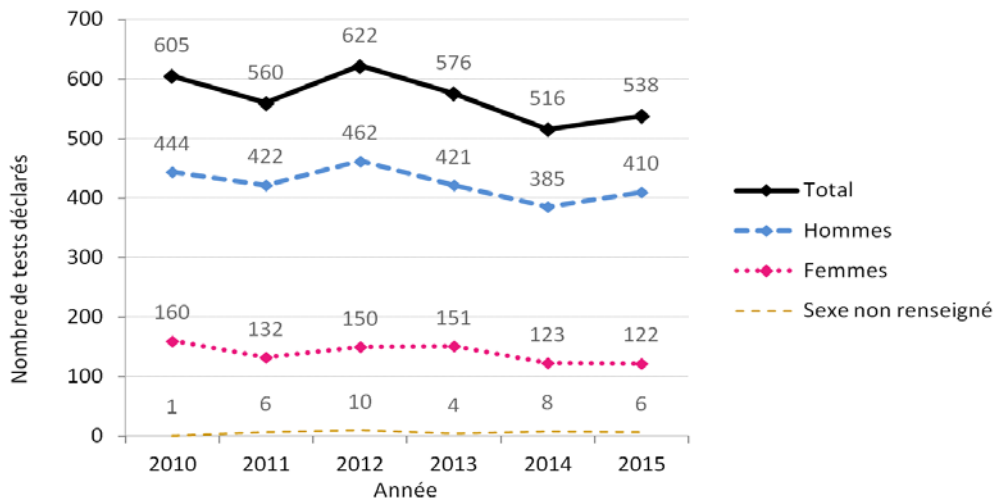
[http://www.bag.admin.ch/k\\_m\\_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab\\_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNol2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9oaXYuaHRt&lang=fr](http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNol2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9oaXYuaHRt&lang=fr)

Les nouveaux cas déclarés sont majoritairement des hommes. Ils étaient 410 en 2015 contre 122 femmes la même année (Figure 2). Ce ratio est resté relativement stable au cours du temps.

<sup>d</sup> [http://www.bag.admin.ch/k\\_m\\_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab\\_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNol2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9oaXYuaHRt&lang=fr](http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNol2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9oaXYuaHRt&lang=fr)

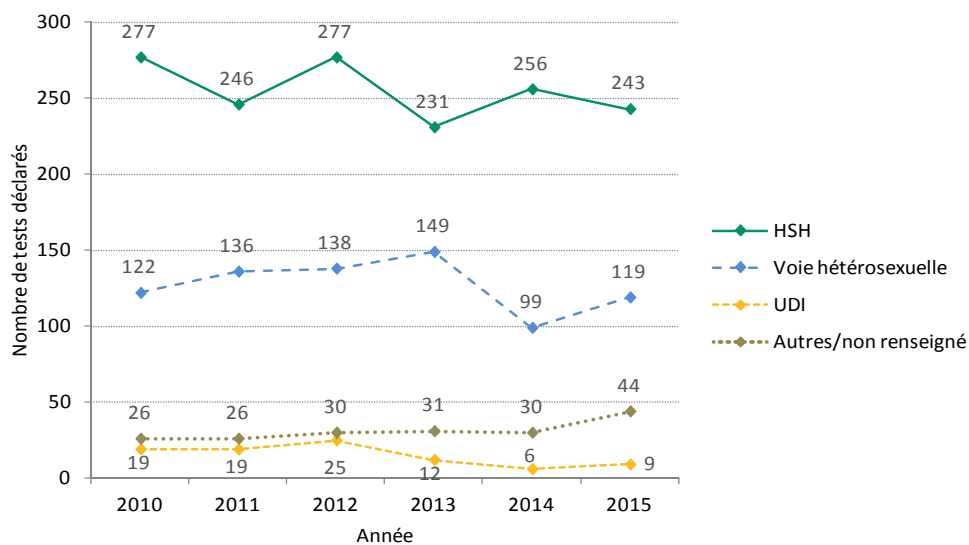
<sup>e</sup> La date de la réception de la déclaration est déterminante pour l'axe temporel. Comprend les données de la Principauté du Liechtenstein.

**Figure 2** Nombre de tests VIH positifs déclarés par les laboratoires selon l'année du test et le sexe des personnes testées<sup>f</sup>



Les rapports sexuels entre hommes (HSH) sont toujours le mode de transmission prépondérant. En 2015, ce sont ainsi 243 nouveaux cas qui ont été déclarés dans un contexte de rapports sexuels entre hommes, contre 119 cas dans un contexte de rapports hétérosexuels (Figure 3). Les nouveaux cas déclarés chez des UDI sont restés très peu nombreux (9 cas en 2015). Si on observe une légère tendance à la baisse du nombre de cas déclarés chez les HSH ces cinq dernières années, la situation est plus contrastée chez les hétérosexuels.

**Figure 3** Nombre de tests VIH positifs déclarés par les laboratoires selon l'année du test et le mode de transmission supposé (hommes)

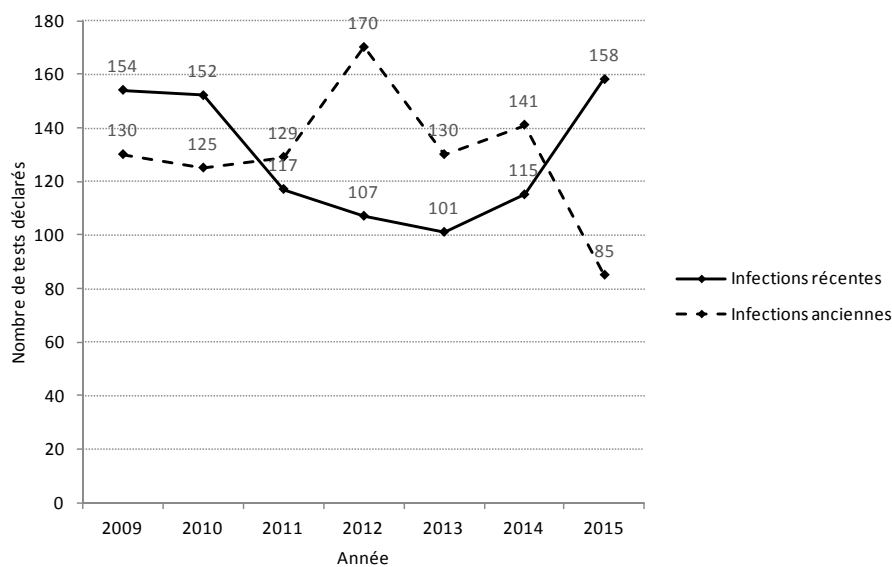


<sup>f</sup> Figure 2 à Figure 5 établies sur la base des chiffres transmis par Martin Gebhardt, OFSP, le 8 juin 2016.

En isolant les infections récentes (remontant probablement à moins d'une année avant le diagnostic) des infections plus anciennes chez les HSH, on obtient une lecture différente de la tendance, avec une baisse du nombre des infections récentes déclarées entre 2010 et 2013, et une ré-augmentation entre 2013 et 2015 (Figure 4). Le nombre de cas déclarés d'infections plus anciennes a, quant à lui, atteint en 2015 son niveau le plus bas depuis 2009, avec 85 cas.

Le nombre absolu de tests VIH effectués et documentés dans les centres suisses de « Voluntary Counselling and Testing »<sup>9</sup> (VCT) chez les HSH a constamment augmenté depuis 2008, pour dépasser les 6'000 en 2014<sup>1</sup>. Ces données ne couvrent qu'une partie de l'ensemble des tests VIH réalisés par les HSH. Il est donc difficile de savoir quelle est l'évolution réelle de l'activité de dépistage chez les HSH et quel impact cette évolution a eu sur le nombre de nouveaux cas déclarés.

**Figure 4** Nombre de tests VIH positifs déclarés par les laboratoires selon l'année du test et le caractère récent ou non de l'infection (HSH)



En ce qui concerne la transmission par voie hétérosexuelle, 18% des nouveaux cas recensés en 2014 ont été déclarés chez des personnes originaires de pays à haute prévalence (essentiellement d'Afrique subsaharienne)<sup>1</sup>.

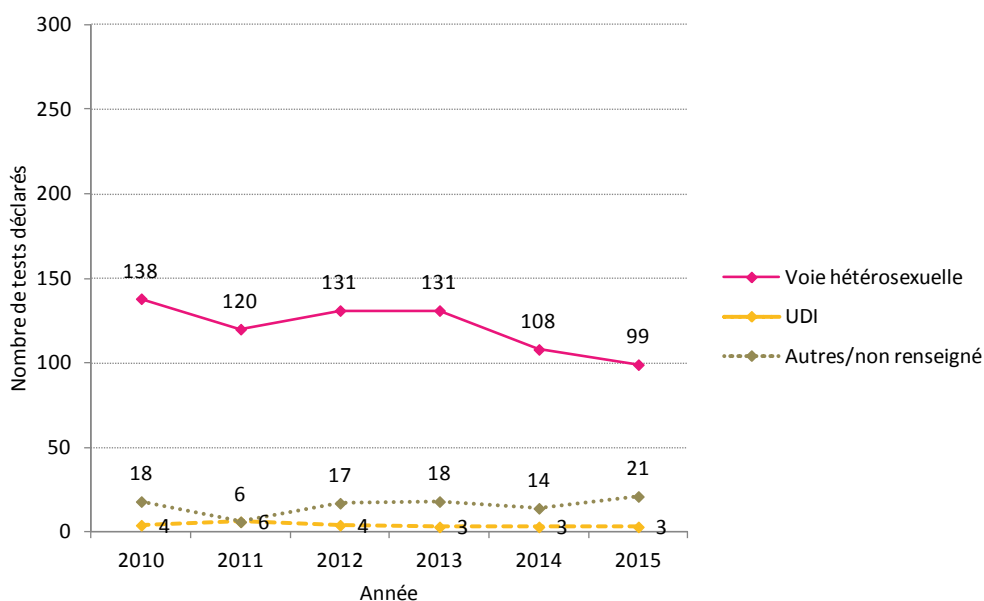
Chez les femmes, le mode de transmission largement prépondérant est la voie hétérosexuelle, avec 99 cas déclarés en 2015, contre 3 cas déclarés chez des UDI (Figure 5).

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, on observe une tendance à la hausse des cas où le mode de transmission est classé sous « autre/non renseigné ». Dans la grande majorité de ces

<sup>9</sup> Données issues du système BerDa (Beratungsleitfaden und Datenverwaltungssystem)

cas, le mode d'infection reste inconnu <sup>2</sup>. Ceci pourrait passablement modifier l'interprétation des tendances si, par exemple, une majorité de ces cas étaient en réalité des cas de transmissions lors de rapports sexuels entre hommes.

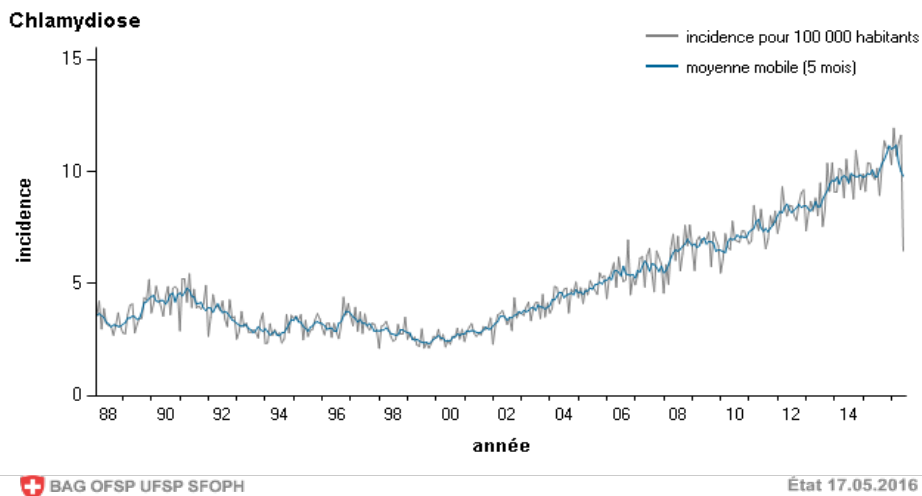
**Figure 5** Déclarations de tests VIH positifs par les laboratoires selon l'année du test et le mode de transmission supposé (femmes)



### Epidémiologie des autres IST

Comme le montre la Figure 6, l'incidence mensuelle de la Chlamydie en Suisse n'a cessé de progresser depuis le début des années 2000. Le nombre de nouveaux cas confirmés est passé de 6'614 en 2010 à 10'166 en 2015 (6'779 chez des femmes, 3'304 chez des hommes, et 83 chez des personnes dont le sexe n'était pas renseigné). Ce sont les femmes jeunes (15-24 ans) qui sont les plus souvent concernées par ce diagnostic. Cette infection évolue fréquemment de manière asymptomatique, ce qui peut faire craindre que les chiffres présentés ici sous-estiment passablement la réalité de l'épidémie.

**Figure 6** Incidence mensuelle de la Chlamydirose en Suisse<sup>h</sup> (nombre de cas pour 100'000 habitants) depuis 1988 au mois de mai 2016

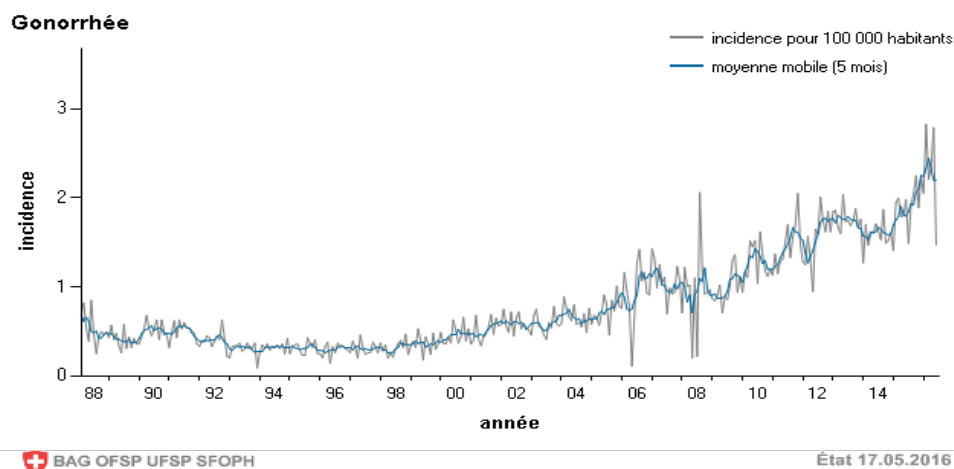


Tiré de : Site Internet de l'Office fédéral de la santé publique, rubrique maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Consulté le 26.05.2016.  
[http://www.bag.admin.ch/k\\_m\\_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab\\_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoL2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9jaGxhbXlkaWEuaHRt&lang=fr](http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoL2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9jaGxhbXlkaWEuaHRt&lang=fr)

L'incidence de la gonorrhée connaît également une croissance continue depuis le début des années 2000 (Figure 7). Le nombre de cas confirmés est passé de 1'166 en 2010 à 1'896 en 2015. Les hommes représentent le 80% des cas en 2015. Parmi les hommes chez qui le mode de transmission a été documenté, celle-ci survient dans le contexte de rapports sexuels entre hommes dans la moitié des cas. C'est chez les HSH qu'on observe la plus forte augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés. Ceux-ci ont pratiquement été multipliés par sept entre 2010 et 2015.

<sup>h</sup> Comprend les données de la Principauté du Liechtenstein.

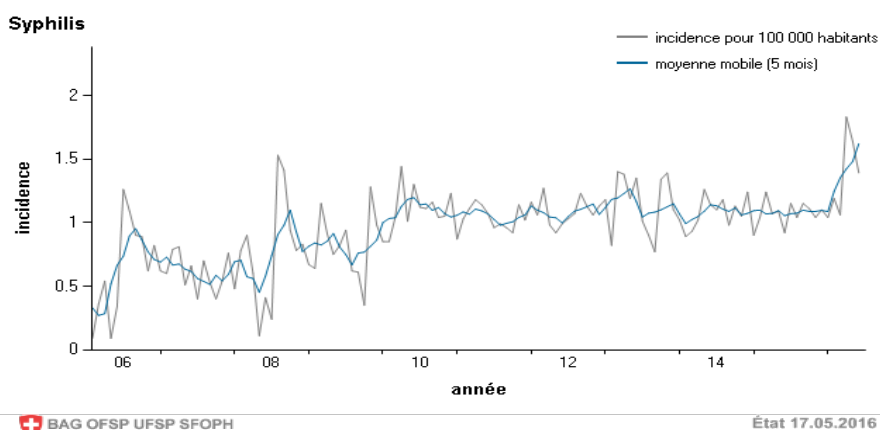
**Figure 7** Incidence mensuelle de la gonorrhée en Suisse<sup>i</sup> (nombre de cas pour 100'000 habitants) depuis 1988 au mois de mai 2016



Tiré de : Site Internet de l'Office fédéral de la santé publique, rubrique maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Consulté le 26.05.2016.  
[http://www.bag.admin.ch/k\\_m\\_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab\\_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWwLmNoL2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9nb25vcnJob2UuaHRt&lang=fr](http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWwLmNoL2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9nb25vcnJob2UuaHRt&lang=fr)

Le nombre de cas confirmés de syphilis est passé de 490 en 2010 à 655 en 2015. Les hommes représentent près de 90% de ces cas. Parmi les hommes chez qui le mode de transmission a été documenté, celle-ci survient dans le contexte de rapports sexuels entre hommes dans près de 80% des cas.

**Figure 8** Incidence mensuelle de la syphilis en Suisse<sup>j</sup> (nombre de cas pour 100'000 habitants) depuis 2006 au mois de mai 2016



Tiré de : Site Internet de l'Office fédéral de la santé publique, rubrique maladies infectieuses à déclaration obligatoire. Consulté le 26.05.2016.  
[http://www.bag.admin.ch/k\\_m\\_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab\\_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWwLmNoL2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9zeXB0aWxpcy5odG0%3D&lang=fr](http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/00813/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWwLmNoL2luZnJlcG9ydGluZy9kYXRlbnRldGFpbHMvZi9zeXB0aWxpcy5odG0%3D&lang=fr)

<sup>i</sup> Comprend les données de la Principauté du Liechtenstein.

<sup>j</sup> Comprend les données de la Principauté du Liechtenstein.



### Enseignements pour les activités de prévention

- Les tests de dépistage et de diagnostic du VIH ou des autres IST demeurant les seuls outils pour identifier les nouveaux cas, l'encouragement des personnes ayant pris un risque à se faire dépister, la formation du personnel médical à proposer ces tests lorsque cela est indiqué, et l'abaissement du seuil d'accès aux tests constituent toujours des stratégies centrales dans la lutte contre le VIH et les autres IST.
- Les HSH continuent à être surreprésentés parmi les nouveaux cas de VIH, de syphilis et de gonorrhée.
- Les migrant-e-s ASS continuent à être surreprésentés parmi les nouveaux cas de VIH.
- Le diagnostic d'infection à Chlamydia concerne préférentiellement les femmes jeunes.

### Enseignements pour les activités de surveillance

- Face à la place centrale qu'occupent le dépistage et le diagnostic dans la stratégie de prévention du VIH et des autres IST, il apparaît crucial de connaître le nombre total de tests VIH/IST réalisés par les laboratoires d'analyses médicales (que le résultat du test soit positif ou négatif), la nature du risque qui a motivé la réalisation du test, ainsi qu'un nombre limité d'informations démographiques sur les personnes testées
- Renforcer la participation des médecins au remplissage systématique et complet des formulaires de déclaration des nouveaux cas de VIH et des autres IST à déclaration obligatoire.

## Bibliographie

- 1 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Nombre de cas de VIH et d'IST en 2014 : rapport, analyses et tendances. Bulletin de l'Office Fédéral de la Santé Publique. 2015 21:341-74.
- 2 Office fédéral de la santé publique (OFSP). VIH en 2015: tendance jusqu'à fin septembre. Bulletin de l'Office Fédéral de la Santé Publique. 2015 49:908-11.

## 3.2 Connaissances sur le VIH/IST et les lieux de dépistage

Les connaissances sur le VIH et les autres IST ont été évaluées auprès des populations suivantes de l'axe 2 du PNVI : migrant-e-s ASS, HSH et TS. Il n'y a par contre pas de donnée disponible à ce sujet en ce qui concerne la population générale, les jeunes et les UD durant la période 2012-2016.

### Niveau d'information des répondant-e-s par rapport au VIH/sida

Une proportion élevée de migrant-e-s ASS (81.8%)<sup>1</sup> et de TS (90.1%)<sup>2</sup> connaît l'utilité du préservatif pour réduire les risques de transmission du VIH/sida. En dépit d'une proportion élevée de réponses correctes à chacune des cinq questions sur les modes de transmission du VIH proposées (Tableau 2), un peu moins de la moitié des migrant-e-s ASS (46.1%)<sup>1</sup> a répondu correctement à toutes les questions. Nous ne disposons pas de cette dernière information dans les autres populations.

Concernant la Prophylaxie post exposition (PEP), très peu de TS (28.1%) en ont entendu parler<sup>2</sup>. Cette proportion est plus élevée parmi les HSH (53.9%) (Tableau 3), chez qui on observe une importante amélioration de cet indicateur ces dix dernières années (Figure 9)<sup>3</sup>.

En 2014, seule la moitié des HSH se sent bien informée sur la primo-infection (51.0%)<sup>4</sup>. On remarque cependant d'importants progrès depuis 2009 (+23 points, Figure 9). L'évaluation de la campagne *Break The Chains* 2015 a montré une amélioration de cet indicateur suite à la campagne<sup>5</sup>.

On constate une augmentation de la proportion de répondants HSH ayant entendu parler de la Prophylaxie pré-exposition (PrEP) et se sentant bien informé entre 2012 et 2014 (+7 points environ)<sup>6</sup>. Toutefois, ces proportions restent très modestes (26.3% en 2014) (Tableau 3).

Tableau 2 Niveau d'information par rapport au VIH/Sida (en %, IC 95%)

	Migrant-e-s ASS (ANSWER)	TS (SWAN)
	2014	2016
<b>Proportion de répondant-e-s qui se sentent bien informé-e-s par rapport au VIH/virus du sida</b>	49.3 [45.1 - 53.5]	-
<b>Proportion de répondant-e-s ayant répondu « correctement » aux questions relatives à la transmission du VIH suivantes : <sup>§</sup></b>		
A votre avis, le risque de transmission du VIH/virus du sida peut-il être réduit par le fait d'avoir des RS avec un seul partenaire et non infecté ?	83.8 [80.5 - 86.8]	-
A votre avis, le risque de transmission du VIH/virus du sida peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque RS ? <sup>a</sup>	81.8 [78.3 - 84.9]	90.1 [87.4 - 92.4]
A votre avis, une personne paraissant en bonne santé peut-elle être infectée par le VIH/virus du sida ?	85.7 [82.6 - 88.5]	80.9 [77.4 - 84.0]
A votre avis, une piqure de moustique peut-elle transmettre le VIH/virus du sida ?	70.8 [66.9 - 74.6]	-
A votre avis, peut-on contracter le VIH/virus du sida en partageant un repas avec une personne séropositive ?	77.4 [73.6 - 80.8]	-

RS : rapport sexuel.

<sup>§</sup> Indicateurs adaptés de UNGASS en population générale<sup>7</sup>.

Dénominateur : Ensemble des répondant-e-s à la question. Numérateur : Répondant-e-s ayant répondu correctement à la question.

<sup>a</sup> La question posée pour les TS était : « A votre connaissance, est-ce que l'utilisation du préservatif peut réduire le risque de transmission du VIH ? »

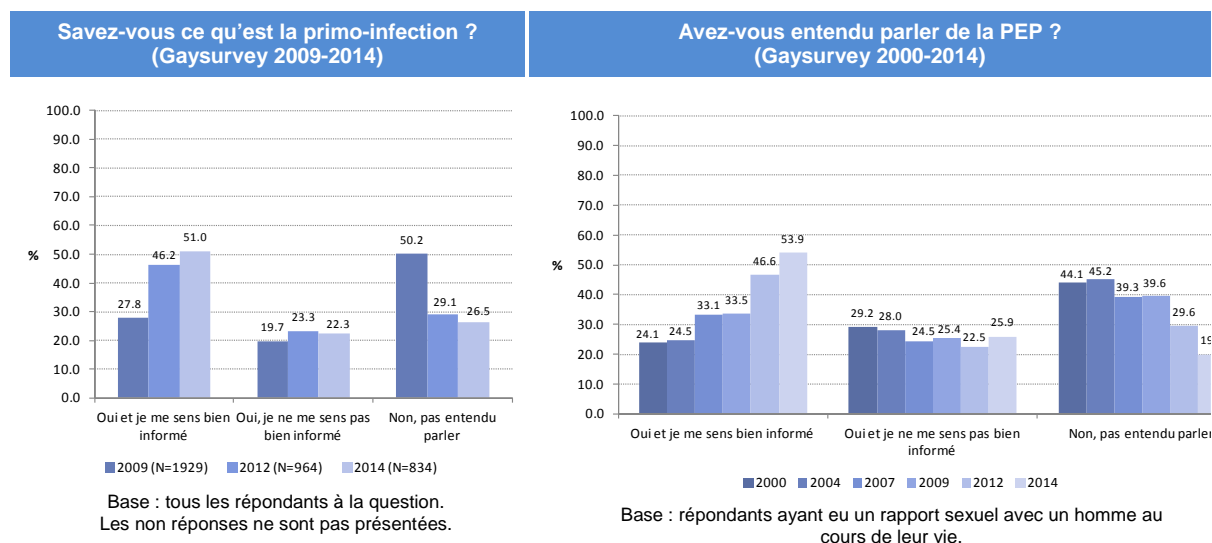
Tableau 3 Niveau d'information par rapport à la primo-infection, la PEP et la PrEP (en %, IC 95%)

	HSH (Gaysurvey)		TS (SWAN)
	2012	2014	2016
Sait ce qu'est la primo-infection et se sent bien informé	46.2 [43.0 - 49.4]	51.0 [47.5 - 54.4]	-
A entendu parler de la PEP et se sent bien informé-e	46.6 [43.4 - 49.9]	53.9 [50.4 - 57.4]	28.1 [24.5 - 32.0]
A entendu parler de la PrEP et se sent bien informé	19.7 [17.2 - 22.4]	26.3 [23.3 - 29.5]	-

PEP : Prophylaxie Post-Exposition ou traitement d'urgence.

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition.

**Figure 9 Avoir entendu parler de la primo-infection et de la PEP, en % (données Gaysurvey, 2000 à 2014)**



### Accès aux messages de prévention sur le VIH/IST

Les migrant-e-s ASS (70.0%)<sup>1</sup>, les HSH (73.5%)<sup>8</sup> et les TS (51.3%)<sup>2</sup> ont en majorité vu ou entendu des campagnes de prévention du VIH/sida ou des informations sur le sujet ou ont été en contact avec une personne faisant de la prévention en Suisse (Tableau 4).

L'enquête auprès des TS a montré qu'avoir été en contact avec une personne faisant de la prévention au cours des 12 derniers mois était associé avec une probabilité moindre d'avoir eu un rapport sexuel sans préservatif au cours des 30 derniers jours avec un client, y compris après ajustement statistique<sup>2</sup>.

Par ailleurs, lors de l'évaluation de la campagne BTC 2015 auprès des HSH, la moitié des répondants (54.1%) avait vu ou entendu parler de la dernière campagne de prévention du VIH *Love Life* de l'OFSP lancée en 2014<sup>5</sup>.

**Tableau 4** Accès aux informations de prévention du VIH et autres IST (en %, IC 95%)

Population		% [IC 95%]
Migrant-e-s ASS (ANSWER, 2014) <sup>a</sup>	A déjà vu ou entendu des campagnes de prévention du VIH/virus du sida <u>en Suisse</u> . A par exemple reçu de l'information d'une des manières suivantes : par les spots à la TV ou à la radio, par des affiches ou des feuillets d'information, sur des sites internet suisses...	70.0 [66.0 - 73.8]
HSH (Gaysurvey, 2014) <sup>b</sup>	Au cours des 12 derniers mois, a vu ou entendu des informations sur le VIH ou sur les autres IST <u>spécifiques aux HSH</u>	73.5 [70.4 - 76.5]
TS (SWAN, 2016) <sup>a</sup>	Au cours des 12 derniers mois, a été en contact avec une personne faisant de la prévention du VIH et des autres IST <u>en Suisse</u>	51.3 [47.1 - 55.5]

<sup>a</sup> Dénominateur : Ensemble des répondant-e-s à la question.

<sup>b</sup> Dénominateur : Ensemble des répondants.

### Attitude vis-à-vis du VIH/sida

Que ce soit dans la population HSH (58.5%) ou chez les migrant-e-s ASS (64.3%)<sup>9</sup>, une forte proportion pense que pour éviter des discriminations, une personne séropositive a intérêt à garder son diagnostic secret.

### Niveau d'information des répondant-e-s par rapport aux autres IST

Les symptômes pouvant accompagner une IST ou une primo-infection (sensation de brûlure, écoulement, au niveau du pénis/vagin) sont connus des HSH (70.5%)<sup>10</sup> et plus modestement des TS (64.1%)<sup>2</sup> (Tableau 5). La connaissance de quatre symptômes d'IST s'est améliorée chez les HSH entre 2012 (31.1%) et 2014 (40.2%)<sup>k</sup>.

Moins de la moitié des migrant-e-s ASS se sent bien informée par rapport aux IST autres que le VIH (45.3%)<sup>9</sup>.

<sup>k</sup> Différence statistiquement significative (p<1%) entre 2012 et 2014.

**Tableau 5 Niveau d'information des répondant-e-s par rapport aux autres IST (en %, IC 95%)**

	HSH (Gaysurvey)	Migrant-e-s ASS (ANSWER)	TS (SWAN)
	2014	2014	2016
<b>Consigne :</b> « Certains symptômes peuvent accompagner une infection sexuellement transmissible ou une primo-infection par le VIH et cela devrait vous inciter à vous faire examiner par un médecin. »			
<b>Savait déjà que c'est le cas pour les symptômes suivants :</b>			
Maux de gorge avec fièvre	55.3 [51.9 - 58.7]	-	-
Lésions, blessures sur les muqueuses (bouche, sexe et anus)	67.5 [64.2 - 70.7]	-	-
Rougeurs, boutons sur les muqueuses (bouche, sexe et anus)	69.8 [66.5 - 72.9]	-	-
Sensation de brûlure, écoulement, au niveau du pénis/vagin	70.5 [67.3 - 73.6]	-	-
<b>Sait qu'une IST autre que le VIH peut être associée à une sensation de brûlure, écoulement, au niveau du pénis/vagin</b>	-	-	64.1 [60.1 - 68.1]
<b>Se sent bien informé-e par rapport aux autres IST transmises par voie sexuelle</b>	-	45.3 [41.2 - 49.6]	-
<b>Sait qu'une IST autre que le VIH peut être asymptomatique</b>	-	-	58.9 [54.7 - 63.0]

Dénominateur : Ensemble des répondant-e-s.

### Connaissance d'un lieu où se faire dépister pour le VIH

La grande majorité des répondant-e-s d'Afrique Sub-saharienne (73.2%)<sup>1</sup>, des TS (76.8%)<sup>2</sup> et des HSH (89.8%)<sup>11</sup> sait où se rendre pour un test du VIH (Tableau 6).

**Tableau 6 Connaissance d'un lieu où se faire dépister (en %, IC 95%)**

Population		% [IC 95%]
Migrant-e-s ASS (ANSWER, 2014)	Connait un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du VIH/sida <u>en Suisse</u>	73.2 [69.3 - 76.8]
TS (SWAN, 2016)	Sait auprès de qui s'adresser pour faire <u>un test de dépistage du VIH et des autres IST en Suisse</u>	76.8 [73.1 - 80.2]
HSH (Gaysurvey, 2014)	Est certain de pouvoir réaliser un test de dépistage du VIH si le souhaite	89.8 [87.6 - 91.8]

Dénominateur : Ensemble des répondant-e-s.

### **Enseignements pour les activités de prévention**

- L'enquête auprès des TS a montré qu'avoir été en contact avec une personne faisant de la prévention au cours des 12 derniers mois était associé avec une probabilité moindre d'avoir eu un rapport sexuel sans préservatif au cours des 30 derniers jours avec un client, y compris après ajustement statistique.
- Poursuivre les efforts d'information sur la primo-infection auprès de tous les publics cibles.
- Poursuivre les efforts d'information sur la PEP et la PrEP auprès des HSH.
- Renforcer les messages de prévention et l'information relative à la PEP auprès des TS.
- Renforcer la lutte contre la stigmatisation des personnes séropositives.
- Le niveau d'information sur les IST autres que le VIH est encore insuffisant quelles que soient les populations cibles : renforcer la communication sur les symptômes pouvant accompagner une IST.
- Maintenir les efforts des acteurs de terrain pour informer les différentes populations exposées à un risque de transmission quant aux lieux de dépistage du VIH/IST disponibles.

### **Enseignements pour les activités de surveillance**

- Les connaissances sur le VIH et les autres IST dans la population générale et plus particulièrement chez les jeunes ont longtemps fait partie du système de surveillance mais n'ont plus été évaluées depuis 2007 : évaluer la pertinence et la faisabilité de faire une nouvelle mesure de cet indicateur.
- En dépit du niveau de connaissance correct des HSH sur les symptômes qui peuvent accompagner les IST autres que le VIH, l'incidence de ces infections continue de croître. Une étude qualitative pourrait apporter un éclairage utile pour mieux cerner les représentations et les attitudes relatives aux IST autres que le VIH et aux moyens de s'en protéger parmi les HSH.
- Suivre l'évolution de la connaissance de la PrEP et inclure systématiquement cet indicateur dans les prochaines enquêtes de surveillance.

## Bibliographie

- 1 Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 248, Chapitre 3, §3.4, p. 43).
- 2 Lociciro S, Ernst M-L, Simonson T, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 276).
- 3 Lociciro S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.17, p. 109).
- 4 Lociciro S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.16, p.107 ).
- 5 Frey K, Lociciro S, Blank P, Bize R, Schwenkglens M, Kübler D. Measurement of the Effectiveness of Break the Chains 2015. 2016  
(<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/msm/measurement-effectiveness-btcpdfdownloadpdf/measurement-effectiveness-btcpdf>)
- 6 Lociciro S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.18, p. 110).
- 7 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Response progress reporting 2014: Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva. , 2014 Contract No.: UNAIDS / JC2552E
- 8 Lociciro S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.19, p. 111).
- 9 Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 248).
- 10 Lociciro S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.9, p. 80).
- 11 Lociciro S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.8, p. 66).



### 3.3 Activité sexuelle et rapports sexuels forcés

#### Proportion des répondant-e-s ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans

Dans la population générale âgée de 16 à 74 ans, 12% des répondant-e-s (F : 9.0% ; H : 14.8%) ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans (Tableau 7)<sup>1</sup>. Cette proportion est supérieure dans les autres populations étudiées, puisqu'elle concerne environ un tiers des TS (F : 31.8% ; H : 50.0%)<sup>2</sup>, environ un quart des HSH (26.5%)<sup>3</sup> et 18% des migrant-e-s ASS (F : 21.1% ; H : 15.7%)<sup>4</sup>.

Une stratification par âge et par sexe des données montre, pour la population générale, qu'une proportion plus grande des 16-24 ans déclare avoir eu leur premier rapport sexuel avant 16 ans (Figure 10) par rapport aux catégories d'âges plus élevées<sup>1</sup>. Ceci s'observe aussi chez les migrants ASS, mais pas chez les HSH, ni chez les migrantes ASS, ni chez les TS.

Cet indicateur reste relativement stable depuis 1994 pour les répondants à l'enquête Gaysurvey (Figure 11)<sup>3</sup>.

En 2014, l'étude européenne HBSC réalisée auprès des écoliers en Suisse<sup>5</sup> montre que 17% des jeunes hommes de 15 ans ont déjà eu un rapport sexuel. Cela concerne 13% des jeunes filles de cet âge en Suisse. La moyenne européenne est de 24% pour les garçons et de 17% pour les filles.

La figure 12 montre une tendance à la hausse depuis 1997 de la proportion de jeunes (17-20 ans) sexuellement actifs à l'âge de 17 ans (ESS 2012 : F : 58% ; H : 63%). Sur l'ensemble de la période (1972-2012), les jeunes filles tendent à entrer un peu plus tardivement dans la vie sexuelle que les jeunes hommes, même si on observe une convergence des données en 2012.

**Tableau 7 Proportion des répondant-e-s ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans (en %, IC 95%)**

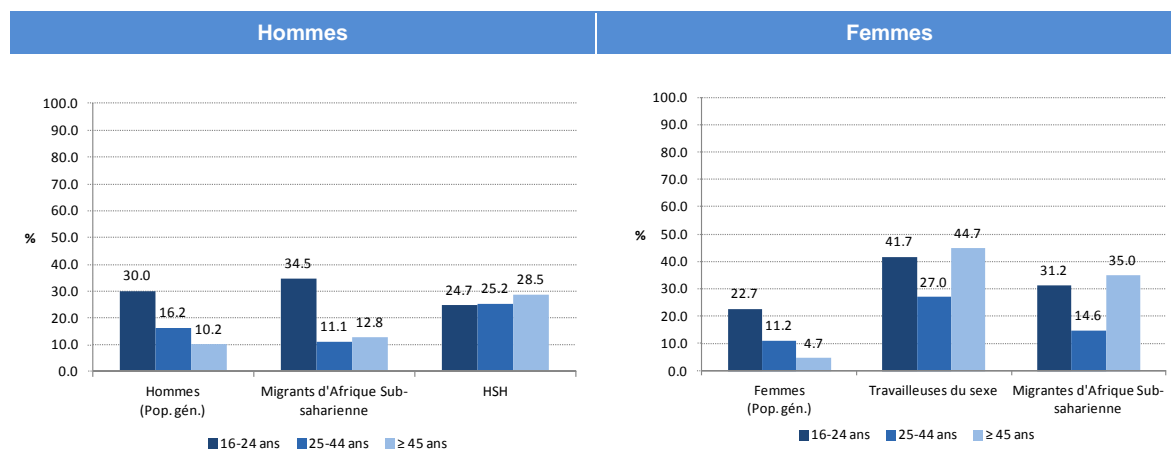
	Pop. Générale (ESS <sup>a</sup> )		Jeunes (HBSC)		HSH <sup>b</sup> (Gaysurvey)		Migrant-e-s ASS (ANSWER)		TS <sup>b</sup> (SWAN)
	2012		2014		2014		2014		2016
	H	F	H	F	H	F	H	F	
<b>Proportion de répondant-e-s ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans</b>	14.8	9.0	-	-	26.5	15.7	21.1	52.4	32.2
	[14.1 - 15.6]	[8.4 - 9.7]	-	-	[23.5 - 29.6]	[11.8 - 20.2]	[15.9 - 27.1]	[29.9 - 74.3]	[28.2 - 36.4]
<b>Jeunes de 15 ans ayant déjà eu un rapport sexuel</b>	-	-	17.0	13.0	-	-	-	-	-
	-	-	[14.6 - 19.7]	[10.8 - 15.4]	-	-	-	-	-

<sup>a</sup> Répondant-e-s âgé-e-s entre 16 et 74 ans.

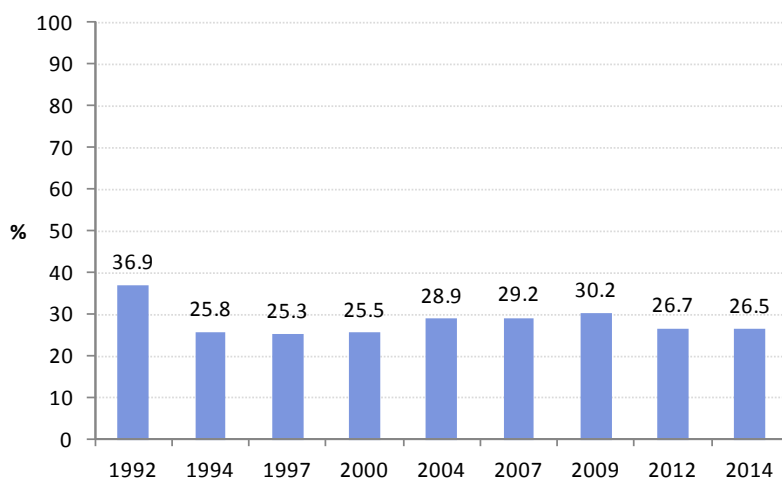
<sup>b</sup> Premier rapport sexuel avec un homme ou avec une femme.

<sup>1</sup> Différence statistiquement significative, p<0.000.

**Figure 10** Proportion de répondant-e-s rapportant avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans, par population, sexe et catégorie d'âge (en %)

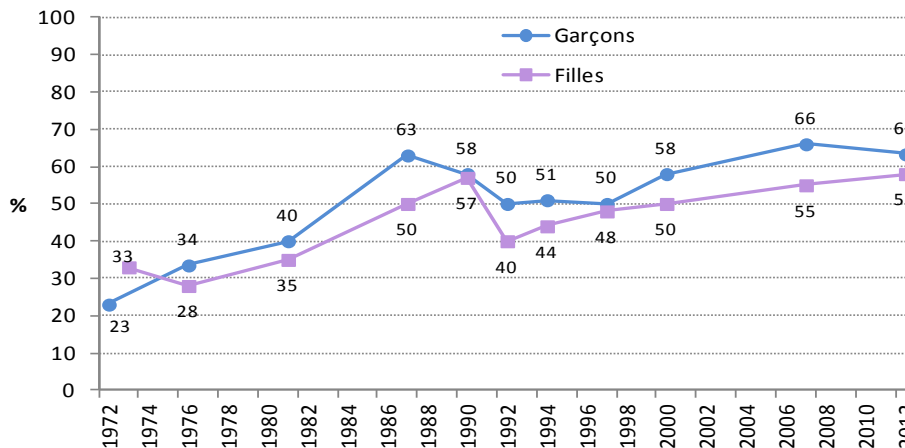


**Figure 11** Proportion de répondants HSH ayant eu leur 1<sup>er</sup> rapport sexuel avant l'âge de 16 ans quel que soit le type de partenaire, homme ou femme (Enquêtes Gaysurvey 1992-2014, en %)



Base : Ensemble des répondants.

Figure 12 Proportion de jeunes de 17 à 20 ans sexuellement actifs à l'âge de 17 ans



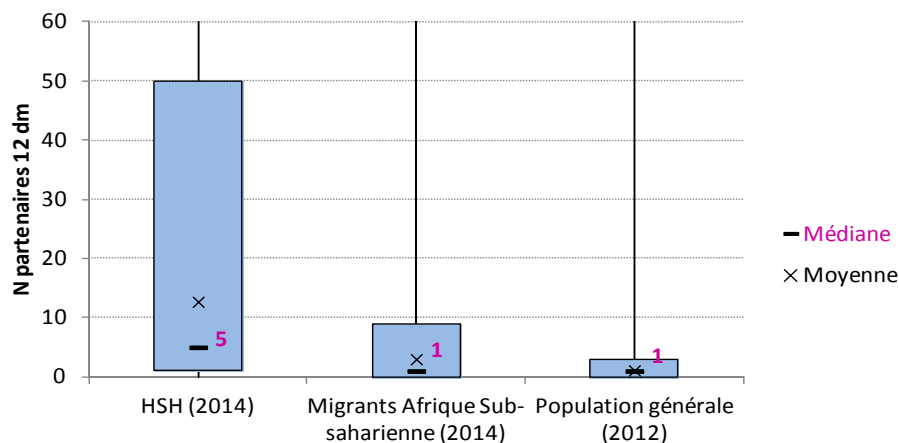
Notes : les données de 1972, 1973, 1976 et 1981 sont issues de diverses études suisses. De 1987 à 2007, elles proviennent exclusivement de l'Enquête téléphonique périodique auprès de la population générale de 17 à 45 ans pour l'évaluation du VIH/Sida en Suisse (EPSS, 17-20 ans). En 2012, les données sont issues de l'ESS.

### Nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois

La figure 13 présente la distribution en box-plots du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois par population. Le nombre médian de partenaires sexuels parmi les répondants à Gaysurvey 2014 (M=5) est nettement supérieur à celui de la population générale (M=1) et des répondants à l'enquête ANSWER (M=1). La dispersion des données est également plus grande parmi les HSH avec un écart-type de 21. La tendance est très stable depuis le début du suivi en 1994 de cet indicateur pour la population HSH (médiane entre 5 et 6 partenaires)<sup>3</sup>.

Les TS ont déclaré un nombre médian de 7 clients durant les 7 derniers jours<sup>2</sup>.

Figure 13 Distribution du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois par population (box-plots)



Notes : Pour l'enquête ANSWER auprès des migrant-e-s ASS : le nombre de partenaires sexuels a été limité à 100. Pour plus de lisibilité du graphique, seules les données en-dessous de 80 partenaires ont été présentées. Les quelques observations extrêmes ne figurent pas sur cette figure.

## Rapports sexuels avec des partenaires du même sexe

La proportion de répondant-e-s ayant eu au moins un partenaire du même sexe au cours de la vie varie de manière importante selon la population étudiée et selon le sexe (Tableau 8).

Concernant les hommes en population générale, l'ESS montre que 3.2% des 16-74 ans ont déjà eu au moins un partenaire sexuel homme<sup>1</sup>. Ils sont 1.9%, dans cette même enquête, parmi les jeunes hommes entre 16-24 ans<sup>6</sup> et 8.4% parmi les migrants ASS<sup>7</sup>. La très grande majorité des hommes travailleurs du sexe interrogés ont déjà eu un client du même sexe (90.8%)<sup>m2</sup>.

La proportion de femmes en population générale à déclarer un ou des rapports homosexuels est plus importante que pour les hommes avec 4.3% des femmes âgées entre 16 et 74 ans<sup>1</sup> et 5.6% des jeunes femmes de 16 à 24 ans<sup>6</sup>. La proportion de migrantes ASS rapportant un ou des rapports homosexuels est proche de celle des hommes de la même origine avec 6.9% de femmes concernées<sup>4</sup>. Par contre, en comparaison de leurs homologues masculins, 90.0% des femmes travailleuses du sexe ont rapporté des pratiques exclusivement hétérosexuelles<sup>2</sup>.

**Tableau 8 Rapports sexuels avec des partenaires du même sexe au cours de la vie (en %, IC 95%)**

	Pop. Générale (ESS) 2012		Jeunes 16-24 ans (ESS) 2012 <sup>b</sup>		Migrant-e-s ASS (ANSWER) 2014		TS (SWAN) 2016	
	H	F	H	F	H	F	H	F
RS avec partenaire du même sexe <sup>a</sup>	3.4 [3.0 - 3.8]	4.3 [3.9 - 4.9]	1.9 [1.1 - 3.0]	5.6 [4.2 - 7.4]	8.4 [5.4 - 12.3]	6.9 [3.7 - 11.4]	90.9 [70.8 - 98.9]	10.0 [7.6 - 12.9]

a Base : ensemble des répondant-e-s à la question. Ont été pris en compte les RS avec au moins 1 partenaire du même sexe au cours de la vie.  
b ESS 2012, ensemble des répondant-e-s entre 16 et 24 ans ayant répondu à la question.

## Rapports sexuels tarifés : « Avoir payé pour des rapports sexuels »

Depuis 20 ans, on observait une certaine stabilité concernant la proportion de HSH (environ 10%) ayant payé pour des rapports sexuels<sup>8</sup> (Tableau 9 et Figure 14). La récente augmentation, amorcée en 2012, se confirme en 2014 avec 16.3% des répondants concernés. On retrouve une proportion proche parmi les migrants ASS avec 18% des hommes ayant rapporté avoir payé ou donné des cadeaux en échange de rapports sexuels<sup>4</sup>. La proportion de migrantes ASS dans ce cas de figure est bien plus petite avec 3.1% des femmes ayant payé ou donné des cadeaux en échange de rapports sexuels.

En population générale (enquêtes EPSS), entre 1997 et 2007, la proportion d'hommes de 18 à 20 ans déclarant avoir eu recours comme client au sexe tarifé au moins une fois au cours de leur vie se situait entre 2.4 et 4.2% (Figure 15)<sup>9</sup>. Cette question n'est plus posée dans le module sexualité

<sup>m</sup> Le nombre de répondants hommes à l'enquête SWAN auprès des TS est de N=22.

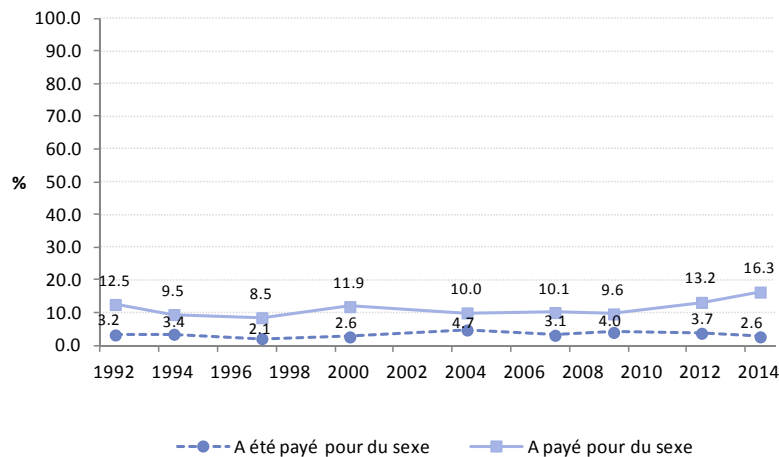
de l'ESS qui a succédé à l'EPSS. Par rapport aux données en population générale, celles obtenues dans le cadre d'enquêtes auprès des conscrits en 2010 et 2011 (enquête CH-X)<sup>n</sup> montrent des proportions beaucoup plus élevées (Figure 15). Cependant les différences méthodologiques entre ces deux groupes d'enquêtes rendent l'interprétation de cet accroissement difficile.

**Tableau 9 Rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois (en %, IC 95%)**

	HSH (Gaysurvey)	Migrant-e-s ASS <sup>a</sup> (ANSWER)		Cons. de drogue <sup>b</sup> (SBS)		Conscrits (CH-X)
	2014	2014		2011		2011
<b>RS tarifés</b>		<b>H</b>	<b>F</b>	<b>H</b>	<b>F</b>	<b>H</b>
Avoir payé pour des RS	16.3 [13.9 - 19.0]	18.0 [13.6 - 23.1]	3.1 [1.2 - 6.7]	-	-	15.2 [14.5 - 15.9]
Avoir été payé pour des RS	2.6 [1.7 - 4.0]	7.4 [4.6 - 11.2]	8.0 [4.6 - 12.9]	2.5 [1.4 - 4.0]	13.7 [8.8 - 20.0]	-

<sup>a</sup> A donné / reçu de l'argent/des cadeaux en échange de rapports sexuels.  
<sup>b</sup> Au cours des 6 derniers mois.

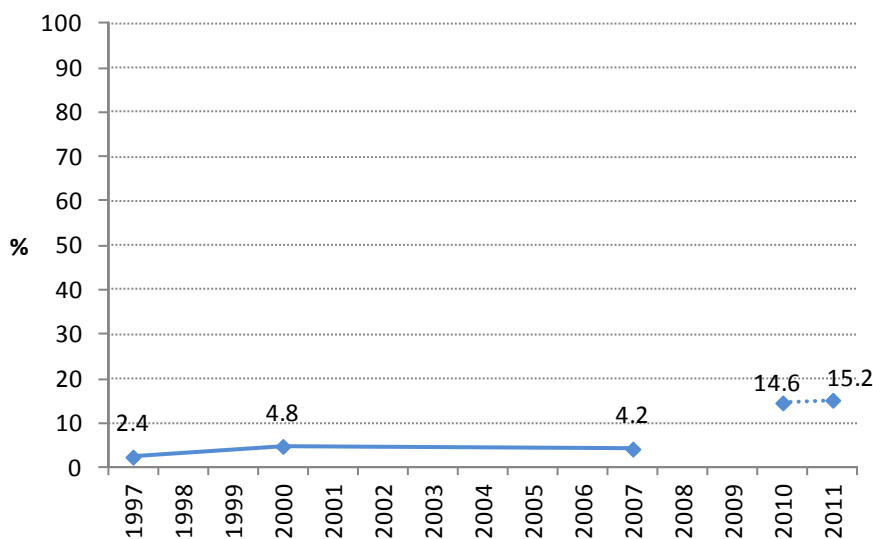
**Figure 14 Proportion de répondants ayant payé (clients) et ayant été payé (travailleurs du sexe) pour un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois (Gaysurvey 1992-2014, en %)**



Base : répondants ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours de la vie.

<sup>n</sup> www.chx.ch

**Figure 15** Proportion de jeunes hommes de 18 à 20 ans de la population générale à avoir déjà payé pour un rapport sexuel (en %, EPSS 1997-2007 et CH-X 2010-2011)



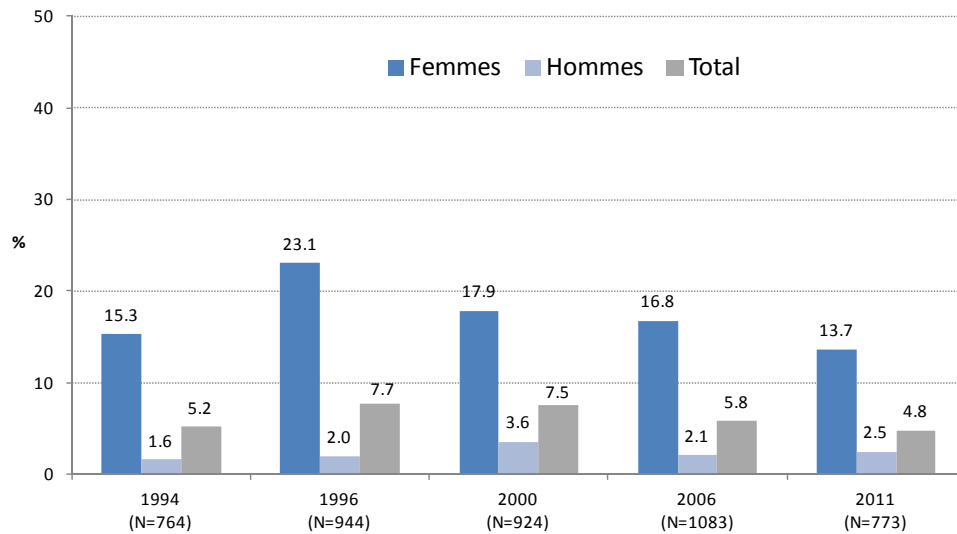
Base : répondants sexuellement actifs. De 1997 à 2007, données issues de l'enquête EPSS ; en 2010 et 2011, données issues de l'enquête CH-X.

### Rapports sexuels tarifés : « Avoir été payé pour des rapports sexuels »

Concernant le travail du sexe masculin (avoir été payé pour des rapports sexuels), il est stable depuis 1992 parmi les répondants à Gaysurvey (Figure 14)<sup>8</sup> mais également parmi les UD (Figure 16)<sup>10</sup>. Les dernières données montrent des proportions quasiment identiques avec 2.6% des HSH concernés en 2014 et 2.5% des UD en 2011. La proportion des migrants ASS est la plus élevée en comparaison des autres hommes (HSH et UD) avec 7.4% concernés en 2014<sup>4</sup> (Tableau 9).

Quant au travail du sexe chez les femmes, on constate une nette tendance à la baisse parmi les femmes UD avec une diminution de 9 points entre 1996 et 2011 (Figure 16)<sup>10</sup>. Elles sont 13.7% en 2011 à avoir été payées pour un rapport sexuel, proportion supérieure à celle des femmes migrantes ASS (8% en 2014).

**Figure 16** Proportion d'UD ayant été payé pour un rapport sexuel au cours des 6 derniers mois (Enquête SBS, Femmes/Hommes/Total, 1994-2011)



Base : ensemble des répondant-e-s.

### Rapports sexuels forcés au cours de la vie

En ce qui concerne la population générale, nous ne disposons pas dans l'ESS de données sur les rapports sexuels forcés. Le tiers des migrantes ASS (32.1%) a par contre déclaré avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de la vie (enfant et /ou adulte)<sup>11</sup> (Tableau 10). Dans une moindre mesure, mais dans des proportions tout aussi alarmantes, 18.2% des TS (F : 17.5% ; H : 27.8%)<sup>2</sup> et 10.8% des hommes originaires d'Afrique subsaharienne<sup>11</sup> ont vécu une telle situation. The International Violence Against Women Survey (IVAWS) réalisé en 2003 auprès de la population générale, a montré que 10.7% des femmes majeures interrogées en Suisse rapportent avoir été victime de violences sexuelles après leur 16<sup>ème</sup> anniversaire<sup>12</sup>.

La proportion de femmes ayant rapporté avoir vécu des violences physiques ou sexuelles est de 25.1% dans l'étude IVAWS<sup>12</sup>. En comparaison, 45.1% des UD déclarent avoir été maltraité-e-s physiquement, battus et/ou agressé-e-s sexuellement par un parent ou un partenaire (F : 70.2% ; H : 38.7%)<sup>13</sup>.

**Tableau 10 Rapports sexuels forcés au cours de la vie (en %, IC 95%)**

	Migrant-e-s ASS (ANSWER) 2014		TS (SWAN) 2016		Cons. de drogue (SBS) 2011	
	H	F	H	F	H	F
Rapports sexuels forcés au cours de la vie	10.8 [7.6 - 14.8]	32.1 [25.8 - 38.9]	27.8 [9.7 - 53.5]	17.5 [14.1 - 21.3]		10.8 [7.6 - 14.8]
Avoir été maltraité-e physiquement – battu-e, agressé-e sexuellement – par un parent et/ou un partenaire					38.7 [34.8 - 42.7]	70.2 [62.5 - 77.1]

Base : ensemble des répondant-e-s.

**Enseignements pour les activités de prévention**

- Au vu de la tendance à une précocité plus grande de l'entrée dans la vie sexuelle, l'éducation sexuelle doit intervenir suffisamment tôt et de manière universelle pour que les jeunes bénéficient d'un niveau d'information suffisant lors de leurs premières expériences sexuelles.
- Les importantes proportions rapportées de rapports sexuels forcés ou de violences physiques subies montrent que ces thèmes doivent être abordés dans le cadre de l'éducation sexuelle et en consultation, notamment auprès des migrant-e-s ASS et des UD.

**Enseignements pour les activités de surveillance**

- La surveillance des indicateurs se rapportant au travail du sexe (avoir payé/avoir été payé) devrait être mise en place au sein de l'enquête suisse sur la santé.
- Le suivi des violences sexuelles subies doit être étendu (ajout de questions sur les violences subies dans les 12 derniers mois, et sur les auteur-e-s des violences) pour que les enquêtes de surveillance comportementale nous renseignent davantage à ce sujet.
- Des études ad hoc devraient être conduites pour aider à l'interprétation des données de la surveillance en matière de violences sexuelles.



## Bibliographie

- 1 Office fédéral de la statistique (OFS). Enquête suisse sur la santé 2012. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2012.
- 2 Locicero S, Ernst M-L, Simonson T, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 276).
- 3 Locicero S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.4, p. 42).
- 4 Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 248, Chapitre 3, §3.5, p. 45).
- 5 World Health Organization. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.2016.
- 6 Storni M. Comportements sexuels des jeunes adultes : pratiques, risques, évolutions. Informations démographiques. Déc. 2015;Newsletter N°2. (Office Fédéral de la Statistique):8-10.
- 7 Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014. (Raisons de santé 248).
- 8 Locicero S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.11, p. 89).
- 9 Jeannin A, Locicero S, Dubois-Arber F. Monitoring du comportement sexuel et de l'utilisation du préservatif chez les 18 à 20 ans. Bulletin de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Nov. 2013;47:855-7.
- 10 Locicero S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Dubois-Arber F. Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 2003-2011. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de Santé 220, Chapitre 4, §4.4, p. 27).
- 11 Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 248, Chapitre 3, §3.6, p. 50).
- 12 Jaquier Erard V. Multidimensionnalité des violences envers les femmes. La Suisse en regard des États-Unis: pertinence et validité d'une comparaison. . Lausanne, Suisse: Université de Lausanne, Faculté de droit et des sciences criminelles. 2010.
- 13 Locicero S, Arnaud S, Füglistaler G, Dubois-Arber F, Gervasoni J-P. Résultats de l'enquête 2011 auprès des usagers des structures à bas-seuil en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2012. (Raisons de santé 199a, Chapitre 7, p. 27).

## 3.4 Mise sur le marché et accès aux préservatifs

### Nombre de préservatifs mis sur le marché en Suisse

La figure 17 présente les mises sur le marché des préservatifs (données récoltées par l'IUMSP), ainsi que les données de vente réalisées dans les commerces de détail, les drogueries et les pharmacies (données Nielsen + IMS Health). Celles-ci sont obtenues grâce à l'enregistrement des mouvements de la marchandise lors du passage en caisse dans les magasins.

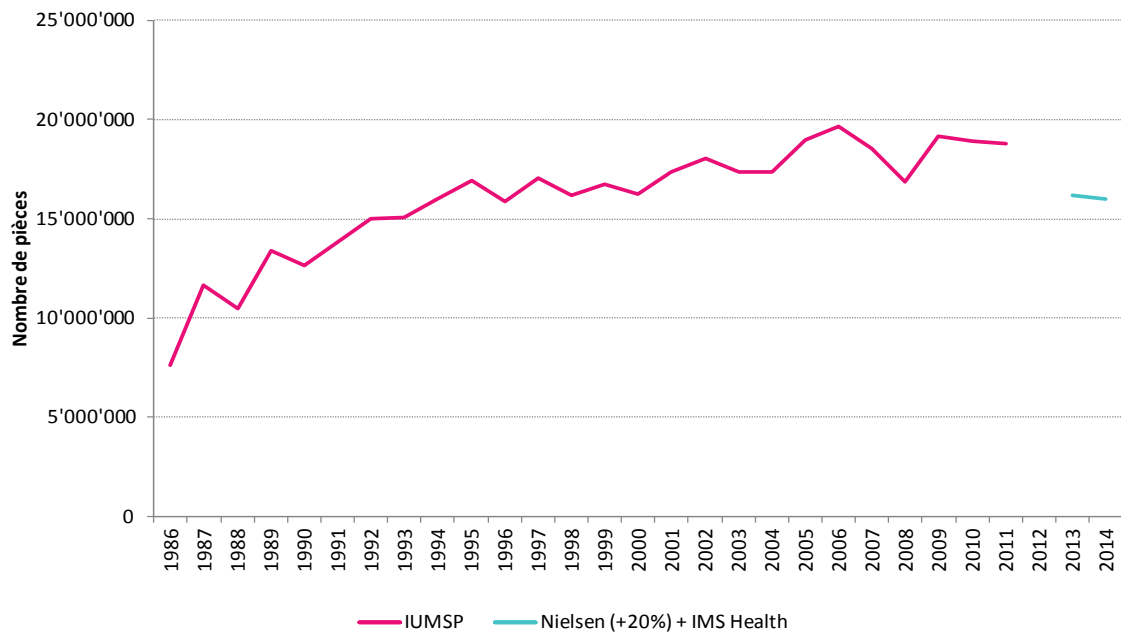
Le nombre de préservatifs mis sur le marché croît fortement entre 1986 et 1995 et de manière plus modérée ensuite. Il s'est stabilisé depuis 2001 autour de 18 millions de pièces par an. Les ventes s'élèvent à 16 millions et sont également stables sur la période 2013-2014.

Si l'on tient compte du chiffre de l'accroissement de la population en Suisse, l'augmentation a été réelle entre 1986 et 1995. Le ratio entre le nombre de préservatifs mis sur le marché et la taille de la population des 15 à 64 ans est en effet passé de 1.7 en 1986 à 3.5 en 1995<sup>1</sup>. Les années suivantes, l'augmentation des mises sur le marché a essentiellement compensé l'accroissement de la population et le ratio s'est stabilisé entre 3.2 et 3.8.

Les données de mises sur le marché ne sont plus disponibles depuis 2012 en raison d'une difficulté croissante à obtenir ces informations auprès des producteurs/importateurs. Les données Nielsen acquises par l'IUMSP pour 2013-2014, couvrent 80% du marché. Elles ont été multipliées par 1.25 pour refléter une couverture de 100% du commerce de détail. A ces données ont encore été ajoutées les données fournies par IMS Health (données de vente des médicaments et produits de parapharmacie en drogueries et en pharmacies).

Pour pouvoir suivre l'évolution du nombre de préservatifs écoulés en Suisse en une année, l'IUMSP préconise l'acquisition des données Nielsen, estimant que celles-ci représentent à ce jour l'estimation la plus fiable<sup>2</sup>.

**Figure 17** Evolution des mises sur le marché de préservatifs (données IUMSP, Nielsen+IMS Health, 1986-2014)



### Accès aux préservatifs

L'accès au préservatif n'a été évalué récemment que parmi les HSH et les TS. Parmi les hommes ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours de leur vie (N=814), l'écrasante majorité (81.3%) avait un préservatif à disposition quand son utilisation était souhaitée (Gaysurvey 2014)<sup>3</sup>.

Environ un HSH sur deux (53.5%) a reçu un préservatif distribué gratuitement au cours des douze derniers mois. Cette proportion est bien plus importante chez les TS puisque près des trois quarts (73.1%) ont rapporté en avoir reçu<sup>4</sup>. Par contre, seule la moitié des TS (50.6%) ont répondu en avoir reçu en quantité suffisante au cours de la dernière année.

#### Enseignements pour les activités de prévention

- Poursuivre les efforts pour faciliter l'accès aux préservatifs des populations exposées à un risque accru d'infection par le VIH et/ou les autres IST.

#### Enseignements pour les activités de surveillance

- Le monitoring de la mise sur le marché des préservatifs en Suisse devrait être poursuivi selon une nouvelle modalité. L'achat des données Nielsen qui comprennent l'enregistrement des mouvements de la marchandise lors du passage en caisse dans les magasins représentent vraisemblablement l'estimation la plus fiable.

## Bibliographie

- 1 Jeannin A, Spencer B, Koutaissoff D, Dubois A. Evolution des mises sur le marché de préservatifs en Suisse: 1986-2009. Office fédéral de la santé publique (OFSP), Bulletin 6/11. 2011.
- 2 Koutaissoff D, Amiguet M, Bize R. Cartographie et analyse des données disponibles pour estimer le nombre de préservatifs écoulés sur le marché suisse en une année. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 258).
- 3 Locicero S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.7, p. 57).
- 4 Locicero S, Ernst M-L, Simonson T, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 276).

## 3.5 Utilisation de drogue par voie intraveineuse

### Proportion de répondant-e-s recourant à l'injection de drogue par voie intraveineuse

Parmi les UD<sup>o</sup> interrogé-e-s au sein des structures à bas seuil en 2011, on retrouve logiquement une forte proportion (70.2%) de personnes ayant consommé des drogues par injection (UDI) au cours de la vie<sup>1</sup>. La figure 18 présente les tendances pour trois indicateurs de pratique de l'injection concernant cette population spécifique. La proportion d'UDI au cours de la vie, qui était relativement stable entre 1993 (88.7%) et 2000 (90.0%), a diminué en 2006 (75.4%) et en 2011 (70.6%). Le recours à l'injection durant les 6 derniers mois avait par contre déjà commencé à diminuer en 2000 (78.1%), suivi d'une diminution encore plus marquée en 2006 (56.0%). Cette même année, les indicateurs liés à l'injection ont été modifiés en mesurant celle-ci au cours du dernier mois. On constate une baisse importante de l'injection au cours du dernier mois passant de 51.3% en 2006 à 36.9% en 2011. La proportion des nouveaux UDI (ayant commencé à s'injecter de la drogue dans les 2 dernières années) a fortement diminué jusqu'en 2000 (6.2%) et s'est stabilisée depuis (7% en 2011)<sup>2</sup>. Cette diminution de la consommation par injection est également relevée dans les entretiens réalisés avec des experts du domaine des traitements et de la réduction des risques<sup>p</sup>.

L'expérience de l'injection au moins une fois dans la vie est de 3.9% parmi les TS<sup>3</sup>, 3.7% parmi les migrant-e-s ASS<sup>4</sup> et de 2.9% parmi les HSH<sup>5</sup>. Nous ne disposons d'aucune donnée récente en population générale, mais en 2000, la proportion de personnes ayant une expérience d'injection de drogue était de 0.4%<sup>6</sup>.

**Tableau 11** Proportion de répondant-e-s recourant à l'injection de drogue par voie intraveineuse (en %, IC 95%)

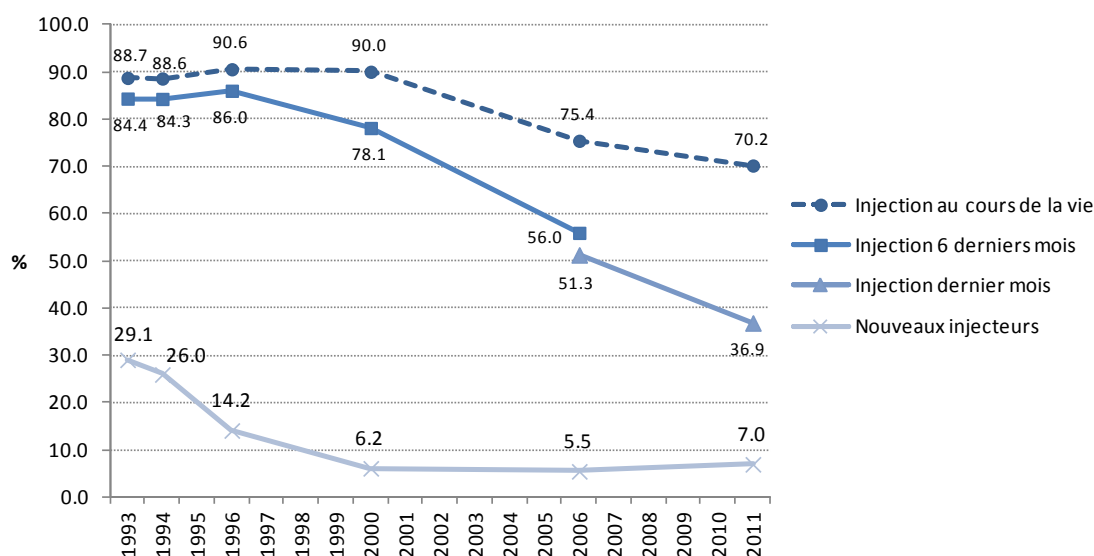
	HSH (Gaysurvey) 2014	Migrant-e-s ASS (ANSWER) 2014	TS (SWAN) 2016	UD (SBS) 2011
Au cours de la vie	2.9 [1.9 - 4.3]	3.7 [2.2 - 5.6]	3.9 [24.5 - 58.3]	70.2 [66.9 - 73.5]

Base : ensemble des répondant-e-s.

<sup>o</sup> Structures remettant du matériel d'injection et offrant, pour certaines d'entre elles, des espaces pour l'injection et l'inhalation de drogues.

<sup>p</sup> Ces entretiens n'ont pas fait l'objet d'un rapport spécifique mais un compte-rendu des observations des professionnel-le-s en 2012 et en 2016 est disponible auprès de l'IUMSP sur demande.

**Figure 18** Proportion d'UDI recourant à l'injection de drogue par voie intraveineuse, au cours de la vie, des 6 derniers mois et du dernier mois, et proportion de nouveaux UDI 1993-2011 (en %)



Note : Pas de données pour Zürich en 1993, 1994 et 2000.  
 Base pour les UDI durant les 6 derniers mois et le dernier mois : ensemble des répondant-e-s  
 Base pour les nouveaux UDI (répondant-e-s ayant commencé à s'injecter des drogues au cours des 2 dernières années) : UDI au cours de la vie.

### Partage de seringues et de matériel servant à l'injection de drogue

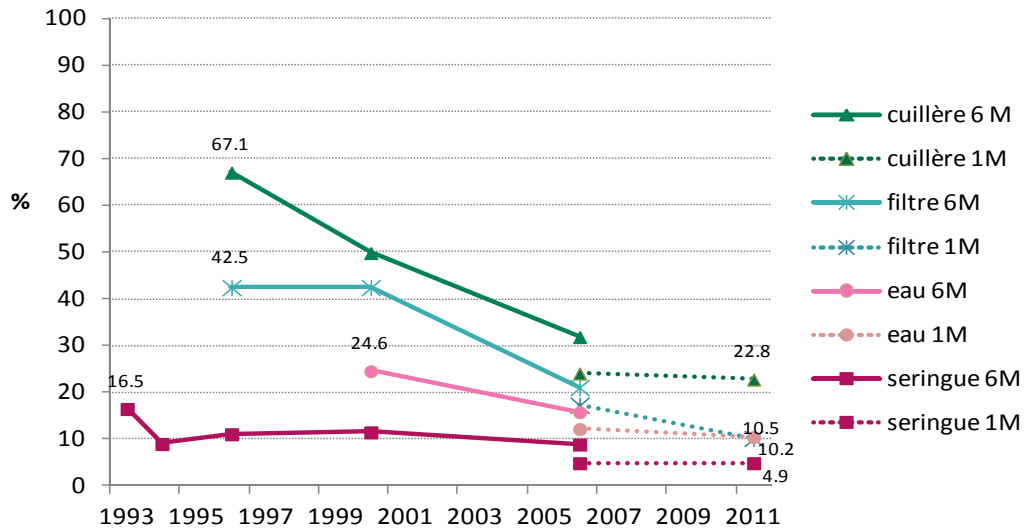
Entre 1993 et 2011, la prévalence du partage de seringues (avoir utilisé une seringue déjà employée par quelqu'un d'autre) a diminué parmi les UDI et s'est stabilisée à un niveau bas (environ 5% en 2006 et 2011)<sup>7</sup>. Le partage de matériel servant à préparer l'injection (cuiller, filtre, eau), qui était élevé en 1996 a aussi diminué dans les dernières années, mais reste plus fréquent que le partage de la seringue (Figure 19). Etant susceptible de transmettre le VHC, le partage de matériel servant à préparer l'injection nécessite un suivi.

Environ un cinquième des UDI ont été incarcéré-e-s dans les deux dernières années<sup>8</sup>. Parmi eux, 16.4% rapportent en 2011 s'être injecté des drogues en prison (proportion en diminution depuis 2000) ; parmi les personnes ayant eu recours à l'injection, 11.1% disent avoir utilisé une seringue usagée (proportion en diminution) (Figure 20).

En 2016, sur les 117 établissements pénitentiaires de Suisse, seuls 15 ont un dispositif de remise de matériel d'injection stérile (RMIS) aux détenus. Les responsables du service sanitaire de ces établissements constatent une diminution du recours à l'injection ces cinq dernières années ; le dispositif de RMIS est utilisé de façon très variable selon les établissements. Dans cinq établissements ce dispositif est utilisé de façon régulière, alors que dans les 10 autres le dispositif RMIS n'a pas été utilisé ces dernières années<sup>9</sup>.

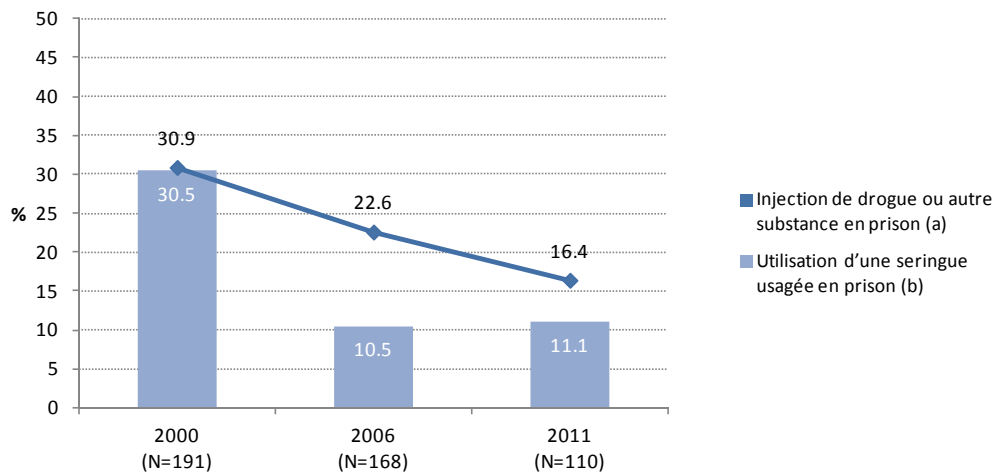
Dans l'enquête Gaysurvey 2014, sur les 24 répondants ayant rapporté s'être injecté des drogues au cours de la vie, deux se sont injecté avec une seringue/aiguille déjà utilisée par une autre personne<sup>5</sup>. Aucun des 3 injecteurs au cours du dernier mois n'a rapporté de partage de matériel servant à l'injection.

**Figure 19** Partage de seringues et de matériel servant à préparer l'injection, données des structures à bas seuil, 1993-2011 (en %)



6M : 6 derniers mois. Base : UDI au cours des 6 derniers mois.  
1M : le dernier mois. Base : UDI au cours du dernier mois.

**Figure 20** Injection de drogue ou autre substance en prison et utilisation d'une seringue usagée en prison 2000-2011 (en %)



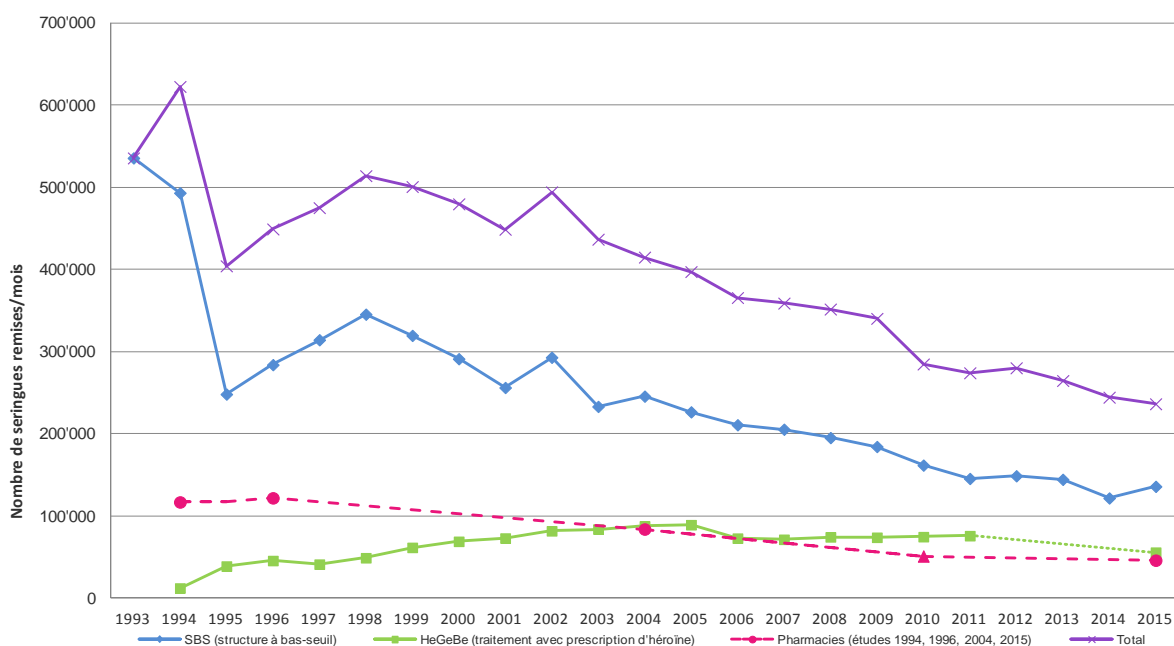
<sup>a</sup> Base : répondant-e-s incarcéré-e-s au cours des 2 dernières années.

<sup>b</sup> Base : répondant-e-s incarcéré-e-s au cours des 2 dernières années et recourant à l'injection de drogue en prison.

### Evolution du nombre de seringues remises à des UDI en Suisse

La figure 21 montre l'évolution du nombre total estimé de seringues remises mensuellement aux UDI en Suisse. Ce total comprend le matériel utilisé dans le programme de prescription d'héroïne (HeGeBe), le matériel d'injection stérile remis dans les structures à bas seuil d'accès ainsi que le matériel remis ou vendu en pharmacie. On observe une tendance à la baisse depuis 1998, qui correspond à une diminution du nombre d'UDI (Figure 18).

**Figure 21** Estimation du nombre total de seringues remises mensuellement aux UDI en Suisse entre 1993 et 2015 : SBS, pharmacies et programme de prescription d'héroïne (HeGeBe)



▲ Estimation basée sur les données vaudoises de 2010 où l'on voit une diminution de 30% entre 2004 et 2010

Seules 5 mesures ont été effectuées dans les pharmacies (1994, 1996, 2004, 2010 et 2015). En 2010, les données (▲) ont été estimées à partir des données vaudoises de 2010 où l'on a observé une diminution de 30% entre 2004 et 2010. Pour l'estimation du nombre total de seringues remises par année, nous avons additionné les données de chaque lieu pour l'année en question ou, en l'absence de celles-ci, les données les plus récentes.



### **Enseignements pour les activités de prévention**

- Malgré une baisse du nombre d'UDI, les prévalences rapportées de VIH et particulièrement celle très élevée du VHC (cf. chapitre 3.7), montrent qu'il faut poursuivre les efforts de remise de matériel d'injection stérile et améliorer l'accès aux traitements antiviraux.
- Malgré un nombre important de seringues remises ou vendues, le partage de matériel, particulièrement celui de préparation à l'injection, reste présent. Il faut poursuivre les efforts pour abaisser le seuil d'accès au matériel d'injection stérile et pour prévenir le partage du matériel de préparation, y compris dans les prisons.

### **Enseignements pour les activités de surveillance**

- Cinq années se sont écoulées depuis la dernière enquête auprès des UD en Suisse. Il serait important de la réitérer prochainement.
- Un suivi du développement de l'offre en dispositif de remise de matériel d'injection stérile dans les établissements de privation de liberté est souhaitable pour vérifier l'application de la nouvelle loi sur les épidémies (LEp) et de son ordonnance (OEp) entrées en vigueur en janvier 2016, dont l'article 30, §2.c stipule que « les établissements de privation de liberté doivent veiller en particulier à ce que les personnes dont ils ont la charge (...) aient accès, selon les besoins de la situation, aux moyens permettant de prévenir et traiter les maladies sexuellement transmissibles ou transmissibles par le sang, en particulier à des préservatifs, à du matériel d'injection stérile et à un traitement à base de stupéfiants ».

## Bibliographie

- 1 Locicero S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Dubois-Arber F. Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 2003-2011. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de Santé 220, Chapitre 4, §4.3, p. 27).
- 2 Locicero S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Dubois-Arber F. Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 2003-2011. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de Santé 220, Chapitre 5, §5.3).
- 3 Locicero S, Ernst M-L, Simonson T, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 276).
- 4 Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 248, Chapitre 3, §3.3, p. 40).
- 5 Locicero S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.15, p. 104).
- 6 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 7 Locicero S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Dubois-Arber F. Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 2003-2011. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de Santé 220, Chapitre 5, §5.4, p. 41).
- 8 Locicero S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Dubois-Arber F. Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 2003-2011. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de Santé 220, Chapitre 5, §5.7).
- 9 Samitca S, Stadelmann S, Bize R. Inventaire et description des dispositifs de remise de matériel d'injection stérile en milieu carcéral en Suisse. Situation en 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive., 2017. (Raisons de Santé 266a).

## 3.6 Situations à risque de transmission du VIH/IST par voie sexuelle

### Non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec pénétration

En population générale, 78.8% des répondants disent n'avoir pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel (Tableau 12). De fortes différences sont observées selon le type de partenaire lors de ce dernier rapport, allant de 15.1% s'il s'agissait d'un travailleur ou d'une travailleuse du sexe à 83.5% s'il s'agissait du/de la partenaire stable.

Chez les migrant-e-s ASS, le taux de non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport est plus bas, à 57.5%. Des différences s'observent également selon le type de partenaire, de 10.0% s'il s'agissait d'un travailleur ou d'une travailleuse du sexe à 73.6% s'il s'agissait du/de la partenaire stable.

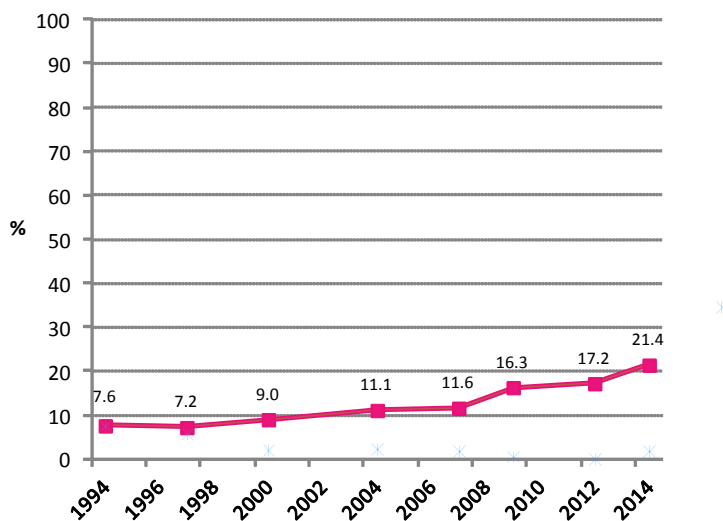
Les données obtenues auprès des HSH et des TS concernent l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel par type de partenaire spécifique, sans information sur le dernier rapport « tous partenaires confondus »: 66.1% des HSH ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur dernière pénétration anale avec leur partenaire stable, contre 21.4% ayant déclaré ne pas en avoir utilisé lors de leur dernière pénétration anale avec un partenaire occasionnel. Parmi les TS, 10.3% ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client.

**Tableau 12** Non-utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel pénétratif, selon le type de partenaire (en %, IC 95%)

	Population générale (ESS 2012)	HSH (Gaysurvey 2014)	Migrant-e-s ASS (Answer 2014)	TS (SWAN 2016)
Tous partenaires confondus	78.8 [78.0 - 79.7]	-	57.5 [52.8 - 62.0]	-
Partenaire stable	83.4 [82.6 - 84.2]	66.1 [60.1 - 71.1]	73.6 [68.1 - 78.4]	-
Partenaire occasionnel	21.5 [18.5 - 24.9]	21.4 [18.0 - 25.3]	24.8 [17.6 - 33.7]	-
TS	15.1 [6.21 - 32.4]	-	10.0 [0.9 - 57.8]	-
Client	-	-	-	10.3 [9.1 - 13.1]

Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les enquêtes Gaysurvey conduites entre 1994 et 2014 permettent d'observer une tendance à la hausse de la non-utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels. Comme le montre la Figure 22, la proportion de HSH rapportant n'avoir pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire occasionnel est passé de 7.6% en 1994 à 21.4% en 2014.

**Figure 22** Non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel chez les HSH (évolution entre 1994 et 2014, en %)

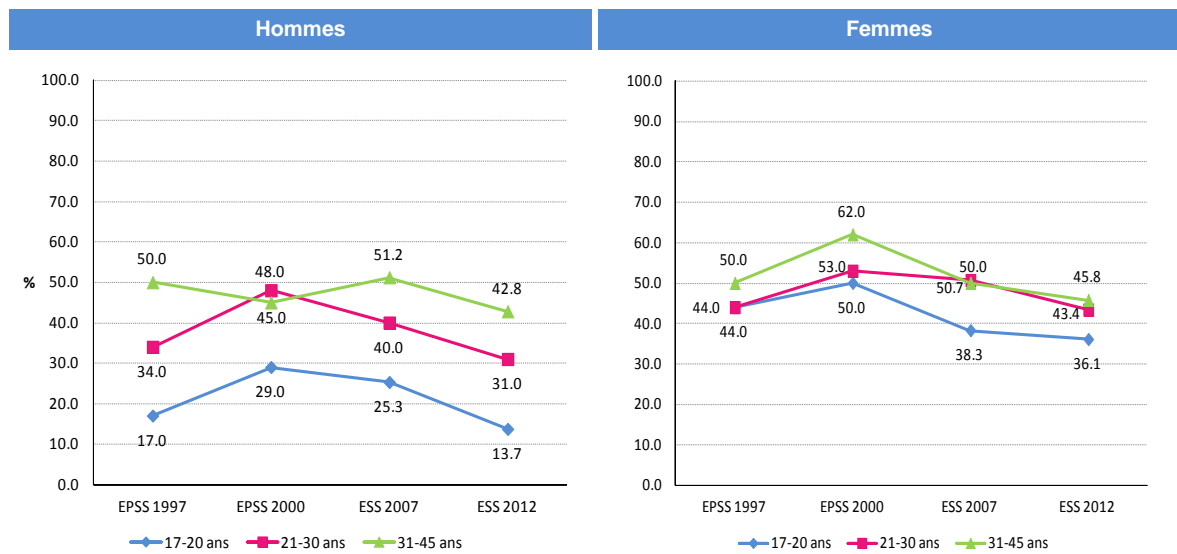


Source: Gaysurvey 1994-2014  
Base: Répondants ayant eu des rapports avec pénétration anale avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois

Un indicateur ONUSIDA fréquemment utilisé pour monitorer le risque de transmission du VIH est la proportion de personne n'ayant pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi toutes celles âgées de 15 à 49 ans ayant eu deux partenaires sexuels ou plus durant les 12 derniers mois.

En population générale, entre 2007 et 2012, on observe chez les 17 à 45 ans une diminution marginalement significative de la non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport chez les personnes ayant eu deux partenaires ou plus dans les 12 derniers mois, cet indicateur passant de 41.6% (IC 95% : 37.9 – 45.4) en 2007 à 34.3% (IC 95% : 30.7 – 38.1) en 2012. Cette baisse vient confirmer la tendance déjà observée entre 2000 (EPSS) et 2007 (ESS) dans les deux sexes et dans toutes les classes d'âge (Figure 23).

**Figure 23** Non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les personnes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus durant les 12 derniers mois, en % (Population générale, EPSS 1997-2000, ESS 2007-2012)



Des données sont également disponibles concernant les migrant-e-s ASS. Les données stratifiées par type de partenaire sexuel sont présentées dans le Tableau 13, afin de permettre des comparaisons. Les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

**Tableau 13** Non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les personnes âgées de 17 à 45 ans, ayant eu deux partenaires sexuels ou plus durant les 12 derniers mois (en %, IC 95%)

	Population générale (ESS 2012)	Migrant-e-s ASS (Answer 2014)
<b>Taux brut</b>	34.3 [30.7 - 38.1]	36.9 [29.5 - 45.0]
<b>Taux stratifié selon le type de partenaire lors du dernier rapport</b>		
-Partenaire stable	54.6 [48.6 - 60.0]	62.0 [47.5 - 74.7]
-Partenaire occasionnel	17.0 [13.3 - 21.5]	25.3 [16.8 - 36.3]
-TS	6.2 [0.5 - 46.3]	0.0 [- -] (0/6)

### Utilisation non-systématique du préservatif lors de rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois

Les données de l'enquête suisse sur la santé ne contiennent pas d'information sur l'utilisation ou la non-utilisation de préservatifs au cours des 12 derniers mois. Des données existent par contre pour quatre autres populations : HSH, migrant-e-s ASS, TS et UD (Tableau 14). On observe que la non-utilisation ou l'utilisation non-systématique du préservatif avec le/la partenaire stable est rapportée par la plupart (environ les trois quarts) des répondants dans les quatre populations. L'utilisation non-systématique est par contre plus rare avec les autres types de partenaires. Les enquêtes Gaysurvey et Answer contiennent toutes deux des informations sur l'utilisation non-systématique du préservatif lors de rapports avec des TS. Dans ce cadre, la non-utilisation de préservatifs paraît plus fréquente chez les migrant-e-s ASS que chez les HSH. La comparaison entre les différentes populations en ce qui concerne l'utilisation de préservatifs par type de partenaire ne montre pas de différences significatives. Les TS rapportent, dans le cadre de rapports sexuels avec des clients, le taux d'usage non-systématique du préservatif le plus bas (14.5%).

**Tableau 14** Usage non-systématique du préservatif, par type de partenaire (en %, IC 95%)

Type de partenaire	HSH (Gaysurvey 2014)**	Migrant-e-s ASS (Answer 2014)**	TS (SWAN 2016)	UD (SBS 2011)
Stable	72.8 [67.7 - 77.4]]	75.6 [70.4 - 80.1]	76.9 ** [71.7 - 81.4]	72.8 [62.0 - 83.4]
Occasionnel	30.4 [26.5 - 34.6]	40.7 [33.5 - 48.3]	-	43.7 [33.7 - 53.1]
Travailleur ou travailleuse du sexe	16.3 [13.9 - 19.0]	44.9 [31.3 - 59.4]	-	-
Client	26.3 [9.1 - 51.2]	46.9 [29.8 - 64.8]	14.5 * [11.7 - 17.9]	29.7*** [15.9 - 47.0]

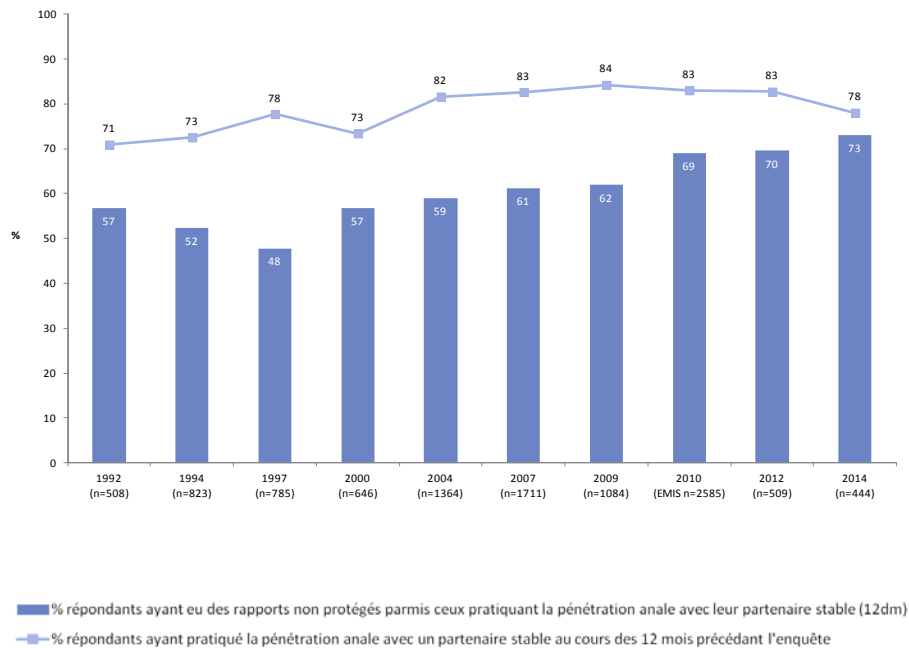
\* 30 j, pénétration

\*\* 12m, pénétration

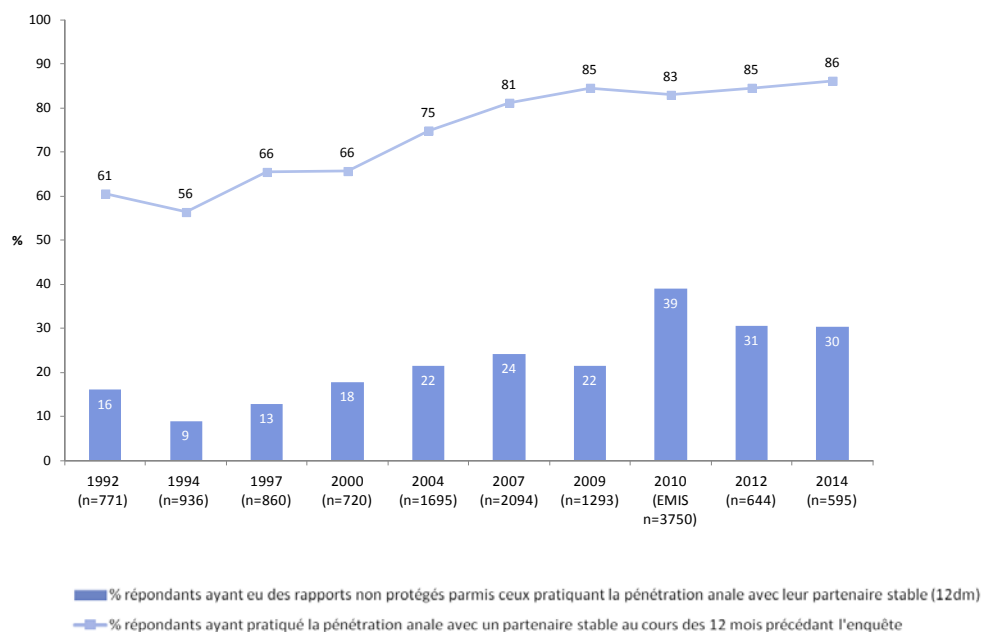
\*\*\* UD qui ont pratiqué le travail du sexe au cours des 6 derniers mois

Les études Gaysurvey conduites depuis plus de 20 ans permettent l'analyse de tendances en matière de comportements préventifs chez les HSH. On observe une augmentation progressive de la pratique de la pénétration anale et de l'utilisation non-systématique de préservatifs (Figure 24 et Figure 25).

**Figure 24** Proportion des répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec le partenaire stable au cours des 12 derniers mois et proportion des répondants ayant eu des rapports non protégés parmi ceux-ci, en % (Gaysurvey 1992-2014)



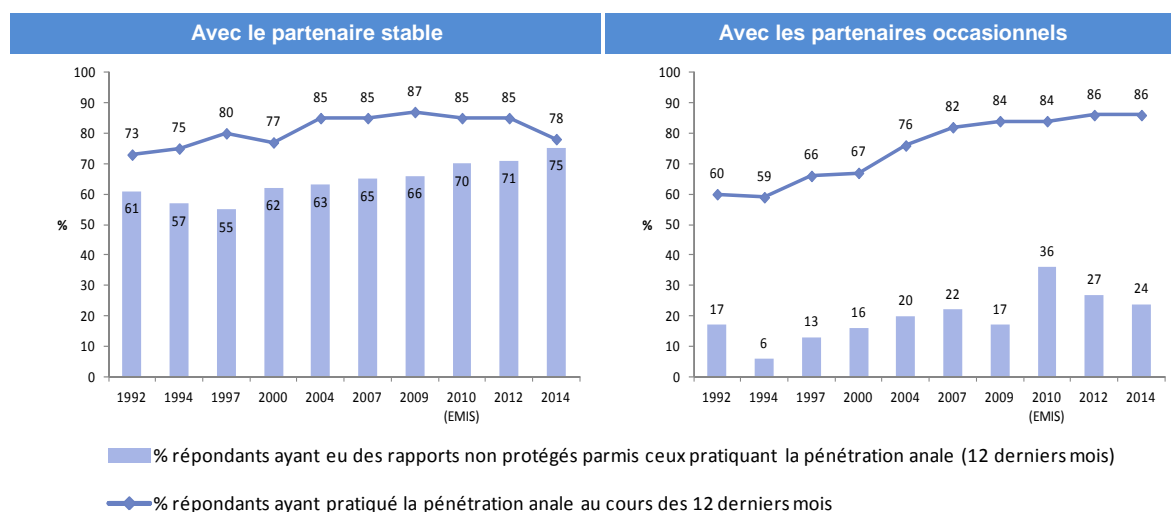
**Figure 25** Proportion de répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec un/des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois et proportion de répondants ayant eu des rapports non protégés parmi ceux-ci, en % (Gaysurvey 1992-2014)



Comme on peut le voir sur les Figure 26 et Figure 27, cette utilisation du préservatif dépend notamment du statut sérologique du répondant et du type de partenaire.

On observe notamment que chez les répondants séronégatifs, l'utilisation non-systématique du préservatif est rapportée beaucoup plus fréquemment avec le partenaire stable qu'avec les partenaires occasionnels (Figure 26).

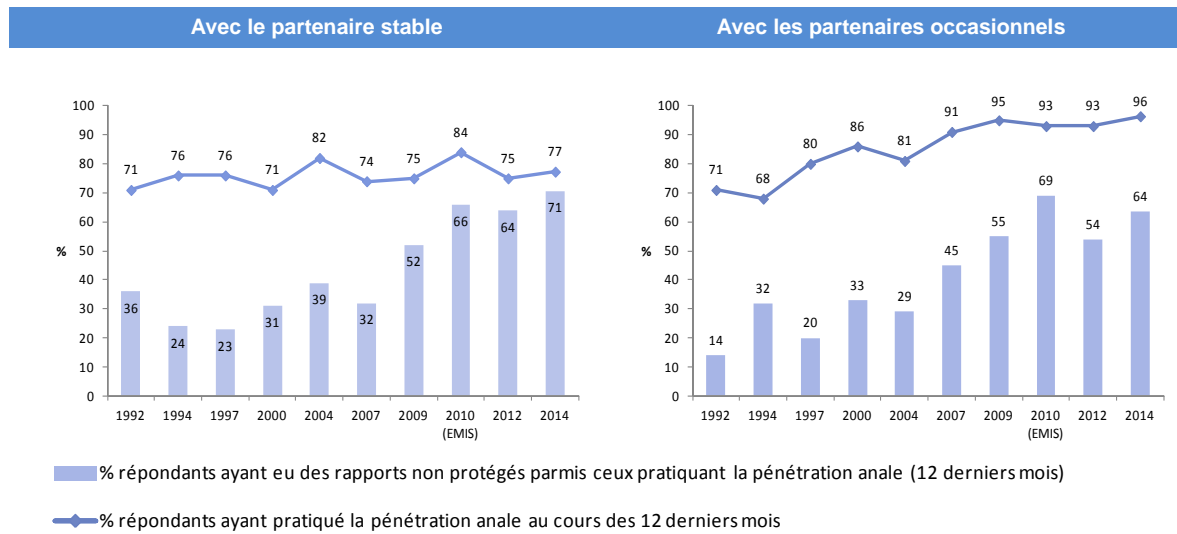
**Figure 26** Pratique de la pénétration anale et non-utilisation de préservatifs avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels chez les répondants séronégatifs, en % (Gaysurvey 1992-2014)



Chez les répondants séropositifs, on observe que la tendance à la hausse de la non-utilisation du préservatif lors de rapports anaux est particulièrement marquée, aussi bien avec le partenaire stable qu'avec les partenaires occasionnels. La non-utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels est plus fréquente parmi les personnes séropositives (64% en 2014) que parmi les personnes séronégatives (24% en 2014). (Figure 26 et Figure 27)

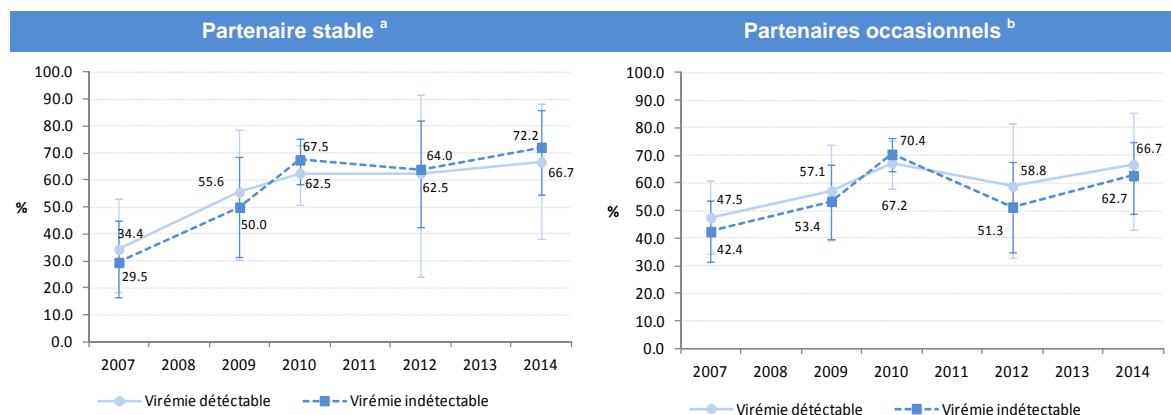


**Figure 27** Pratique de la pénétration anale et non-utilisation de préservatifs avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels chez les répondants séropositifs, en % (Gaysurvey 1992-2014)



Parmi les personnes séropositives pour le VIH, le statut virémique ou avirémique ne semble pas associé à l'utilisation ou non de préservatifs avec les partenaires sexuels stables et occasionnels (Figure 28) mais l'analyse est limitée par le petit nombre d'observations. Une étude publiée sous l'égide de la Swiss HIV cohort study (SHCS) a par contre trouvé que les participants HSH avaient une plus grande probabilité de rapporter des rapports sexuels non protégés avec le partenaire stable si leur virémie était indétectable<sup>1</sup>. Les données de la SHCS sur les comportements sexuels sont collectées en face à face, ce qui induit un plus grand risque de biais (désirabilité sociale) que lorsque ces données sont collectées via un questionnaire en ligne auto-administré (comme c'est le cas dans Gaysurvey).

**Figure 28** Pénétrations anales non protégées avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels en fonction de la virémie (détectable/indétectable lors du dernier examen de virémie), en % avec IC 95% (Gaysurvey 2007-2014)



<sup>a</sup> Répondants ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours de la vie, un partenaire stable au cours des 12 derniers mois et ayant pratiqué la pénétration anale avec ce partenaire au cours des 12 derniers mois.

<sup>b</sup> Répondants ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours de la vie, un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois et ayant pratiqué la pénétration anale avec ce partenaire au cours des 12 derniers mois.

### Exposition au sang et au sperme dans la bouche

Nous n'avons pas d'information en population générale sur le risque de transmission du VIH lors de rapports sexuels oro-génitaux. Cependant, cette question est abordée dans les enquêtes auprès des HSH et des TS (Tableau 15).

Environ un tiers des HSH dit avoir été exposé à du sperme ou du sang dans la bouche dans les 12 derniers mois lors de fellations avec des partenaires occasionnels.

Environ un sixième des TS rapporte avoir eu du sang ou du sperme dans la bouche dans les 30 derniers jours, lors de fellations à des clients.

**Tableau 15** Proportion de répondants HSH (12 derniers mois) et TS (30 derniers jours) ayant eu du sperme ou sang dans la bouche (% , IC 95%)

	HSH (Gaysurvey) 2014	TS (SWAN) 2016
Sperme dans la bouche avec un partenaire occasionnel 12 derniers mois (toujours/ parfois) <sup>a</sup>	34.0 [29.8 - 38.2]	
Sperme ou sang dans la bouche lors de RS avec les client-e-s, 30 derniers jours (au moins 1 fois) <sup>b</sup>		17.0 [13.8 - 20.5]

<sup>a</sup> Base : répondants ayant pratiqué la fellation avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois (N=513).

<sup>b</sup> Base : TS ayant rapporté des fellations à des clients dans les 12 derniers mois et ayant répondu à la question sur l'exposition au sang et au sperme dans la bouche (N=512).

### Situation des personnes transgenres par rapport au VIH et aux autres IST

Bien que l'on ne dispose pas d'information directe à ce sujet, la littérature scientifique suggère un risque élevé d'infection par le VIH et les autres IST chez les personnes transgenres pratiquant ou ayant pratiqué le travail du sexe<sup>2</sup>. Au risque de transmission du VIH et des hépatites virales par voie sexuelle, s'ajoute parfois le risque de transmission lié à des pratiques d'injection (hormones, silicone) et de partage de seringues. Le manque d'accès à des soins et à des messages de prévention adaptés constitue un facteur de vulnérabilité supplémentaire<sup>3</sup>.

#### Enseignements pour les activités de prévention

- Les rapports sexuels sans préservatif sont fréquents et en augmentation chez les HSH, et nos données ne permettent pas de confirmer que le préservatif soit remplacé par l'adoption d'autres stratégies efficaces de prévention de la transmission du VIH comme la PrEP, ou le maintien de la charge virale à un niveau indétectable sous traitement antirétroviral. La recrudescence des IST autres que le VIH chez les HSH est chronologiquement concordante avec l'accroissement des rapports sexuels sans préservatif. Les efforts d'information sur les différentes stratégies de prévention du VIH et des autres IST doivent être adaptés à ces nouvelles réalités.
- Une promotion renforcée de l'usage du préservatif et une information sur la PEP sont nécessaires auprès des TS afin de réduire les risques de transmission du VIH et des autres IST. Une information sur la prévention des risques de transmission du VIH et des autres IST ciblant les clients est également nécessaire.
- Les migrant-e-s ASS proviennent de pays où la prévalence du VIH est souvent élevée et leur recours au préservatif pourrait être amélioré, en particulier lors de rapports sexuels tarifés (en tant que client ou en tant que TS). Les efforts d'information sur les différentes stratégies de prévention du VIH et des autres IST doivent être accentués.
- Des actions de prévention communautaires auprès des personnes transgenres TS sont nécessaires pour limiter le risque de transmission du VIH et des autres IST et

prendre en compte les facteurs de vulnérabilité et l'accès limité au soin de cette population.

- En population générale, les rapports sexuels sans préservatif sont en recul dans tous les groupes d'âge, pour les deux sexes, mais la pratique est néanmoins relativement fréquente avec les partenaires occasionnels et chez les personnes ayant eu deux partenaires ou plus dans les 12 derniers mois. La poursuite des campagnes nationales du type Love Life paraît indiquée.

#### **Enseignements pour les activités de surveillance**

- Face aux incertitudes concernant un possible accroissement marqué du recours à des rapports sexuels tarifés au sein de la population générale, il paraît indispensable d'ajouter une question sur le fait d'avoir payé pour des rapports sexuels dans les 12 derniers mois dans l'enquête suisse sur la santé.
- La surveillance comportementale auprès des personnes séropositives pour le VIH devrait se faire de manière coordonnée (choix d'indicateurs communs, méthodes similaires de recueil des données, partage des informations) avec le reste du dispositif de surveillance comportementale.
- Face à l'émergence de la PrEP, il paraît crucial de suivre l'évolution du recours à cette nouvelle stratégie de réduction des risques de transmission du VIH dans les prochaines enquêtes de surveillance.
- Conformément aux recommandations de la CFSS, il paraît important d'instaurer un dispositif de suivi des pratiques de prescription de la PrEP pour mieux comprendre qui la demande, dans quelles circonstances et avec quelles conséquences<sup>4</sup>.
- Les raisons de la non-utilisation de préservatifs sont encore mal connues dans la plupart des populations. Des études ad hoc reposant sur des méthodes de recherche qualitative apporteraient un complément utile pour interpréter adéquatement les tendances observées grâce aux données de surveillance.

## Bibliographie

- 1 Hasse B, Ledergerber B, Hirschel B, Vernazza P, Glass TR, Jeannin A, et al. Frequency and determinants of unprotected sex among HIV-infected persons: the Swiss HIV cohort study. *Clin Infect Dis.* 2010 Dec 1;51(11):1314-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21034200>
- 2 Bize R, Koutaïsoff D, Dubois-Arber F. Situation des personnes transgenres par rapport au VIH/IST en Suisse: rapid assessment. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de santé 209).
- 3 Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Rev Med Suisse.* 2011;7(307):1712-7.
- 4 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie préexposition contre le VIH (PrEP) en Suisse. *Bulletin de l'Office Fédéral de la Santé Publique.* 2016;4:77-9.

## 3.7 Recours aux tests de dépistage et prévalences rapportées (VIH, autres IST, VHC)

### Réalisation d'un test de dépistage du VIH durant la vie

Une proportion élevée des HSH (81.3%)<sup>1</sup> et des UD (90.7%)<sup>2</sup> ont réalisé un test VIH durant la vie (Tableau 16). Cette proportion est relativement stable au cours du temps. Pour les TS (75.0%)<sup>3</sup> et pour les migrant-e-s ASS (65.9%)<sup>4</sup>, la proportion des personnes ayant réalisé un test au cours de la vie est moins élevée. En population générale (ESS, 2011)<sup>5</sup>, 38.3% des répondant-e-s déclarent avoir réalisé un test pour le VIH au cours de la vie, en dehors du don de sang. En incluant les tests réalisés lors du don du sang, cette proportion s'élève à 59.1%.

Quelle que soit la tranche d'âge, c'est toujours chez les HSH et les UD qu'on retrouve la proportion la plus importante de personnes testées au cours de la vie (Tableau 16).

**Tableau 16 Répondant-e-s ayant fait un test VIH au cours de la vie par classes d'âge (% , IC 95%)**

Test VIH au cours de la vie	Population générale (en dehors du don de sang) (ESS)	Population générale (dons de sang inclus) (ESS)	HSH (Gaysurvey)	Migrant-e-s ASS (ANSWER)	TS (SWAN)	UD (SBS) <sup>a</sup>
	2012	2012	2014	2014	2016	2011
<b>16 - 24 ans</b>	30.7 [27.9 - 33.7]	43.1 [40.3 - 45.9]	60.3 [48.1 - 71.5]	50.7 [42.0 - 59.5]	50.0 [40.0 - 60.0]	84.2 [72.1 - 92.5]
<b>25 - 44 ans</b>	60.2 [58.0 - 62.3]	75.1 [73.6 - 76.5]	83.3 [78.7 - 87.2]	68.8 [63.9 - 73.3]	80.5 [76.2 - 84.4]	90.5 [87.5 - 93.0]
<b>45 ans et +</b>	27.4 [26.1 - 28.7]	52.4 [51.2 - 53.5]	85.8 [80.7 - 90.0]	79.3 [67.2 - 87.8]	83.1 [73.3 - 90.4]	93.0 [88.9 - 95.9]
<b>Total</b>	38.3 [37.2 - 39.4]	59.1 [58.2 - 60.0]	81.3 [78.5 - 83.4]	65.9 [61.9 - 69.7]	75.0 [71.3 - 78.5]	90.7 [88.4 - 92.6]

<sup>a</sup> Seuls les personnes majeures ont été interviewées.

### Réalisation d'un test de dépistage du VIH durant les 12 derniers mois

Au cours des douze derniers mois, la proportion de personnes déclarant avoir réalisé un test pour le VIH est la plus élevée chez les TS (66.1%)<sup>3</sup> (Tableau 17). Elle se situe par ailleurs à 54.9% chez les UD<sup>2</sup>, à 39.8% chez les HSH<sup>1</sup> avec une augmentation depuis 2012 (36.5%) et à 30.8% chez les migrant-e-s ASS<sup>4</sup>. En ce qui concerne la population générale, 4.8% des personnes interrogées indiquent avoir réalisé un test VIH au cours des douze derniers mois et près de 10% parmi les 16-24 ans<sup>5</sup>(Tableau 17). Les chiffres sont restés relativement stables au cours du temps.

**Tableau 17 Répondant-e-s ayant fait un test VIH durant les 12 derniers mois (% , IC 95%)**

	Population générale (en dehors du don de sang) (ESS)	Population générale (en dehors du don de sang) Jeunes (16-24) (ESS)	HSH (Gaysurvey)	Migrant-e-s ASS (ANSWER)	TS (SWAN)	UD (SBS)
	2012	2012	2014	2014	2016	2011
<b>Test VIH durant les 12 derniers mois</b>	4.8 [4.3 - 5.3]	10.1 [8.2 - 12.3]	39.8 [36.5 - 43.2]	30.8 [21.1 - 34.8]	66.1 [62.1 - 70.0]	54.9 [51.3 - 58.4]

Base : ensemble des répondant-e-s.

### Raisons de ne pas avoir fait de test VIH

La question sur les raisons de ne jamais avoir fait de test VIH a été posée aux migrant-e-s ASS et aux TS, avec des modalités de réponses similaires (Tableau 18).

Les deux premières raisons mentionnées par les migrant-e-s ASS<sup>4</sup> et les TS<sup>3</sup> pour ne jamais avoir fait de test VIH sont le fait de penser ne pas avoir été exposé au VIH (Migrant-e-s ASS : 54.4% ; TS : 25.5%) et le fait de ne pas avoir pensé à se faire tester (Migrant-e-s ASS : 37.7% ; TS : 25.5%).

La peur de connaître le résultat (Migrant-e-s ASS : 16.2% ; TS : 14.9%) et le fait de ne pas savoir où s'adresser (Migrant-e-s ASS : 9.9% ; TS : 18.1%) sont des raisons qui sont également évoquées. A noter que le coût du test ne semble pas être identifié comme un frein majeur, dans la mesure où il apparaît en cinquième position tant pour les TS que pour les migrant-e-s ASS (Tableau 18).

**Tableau 18 Motifs de non réalisation du test VIH (% , IC 95%)**

	Migrant-e-s ASS (ANSWER)	TS (SWAN)
	2014	2016
<b>Raisons de ne jamais avoir fait le test du VIH</b> (plusieurs réponses possibles)		
Je ne pense pas avoir de risque d'être contaminé par le VIH	54.4 [47.2 - 61.4]	25.5 [17.1 - 35.6]
Je n'y ai pas pensé	37.7 [31.0 - 44.8]	25.5 [17.1 - 35.6]
J'ai peur d'en connaître le résultat	16.2 [11.6 - 22.2]	14.9 [8.4 - 23.7]
J'ai peur que l'entourage l'apprenne si VIH +	6.8 [3.9 - 11.4]	5.3 [1.7 - 12.0]
Je ne sais pas où m'adresser	9.9 [6.4 - 15.1]	18.1 [10.9 - 27.4]
J'ai peur d'être expulsé-e si VIH+	5.2 [2.8 - 9.5]	8.5 [3.7 - 16.1]
En raison du coût	4.7 [2.4 - 8.8]	12.8 [6.8 - 21.2]
Je pense que les tests ne sont pas valables	2.6 [1.0 - 6.1]	1.1 [0.0 - 5.8]
Pour une autre raison	15.2 [10.7 - 21.0]	3.2 [0.7 - 9.0]

Base : répondant-e-s n'ayant jamais fait de test VIH au cours de la vie (ANSWER : N=191 ; SWAN : N=94)

### Proportion des répondant-e-s rapportant un résultat de test positif pour le VIH parmi les personnes ayant effectué un test

Les données rapportées dans cette section ne doivent pas être interprétées au sens d'une séroprévalence du VIH dans les populations concernées. En effet, seules les personnes ayant fait une démarche de dépistage sont prises en compte dans le dénominateur. On peut concevoir que la séroprévalence du VIH parmi les personnes non testées et/ou n'ayant pas participé aux enquêtes soit plus basse. Ces proportions rapportées de tests VIH+ (une fois dans la vie) renseignent moins sur la dynamique de l'épidémie dans les populations concernées que les données sur le nombre annuels de nouveaux cas déclarés.

Parmi les personnes testées, la proportion rapportée de tests VIH+ est de 11.0% chez les migrant-e-s ASS<sup>4</sup> (Tableau 19). Chez les HSH, la proportion de répondants testés se déclarant séropositifs était similaire en 2012 (11.2%); elle est plus élevée en 2014 (15.5%), mais cette différence est non significative<sup>1</sup>.

Parmi les UD testé-e-s, la proportion rapportée de tests VIH+ est en 2011 de 7.6%<sup>2</sup>. Parmi les TS, trois personnes (0.7%) rapportent un résultat de test VIH+<sup>3</sup>. Cette basse prévalence ne nous renseigne pas sur l'incidence de l'infection par le VIH dans cette population. Nous ne disposons pas de données d'incidence pour les TS. Le formulaire de déclaration rempli par le médecin comporte une ambiguïté à ce sujet puisque seule une case « sexe tarifé » peu être cochée, sans que l'on sache si la personne diagnostiquée était un-e client-e ou un-e TS. Un biais de désirabilité sociale pourrait également induire une sous-déclaration de cette modalité de transmission.

**Tableau 19** Proportion des répondant-e-s se déclarant séropositif-ve-s pour le VIH parmi les personnes testées (% , IC 95%)

	HSH (Gaysurvey)		Migrant-e-s ASS (ANSWER)	TS (SWAN)	UD (SBS)
	2012	2014	2014	2016	2011
<b>Test VIH +</b>	11.2 [9.0 - 13.7]	15.5 [12.8 - 18.4]	11.0 [8.1 - 14.7]	0.7 [0.1 - 2.0]	7.6 [5.7 - 9.8]

Base : répondant-e-s testé-e-s au cours de la vie.

La situation des personnes transgenres a été peu étudiée et la prévalence du VIH et des autres IST est difficile à estimer dans ce groupe de population. Les personnes transgenres pratiquant ou ayant pratiqué le travail du sexe présentent toutefois un risque beaucoup plus élevé d'infection par le VIH. Le taux de prévalence du VIH dans ce sous-groupe pourrait en effet atteindre 30%<sup>6</sup>.

### Réalisation de tests de dépistage pour les autres IST et le VHC

Près de la moitié des répondants HSH (49.2%)<sup>7</sup> et TS (47.5%)<sup>3</sup> ont réalisé un test pour d'autres IST durant les 12 derniers mois (



Tableau 20). Pour le VHC cela concerne 23.6% des HSH.

Parmi les personnes ayant fait un test pour les autres IST durant les 12 derniers mois, 17% des HSH déclarent avoir été testés positif pour au moins une des IST<sup>7</sup>. Pour les TS, cette proportion s'élève à 21.8%<sup>3</sup>.

Tant pour les HSH que pour les TS, les trois principales IST diagnostiquées positives parmi les personnes testées au cours des 12 derniers mois sont l'infection à chlamydia (HSH : 11.8% ; TS : 15.3%), la syphilis (HSH : 12.3% ; TS : 14.1%), et la gonorrhée (HSH : 9.6% ; TS : 13.2%). Chez les TS, on trouve également une proportion importante des personnes testées qui rapportent une infection par le papillomavirus humain (12.8%) et le VHB (12.3%). Rappelons que de nombreuses inconnues ayant trait aux circonstances de l'infection par une IST limitent l'interprétation de ces données : le pays où les TS se sont infecté-e-s, la prise d'un traitement, mais également la voie d'infection (client ou partenaire stable).

Pour les UD (SBS) on ne connaît que le recours aux tests VHB et VHC<sup>2</sup>. Au cours de la vie, le recours au test est respectivement de 83.2% pour le VHB et 88.4% pour le VHC. Et plus de la moitié des répondants ont réalisé un test VHB (50.8) ou VHC (55.2%) durant les 12 derniers mois.

Pour l'hépatite C, ce sont principalement les UD qui rapportent des tests positifs (32.9% des répondant-e-s ayant fait un test VHC au cours de la vie en 2011) ; cette proportion a toutefois diminué de manière régulière depuis 2000 (58.0%)<sup>2</sup>. Dans les autres populations les proportions rapportées de tests positifs pour le VHC sont cependant non négligeables, avec 10.4% chez les TS et 5.3% chez les HSH. Parmi les répondant-e-s à l'enquête ANSWER, 3.5% rapportent être infectés par le virus de l'hépatite C.

**Tableau 20** Proportion de répondant-e-s ayant fait un test de dépistage pour le VHC et d'autres IST que le VIH durant les 12 derniers mois et résultats positifs (% , IC 95%)

	HSH (Gaysurvey)	Migrant-e-s ASS (ANSWER)	TS (SWAN)	UD (SBS)
	2014	2014	2016	2011
<b>Test autres IST 12dm</b>	49.2 [45.7 - 52.6]	-	47.5 [43.4 - 51.7]	-
<b>Test VHC 12dm</b>	23.6 [20.8 - 26.7]	-	-	55.2 [51.7 - 58.8] <sup>a</sup>
<b>Diagnostic VHC+</b>	5.3 [3.4 - 7.6] <sup>b</sup>	3.5 [2.2 - 5.4] <sup>c</sup>	10.4 [6.9 - 15.0] <sup>f</sup>	32.9 [29.2 - 36.7] <sup>d</sup>
<b>Diagnostic IST +</b>	23.7% [19.6 - 28.1] <sup>e</sup>	-	21.8 [17.0 - 27.2] <sup>f</sup>	-
Syphilis	12.3 [9.3 - 15.9] <sup>e</sup>	-	14.1 [10.0 - 19.1] <sup>f</sup>	-
Chlamydia	11.8 [8.8 - 15.3] <sup>e</sup>	-	15.3 [11.1 - 20.4] <sup>f</sup>	-
Gonococcie uro-génitale	9.6 [6.9 - 12.9] <sup>e</sup>	-	13.2 [9.3 - 17.9] <sup>f</sup>	-
Condylomes	6.1 [4.0 - 8.9] <sup>e</sup>	-	-	-
Herpes Génital ou anal	6.1 [4.0 - 8.9] <sup>e</sup>	-	-	-
Papillomavirus Humain	-	-	12.8 [8.8 - 17.6] <sup>f</sup>	-
Hépatite B	5.9 [3.8 - 8.6] <sup>e</sup>	4.1 [2.6 - 6.0] <sup>c</sup>	12.3 [8.5 - 17.1] <sup>f</sup>	11.8 [9.3 - 14.6] <sup>g</sup>

<sup>a</sup> Base : ensemble des répondant-e-s (N=773).<sup>b</sup> Base : Répondants ayant déjà fait un test VHC au cours de leur vie (N=461).<sup>c</sup> Base : Répondant-e-s à la question : « Avez-vous actuellement ou avez-vous eu un ou plusieurs des problèmes de santé ci-dessous ? » (N= 566).<sup>d</sup> Répondant-e-s VHC + au dernier test. Base : Répondant-e-s ayant fait un test VHC au cours de la vie (N=627).<sup>e</sup> Base : Répondants testés au cours des 12 derniers mois (N=407).<sup>f</sup> Base : Répondant-e-s testé-e-s pour une IST au cours des 12 derniers mois et ayant répondu à la question.<sup>g</sup> Répondant-e-s VHB+ au dernier test. Base : Répondant-e-s ayant fait un test VHB au cours de leur vie (N=620).

### Enseignements pour les activités de prévention

- Poursuivre les efforts d'information sur le dépistage du VIH et les lieux de réalisation des tests notamment pour les populations plus vulnérables (TS et migrant-e-s ASS).
- Poursuivre les efforts d'information sur le dépistage des autres IST notamment auprès des TS.
- Poursuivre les efforts de dépistage du VHC chez les UDI et proposer le test de dépistage dans les autres populations.
- Explorer des pistes pour réduire le coût des tests pour les IST autres que le VIH pour abaisser le seuil d'accès à cette prestation et limiter le risque de renoncement pour des raisons économiques.

### Enseignements pour les activités de surveillance

- On dispose de données de suivi pour les HSH et les UD en ce qui concerne le recours au test VIH et aux tests pour les autres IST et le VHC, les résultats positifs des tests, ainsi que le recours aux traitements. Il apparaît nécessaire de répéter les études auprès des TS et des migrant-e-s ASS afin de suivre l'évolution de ces indicateurs.
- Ajouter dans l'enquête suisse sur la santé une question sur le résultat du test VIH.
- Modéliser les prévalences du VIH sur la base de l'incidence et des données de survie en population générale, chez les HSH et chez les UD.
- Collecter des données sur le nombre total et le type de tests réalisés.

## Bibliographie

- 1 Locicero S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.8, p. 66).
- 2 Locicero S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Dubois-Arber F. Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 2003-2011. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de Santé 220, Chapitre 4, §4.5, p. 29).
- 3 Locicero S, Ernst M-L, Simonson T, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 276).
- 4 Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 248, Chapitre 3, §3.8, p. 57).
- 5 Office fédéral de la statistique (OFS). Enquête suisse sur la santé 2012. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2012.
- 6 Bize R, Koutaïsoff D, Dubois-Arber F. Situation des personnes transgenres par rapport au VIH/IST en Suisse: rapid assessment. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de santé 209).
- 7 Locicero S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.9, p. 80).

## 3.8 Accès aux soins (VIH, VHC)

### Proportion des répondant-e-s se déclarant séropositif-ve-s pour le VIH qui rapportent être sous traitement antirétroviral

Parmi l'ensemble des répondants HSH séropositifs ou atteints du sida (Gaysurvey), on relève une augmentation importante de la proportion de répondants en traitement antirétroviral entre 2007 (64.9%) et 2012 (95.1%). En 2014, la tendance reste stable avec une très grande majorité des répondants séropositifs suivant un traitement antirétroviral (92.4%)<sup>1</sup>. La proportion des personnes séropositives en traitement est moins élevée pour les autres populations : elle concerne 81.1% des UD et 79.4% des migrant-e-s ASS (Tableau 21). En raison du faible nombre de cas déclarés, l'estimation de la proportion des personnes traitées chez les TS est très incertaine.

**Tableau 21** Proportion des répondant-e-s séropositif-ve-s pour le VIH se déclarant sous traitement antirétroviral (% , IC 95%)

	HSH (Gaysurvey)	Migrant-e-s ASS (ANSWER)	TS (SWAN)	UD (SBS)
	2014	2014	2016	2011
Test VIH + <sup>a</sup>	15.5 [12.8 - 18.4]	11.0 [8.1 - 14.7]	0.7 [0.1 - 2.0]	7.6 [5.7 - 9.8]
VIH + en traitement ARV <sup>b</sup>	92.4 [85.5 - 96.7]	79.4 [63.2 - 89.7]	66.6 [9.4 - 99.2]	81.1 [68.0 - 90.6]

<sup>a</sup> Base : répondant-e-s testé-e-s pour le VIH au cours de la vie.

<sup>b</sup> Base : répondant-e-s testé-e-s positif-ve-s pour le VIH.

### Proportion des personnes déclarant avoir été infectées par le VHC qui rapportent être ou avoir été sous traitement anti-VHC

Les personnes déclarant avoir été diagnostiquées VHC+ sont principalement des UD (32.9%)<sup>2</sup>. Dans les autres populations, ce sont 10.4% des TS qui déclarent un test positif<sup>3</sup>, 5.3% des HSH<sup>1</sup> et 3.5% des migrant-e-s ASS<sup>4</sup> (Tableau 22).

En 2011, 25.7% des UD avec un diagnostic d'infection par le VHC étaient ou avaient été traités pour leur hépatite C. Dans les entretiens réalisés avec des experts du domaine des traitements et de la réduction des risques, l'accès aux traitements anti-VHC pour les UD reste une préoccupation majeure<sup>q</sup>. Chez les HSH cette proportion est de 41.6% en 2014.

<sup>q</sup> Ces entretiens n'ont pas fait l'objet d'un rapport spécifique mais un compte-rendu des observations des professionnel-le-s en 2012 et en 2016 est disponible auprès de l'IUMSP sur demande.

**Tableau 22 Proportion des répondant-e-s déclarant avoir un test positif pour le VHC et qui sont ou ont été sous traitement VHC (% , IC 95%)**

	HSH (Gaysurvey)	Migrant-e-s ASS (ANSWER)	TS (SWAN)	UD (SBS)
	2014	2014	2014	2011
<b>Test VHC +</b>	5.3 [3.4 - 7.6] <sup>a</sup>	3.5 [2.2 - 5.4] <sup>b</sup>	10.4 [6.9 - 15.0] <sup>c</sup>	32.9 [29.1 - 36.7] <sup>d</sup>
<b>Ont été ou sont actuellement sous traitement VHC<sup>e</sup></b>	41.6 [22.1 - 63.4]	-	-	25.7 [19.9 - 32.3]

<sup>a</sup> Base : répondants ayant déjà fait un test pour l'hépatite C au cours de leur vie (N=461).

<sup>b</sup> Base : Répondant-e-s à la question : « Avez-vous actuellement ou avez-vous eu un ou plusieurs des problèmes de santé ci-dessous ? » (N=556).

<sup>c</sup> Base: Répondant-e-s testé-e-s au cours des 12 derniers mois et ayant répondu à la question (N=240).

<sup>d</sup> Répondant-e-s VHC + au dernier test. Base : répondant-e-s ayant fait un test VHC au cours de la vie (N=627).

<sup>e</sup> Base : répondant-e-s déclarant avoir un diagnostic d'infection par le VHC.

#### Enseignement pour les activités de prévention

- Faciliter l'accès aux traitements anti-VHC pour les personnes souffrant d'une hépatite C chronique.

#### Enseignement pour les activités de surveillance

- Collecter des informations sur l'accès au traitement anti-VHC pour les personnes infectées dans les populations UD, TS, migrant-e-s ASS et HSH.

## Bibliographie

- 1 Locicero S, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 253, Chapitre 4.8, p. 66).
- 2 Locicero S, Gervasoni J-P, Jeannin A, Dubois-Arber F. Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 2003-2011. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013. (Raisons de Santé 220, Chapitre 4, §4.5, p. 29).
- 3 Locicero S, Ernst M-L, Simonson T, Bize R. Les comportements face au VIH/SIDA des travailleuses et travailleurs du sexe en Suisse. Enquête SWAN 2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017. (Raisons de santé 276).
- 4 Simonson T, Dubois-Arber F, Jeannin A, Bodenmann P, Bize R. Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (Raisons de santé 248, Chapitre 3, §3.8, p. 57).



# 4

# Discussion





# 4 Discussion

## Interprétation globale des résultats et des tendances

Le Tableau 23 ci-dessous a offre une vue d'ensemble simplifiée sur les informations disponibles et le niveau de vigilance préconisé pour les principaux indicateurs dont nous disposons dans le cadre de la surveillance comportementale VIH/IST. L'exercice d'attribuer - sur la base d'un consensus entre les auteur-e-s du rapport - un code couleur à chaque case du tableau en fonction de résultats complexes et nuancés a forcément ses limites, raison pour laquelle nous présentons ce tableau dans la section Discussion et pas dans la section Résultats.

Cet exercice permet néanmoins d'emblée d'identifier les populations pour lesquelles nous avons peu ou pas d'informations récentes. Il s'agit en particulier de la population générale (notamment en ce qui concerne le recours au sexe tarifé) et des UD. Un autre constat général qui se dégage de ce tableau est la situation relativement plus favorable du suivi parmi les HSH (suivi plus ancien et plus complet, avec des constats d'amélioration mais également avec l'accentuation de nouvelles problématiques) par rapport aux premières données chez les migrant-e-s ASS et les TS, dont la récolte nécessitera d'être répétée pour confirmer certains constats et identifier des tendances.

Toujours en se basant sur ce tableau, les éléments qui nécessitent une attention et un recueil de données prioritaires au sein des populations de l'axe 2 du PNVI seraient :

- chez les HSH : la connaissance et le recours à la PrEP comme stratégie de réduction des risques ; la diminution généralisée de l'utilisation du préservatif survenant dans un contexte de recrudescence des nouveaux cas d'IST autres que le VIH ;
- chez les migrant-e-s ASS : la haute prévalence des rapports sexuels forcés durant la vie ; le niveau limité de connaissance des IST autres que le VIH ; l'utilisation non systématique du préservatif avec les partenaires occasionnels ; le recours limité aux tests de dépistage (VIH et autres IST, VHC) ;
- chez les TS : la connaissance et le recours limités à la PEP ; la haute prévalence des rapports sexuels forcés durant la vie ; l'utilisation non systématique du préservatif ; le recours limité aux tests de dépistage (en particulier IST autres que le VIH) ;
- chez les UDI : le partage de matériel servant à préparer l'injection ; l'accès limité aux traitements anti-VIH et anti-VHC.

Les données concernant les personnes vivant avec le VIH ou le sida, sont essentiellement collectées par la Swiss HIV cohort study (SHCS). La participation de la cohorte VIH au dispositif de surveillance comportementale du VIH doit donc être établie, avec une coordination en matière de choix des indicateurs et des méthodes de récolte des données. En ce qui concerne les personnes incarcérées, une première enquête sur leur santé est en cours de réalisation sous la conduite de Santé prison suisse. Les résultats de cette enquête fourniront quelques premières indications sur les possibilités de réduction des risques d'infection par le VIH ou les autres IST dans ce contexte. Enfin, relevons que les migrant-e-s originaires d'autres pays à haute prévalence du VIH n'ont pas encore été intégrés au dispositif de surveillance comportementale.

**Tableau 23** Vue simplifiée des informations disponibles et du niveau de vigilance préconisé pour les principaux indicateurs de la surveillance comportementale VIH/IST

	Population générale	HSH	Migrant-e-s ASS	TS	UD
Connaissances sur la transmission du VIH et lieux de dépistage		Vert	Rayé vert/orange	Rayé vert/orange	
Accès aux messages de prévention VIH/IST		Vert	Orange	Orange	
Connaissance sur les symptômes de la primo-infection par le VIH		Rayé vert/orange			
Connaissance sur la PEP		Rayé vert/orange		Rouge	
Connaissances sur la PrEP		Rayé orange/rouge			
Niveau d'information par rapport aux autres IST		Rayé vert/orange	Rouge	Orange	
Rapport sexuels sous la contrainte durant la vie			Rouge	Rouge	Orange
Risques liés à l'injection de drogue par voie iv					Rayé vert/orange
Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (chez TS = un client) et ≥ 2 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois	Orange	Rayé orange/rouge	Orange	Orange	
Réalisation d'un test VIH durant la vie	Rayé vert/orange	Vert	Vert	Vert	Vert
Réalisation d'un test VIH durant les 12 derniers mois	Rayé vert/orange	Orange	Orange	Rayé vert/orange	Rayé vert/orange
Taux de personnes se déclarant VIH+ qui rapportent être sous traitement antirétroviral		Rayé vert/orange	Orange	Orange	Orange
Réalisation d'un test pour une IST autre que le VIH dans les 12 derniers mois		Orange		Orange	
Taux de personnes se déclarant VHC+ qui rapportent être ou avoir été sous traitement anti-VHC		Orange			Rouge

Code couleurs : Vert = situation favorable confirmée (le suivi de l'indicateur peut être espacé) ; Rayé vert/orange = situation plutôt favorable ou en voie de le devenir ; Orange = situation intermédiaire avec une marge de progrès importante ; Rayé orange/rouge = situation intermédiaire en voie de devenir préoccupante ; Rouge = situation préoccupante ; Blanc = pas de donnée récente ou absence de donnée.

### **Représentativité : comparaison ANSWER/ESS et Gaysurvey/ESS**

Comme cela a déjà été relevé dans la section « Introduction et méthodes », les échantillons des enquêtes Gaysurvey, ANSWER et SWAN ne sont pas des échantillons probabilistes. Pour l'enquête ANSWER, une comparaison avec les données de l'enquête STATPOP 2013<sup>r</sup> montre que les participant-e-s à l'étude ANSWER sont globalement plus jeunes, sont des hommes dans une plus grande proportion, proviennent plus fréquemment d'Erythrée et moins fréquemment d'Afrique australe. Les répondants à l'enquête Gaysurvey 2012 peuvent être comparés aux répondants hommes de l'ESS 2012 qui déclarent avoir déjà eu au moins un rapport sexuel avec une personne du même sexe durant la vie. Cette comparaison montre que les répondants de Gaysurvey 2012 sont en moyenne 7.8 ans plus jeunes (36.9 ans contre 44.7 chez les HSH dans l'ESS 2012 ; IC 95% pour la différence d'âge : 5.9 - 9.7) et qu'ils rapportent en moyenne 8.4 partenaires sexuels en plus durant les 12 derniers mois (10.8 partenaires contre 2.4 chez les HSH dans l'ESS 2012 ; IC 95% pour la différence du nombre de partenaires : 7.2 - 9.7). Même après ajustement pour l'âge, la nationalité et la formation, les répondants de Gaysurvey rapportent en moyenne 8.5 partenaires de plus (IC 95% : 7.0 - 10.1). La méthode de recrutement utilisée dans les enquêtes Gaysurvey cible donc préférentiellement, et de manière adéquate, les HSH qui sont particulièrement exposés au risque de transmission du VIH et des IST.

### **Intersections entre les différents facteurs de vulnérabilité**

Nos données confirment l'intersection des facteurs de vulnérabilité, telle qu'elle a été thématisée dans le concept Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+ développé par l'OFSP et ses partenaires<sup>1</sup>. L'enquête SWAN confirme par exemple que plus de 90% des TS qui ont participé à l'enquête sont issues de la migration. Près de 4% des TS sont transgenres MtF et plus de 90% des TS hommes de notre enquête sont HSH. Plus de 8% des migrants ASS ayant répondu à l'enquête ANSWER sont HSH. Toujours selon l'enquête ANSWER, 8% des migrantes ASS sont TS.

Face à ces constats, il paraît judicieux de privilégier des approches (que ce soit dans le domaine de la surveillance ou dans le domaine de la prévention) qui prennent en compte cette complexité. La prise en compte des intersections possibles dans l'enquête ANSWER a par exemple permis de démontrer que, parmi les migrants ASS, les HSH étaient nettement plus nombreux à avoir subi des rapports sexuels forcés et à avoir vécu des situations de discrimination.

### **Lacunes du dispositif**

La situation des UD devrait être réévaluée prochainement afin de vérifier comment la situation a évolué depuis 2011. Il serait également judicieux de documenter la situation des migrant-e-s originaires d'autres pays à haute prévalence, en dehors de l'Afrique subsaharienne.

En ce qui concerne la population générale, le module sexualité existant dans l'ESS devrait être complété par des questions sur le sexe tarifé (en particulier avoir payé pour un rapport sexuel), et éventuellement des questions sur les connaissances concernant le VIH et le résultat du test VIH.

---

<sup>r</sup> L'enquête STATPOP n'est pas non plus totalement représentative de l'ensemble des migrant-e-s ASS vivant en Suisse, puisqu'elle n'inclut par exemple pas les migrant-e-s ASS sans papiers.

De plus, il n'existe pas en Suisse, contrairement à la France<sup>2</sup> ou au Royaume Uni<sup>3</sup>, une grande enquête périodique sur la sexualité avec un questionnement plus large. Une telle enquête devrait être réalisée en Suisse (par exemple une fois tous les 10 ans comme dans ces deux pays).

### **Perspectives et besoins futurs en matière de surveillance du VIH/IST**

Comme les études qui sont utilisées pour la rédaction de ce rapport le démontrent, les données de surveillance comportementale continuent de fournir des indications précieuses pour mieux comprendre et anticiper la dynamique de l'épidémie du VIH et des autres IST en Suisse. Elles permettent également d'identifier les déficits d'information au sein des différentes populations, les situations d'exposition au risque de transmission du VIH et/ou des autres IST et leurs évolutions au cours du temps.

Pour être utile et fournir des informations fiables, un dispositif de surveillance comportementale doit être planifié sur le long terme. Les méthodes d'échantillonnage et les indicateurs centraux doivent présenter une certaine stabilité au cours du temps pour que les tendances puissent être interprétées correctement. Il est par contre tout autant important qu'autour de ce « noyau dur » puissent venir se greffer, de manière réactive, des nouvelles questions adaptées aux thèmes émergents. Les groupes d'accompagnement qui viennent en soutien à la réalisation des enquêtes de surveillance jouent à ce titre un rôle primordial. Ce sont souvent, en effet, des représentants des milieux concernés qui contribuent à attirer l'attention sur des nouveaux enjeux.

Il est important de limiter le risque de « lasser » les communautés concernées par la répétition d'enquêtes à des intervalles trop rapprochés. Ces intervalles doivent évidemment tenir compte du degré de préoccupation suscité par les résultats de l'enquête précédente, ainsi que par des phénomènes signalés par les groupes d'accompagnements ou d'autres acteurs. De manière générale et en l'absence de signaux d'alerte, un intervalle de 3 à 5 ans entre les enquêtes successives au sein des populations de l'axe 2 du PNVI semble adéquat.

Un effort de vulgarisation et de diffusion des résultats dans des formats attractifs auprès des communautés concernées doit faire partie des pratiques exemplaires futures.

## Bibliographie

- 1 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+ 2016:96. Available from:  
[http://www.agnodice.ch/IMG/pdf/Migration\\_et\\_facteurs\\_de\\_vulnerabilite\\_2016\\_.pdf](http://www.agnodice.ch/IMG/pdf/Migration_et_facteurs_de_vulnerabilite_2016_.pdf)
- 2 Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008.
- 3 Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, et al. Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). Lancet. 2013 Nov 30;382(9907):1781-94.



# 5

# Recommandations





# 5 Recommandations

## 5.1 Recommandations pour la surveillance VIH/IST

Nous récapitulons ci-après les principales recommandations issues des résultats présentés dans ce rapport. Ces recommandations suivent le même ordre que la présentation des résultats. Cet ordre ne reflète donc pas un ordre de priorité et la liste n'est pas exhaustive.

1. **Monitorer le nombre total de tests réalisés par les laboratoires d'analyses médicales (que le résultat du test soit positif ou négatif), la nature du risque qui a motivé la réalisation du test, ainsi qu'un nombre limité d'informations démographiques sur les personnes testées.** Face à la place centrale qu'occupent le dépistage et le diagnostic dans la stratégie de prévention du VIH et des autres IST, il apparaît crucial de disposer d'informations plus complètes et détaillées sur l'ensemble des tests VIH/IST réalisés en Suisse. Cela constituerait une importante clé d'interprétation pour la surveillance du VIH/IST.
2. **Maintenir et répéter à intervalles réguliers (tous les 3-5 ans) les enquêtes de surveillance comportementale dans les populations les plus exposées** (HSH, Migrant-e-s de pays à haute prévalence, TS, UDI, personnes incarcérées).
3. **Inclure la Swiss HIV cohort study dans le dispositif de surveillance comportementale** en s'assurant que les conditions cadres pour une telle collaboration soient réunies (financements et ressources humaines suffisantes, comparabilité des indicateurs et du mode de recueil des données).
4. **Conduire une étude qualitative auprès des HSH (par exemple en les recrutant dans les centres Checkpoint) et auprès du personnel médico-infirmier des centres Checkpoint** pour mieux comprendre les opinions et les attitudes des HSH face aux anciennes et aux nouvelles stratégies de prévention du VIH et des autres IST, dans un contexte où l'utilisation du préservatif régresse et l'incidence des IST autres que le VIH progresse.
5. **Instaurer un dispositif de suivi des pratiques de prescription de la PrEP pour mieux comprendre qui la demande, dans quelles circonstances et avec quelles conséquences.**
6. **Poursuivre et étendre le suivi des violences sexuelles subies** (ajout de questions sur les violences subies dans les 12 derniers mois, et sur les auteurs des violences) pour que les enquêtes de surveillance comportementales nous renseignent davantage à ce sujet.
7. **Poursuivre le suivi de la mise sur le marché des préservatifs en Suisse selon la nouvelle modalité proposée** (achat des données Nielsen qui comprennent l'enregistrement des mouvements de la marchandise lors du passage en caisse dans les magasins).
8. **Suivre le développement de l'offre en dispositif de remise de matériel d'injection stérile dans les établissements de privation de liberté** pour vérifier l'application de la nouvelle loi sur les épidémies (LEp) et de son ordonnance (OEp) entrées en vigueur en janvier 2016.

9. **Inclure les personnes transgenres, notamment celles qui pratiquent ou ont pratiqué le travail du sexe dans le dispositif de surveillance comportementale du VIH et des autres IST, étant donné le risque accru d'infection par le VIH et les autres IST que présente ce sous-groupe de population.**
10. Face aux changements du contexte dans lequel s'inscrit la sexualité (p.ex. précocité croissante de l'entrée dans la vie sexuelle, facilité accrue de rencontrer des partenaires, augmentation du nombre de cas confirmés d'IST, diversité des identités sexuelles, etc.), il serait souhaitable de **conduire une grande enquête sur la sexualité sur le modèle de ce qui s'est fait en France ou au Royaume Uni**. Une telle enquête sort du cadre strict de la surveillance et appartient plutôt au domaine de la recherche mais elle permettrait de répondre aux questions soulevées par certaines évolutions d'indicateurs du système de surveillance et éventuellement de définir de nouveaux indicateurs.

## 5.2 Proposition de calendrier pour les études de surveillance comportementale à considérer en priorité durant les cinq prochaines années

- 2017 : Enquête par questionnaire auprès des consommatrices et des consommateurs de drogue qui fréquentent les structures à bas seuil (du type enquête SBS).
- 2018 : Etude qualitative auprès de HSH qui fréquentent les centres Checkpoint et auprès du personnel médico-infirmier de ces mêmes centres pour mieux comprendre les opinions et les attitudes des HSH face aux anciennes et aux nouvelles stratégies de prévention du VIH et des autres IST.
- 2019 : Enquête par questionnaire auprès des migrant-e-s originaire d'Afrique subsaharienne avec une analyse préalable de la faisabilité d'un recrutement au sein de communautés originaires d'autres pays à haute prévalence (du type enquête ANSWER). Considérer la possibilité d'ajouter un volet qualitatif auprès d'un sous-échantillon pour mieux comprendre les opinions et les attitudes en matière de gestion des risques de transmission du VIH et des autres IST.
- 2020 : Enquête par questionnaire auprès des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (du type Gaysurvey).
- 2021 : Enquête par questionnaire auprès des travailleuses et travailleurs du sexe (du type enquête SWAN). Considérer la possibilité d'ajouter un volet qualitatif auprès d'un sous-échantillon pour mieux comprendre les opinions et les attitudes en matière de gestion des risques de transmission du VIH et des autres IST.

