

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

COMPARAISON INTERNATIONALE DES RÉSULTATS DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Rapport sur mandat de l'Instance
d'évaluation de la politique de lutte
contre le sida (France)

*Hugues Balthasar, Brenda Spencer, André Jeannin,
Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par :

République Française
Premier Ministre
Commissariat Général du Plan, Paris
Contrat 2001/11/Conv/SEME/IUMSP du 9.7.2001

Citation suggérée :

Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F.
Comparaison internationale des résultats des politiques
de lutte contre le VIH/sida : rapport sur mandat de
l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le
sida (France). Lausanne : Institut universitaire de médecine
sociale et préventive, 2002 (Raisons de santé, 83).

Remerciements :

Pour leur participation et collaboration, nous
remercions :
France Lert, Françoise Hamers, Michael T. Wright,
Nicola Schinaia, Claude Robin, Frédéric Bousquet,
Isabelle Grémy, Nathalie Beltzer-Pechevis, Michael
Bochow, Gerhard Christiansen, Dirk Schäffer, Martin
Gebhardt, Philippe Adam, Pascal Gouezel, Audrey
Sitbon, Ilka Kodra, Osamah Hamoudao, Isabelle Cecchi,
Myriam Maeder, Kirsten Sandberg-Christensen

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIÈRES

	Liste des sigles et des abréviations	5
	Résumé	6
	Objet de l'étude	6
	Méthodologie	6
	Principaux résultats	6
	Conclusions	11
1	Introduction	13
	1.1 Objectifs de l'étude	13
	1.2 Choix des pays	13
	1.3 Méthodologie	13
	1.4 Structure du rapport	15
2	Epidémiologie	16
	2.1 Dynamique et structure de l'épidémie de sida	16
	2.1.1 Evolution générale de l'incidence des nouveaux cas de sida	16
	2.1.2 Evolution des décès	18
	2.1.3 Structure et dynamique de l'épidémie par groupe de transmission	18
	2.2 L'infection à VIH	23
	2.2.1 Evolution des déclarations d'infection	23
	2.2.2 Evolution de l'infection à VIH par groupe de transmission	24
	2.2.3 Conclusions intermédiaires	26
	2.3 Evolution des comportements dans les principales populations de référence	27
	2.3.1 Population générale	28
	▪ Activité sexuelle	28
	▪ Comportements préventifs	29
	▪ Recours au test VIH	29
	2.3.2 Population jeune (18 -24 ans)	30
	▪ Entrée dans la sexualité	30
	▪ Utilisation du préservatif au dernier rapport	30
	2.3.3 Population homosexuelle	32
	▪ Activité sexuelle et exposition au risque	32
	▪ Comportements préventifs avec le partenaire stable	33
	▪ Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels	33
	▪ Comportements préventifs versus exposition au risque selon l'âge avec les partenaires occasionnels	34
	▪ Comportements préventifs dans le couple selon le statut sérologique	34
	▪ Dépistage au cours de la vie et taux de prévalence du VIH parmi les répondants	34
	2.3.4 Usagers de drogues injectables	35
	▪ Prévalence du VIH	35
	▪ Partage de la seringue	36
	▪ Utilisation du préservatif	37
	2.4 Conclusions intermédiaires	37
3	Les politiques nationales de lutte contre le sida	40
	3.1 Introduction	40
	3.2 Les politiques et leur traduction institutionnelle	40
	3.2.1 L'Allemagne : le programme d'urgence de 1987	40
	3.2.2 La Suisse : le programme de 1987	42
	3.2.3 L'Italie : la loi-programme de 1990	44
	3.2.4 La France : du rapport Got au rapport Montagnier	45
	3.2.5 Discussion	47

3.3	Aspects spécifiques des politiques de lutte contre le sida	50
3.3.1	La réduction des risques dans le domaine de la toxicomanie	50
3.3.2	Politiques relatives au préservatif	55
3.3.3	Le système de surveillance (déclaration à VIH)	57
3.3.4	Le système de dépistage du VIH	59
3.3.5	L'impact des "nouveaux traitements" sur les politiques de prévention	60
4	Conclusions générales	64
4.1	Les caractéristiques communes des politiques de prévention	64
4.2	La traduction institutionnelle des politiques de lutte contre le sida	65
4.3	Les configurations institutionnelles et leurs effets sur les résultats	66
4.4	Un contexte structuré par les politiques	67
4.5	De nouveaux enjeux pour la prévention	67
	Références bibliographiques.....	69
5	Annexes	73
5.1	Annexe au chapitre 2	74
5.2	Annexe au chapitre 3	76
6	Tableaux comparatifs	80
	Présentation	
	Population générale	
	Activité sexuelle	81
	Comportements préventifs	82
	Recours au test VIH	83
	Population jeune (18-24 ans)	
	Entrée dans la sexualité	84
	Utilisation du préservatif au dernier rapport	85
	Population homosexuelle	
	Activité sexuelle	86
	Comportements préventifs avec le partenaire stable	87
	Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels	88
	Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels selon l'âge	89
	Comportements préventifs dans les couples	90
	Dépistage au cours de la vie, taux de prévalence VIH	91
	Usagers de drogues par injection	
	Prévalence du VIH	92
	Partage de la seringue	93
	Utilisation du préservatif	94
	Italie	
	Usagers de drogue par injection	95
	Sources consultées	96

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

ANLAID	Association nationale de lutte contre le sida (I)
ASS	Aide suisse contre le sida (CH)
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (DE)
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuit
CESES	Centre Européen de Surveillance Epidémiologique du Sida (F)
CNLS	Commission nationale de lutte contre le sida (I)
COA	Centro operativo AIDS (I)
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe (DE)
DDASS	Direction régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales (F)
DGS	Division générale de la santé (F)
DREES	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques – ex SESI (F)
IdF	Ile-de-France
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale (F)
InVS	Institut national de veille sanitaire (F)
IREP	Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (F)
ISS	Istituto superiore di sanità (I)
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive (CH)
KABP	Knowledge, attitude, beliefs and practice (enquête)
OFSP	Office fédéral de la santé publique (CH)
ORS	Observatoire régional de santé (F)
SERT	Servizi pubblici per le tossicodependenze (I)
SESI	voir DREES
UDI	Usager de drogues par injection
UEPP	Unité d'évaluation de programmes de prévention (CH)

RÉSUMÉ

OBJET DE L'ÉTUDE

A la suite du rapport Montagnier, la politique française de lutte contre le sida a connu, en 1994, d'importants changements institutionnels et a fait l'objet, en 1995, d'un programme de travail à cinq ans soumis à une évaluation globale (1995-2000). A cet effet, l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida a souhaité situer les politiques menées en France durant la période concernée par rapport à celles menées par d'autres pays européens du continent. L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive a été mandaté à cette fin.

L'Allemagne, la Suisse et l'Italie ont été choisies comme termes de comparaison, en raison de leur proximité géographique, des sources disponibles et des caractéristiques épidémiologiques propres à chacun de ces pays. Ayant pour objectif d'apprécier certains résultats des politiques conduites dans les quatre pays, l'étude consiste, dans un premier temps, dans l'examen des données épidémiologiques (évolution de l'épidémie de sida et de l'infection à VIH) et des données comportementales dans certaines des populations cibles de la prévention (population générale, jeunes, homosexuels et usagers de drogues par injection). Dans un second temps, il s'agit de comparer les politiques de lutte contre le sida dans leurs aspects généraux, ainsi que dans certains de leurs aspects spécifiques, comme la réduction des risques ou les options prises en matière de dépistage.

Enfin, l'étude vise moins à établir un lien strict de causalité entre les résultats obtenus et les politiques, que de fournir une appréciation comparative et de mettre en perspective certaines évolutions depuis le début de l'épidémie.

MÉTHODOLOGIE

La comparaison internationale est fondée, d'une part, sur une analyse secondaire des données et de la littérature disponible pour chacun des domaines investigués (l'épidémiologie, les comportements et les politiques). D'autre part, elle se base sur les contributions d'experts de chacun des pays examinés et qui ont été réunis lors d'un atelier de travail d'une durée de deux jours.

L'étude a procédé par plusieurs étapes. En premier lieu, il s'agissait de définir une série d'indicateurs épidémiologiques et comportementaux comparables pour chacun des pays. Il était notamment question de présenter des trends relativement longs. En second lieu, les résultats obtenus ont été soumis aux experts, lesquels étaient chargés de les commenter et de les valider. Il leur a ensuite été demandé d'exposer les caractéristiques essentielles des politiques de lutte contre le sida menées par leur pays depuis le début de l'épidémie et de contribuer à l'appréciation comparative. Complété ultérieurement par des entretiens avec ces experts, le travail de l'atelier a servi d'appui à la rédaction du rapport.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Dynamique et structure de l'épidémie

Bien que les quatre pays n'aient pas été touchés avec la même intensité, l'évolution de l'incidence des nouveaux cas de sida témoigne d'une dynamique épidémiologique relativement similaire. On observe

une forte augmentation des cas de sida jusque vers la seconde moitié des années 1990, puis une baisse généralisée jusqu'en 1997-1998, suivie d'une phase de stabilisation. La diminution de l'incidence du sida est, en grande partie, imputable aux traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART). Ces derniers expliquent également la chute brutale de la mortalité, observée dans les quatre pays au cours de la deuxième moitié des années 1990.

En termes relatifs, l'Allemagne figure parmi les pays les moins touchés d'Europe, à la différence de la France, de la Suisse et de l'Italie, dont les taux d'incidence sont proches et relativement élevés.

La répartition des cas de sida par groupe de transmission montre des profils épidémiologiques très contrastés. En Allemagne et en Italie, l'épidémie s'est fortement concentrée à partir d'un mode particulier de transmission (injection de drogues en Italie, transmission homosexuelle en Allemagne). En France et surtout en Suisse, l'épidémie s'est développée de façon plus mixte.

D'une manière générale, la baisse de l'incidence des nouveaux cas de sida par transmission homosexuelle et par injection fait ressortir avec plus d'acuité la transmission hétérosexuelle. Ce phénomène est en partie dû au fait que les patients infectés sur la base de rapports hétérosexuels sont encore nombreux à découvrir leur séropositivité au moment du diagnostic de sida (ils sont environ 50% en France et en Suisse). Dans le cadre de la transmission hétérosexuelle, les nouveaux cas de sida concernent des segments de population qu'il est utile de caractériser davantage. En effet, les données relatives aux sous-catégories de transmission montrent une présence relativement forte d'individus en provenance de pays ou de régions où l'épidémie se diffuse principalement par contact hétérosexuel (Afrique subsaharienne, Caraïbes, etc.). Ces groupes de population tendent à devenir l'une des préoccupations majeures de la surveillance épidémiologique dans les quatre pays de l'étude.

A ce jour, l'Allemagne et la Suisse sont les seuls pays de l'étude à enregistrer les nouvelles infections à VIH déclarées par les laboratoires. Dans ces deux pays, on observe un déclin important des nouvelles infections au cours de la décennie 1990. Un renversement de tendance n'est néanmoins pas à exclure pour la période actuelle, comme le montrent notamment les données suisses publiées récemment, ainsi que les données françaises (bilans trimestriels des CDAG) .

▪ Evolution des comportements

En France, en Allemagne et en Suisse, des enquêtes permettent de suivre, depuis plus de 10 ans, l'évolution des comportements préventifs dans certaines des populations ciblées par les programmes de prévention ; en l'occurrence : la population générale, les jeunes (18-24 ans), les homosexuels masculins et les usagers de drogues par injection. L'information est plus restreinte en Italie, pays dans lequel la population générale et les jeunes n'ont pas fait l'objet d'enquêtes répétées.

Les comportements rapportés dans ces différents types de population ont été envisagés selon trois axes : a) activité sexuelle, b) comportements préventifs ou utilisation du préservatif, c) recours au dépistage et, au cas échéant, prévalence du VIH.

Population générale — Selon les pays, la part relative des répondants qualifiés de multipartenaires a sensiblement diminué (France) ou est restée stable depuis le début de l'enregistrement (Allemagne, Suisse). Dans ces trois pays, l'utilisation du préservatif a atteint des niveaux importants, mais on observe actuellement une stabilisation, voire un déclin, du pourcentage de répondants déclarant avoir utilisé le préservatif dans les 12 derniers mois. En France, 29% des hommes interrogés en 2001 déclarent avoir utilisé le préservatif au cours des 12 derniers mois, contre 37% en 1998. L'utilisation du préservatif est néanmoins restée stable au dernier rapport (environ 20%). En Allemagne, les valeurs sont restées globalement stables depuis 1995 : près de 50% des personnes sexuellement actives vivant seules déclarent avoir utilisé le préservatif dans les 12 derniers mois. En Suisse, la part des répondants masculins déclarant tou-

jours utiliser un préservatif avec les partenaires occasionnels est passée de 56% en 1994 à 62% en 2000 après avoir atteint un sommet en 1997 (77%), lequel est vraisemblablement dû à une variation d'échantillonnage. Le recours au dépistage (au cours des 12 derniers mois) demeure plus fréquent en France, qu'en Allemagne et en Suisse. Particulièrement importante en 1994 (18%), la proportion de Français-es testé-es a fortement diminué en 1998 (10%) et s'est stabilisée par la suite, si bien que les écarts avec la Suisse et l'Allemagne se sont réduits, les valeurs se situant actuellement entre 6 et 10%.

Population jeune — On observe niveau de protection important parmi les 18-24 ans. Celui-ci est un peu plus élevé en France que dans les autres pays, mais les valeurs obtenues sur l'utilisation du préservatif lors dernier rapport sexuel tendent à converger chez les hommes. En effet, entre 2000 et 2001, les valeurs des trois pays se situent entre 53 et 58%. Concernant les femmes, un écart plus important s'est maintenu, notamment entre la France (2001 : 47%) et la Suisse (2000 : 33%). Les taux allemands (2000 : 44%) tendent à se rapprocher des taux français.

Population homosexuelle masculine — Les indicateurs disponibles relatifs à l'activité sexuelle sont restés relativement stables en France (1997-2000) et en Suisse (1992-94-97-2000) : près de 80% des répondants rapportent avoir eu des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois ; et plus de 60% déclarent avoir eu jusqu'à 10 partenaires. En Allemagne, on observe une augmentation du nombre de partenaires au cours de la décennie 1990 : entre 1991 et 1999, la part des répondants ayant eu plus de 10 partenaires est passée de 30% à 42% environ. Concernant l'utilisation du préservatif, malgré un léger fléchissement en fin de période (France, Suisse, Allemagne), les comportements préventifs demeurent importants, en particulier avec les partenaires occasionnels : entre 70% (Allemagne) et 80% (Suisse, France) des répondants déclarent "toujours" se protéger lors de la pénétration anale avec des partenaires occasionnels. Les données italiennes, datant de la première moitié des années 1990, font, quant à elles, état d'une importante progression de la protection, notamment avec les partenaires occasionnels.

La dernière enquête française (2000) fait mention d'une augmentation des pénétrations anales non protégées dans toutes les classes d'âge. Malgré une présentation différente des données, les résultats obtenus en Suisse témoignent également d'une augmentation des pratiques à risques, mais celle-ci est principalement observée parmi les plus de trente ans. En Allemagne, l'évolution par âge est difficilement interprétable d'un point de vue comparatif. Comme en France, il est néanmoins question, dans ce pays, d'une augmentation de pratiques à risques.

La proportion de personnes testées au cours de la vie est globalement plus élevée en France que dans les autres pays. En 1993, par exemple, 82% des répondants français ont déjà recouru au test, contre 72% des répondants suisses et 62% des répondants allemands. En 1999-2000, les écarts se sont réduits, mais les taux restent légèrement supérieurs en France. Vers la fin des années 1990, le taux de prévalence du VIH se situe entre 11 et 12% en France et en Suisse. Alors que dans ces deux pays, ces valeurs sont restées stables en fin de période, ils ont légèrement augmenté en Allemagne.

Usagers de drogues par injection — Dans ces populations, l'évolution des comportements préventifs est plus complexe à comparer. Cette difficulté tient à la diversité des enquêtes disponibles et au mode de recrutement des répondants. A la fin des années 1980 et au début des années 1990, les taux de prévalence du VIH sont comparativement plus élevés en France et en Italie (entre 30 et 40%) , qu'en Allemagne et en Suisse (moins de 30%). D'une manière générale, on constate une chute importante de la prévalence du VIH au cours des années 1990. En fin de période, on observe encore quelques différences. En France, notamment, les taux relevés parmi les usagers de programmes d'échange de seringues sont supérieurs à ceux observés en Suisse (respectivement 19 et 11%).

La diminution du partage de seringues, observée dans la plupart des pays, témoigne du succès des politiques de réduction des risques. La France, l'Italie et l'Allemagne montrent des valeurs plus ou moins similaires vers la fin des années 1980 (jusqu'à 50% environ, mais vraisemblablement avec d'importantes

variations locales). En France, le niveau de partage a diminué au cours des années 1990, mais reste à un niveau légèrement supérieur à celui relevé en Suisse.

En France, en Suisse et en Italie, on relève un niveau de protection élevé lors de rapports sexuels avec les partenaires occasionnels (entre 60 et 70%). Ce dernier est comparable à ceux observés en population générale.

D'une manière générale, dans tous les pays (où l'information est disponible), les principales populations de référence ont adapté leur comportement au contexte décrit par l'épidémie.

- La traduction institutionnelle des politiques de lutte contre le sida

Au cours de la seconde moitié des années 1980, l'épidémie s'est imposée dans les quatre pays de l'étude comme un véritable problème de santé publique et a suscité l'établissement de politiques novatrices en matière de prévention. Dès le début, les différents pays convergent vers un traitement libéral de l'épidémie, en privilégiant notamment l'information, la responsabilité individuelle et la mobilisation collective. Cette philosophie implique que les individus soient reconnus capables d'adopter des comportements préventifs et que des moyens soient mis à disposition des différents groupes de population afin de répondre aux objectifs de prévention.

Les systèmes politiques et sanitaires des différents pays ont significativement déterminé les modalités organisationnelles de mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le sida. Trois styles d'intervention ont pu être identifiés, lesquels reflètent en grande partie les structures administratives et décisionnelles de chaque pays.

L'Allemagne et la Suisse constituent un premier modèle d'intervention. De nature fédérale, ces deux pays ont organisé la lutte contre le sida selon le principe de subsidiarité qui régit les rapports entre le pouvoir fédéral et les gouvernements régionaux. L'Etat fédéral joue néanmoins un rôle de leader dans la lutte contre l'épidémie, notamment par la définition de programmes nationaux, l'organisation de campagnes nationales, la coordination des activités de prévention, la création de fonds spéciaux. Ce principe s'est notamment reproduit au niveau du partenariat envisagé avec le domaine associatif. En effet, dans l'un est l'autre pays, une grande partie de la prévention auprès de populations spécifiques a été formellement confiée à une association faîtière (respectivement la *Deutsche Aids-Hilfe* et l'Aide Suisse contre le Sida). Financées par le pouvoir fédéral, ces deux associations coordonnent un réseau d'unités locales et régionales plus ou moins autonomes, financées par les cantons en Suisse et par les Länder en Allemagne, lesquelles ont accès aux populations ciblées (prévention spécialisée). D'une manière générale, ce modèle s'est révélé stable sur toute la période de référence.

L'Italie présente un deuxième style d'intervention. Au niveau national, la prévention est principalement conduite par une élite professionnelle de type hospitalo-universitaire et administrative. A la différence des autres pays, la politique italienne n'a pas mis fortement l'accent sur le partenariat avec les associations. Bien que l'Etat soit légalement tenu de financer les associations actives sur le terrain, ces dernières ne sont pas pleinement associées à la définition des politiques. La forte épidémie en milieu toxicomane a conduit l'Etat à concentrer davantage les actions de prévention au sein des centres médico-sociaux, rattachés aux unités sanitaires locales.

Enfin, la France offre un troisième cas de figure. Il se caractérise par une série de ruptures organisationnelles dont la chronologie correspond aux alternances politiques. Elle est passée par plusieurs phases. Les premières mesures de lutte contre le sida ont été prises ponctuellement, selon des processus décisionnels classiques. La deuxième (1988-1994) est fondée sur une série d'innovations institutionnelles comme l'AFLS ou l'ANRS qui ont pour effet de sortir la problématique du sida des cadres administratifs traditionnels. Enfin, dans la seconde moitié des années 1990, la suppression de l'AFLS se traduit par

une réorganisation des actions de prévention, notamment par le repositionnement politique et institutionnel de la DGS et par un mouvement de déconcentration en direction des DDASS. En outre, la France se distingue par un champ associatif plus complexe et plus éclaté que celui observé dans les autres pays. Interlocutrices privilégiées des différents gouvernements, les associations entretiennent néanmoins des rapports ponctuellement conflictuels avec les pouvoirs publics mais aussi entre elles.

- Politiques de réduction des risques

La définition et la mise en œuvre de politiques dites de réduction des risques dans le domaine de la toxicomanie constituent un aspect très spécifique de la lutte contre le sida. À terme, l'épidémie a eu pour effet de modifier considérablement les enjeux liés au traitement politique et social de la toxicomanie. De fait, depuis l'irruption du sida, la problématique a été davantage formulée selon une optique de santé publique. Cette perspective recouvre deux aspects principaux : d'une part, l'accessibilité du matériel d'injection, d'autre part, l'accès aux traitements de substitution^a. Dans ce domaine, tous les pays n'ont pas suivi la même trajectoire, en raison notamment de facteurs politiques et institutionnels. La Suisse et l'Allemagne ont rapidement encouragé la remise de matériel d'injection stérile, non seulement dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le sida, mais également par le biais d'initiatives régionales, voire municipales. En Italie, bien que la vente de seringues soit libre depuis longtemps, ce n'est qu'à partir du moment où des programmes de proximité ont été mis en place (souvent au niveau régional) que l'on observe une diminution du partage. En France, bien que l'État ait autorisé la vente libre de seringues en 1987, celui-ci hésitait à s'engager dans un domaine fortement politisé et n'a reconnu que tardivement l'efficacité des programmes d'échange de seringues.

Comme les programmes d'échange de seringues, la mise à disposition des traitements de substitution a soulevé des oppositions, puisqu'elle remettait en cause le principe d'abstinence sur lesquels les politiques drogue des différents pays étaient fondées jusqu'alors (de façon plus libérale en Italie). En Suisse, néanmoins, l'accessibilité du matériel d'injection et l'établissement de programmes de maintenance à la méthadone ont fait l'objet d'une promotion simultanée (au niveau fédéral et dans plusieurs cantons). En Allemagne, la mise en place de ces programmes a soulevé un certain nombre de résistances, notamment aux niveaux politique et médical. Comme en Suisse, les initiatives au niveau régional ont à terme favorisé un traitement moins conservateur de la toxicomanie. L'Italie se distingue des autres pays par une tradition libérale en matière de toxicomanie, mais n'a pas toujours défendu, dans le cadre de sa politique, les programmes de maintenance. C'est surtout au cours de la seconde moitié des années 1990 que l'on peut observer un recours massif aux traitements de substitution. Enfin, la France est longtemps restée attachée au principe d'abstinence (prôné notamment par les milieux politiques et professionnels). Administrés à titre expérimental, les traitements de substitution tendent néanmoins à se généraliser depuis 1995. Mais à la différence des autres pays de l'étude, la France ne privilégie pas la méthadone comme principal produit de substitution (ou du moins comme produit le plus répandu), mais la buprénorphine commercialisée sous le nom de Subutex®.

^a La promotion du préservatif auprès des UDI fait également partie des politiques de réduction des risques, mais cet aspect n'a pas été abordé dans le cadre de ce rapport.

- Les politiques de dépistage

Les quatre pays de l'étude ont fondé leur politique de dépistage sur une base volontaire^b, mais n'ont pas forcément suivi les mêmes options en ce qui concerne la promotion du test. En premier lieu, la Suisse est le seul pays où le test ne peut être effectué gratuitement. Ceci ne signifie néanmoins pas que le test soit systématiquement gratuit dans les autres pays.

En second lieu, les pays diffèrent sensiblement sur leur manière de promouvoir le dépistage. La France et l'Italie mènent sur ce point des politiques plus incitatives que la Suisse et l'Allemagne. Au cours de la seconde moitié des années 1990, avec l'arrivée des "nouveaux traitements", la France a mené des campagnes d'information et d'incitation fondées sur la possibilité d'une prise en charge précoce. En Italie, le dépistage est un thème relativement central dans les campagnes adressées à la population générale. En Suisse et en Allemagne, la promotion est principalement de nature informative : elle repose sur les "multiplicateurs" comme les médecins, les professionnels, ainsi que les centres d'accueil et d'information.

CONCLUSIONS

Pour chacun des pays, la revue des données comportementales (transmission sexuelle) a permis de montrer que les principales populations de référence ont clairement adapté leur comportements face à la menace d'une infection à VIH. Bien que cette adaptation se soit faite à des niveaux différents, les tendances sont globalement semblables. Elles témoignent par conséquent du succès des politiques menées par les différents pays de l'étude (en particulier en France, en Allemagne et en Suisse, pays dans lesquels des données sont disponibles). De fait, ces politiques ont en commun un certain nombre de caractéristiques, lesquelles consistent principalement dans :

- la reconnaissance par les instances politiques de la menace du sida ainsi que la volonté d'entreprendre des actions pour y faire face ;
- la gestion libérale de l'épidémie,
- l'allocation de budgets exceptionnels,
- la mise en œuvre rapide des programmes de prévention,
- la continuité des messages (au moins en France, en Suisse et en Allemagne),
- la cohérence des actions menées,
- la mobilisation communautaire (aussi en Italie),
- une médiatisation importante, à la fois de l'épidémie et des moyens mis en œuvre pour y faire face.

Au niveau institutionnel, la politique française de lutte contre le sida témoigne d'une moins grande continuité que les politiques menées en Allemagne et en Suisse. En effet, les systèmes suisses et allemands se caractérisent par une division du travail plus élaborée au niveau organisationnel et plus stable sur le long terme. Cependant, les changements de configuration institutionnelle en France n'ont pas eu d'effets négatifs sur l'évolution des comportements, notamment en population générale, chez les jeunes et chez les homosexuels, car d'importants efforts de prévention ont été maintenus tout au long de la période de référence. En dernière analyse, ce ne sont pas tant les modèles organisationnels qui semblent avoir été déterminants, mais davantage l'ensemble des ressources mises à disposition des différents types de population dans le cadre des activités de prévention. Cet aspect mérite d'être souligné lorsque l'on envisage la réduction des risques en milieu toxicomane. En Suisse, par exemple, les taux de prévalence

^b En Allemagne, l'Etat de Bavière fait figure d'exception.

du VIH n'ont jamais dépassé 30%, car des mesures pragmatiques ont rapidement été mises en œuvre (programmes d'échange de seringues et traitements de substitution).

Il convient également de ne pas perdre de vue le contexte dans lequel les politiques s'inscrivent et sur lequel elles agissent en le structurant. La période au cours de laquelle les premières politiques nationales sont mises en œuvre témoigne d'une situation exceptionnelle, marquée non seulement par la forte croissance des cas de sida et des décès, mais aussi par une importante mobilisation communautaire (soutenue notamment par les financements publics) et sociale (médiatisation, relations interpersonnelles, productions culturelles autour de la maladie). En phase avec les politiques, ces formes de mobilisation ont contribué à une diffusion large et cohérente de l'information sur les risques d'infection à VIH et les moyens de s'en prémunir.

Dans la seconde moitié des années 1990, l'introduction des traitements antirétroviraux hautement actifs modifient considérablement les caractéristiques de l'épidémie de sida (forte diminution des nouveaux diagnostics et des décès), ainsi que la qualité de vie des personnes atteintes (réengagement dans la vie sociale et affective). Cette évolution thérapeutique a eu pour conséquence de faire émerger de nouveaux enjeux, en particulier dans les domaines de la surveillance épidémiologique et de la prévention.

Sur le plan de la surveillance, l'observation des nouveaux cas de sida ne suffit plus à rendre compte de l'évolution de l'infection à VIH. Par conséquent, le recensement des nouvelles infections tend à s'imposer comme un élément essentiel de la surveillance épidémiologique. C'est déjà le cas en Suisse et en Allemagne. La France devrait dans un avenir proche rendre obligatoire la déclaration des nouvelles infections au niveau national, tandis que l'Italie vise à élargir la déclaration à toutes les régions du pays.

Les progrès thérapeutiques à priori n'ont pas remis en cause les stratégies de prévention. Ils ont néanmoins conduit à réactualiser le rôles et les besoins des personnes séropositives dans le cadre de la prévention et, en France, à promouvoir de façon ciblée le dépistage précoce. Mais surtout, l'introduction des "nouveaux traitements" a été accompagnée d'une réaffirmation forte des principes de prévention tels qu'ils ont été définis lors des premiers programmes nationaux. De fait, les avancées thérapeutiques suscitent un certain pessimisme, parfois excessif, quant à l'évolution possible des comportements préventifs. La question devient d'autant plus préoccupante, dès lors que l'on observe actuellement une certaine inertie, voire un léger déclin des comportements préventifs. C'est la raison pour laquelle, le principale enjeu des politiques de lutte contre le sida reste-t-il de contribuer au maintien et à l'amélioration de ces comportements.

1 INTRODUCTION

1.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida a pour mission d'évaluer les actions menées en France depuis 1995, date à laquelle la politique française de prévention a connu d'importants changements institutionnels.

L'Instance a souhaité "situer les politiques menées en France entre 1995 et 2000, par rapport à d'autres pays européens en tenant compte, notamment, de l'évolution des comportements dans les principales populations de référence ainsi que de la situation épidémiologique propre à chaque pays". L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive a été mandaté à cette fin.

La présente étude a pour but d'apprécier de façon comparative certains résultats des politiques conduites dans quatre pays européens (France, Allemagne, Italie, Suisse). Elle est essentiellement fondée sur l'analyse et la comparaison de données publiques (ou semi-publiques). Cette analyse s'est faite à deux niveaux :

- l'examen des données chiffrées concernant, d'une part, l'évolution de la situation épidémiologique et, d'autre part, l'évolution des comportements relatifs à la prévention dans quatre publics-cibles, à savoir : population générale, jeunes (18-24 ans), homosexuels masculins, usagers de drogues ;
- la comparaison des principaux aspects des politiques de lutte contre le sida en France et dans les trois pays de référence.

La comparaison internationale n'a pas pour objet d'établir un lien strict de causalité entre les politiques développées dans la période d'intérêt et les résultats obtenus, qui résultent d'une pluralité de facteurs dont les effets ne sont observables que sur une période beaucoup plus étendue. Fondée sur le long terme, elle permet en revanche de mettre en perspective les évolutions observées en France et de relativiser certaines tendances épidémiologiques et comportementales.

1.2 CHOIX DES PAYS

L'Allemagne, la Suisse et l'Italie ont été choisis comme termes de comparaison, en raison de leur proximité géographique et des sources qui y sont disponibles. De plus, ces pays ont connu une situation épidémiologique de départ différente : prédominance des infections par voie de transmission homosexuelle en Allemagne et en France, épidémie mixte en Suisse (infection par voie sexuelle ou par injection), prédominance de la transmission par voie d'injection en Italie.

1.3 MÉTHODOLOGIE

L'étude a procédé par plusieurs étapes. Il s'agissait, dans un premier temps, de déterminer une série d'indicateurs épidémiologiques et comportementaux à la fois disponibles et comparables pour chacun des pays de l'étude. Les comparaisons ont ensuite été effectuées à partir d'un traitement secondaire des données, lesquelles ont nécessité un grand nombre de recherches. C'était en particulier le cas pour les

données comportementales. Les données épidémiologiques ont, quant à elles, été fournies par le Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du VIH/Sida (EuroHIV).

Dans un second temps, les résultats comparatifs ont été soumis, dans le cadre d'un atelier, à des experts provenant de chacun des pays susmentionnés et témoignant d'une longue expérience dans le domaine du sida. Organisé par l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (IUMSP/Lausanne), cet atelier s'est tenu à Cully (Suisse) les 5 et 6 novembre 2001, en présence de deux membres de l'Instance.

Il a été demandé à chaque expert de valider et de commenter les documents soumis à leur attention. Ensuite, il leur a été demandé d'exposer les caractéristiques essentielles des politiques de lutte contre le sida conduites dans leur pays respectif depuis le début de l'épidémie, selon une grille qui leur a été fournie à l'avance. Le travail de l'atelier, complété par des entretiens menés ultérieurement avec les experts, a informé de façon significative ce rapport.

Compte tenu du très large champ d'investigation et des difficultés méthodologiques inhérentes aux comparaisons internationales, les appréciations sont faites à partir de résultats obtenus sur le long terme et à un niveau très général. En effet, la stricte comparabilité des données n'étant pas toujours possible, il était préférable de privilégier l'observation de tendance plutôt que de niveaux atteints.

Tableau 1.1 Liste des participants de l'atelier de Cully (Suisse) des 5 et 6 novembre 2001

Pays	Nom	Affiliation
Allemagne	Michael T. Wright	Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung Freie Universität Berlin
France	France Lert	INSERM U88 Saint-Maurice (Paris)
France	Claude Robin Frédéric Bousquet	Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida Paris
Italie	Nicola Schinaia	Registro Nazionale AIDS (RAIDS) Laboratorio di epidemiologia e biostatistica Istituto Superiore di Sanità Rome
Suisse	Françoise Dubois-Arber André Jeannin Brenda Spencer Hugues Balthasar	Institut universitaire de médecine sociale et préventive Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) Lausanne
Europe	Françoise Hamers	EuroHIV Institut de Veille Sanitaire Saint-Maurice (Paris)

1.4 STRUCTURE DU RAPPORT

Le rapport se compose de deux parties principales et d'une synthèse. La première partie regroupe les données de surveillance épidémiologique, ainsi que les données comportementales. Les tableaux et les figures relatifs à l'épidémiologie sont intégrés dans le texte. En revanche, dans le but de faciliter les comparaisons sur les comportements, les données chiffrées sont présentées en annexe. La deuxième partie du rapport traite des politiques nationales de lutte contre le sida : leurs caractéristiques essentielles, ainsi que certains de leurs aspects spécifiques. Enfin, les conclusions générales ont pour objet de synthétiser et de relier les résultats observés dans les différentes parties du rapport.

2 EPIDÉMIOLOGIE

2.1 DYNAMIQUE ET STRUCTURE DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Dans la plupart des pays européens, l'épidémie de sida s'est considérablement transformée depuis que de nouvelles thérapies ont été introduites au cours de la deuxième moitié des années 1990. Si les "multithérapies" ne constituent pas un remède contre le sida, ils agissent sur l'histoire naturelle de la maladie en empêchant ou retardant sa déclaration. Or, leur effet thérapeutique n'est pas sans conséquence pour la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH, dont l'évolution est fondée, dans plusieurs pays, sur la déclaration obligatoire des nouveaux cas de sida. Actuellement, les données d'incidence du sida (nouveaux cas) ne rendent plus tout à fait compte de l'évolution de l'infection à VIH. Seul le nombre annuel des nouvelles infections déclarées par les laboratoires permet d'estimer cette évolution. En France et en Italie, ces données ne font néanmoins pas l'objet d'une déclaration obligatoire à un niveau national. Aussi, pour les besoins de la comparaison internationale, les observations qui suivent demeurent-elles fondées sur les données sida.

Il est important de souligner que, dès la deuxième moitié des années 1990, ces statistiques deviennent extrêmement difficiles à interpréter. Par ailleurs, la comparaison internationale n'a pas pour objet de fournir une analyse épidémiologique détaillée, mais de décrire les principales caractéristiques de l'épidémie de sida, son évolution et sa structure.

Dans un premier temps, les données d'incidence du sida sont présentées de façon à situer les pays les uns par rapport aux autres. L'infection à VIH est abordée dans un second temps. Les récentes analyses françaises des bilans d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) donneront la tendance de l'infection à VIH en région parisienne.

2.1.1 Evolution générale de l'incidence des nouveaux cas de sida

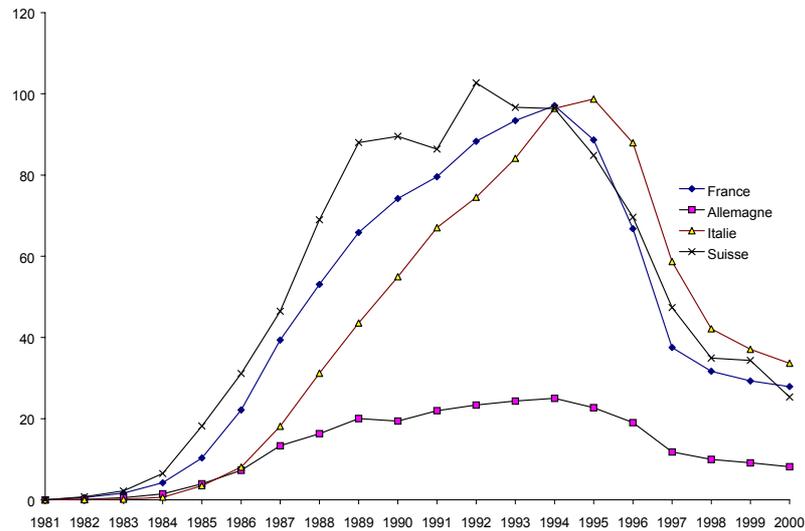
Dès l'apparition du sida au début des années 1980, la France, la Suisse et l'Italie figurent, au niveau européen, parmi les pays les plus touchés par l'épidémie. En Allemagne, celle-ci s'est en revanche développée dans des proportions moins importantes.

Actuellement, le Portugal et l'Espagne sont les pays enregistrant le plus grand nombre de cas de sida par million d'habitant (2000 : 104.2 et 63.0 respectivement). Ils sont directement suivis par l'Italie (31.6), la Suisse (28.2) et la France (26.3). Le taux d'incidence allemand est quant à lui l'un des moins élevés d'Europe (4.3). Il s'apparente davantage aux valeurs observées en Finlande (3.5) ou aux Pays-Bas (7.7)¹.

Les taux d'incidence présentés dans la Figure 2.1 permettent de situer les quatre pays de l'étude les uns par rapport aux autres depuis le début de l'épidémie (voir Figure 2.2 pour les données brutes). D'une manière générale, la France, la Suisse, l'Italie et, dans une moindre mesure, l'Allemagne ont connu une dynamique épidémiologique semblable, mais à des niveaux différents et avec certains décalages chronologiques. La Suisse est le premier des quatre pays où l'épidémie entame une phase de croissance de type exponentiel. Elle est rapidement suivie par la France, puis par l'Italie. Dans ces trois pays, l'épidémie s'est développée à un rythme à peu près comparable (bien que plus élevé en Suisse). En 1992, elle atteint dans ce pays un taux maximal (102.7). En France et en Italie, les taux continuent d'augmenter jusqu'en 1994 et 1995 (97.1 et 98.73 respectivement). En Allemagne, ces derniers ont cessé de croître en 1994, mais se situent à un niveau bien inférieur (24.9).

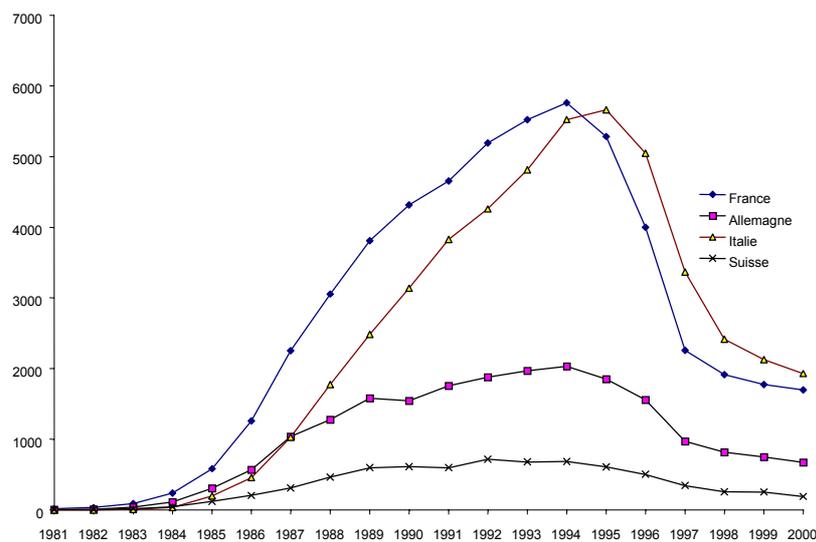
La deuxième moitié des années 1990 est marquée par le déclin des taux d'incidence. D'abord brutal, ce dernier s'est ralenti en France, en Allemagne et, de façon moins marquée en Italie, à partir de 1998. L'introduction des multithérapies, dès 1996, explique en grande partie ce déclin.

Figure 2.1 Cas de sida par million d'habitant, par pays et par année de diagnostic - ajustés pour les délais de notification (données déclarées au 30 juin 2001)



Source : EuroHIV/InVS

Figure 2.2 Cas de sida par pays et par année de diagnostic - ajustés pour les délais de notification (données déclarées au 30 juin 2001)



Source : EuroHIV/InVS

2.1.2 Evolution des décès

En France et en Suisse, le nombre de décès annuels commence à baisser dès l'année 1995 (1996 pour l'Italie). Le mouvement s'accélère considérablement à partir de 1997, une année à la fin de laquelle les décès français ont baissé d'environ 60% par rapport à l'année précédente (Tableau 2.1). Ce mouvement est également perceptible en Suisse, mais avec une amplitude légèrement plus faible, et en Italie, où la mortalité chute encore davantage en 1998. On peut supposer que l'Allemagne connaît la même évolution (les effectifs par année de décès ne sont pas publiés). A nouveau, l'introduction des multithérapies explique largement ce déclin.

Suite à ce fort repli, la France est le seul pays où le rythme de diminution annuel paraît s'être stabilisé (environ 10% entre 1998 et 2000). Il est probable que le même phénomène se produit en Suisse, car si les statistiques disponibles témoignent encore d'un fort mouvement de baisse (40% entre 1997 et 2000), l'Office fédéral de la santé publique estime que, à partir de 1998, les déclarations de décès sont encore très incomplètes.

Tableau 2.1 Evolution des décès parmi les cas de sida par pays et par année de décès (France, Italie, Suisse) et par année de déclaration de décès (Allemagne)

	<1992	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
France	10353	3490	3711	4169	3914	2851	1089	733	658	587
Allemagne						1102	772	553	255	696
Italie	7728	3266	3640	4307	4519	4106	2060	964	648	474
Suisse	1528	584	620	686	650	451	240	148	106	42

Source : InVS, *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*, n°24, 2001 (France) ; OFSP, *Bulletin*, n°35, 2001, (Suisse), ISS, *Reporto AIDS e MST*, 2001 (Italie), EuroHIV/InVS, *Surveillance du VIH/Sida en Europe*, n°64, 2001 (Allemagne).

2.1.3 Structure et dynamique de l'épidémie par groupe de transmission

La répartition des cas de sida par groupe de transmission permet d'établir le profil épidémiologique de chaque pays. Dans le cadre de la comparaison internationale, il n'est tenu compte que de la transmission par voie sexuelle et par voie d'injection. Les cas de sida parmi les transfusés ou parmi les nouveau-nés (transmission mère-enfant) ne sont donc pas commentés. La Figure 2.1, ci-dessous, montre pour chaque pays l'évolution de l'incidence dans chacune de ces catégories (les données brutes sont présentées en annexe).

En France, l'épidémie s'est d'abord développée par transmission homosexuelle. En 1989, un peu moins de 50% des cas de sida relève de rapports homosexuels. L'épidémie se diffuse également de manière conséquente par voie d'injection ainsi que par voie hétérosexuelle. A partir de la seconde moitié des années 1990, la baisse est généralisée dans tous les groupes de transmission. Elle est cependant plus marquée chez les toxicomanes et les homosexuels que chez les hétérosexuels. Dès 1997, le nombre de nouveaux cas déclarés dans ce dernier groupe est supérieur à celui relevé dans les autres. Alors que, entre 1997 et 2000, l'incidence continue de diminuer parmi les usagers de drogues injectables et les homo ou bisexuels masculins, elle reste stable dans le groupe hétérosexuel (entre 700 et 750 nouveaux cas par année).

En Allemagne, l'épidémie de sida s'est très majoritairement diffusée par voie homosexuelle, laquelle représentait, en 1994, plus de 60% des cas. Bien que le nombre annuel de cas déclarés chez les UDI soit

comparativement moins important, son évolution témoigne d'une dynamique comparable. L'incidence commence à diminuer dans les deux groupes à partir de 1994. En revanche, celle-ci continue d'augmenter dans le groupe hétérosexuel jusqu'en 1996, pour ensuite amorcer une baisse. À la différence de la France, la transmission homosexuelle est restée proportionnellement majoritaire durant toute la période de référence.

Le profil épidémiologique de l'Italie se caractérise également par une très forte incidence dans un seul groupe. Mais à la différence de l'Allemagne, ce sont les UDI qui ont été les plus touchés par l'épidémie. En 1995, date à laquelle l'incidence atteint son maximum, les UDI comptent pour près de 60% des cas de sida recensés. Les transmissions homosexuelle et hétérosexuelle se situent à des niveaux plus ou moins comparables, avec une plus forte incidence chez les hétérosexuels à partir de 1993. En 2000, ces derniers se situent à niveau égal avec les UDI (entre 300 et 330 cas). Si la dynamique observée se poursuit (légère augmentation), la transmission hétérosexuelle deviendra proportionnellement majoritaire en Italie.

Plus proche de la France, la Suisse est le seul pays présentant un profil épidémiologique véritablement mixte. Mais à la différence de la France, l'épidémie s'est déclenchée presque simultanément et avec la même intensité chez les toxicomanes et les homosexuels. Dans ces deux groupes, un maximum est atteint en 1992, date à partir de laquelle le nombre de cas commence à diminuer (quatre à cinq ans avant l'introduction des nouveaux traitements). En revanche, dans le groupe hétérosexuel, l'incidence ne fléchit pas avant 1994. Comme en France, à partir de 1997, le nombre de cas relevé dans cette catégorie devient proportionnellement majoritaire.

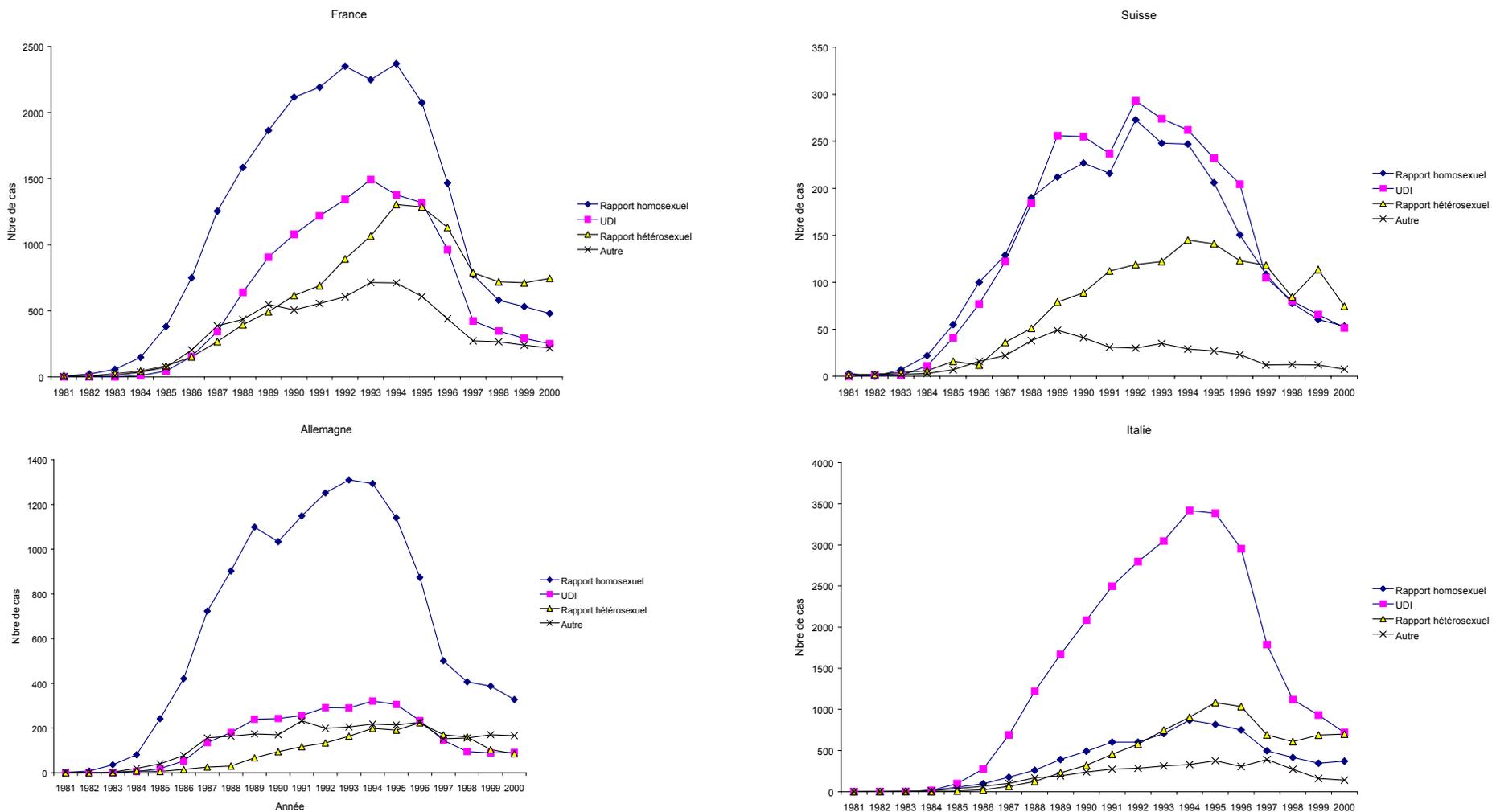
Dans aucun des quatre pays, l'épidémie de sida ne s'est généralisée. L'Allemagne et l'Italie se caractérisent par une épidémie forte dans un segment de population particulier : les homosexuels en Allemagne, les usagers de drogues en Italie. La Suisse et, dans une moindre mesure, la France ont connu une épidémie mixte. De plus, les données d'incidence suisses avaient déjà commencé à baisser avant la révolution thérapeutique de la seconde moitié des années 1990, mais à un rythme cependant moins soutenu. Enfin, en France, en Suisse et en Italie, l'incidence semble s'être stabilisée dans le groupe hétérosexuel.

Distribution des cas de sida dans le groupe hétérosexuel selon le type de partenaire

Si les populations homosexuelles et toxicomanes constituent des groupes de transmission relativement simple à identifier (en fonction de pratiques et d'exposition au risque qui leur sont spécifiques), le groupe de transmission hétérosexuel est en revanche plus difficile à appréhender, car il s'agit d'une catégorie plus nombreuse et surtout plus hétérogène. Aussi est-il utile de décomposer cette catégorie afin de déterminer quels types de facteurs sont susceptibles de mener à l'infection.

Bien que tous les pays de l'étude aient exclu de leur système de surveillance la déclaration obligatoire du partenaire supposé être la source de l'infection, l'information est néanmoins recueillie par l'intermédiaire des formulaires de déclaration (voir paragraphe 3.3.3). Elle repose toutefois sur une base strictement volontaire². Ainsi, compte tenu du mode de recueil des données, l'information n'est pas exhaustive et les biais d'enregistrement ne sont pas à exclure. Comme le montre le Tableau 2.2, page 22 (données cumulées), entre 20 et 50% des cas ne sont pas documentés. Aussi, ces données sont-elles à interpréter avec beaucoup de précaution, en particulier sur un mode comparatif. En effet, la hauteur des pourcentages varie en fonction du nombre de cas où l'information n'est pas disponible. Ces proportions sont plus ou moins équivalentes en France et en Allemagne. Elles le sont en revanche moins en Italie et en Suisse.

Figure 2.3 Cas de sida par pays et par groupe de transmission, ajustés pour les délais de notification (données déclarées au 30 juin 2001)



Source : : EuroHIV/InVS

Le Tableau 2.2 renvoie à deux cas de figure : d'une part, il donne le pourcentage de cas où le patient est originaire d'un pays (ou d'une région) où la transmission hétérosexuelle est présumée être le mode principal de transmission du VIH, d'autre part, il donne une information sur le partenaire infectieux probable. Cumulées, les données présentées fournissent une information fondée sur le long terme et ne reflètent pas forcément l'évolution actuelle.

En France, dans au moins tiers des cas, le patient ou la patiente est originaire d'une région où l'épidémie s'est généralisée (environ 40%). Les données sur le partenaire sexuel montrent d'importantes différences entre les sexes : 12% des hommes mentionnent une partenaire originaire d'une zone où l'épidémie est généralisée, contre 4.5% des femmes. Ces dernières sont environ 20% à déclarer un partenaire UDI, cette proportion s'élève à 4.4% chez les hommes. Les autres sources d'infection connues sont comparativement plus faibles.

En Allemagne, comme en France, au moins un tiers des cas de sida recensés chez les hétérosexuels concerne des individus originaires de zones où l'épidémie généralisée. Au moins 16% des femmes ont été infectées par un partenaire UDI contre 8% des hommes. Ces derniers sont au moins 20% à mentionner une partenaire originaire d'une zone où l'épidémie est généralisée.

L'Italie présente un cas de figure difficile à interpréter en raison du grand nombre de cas où la transmission n'est pas caractérisée. Près de 50% des cas de sida hétérosexuels féminins relèvent de rapports sexuels avec des partenaires injecteurs de drogue. Cette proportion est moins importante parmi les hommes (14.8%). Ces derniers sont en revanche plus nombreux à déclarer une partenaire originaire d'un pays où l'épidémie est généralisée. Enfin, on notera que la part des individus originaires de ces pays est très faible.

En Suisse, 11 et 10% des hommes et des femmes contaminés par voie hétérosexuelle sont originaires d'un pays où l'épidémie est généralisée. Si l'on considère le partenaire infectieux, les hommes sont moins de 20% à mentionner une partenaire provenant de l'un de ces pays contre 11% des femmes. Ces proportions s'inversent lorsque le ou la partenaire fait usage de drogues par injection.

Tableau 2.2 Les sous-catégories de transmission pour les cas de sida infectés par contact hétérosexuel (données cumulées au 30 juin 2001)

	France		Allemagne		Italie		Suisse	
	%Homme	%Femme	%Homme	%Femme	%Homme	%Femme	%Homme	%Femme
(1) Originaire PEG	44.1	38.3	41.1	32.5	1.0	0.8	11.7	10.6
<i>Rapports sexuels avec</i>								
(2) Bisexuel masculin	0.0	3.8	0.0	9.3	0.0	1.7	0.0	3.2
(3) UDI	4.4	19.7	8.1	16.5	14.8	46.8	11.1	22.7
(4) Transfusé(e)	0.8	3.1	1.3	5.9	0.5	1.2	0.4	0.6
(5) PEG	12.3	4.5	20.2	7.1	14.3	7.6	17.2	10.9
(6) HIV+	4.8	9.5	0.1	0.2	46.5	40.0	7.9	16.3
(7) sans indication/autre	33.7	21.1	29.1	28.4	23.0	1.9	51.8	35.6
Ensemble	100	100	100	100	100	100	100	100
N	6583	5147	841	974	4641	3923	813	679

- 1 = originaire d'un pays où la transmission hétérosexuelle est présumée être le mode principal de transmission du VIH comme en Afrique sub-saharienne ou les Caraïbes (PEG = Pays ou région où l'épidémie est généralisée – selon la dénomination utilisée en Suisse)
- 2 = a eu des rapports sexuels avec un bisexuel masculin
- 3 = a eu des rapports sexuels avec un(e) utilisateur/utilisatrice de drogues injectables
- 4 = a eu des rapports sexuels avec un(e) hémophile ou un(e) transfusé(e)
- 5 = a eu des rapports sexuels avec une personne originaire de ou résidant dans un pays où la transmission hétérosexuelle est présumée être le mode principal de transmission du VIH
- 6 = a eu des rapports sexuels avec une personne séropositive qui n'appartient à aucune des catégories ci-dessus
- 7 = a été très probablement infecté(e) par contact hétérosexuel (information sur le(s) partenaire(s) non disponible, rapports sexuels avec prostituées, multipartenaires)

Début de l'enregistrement : France 1978; Allemagne 1983; Italie 1982; Suisse 1980.

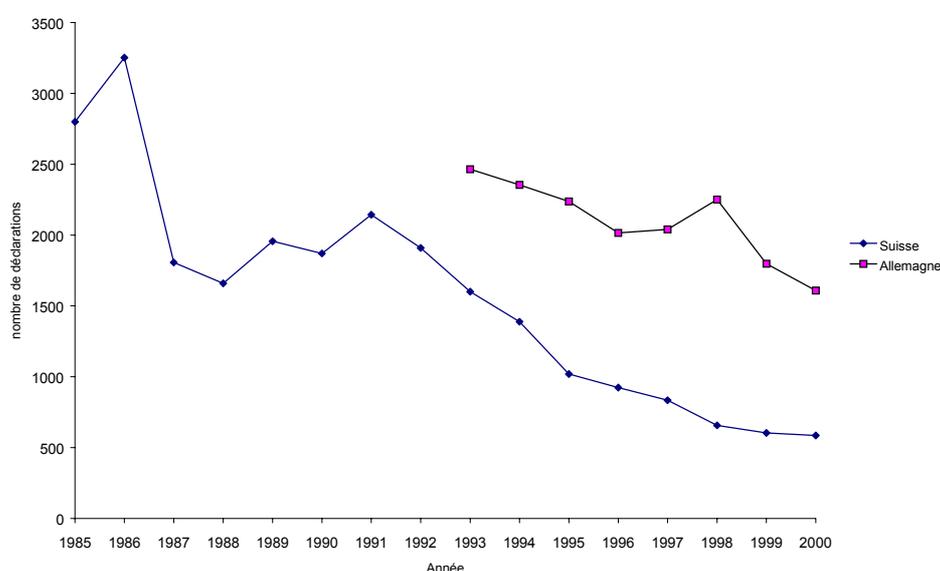
Source : EuroHIV

2.2 L'INFECTION À VIH

2.2.1 Evolution des déclarations d'infection

L'Allemagne et la Suisse sont les seuls pays de l'étude à disposer de séries statistiques nationales, sur les tests déclarés positifs par les laboratoires (voir section 3.3.4). Ces données ne donnent cependant qu'une image incomplète de la situation épidémiologique, le dépistage repose sur une base volontaire. Par conséquent, elles ne décrivent que partiellement l'évolution de l'infection à VIH.

Figure 2.4 Tests VIH déclarés positifs en Suisse et en Allemagne selon l'année de déclaration



Source : EuroHIV/InVS

En Suisse, le nombre annuel de tests positifs atteint son maximum peu après la mise à disposition du test de dépistage pour une large utilisation. Un second sommet est relevé en 1991, à la suite duquel le nombre de déclarations entre dans une importante phase de régression. Ce dernier passe de 2144 diagnostics en 1991 à 586 en 2000. A partir de 1998, la baisse s'est néanmoins ralentie. De plus, d'après les estimations calculées sur la base des déclarations de 2001, le nombre de nouvelles infections serait actuellement en légère augmentation, sans qu'il soit possible de déterminer s'il s'agit d'un changement de tendance ou un phénomène transitoire³.

En Allemagne, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection est tendanciellement décroissant entre 1993 et 2000 (malgré une augmentation entre 1996 et 1998, laquelle n'a néanmoins pas d'effet substantiel sur le trend général). L'Institut Robert Koch (RKI), estime cependant que le nombre de nouvelles infections n'a que très légèrement diminué au cours de ces dernières années. D'après les estimations du RKI, ce nombre serait resté relativement stable (environ 2000 nouvelles infections par année)⁴.

En France, les bilans d'activité des CDAG donnent une indication de l'évolution de l'infection à VIH. L'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) a récemment publié les bilans de 8 des 11 CDAG que compte l'Ile-de-France. Ces derniers montrent un renversement de tendance à partir de 1999.

Après plusieurs années de baisse, la proportion de tests positifs est passée de 7.4 pour mille en 1998, à 8.5 pour mille en 1999, et à 9.3 pour mille en 2000. Cette évolution ne concerne cependant que la région parisienne (données disponibles)⁵.

2.2.2 Evolution de l'infection à VIH par groupe de transmission

La distribution des tests déclarés positifs par groupe de transmission est difficile à interpréter, car la déclaration du mode d'infection n'est pas toujours connue. Aussi bien en Suisse qu'en Allemagne, la représentativité des données n'a été améliorée que récemment (Tableau 2.3).

Les données suisses montrent une très importante baisse des nouveaux diagnostics dans le groupe UDI. Après avoir atteint un sommet en 1989, le nombre annuel de nouveaux tests positifs déclarés dans ce groupe régresse de façon soutenue jusqu'à la fin de la décennie. La baisse est moins forte et plus tardive dans le groupe homosexuel, mais aussi plus complexe à interpréter en raison du grand nombre de tests pour lesquels la voie de transmission est inconnue. Enfin, le nombre de déclarations attribuées au groupe hétérosexuel augmente fortement entre 1988 et 1990, entame ensuite une phase de légère diminution jusqu'en 1993, date à laquelle il paraît se stabiliser.

Tableau 2.3 Tests positifs au VIH par pays, par groupe de transmission et par année

		1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Suisse	Homo	247	330	296	218	263	215	218	172	129	137	114	111	107
	UDI	418	599	460	323	252	216	167	135	114	92	54	69	57
	Hétéro	159	285	305	287	270	239	229	240	238	270	226	238	231
	Inconnu/autre	836	742	810	1316	1124	930	775	472	442	335	263	185	191
	Total	1660	1956	1871	2144	1909	1600	1389	1019	923	834	657	603	586
Allemagne	Homo						657	685	682	723	762	868	675	599
	UDI						280	254	258	200	213	252	203	175
	Hétéro						411	412	435	464	528	679	593	560
	Inconnu/autre						1117	1004	862	628	537	452	327	274
	Total						2465	2355	2237	2015	2040	2251	1798	1608

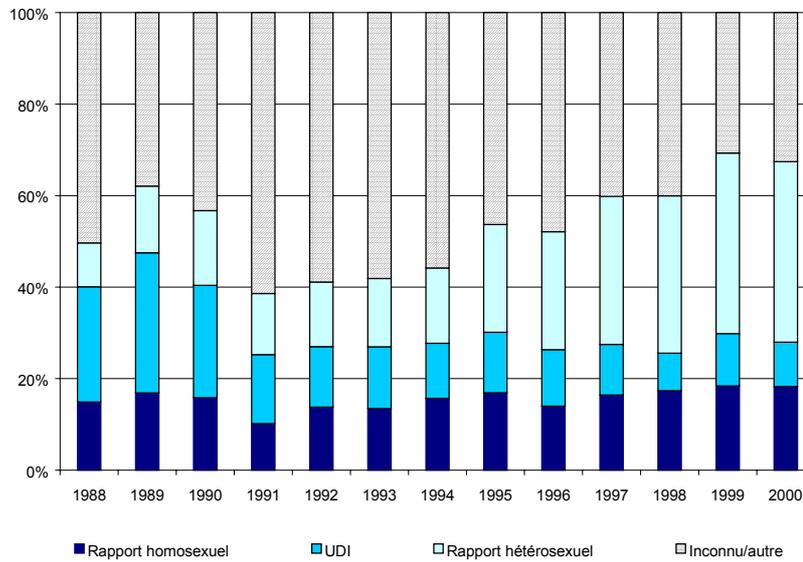
Source : EuroHIV, InVS

En Allemagne, on observe une évolution similaire dans les groupes homo et hétérosexuel : le nombre de diagnostics positifs augmente dans les deux catégories entre 1993 et 1998, puis entame une phase de régression à partir de 1998. En 2000, on enregistre autant de diagnostics positifs dans l'un et l'autre groupe. La tendance parmi les UDI est sensiblement différente. On remarque une légère diminution du nombre tests positifs jusqu'en 1996. Une légère recrudescence prend place entre 1996 et 1998, à la suite de laquelle le nombre de tests positifs recommence à diminuer. D'une manière générale, la période 1997-1998 est marquée par une augmentation dans tous les groupes, laquelle est peut-être due à un artefact de surveillance^c.

^c Pour une évolution de la prévalence du VIH parmi des populations d'UDI, voir le paragraphe 2.3.4.

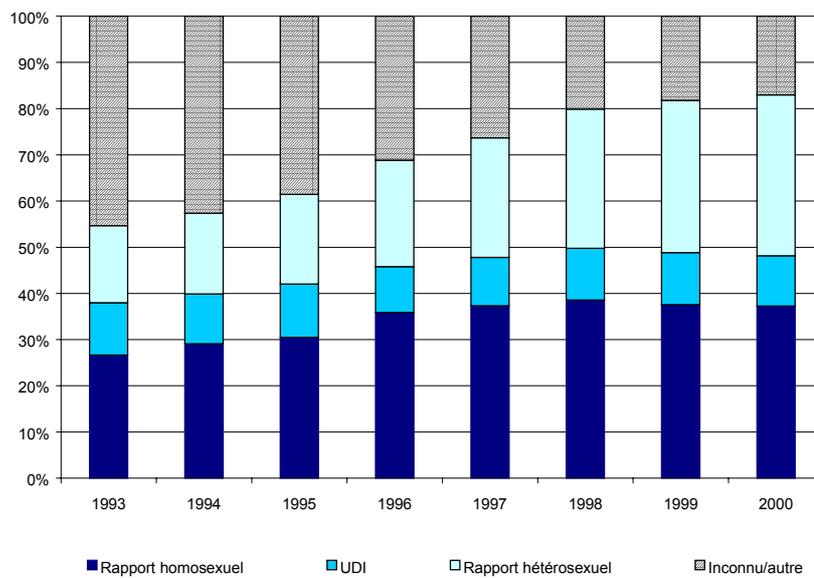
Les Figure 2.5 et Figure 2.6 ci-dessous décrivent l'évolution de la proportion des voies principales d'infection dans les deux pays.

Figure 2.5 Suisse – Evolution de la proportion des voies principales d'infection (nouvelles infections) par année de déclaration



Source : EuroHIV/InVS

Figure 2.6 Allemagne – Evolution de la proportion des voies principales d'infection (nouvelles infections) par année de déclaration



Source : EuroHIV/InVS

En Ile-de-France, le dépouillement des données de six CDAG, montre, entre 1998 et 2000, une baisse des diagnostics dans les groupes homosexuels et UDI. L'augmentation des nouvelles infections rapportée plus haut concerne principalement le groupe hétérosexuel, lequel est avant tout composé d'individus provenant de pays étrangers, notamment d'Afrique sub-saharienne. Ces données restent néanmoins partielles et ne reflètent que la situation très spécifique de la région parisienne.

Tableau 2.4 Caractéristiques épidémiologiques des diagnostics VIH retrouvés positifs, années 1998 à 2000, CDAG de Paris ayant des données exhaustives sur 3 années (6 CDAG sur 8 ; 955 diagnostics)

	1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%
Homosexuels	162	51	148	49	119	37
Hétérosexuels	150	47	147	49	202	61
Dont						
<i>Femmes Afrique subsaharienne</i>	46		67		72	
<i>Femmes autre origine étrangère</i>	13		10		8	
<i>Hommes Afrique subsaharienne</i>	43		29		54	
<i>Hommes autre origine étrangère</i>	17		19		31	
Toxicomanes	7	2	8	3	5	2
Inconnus	0		0		7	
Total	319	100	303	100	333	100

Source : InVS, *Sida, VIH et MST. Etat des lieux des données en 2001*, Saint-Maurice : InVS, 2001

2.2.3 Conclusions intermédiaires

L'observation de l'incidence des nouveaux cas de sida montre que les quatre pays de l'étude ont connu une dynamique épidémiologique plus ou moins similaire : un accroissement annuel du nombre de nouveaux cas jusque vers la seconde moitié des années 1990, puis une baisse généralisée jusqu'en 1997-98, suivie d'une phase de stabilisation. L'introduction des multithérapies explique ce déclin, de même qu'elle explique la baisse de la mortalité, observée de façon presque simultanée à la fin de la décennie 1990. Néanmoins, tous les pays n'ont pas été touchés avec la même intensité. Si la France, la Suisse et l'Italie montrent des taux d'incidence relativement élevés et proches, l'Allemagne figure, en termes relatifs, parmi les pays les moins touchés d'Europe.

La répartition des cas de sida par groupe de transmission montre des profils très contrastés. L'Allemagne et l'Italie se distinguent clairement de la Suisse et de la France par des épidémies fortement concentrées à partir d'un mode particulier de transmission (injection en Italie, transmission homosexuelle en Allemagne). En France et surtout en Suisse, l'épidémie s'est comparativement développée de façon plus mixte.

D'une manière générale, à la fin des années 1990, la baisse de l'incidence par transmission homosexuelle et par injection fait ressortir avec plus d'acuité la voie hétérosexuelle. C'est en particulier le cas de la France, de la Suisse et de l'Italie, où ce mode de transmission occasionne un nombre relativement élevé de déclarations. Ce phénomène s'explique notamment par le fait que de nombreuses personnes infectées sur la base de rapports hétérosexuels découvrent leur séropositivité au moment

du diagnostic de sida (ils sont environ 50% en France et en Suisse, proportion supérieure à celle observée dans les autres groupes de transmission^d).

Au niveau structurel, l'infection par contact hétérosexuel concerne divers segments de population, ce qui a pour effet de compliquer la surveillance épidémiologique. L'analyse des sous-catégories de transmission montre pour la France et l'Allemagne une présence relativement forte des individus originaires de pays où l'épidémie est généralisée. C'est également le cas en Suisse, mais dans une moindre mesure (et compte tenu des limites imposées par la représentativité des données). D'une manière générale, la question des migrants en provenance de pays où l'épidémie s'est généralisée tend à devenir l'une des préoccupations majeures de la surveillance épidémiologique dans les quatre pays de l'étude. Population peu investiguée jusqu'à présent, cette catégorie de migrants a certes fait l'objet de politiques de prévention spécifiques (en Suisse notamment^e). Mais il s'agit d'un segment de population plus difficilement accessible^f.

Les nouveaux cas d'infection à VIH ont diminué de façon substantielle au cours de la décennie 1990. En France et en Suisse, une recrudescence des nouvelles infections n'est cependant pas à exclure pour la période actuelle, sans qu'il soit possible d'en définir avec précision les modalités.

Il est enfin important de souligner que dans aucun des pays l'épidémie ne s'est généralisée. Elle évolue dans un contexte structuré par les politiques et marqué par l'introduction de traitements dont l'efficacité se lit très clairement sur les courbes d'incidence de nouveaux cas de sida et de mortalité. D'autre part, la baisse des indicateurs décrivant l'évolution des nouvelles contaminations peut être attribuée aux efforts de prévention. De nouveaux enjeux semblent actuellement se dessiner, comme l'indique, par exemple, la question des migrants.

2.3 EVOLUTION DES COMPORTEMENTS DANS LES PRINCIPALES POPULATIONS DE RÉFÉRENCE

Consacrée à l'étude comparative des comportements préventifs face à l'infection à VIH, cette section se base sur les résultats de diverses enquêtes menées en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse dans les principales publics-cible des politiques de prévention : la population générale, les jeunes, les homosexuels et les UDI.

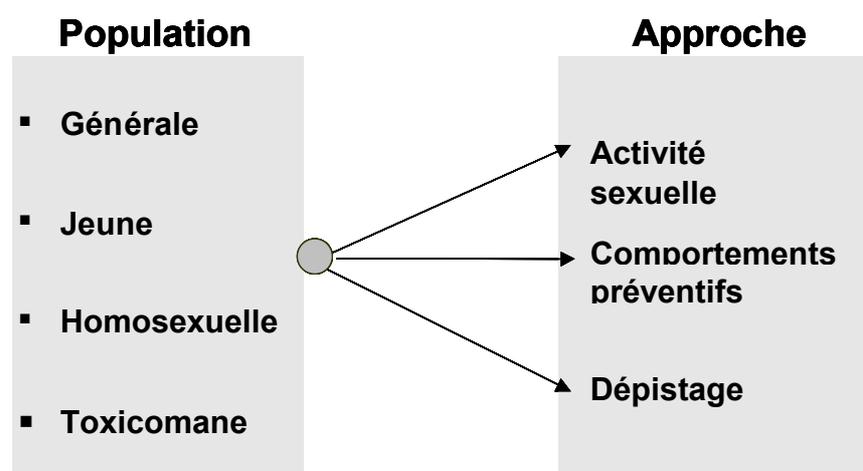
Dans la mesure du possible, ces populations sont abordées selon trois approches (Figure 2.7). La première concerne l'activité sexuelle, la deuxième regroupe les indicateurs décrivant les comportements préventifs, la troisième traite enfin du dépistage et de la prévalence du VIH (populations homosexuelles et UDI).

^d Pour la France, voir Pillonel J. Surveillance du sida : pourquoi le nombre de cas ne diminue-t-il plus⁴⁶. Pour la Suisse, Martin Gebhardt, OFSP, communication personnelle.

^e En Suisse, le service migration de l'OFSP mène diverses actions depuis 1987 auprès des différentes communautés étrangères présentes dans le pays. Ces actions sont fondées sur le droit à une information adaptée, de façon à ce que ces populations aient un accès à la prévention égal à celui de la population suisse. Jusqu'à présent, la prévention auprès de migrants subsahariens n'a été faite que dans certains cantons. Au niveau de la Confédération, un projet relatif à cette catégorie de migrants devrait débiter en 2002.

^f Faute de documentation suffisante sur les quatre pays, ce sujet n'a malheureusement pas pu être développé dans le cadre de ce rapport. Pour la France, on mentionnera le rapport de : Savignoni A, et al. Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France⁴⁷.

Figure 2.7 Populations de référence et approches



Comme les données font l'objet d'un traitement secondaire, les résultats ne sont pas directement comparables pays par pays. Ils répondent néanmoins aux questions sous-jacentes à chaque approche. Afin de faciliter la comparaison, les tableaux et les figures sont regroupés dans l'annexe 6. Ces derniers sont agencés de façon à ce que chaque indicateur soit présenté sur une seule page pour les quatre pays. Le type de population et l'indicateur figurent au sommet de chaque feuille.

Enfin, lorsque la comparabilité des données est suffisante, ces dernières sont résumées dans le texte à l'aide d'un graphique.

2.3.1 Population générale

A l'exception de l'Italie, l'impact des politiques de prévention en population générale fait l'objet d'enquêtes répétées (depuis 1987 en Allemagne⁶ et en Suisse⁷, depuis 1992 en France⁸). Ces enquêtes ont non seulement pour but de saisir l'évolution des comportements, mais aussi l'évolution des connaissances et des attitudes face au sida (KABP : Knowledge, attitude, beliefs and practice).

▪ Activité sexuelle

En France, la part relative des répondants déclarant avoir eu au moins deux partenaires au cours de l'année (multipartenaires) a diminué de façon continue et significative sur l'ensemble de la décennie. Chez les hommes, la proportion des multipartenaires est passée de 21.9% en 1992 à 10.2% en 2001 (de 9.2% à 6.3% chez les femmes). En Suisse, la part relative des hommes et des femmes déclarant un ou plusieurs partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois diminue sensiblement depuis 1987. Dans les deux pays, la baisse est perceptible chez les jeunes âgés de moins de trente ans⁸. Mais les variations observées en Suisse donnent davantage une impression de stabilité que de déclin. On n'observe pas de diminution du côté des données allemandes : les valeurs sont restées globalement stables depuis le début de l'enregistrement (1987). On notera toutefois que, sur l'ensemble de l'échantillon, la part des répondants déclarant plusieurs partenaires sexuels dans les 12 derniers mois est passée de 10% en 1987 à 8% en 2000.

- Comportements préventifs

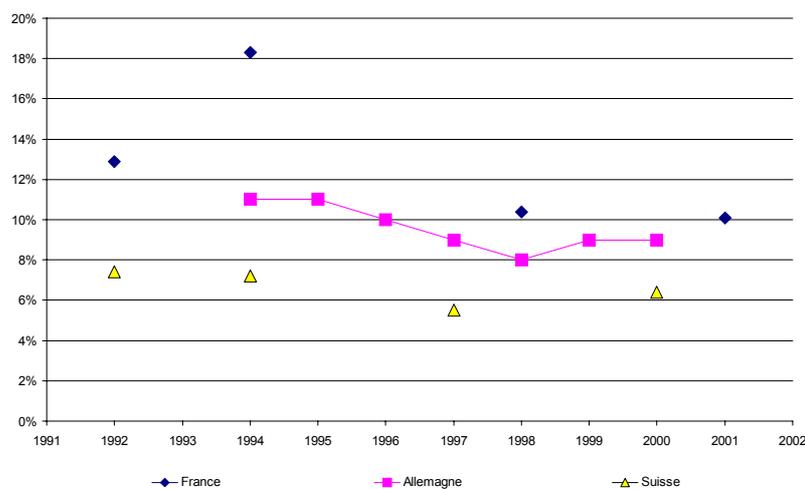
Dans les trois pays, les comportements préventifs liés à l'utilisation du préservatif ont cessé d'augmenter et se sont stabilisés ou montrent des signes de faiblesse. En France, les hommes ne sont plus que 28.9%, en 2001, à déclarer avoir utilisé le préservatif dans les 12 derniers mois, alors que ce chiffre s'élevait à 36.5% en 1998. La baisse est perceptible dans tous les groupes d'âge et de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes. En Suisse, le recul est principalement observé parmi les répondants ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 6 derniers mois (1997 : 77% ; 2000 : 62%), tout comme en France, où le déclin concerne davantage les multipartenaires. En Suisse, le niveau de protection enregistré en 2000 demeure néanmoins supérieur ou égal à celui relevé en 1994.

Malgré cette impression de déclin, il est nécessaire de souligner que le niveau de protection demeure élevé. C'est notamment le cas de la France où, en 2001, près de 70% des multipartenaires masculins (85% chez les femmes) déclarent utiliser systématiquement le préservatif alors qu'ils sont un peu plus de 50% en Allemagne à l'utiliser "toujours ou souvent" (hommes et femmes déclarant plus d'un partenaire sexuel). Enfin, les données françaises sur l'utilisation du préservatif au dernier rapport sont restées stables depuis 1994 (environ 20%)⁸.

- Recours au test VIH

En France, la proportion des répondants testés dans les 12 derniers mois se stabilise à un niveau légèrement supérieur ou égal à ceux observés en Allemagne et en Suisse. Comme le montre la figure ci-dessous, en 1994, la France se distinguait des autres pays par un recours élevé au dépistage : 18% en France, contre 11% en Allemagne et environ 7% en Suisse. En 1998, le recours au test a massivement baissé dans l'ensemble de la population française et s'est depuis stabilisé autour de 10% (Figure 2.8). En Allemagne, la part des répondants ayant effectué un test au cours des 12 derniers mois est passée de 11% en 1994 à 9% en 2000. En Suisse, le niveau moyen de dépistage en population générale est resté relativement stable (entre 6 et 7%).

Figure 2.8 Evolution de la proportion de répondants ayant eu recours au test de dépistage dans les 12 derniers mois en France, en Allemagne et en Suisse



Source : ORS/IdF (France), IUMSP/UEPP (Suisse); BZgA (Allemagne)

2.3.2 Population jeune (18 -24 ans)

Bien que la population jeune (y compris les adolescents) soit une cible privilégiée des programmes de prévention, il s'est avéré difficile de rassembler des données de trend pour chaque pays. Afin d'assurer la comparabilité externe des séries, il a été choisi de comparer les comportements des jeunes à partir des enquêtes menées en population générale⁸. Cette démarche n'est pas sans inconvénients, puisque les adolescents sortent en partie du champ d'investigation et que les effectifs parmi les moins de 20 ans sont souvent réduits.

Les indicateurs retenus pour la comparaison concernent l'entrée dans la sexualité (sexuellement actifs à un âge donné) et l'utilisation du préservatif au dernier rapport.

▪ Entrée dans la sexualité

En France, l'indicateur est fondé sur un échantillon, dont la petite taille hypothèque la validité des observations. Il s'agit des personnes sexuellement actives à l'âge de 18-19 ans. Indistinctement du sexe, ces statistiques donnent une impression de stabilité. En 1992, 83% des répondants déclarent au moins un rapport sexuel au cours de la vie, contre 79.5% en 2001. L'évolution est néanmoins différente selon le sexe : on remarque une plus grande proportion de sexuellement actifs parmi les hommes que parmi les femmes. En Allemagne, on observe le phénomène inverse, mais parmi les adolescents âgés de 17 ans. Relativement stables depuis 1994, les données allemandes montrent une plus grande proportion de "sexuellement actifs" parmi les filles que parmi les garçons (1998 : 67% et 54% respectivement). En Suisse, les données recueillies entre 1988 et 1997 parmi les individus âgés de 17 à 20 ans ont également peu varié. Entre 63 et 70% des hommes et des femmes déclarent au moins un rapport sexuel au cours de la vie. De plus, on ne remarque pas de substantielles différences entre les déclarations masculines et féminines. Ce n'est qu'en 2000, qu'un écart est observé entre les hommes et les femmes (71% et 63.6% respectivement) D'une manière générale, la plus grande homogénéité des valeurs obtenues en Suisse est peut-être due à une base statistique plus étendue.

Les classes d'âge diffèrent malheureusement trop d'un pays à l'autre pour que l'on puisse donner un point de vue comparatif sur la hauteur des proportions de sexuellement actifs.

▪ Utilisation du préservatif au dernier rapport

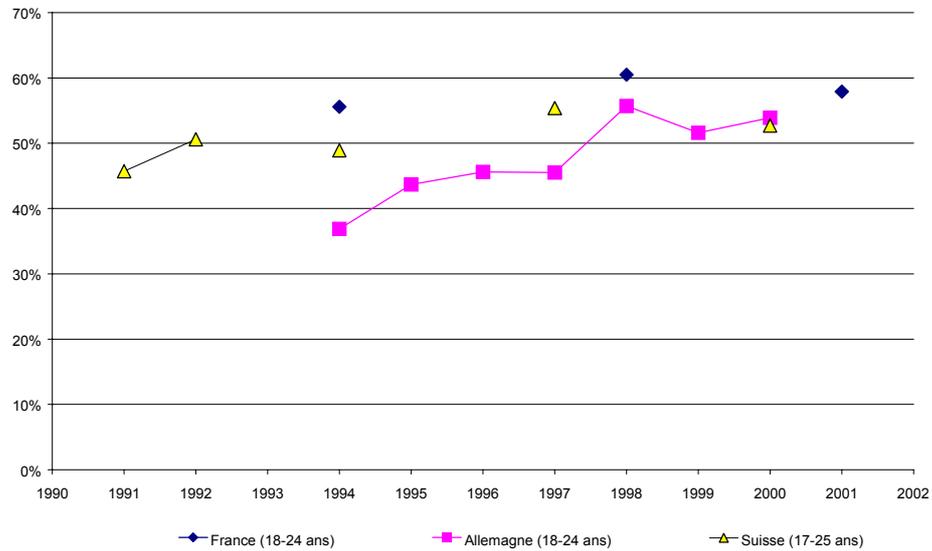
Parmi les 18-24 ans, l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel est clairement plus fréquente en France qu'en Allemagne et en Suisse. Comme le montrent les figures ci-dessous, malgré une très légère érosion en 2000 (France), les comportements préventifs restent supérieurs à ceux observés dans les autres pays. Or, sur cet indicateur les écarts se réduisent entre la France et l'Allemagne. En effet, en 1994, environ 57% des hommes français (46.3% des femmes) contre seulement 37% des hommes allemands la même année (21.6% des femmes). En 2000, l'écart s'est considérablement résorbé en raison de la stabilité des scores obtenus en France, et de l'augmentation continue des valeurs allemandes. La résorption des écarts est similaire chez les femmes.

Les écarts franco-suisses diffèrent selon le sexe. Concernant les hommes, l'évolution des comportements préventifs est assez similaire, tant au niveau de la dynamique que des scores obtenus. Du côté des femmes, un écart de 15 à 20 points s'est maintenu entre ces deux pays.

⁸ La Suisse et l'Allemagne disposent néanmoins de trends relatifs à la sexualité des adolescents. Pour l'Allemagne, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Jugend-Sexualität 1998⁴⁸. En Suisse (pour information), Narring F, Michaud P-A et al. Sexualité des adolescents et sida⁴⁹ : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception, 1997.

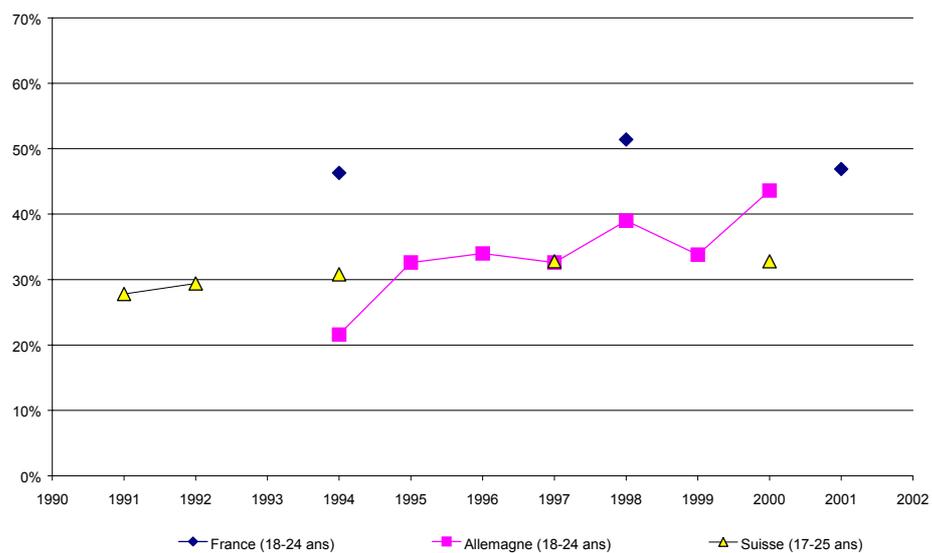
Enfin, les données relatives aux hommes tendent à s'homogénéiser en fin de période. En effet, entre 2000 et 2001, les valeurs des trois pays se situent entre 53 et 58%.

Figure 2.9 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi les hommes âgés entre 18 et 24 ans, en France, en Allemagne et en Suisse (17 à 25 ans)



Source : ORS/IdF (France), IUMSP/UEPP (Suisse); BZgA (Allemagne)

Figure 2.10 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi les femmes âgées entre 18 et 24 ans, en France, en Allemagne et en Suisse (17 à 25 ans)



Source : ORS/IdF (France), IUMSP/UEPP (Suisse); BZgA (Allemagne)

2.3.3 Population homosexuelle

A l'instar de la population générale, les homosexuels masculins ont fait l'objet de nombreuses investigations à partir de la fin des années 1980 ou du début des années 1990. En France, en Allemagne et en Suisse, ces enquêtes ont été reconduites jusqu'à récemment. En Italie, nous n'avons pu recenser que des enquêtes ayant eu lieu entre 1990 et 1996^h, soit avant l'introduction des multithérapies. Dans tous les pays, à l'exception de l'Italie, les questionnaires ont été diffusés essentiellement dans la presse homosexuelle. Par conséquent, les enquêtes ne ciblent qu'une certaine partie de la population gay.

Contrairement aux autres pays, les données italiennes n'ont pas été recueillies par voie de presse, mais directement sur le terrain (discothèques, bars avec *dark-rooms*, associations) dans plus d'une dizaine de centres urbainsⁱ.

En France, Allemagne et en Suisse, le nombre de revues mobilisées a variablement augmenté au cours de la décennie, mais sans altérer sensiblement la structure générale de l'échantillon. Il s'agit souvent d'individus avec un niveau d'éducation élevé, habitant les villes et qui s'auto-définissent comme homosexuels. Seule la répartition par âge s'est réellement modifiée. En effet, un vieillissement de la population répondante est observé dans les trois pays. Cette évolution doit être prise en compte dans les résultats. En effet, la plupart des auteurs écarte l'hypothèse d'un biais lié au mode de recrutement et interprète cette évolution comme révélatrice d'une tendance plus générale (désensibilisation des jeunes par rapport au sida)^j.

Dans le cadre de la comparaison internationale et comme pour la population générale, nous avons basé l'observation sur les indicateurs décrivant : a) l'activité sexuelle des répondants au cours des 12 derniers mois, b) l'évolution des comportements préventifs, c) le recours au dépistage et l'évolution des taux de prévalence du VIH.

▪ Activité sexuelle et exposition au risque

La difficile comparabilité externe des données relatives à l'activité sexuelle complique les comparaisons entre les pays. En raison de difficultés d'accès aux sources, les données françaises de 1997 et 2000, n'ont pas été reliées aux enquêtes précédentes.

Concernant le statut relationnel, près de la moitié des répondants français (97/00) et allemands déclare un partenaire stable au moment du questionnaire. Cette proportion s'élève si l'on considère cette variable sur les 12 derniers mois précédant l'enquête. Sur ce point, les données suisses (94/97/00) et françaises (97/00) affichent des niveaux semblables : environ 72% des répondants ont au moins un partenaire stable au cours de l'année. En France et en Suisse, sur les mêmes périodes, près de 80% des répondants déclarent avoir eu des partenaires occasionnels. Des valeurs semblables sont observées en Italie entre 1990 et 1996.

En France (94/97) et en Suisse (92/94/97/00), le nombre total de partenaires au cours des 12 derniers mois est resté stable : environ 65% des répondants déclarent jusqu'à 10 partenaires et 35% plus de 10. En revanche, le nombre de partenaires n'a cessé de croître en Allemagne: entre 1991 et 1999, la part des répondants ayant eu, au cours des 12 derniers mois, plus de 10 partenaires est passée de 29.9% à 41.6%.

^h Pour une synthèse des résultats, voir Colombo A. Gay e Aids in Italia⁵⁰.

ⁱ L'Istituto Superiore di Sanità (Rome) et l'Istituto Cattaneo (Bologne) sont à l'origine de ces enquêtes.

^j Adam P, et al. Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000. Voir également, Bochow M. Schwule Männer: Aids und Safer Sex⁵¹.

- Comportements préventifs avec le partenaire stable

A partir de 1997, on remarque en France un fléchissement des comportements préventifs avec le partenaire stable. Cette information est principalement donnée par les répondants qui, sur les 12 derniers mois, affirment ne "jamais utiliser de préservatif lors de la pénétration anale" : leur part est passée de 31.2% en 1997 à 37.3% en 2000, mais elle reste en deçà de la valeur enregistrée en 1993 (43%). Quant à la part des répondants affirmant "toujours utiliser le préservatif", elle est passée de 44% en 1995 à 38.2% en 2000. En Allemagne, les comportements préventifs avec le partenaire habituel sont restées stables ou ont très légèrement fléchi depuis 1993 (début de l'enregistrement) : en 1999, 41% des répondants n'ont pas utilisé de préservatif avec le partenaire stable, contre 37% en 1993. Dans ce pays, le port systématique du préservatif décline également très légèrement (1993 : 29.9% ; 1999 : 27.5%).

Si les données peuvent être comparées en termes d'évolution, elles sont en revanche plus difficiles à comparer en terme de niveau, car les pourcentages dépendent du nombre de répondants qui ne pratiquent pas la pénétration anale. Sous ce rapport, la France se distingue nettement de ses voisins. L'absence de la pénétration anale du répertoire sexuel est presque deux fois plus fréquente en Suisse qu'en France (respectivement 25% et 10.4% en 2000). De même, les Allemands sont comparative-ment plus nombreux que les Français à ne pas la pratiquer (l'écart est d'environ 7 points). On remarque un phénomène identique en ce qui concerne les comportements préventifs avec les partenaires occasionnels.

- Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels

Dans tous les pays, le niveau de protection est plus élevé avec les partenaires occasionnels qu'avec le partenaire stable. En France, malgré un fléchissement en 2000, le niveau de protection avec les partenaires occasionnels demeure relativement élevé. Le taux de répondants déclarant "toujours utiliser le préservatif" avec les partenaires occasionnels augmente fortement jusqu'en 1995 (1991 : 53% ; 1995 : 73%), se stabilise en 1997 (74.2%) pour ensuite descendre légèrement en 2000 (70%). Ces valeurs sont largement supérieures aux valeurs recensées en Suisse ou en Allemagne (entre 40% et 60%), mais reflètent aussi la fréquence plus élevée de la pénétration anale en France. En effet, les Français la pratiquent plus souvent que les Allemands et les Suisses et montrent, par conséquent, un pourcentage plus important de recours systématique au préservatif. De fait, concernant l'absence de la pénétration du répertoire sexuel, les valeurs vont du simple au double entre la Suisse et la France (respectivement 31% et 14.5% en 2000), et sont encore plus marquées avec l'Allemagne (40.4% en 1999). Cependant, dans ces trois pays, la pratique de la pénétration anale tend à augmenter depuis le début des années 1990.

Afin de comparer les niveaux de protection avec les partenaires occasionnels, il convient de ne tenir compte que des répondants qui pratiquent la pénétration anale. Selon cette nouvelle base statistique, on peut estimer, que pour l'année 2000, près de 80% des répondants français et suisses déclarent "toujours" se protéger lors de la pénétration anale. Cette proportion est inférieure en Allemagne (72%)^k.

En Italie, les données sont agrégées sur deux périodes (1990-1993 ; 1995-1996) et réparties selon le profil "socio-sexuel" des répondants (partenaires occasionnels seulement versus relation stable ouverte), si bien qu'elles ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays. On notera cependant que les comportements préventifs ont beaucoup augmenté entre les deux périodes : en

^k Il s'agit d'une estimation fondée sur un remaniement des pourcentages présentés en annexe.

1995-1996, 80% versus 90% des répondants utilisent toujours le préservatif lors de la pénétration anale, alors qu'ils étaient 50% versus 60% en 1990-1993.

- Comportements préventifs versus exposition au risque selon l'âge avec les partenaires occasionnels

Sous ce registre, les comparaisons sont délicates, car tous les pays ne présentent pas leurs données de la même manière. En France, la dernière enquête nationale montre que les prises de risques (pénétration anale non protégée avec le partenaire occasionnel) augmentent dans toutes les classes d'âge entre 1997 et 2000. Ce mouvement est particulièrement visible en région parisienne et parmi les jeunes de moins de 25 ans. En Suisse, l'augmentation des prises de risques serait plutôt le fait d'individus âgés de plus de trente ans. En Allemagne, les données relatives aux individus âgés de moins et de plus de trente ans ne montrent pas de réelle augmentation. Dans les deux groupes d'âge, cependant, on remarque entre 1991 et 1999 une diminution de la proportion de répondants déclarant ne pas pratiquer la pénétration anale.

- Comportements préventifs dans le couple selon le statut sérologique

Aussi bien en France, qu'en Suisse et en Allemagne, on s'accorde à considérer le couple comme un lieu d'exposition non négligeable, compte tenu, notamment, de l'importance des relations stables non exclusives et surtout de l'incertitude des deux membres du couple sur la question du statut sérologique.

En raison d'une présentation différenciée des résultats selon les pays, il n'est malheureusement pas possible de comparer de façon réaliste l'évolution des comportements préventifs au sein des couples selon le statut sérologique. Les observations faites en France montrent une légère augmentation des prises de risques dans tous les types de couple¹ (au moins une pénétration anale non protégée). En Suisse, l'évolution est plus contrastée et ne peut être interprétée avec certitude. On peut néanmoins estimer qu'en 2000, l'utilisation systématique du préservatif fait l'objet de proportions plus ou moins équivalentes en France et en Suisse dans chaque catégorie de couple^m. Le constat est similaire en Allemagne : en 1999, parmi les couples sérodifférentsⁿ allemands, on relève une proportion équivalente à celle observée en France des répondants déclarant au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois (entre 20 et 25%).

- Dépistage au cours de la vie et taux de prévalence du VIH parmi les répondants

Le taux de dépistés au cours de la vie est plus élevé en France que dans les autres pays. Cette observation se vérifie dans les trends : en 1993, 82.3% des répondants français ont déjà recouru au test,

¹ Non testés, séronégatifs, séropositifs, sérodiscordants.

^m En France, l'observation est fondée sur les répondants déclarant au moins une pénétration non protégée dans les 12 derniers mois, tandis qu'en Suisse, il s'agit des répondants qui déclarent toujours utiliser le préservatif lors de la pénétration anale. (Base = répondants ayant pratiqué la pénétration anale dans les 12 derniers mois).

ⁿ Sont considérés ici comme sérodifférents les couples dont l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif ou non testé.

contre 72% des Suisses et 62.4% des Allemands de l'Ouest (Est : 54.5%)^o. En 1999-2000, les écarts se sont réduits mais restent en faveur de la France : 86.2% contre 82% en Suisse et 77% en Allemagne (Est et Ouest). En France, la prévalence au VIH parmi les répondants à baissé continuellement depuis la fin des années 1980 et s'est stabilisée en 1997 et 2000 (1986 : 21.5% ; 1987 : 11.2% ; 2000 : 12.5%). En Suisse, la proportion de séropositifs ne varie pas sur toute la période investiguée (92/94/97/00 : environ 11%). Seule l'Allemagne voit ses taux de prévalence augmenter au cours des années 1990 : ils sont passés d'environ 10% en 1991-1993 à 15% en 2000. En Italie, la prévalence parmi les enquêtés est comparativement plus faible, mais elle augmente sensiblement entre 1990 et 1996 (de 4 à 7%).

2.3.4 Usagers de drogues injectables

Si dans la plupart des pays, la population générale et les homosexuels font l'objet d'enquêtes reconduites dans le temps et suffisamment homogènes pour qu'on en puisse comparer les résultats, il n'en va pas de même avec la population toxicomane. Celle-ci a été diversement investiguée selon les pays, le plus souvent de façon ponctuelle, sans qu'il soit toujours possible de relier les résultats les uns aux autres. De fait, les échantillons analysés ont une structure beaucoup plus variable que ceux réalisés en population générale ou dans le cadre des enquêtes presse gay. De toute évidence, les stratégies de recrutement (bas-seuil, rue, centres de traitement) expliquent cette variabilité et hypothèquent les résultats de la comparaison internationale.

Cette dernière est d'autant plus difficile en raison des différentes périodes pour lesquelles des données sont disponibles. Dans leur majorité, les enquêtes accessibles en Allemagne et en Italie ont été menées entre la fin des années 1980 et la première moitié des années 1990^p. En Suisse, les structures à bas-seuil établies dans plusieurs cantons ont fait l'objet de recherches et d'évaluations depuis le début des années 1990¹⁰. En France, l'Institut de Recherche en Epidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) a réalisé des enquêtes en 1988, 1991 et 1996. Plus récemment, l'InVS et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ont investigué la population toxicomane fréquentant les programmes d'échange de seringues (PES). Lors de l'atelier, nous avons privilégié cette enquête, car elle met en évidence les caractéristiques de services à bas-seuil lesquels ont été, en France, officiellement reconnus en 1995^{11,12}. Elle est en outre comparable aux travaux menés en Suisse.

Les indicateurs utilisés pour la comparaison internationale décrivent : a) le niveau de prévalence au VIH dans les populations toxicomanes à des époques diverses, b) les comportements préventifs en matière d'injection, c) les comportements préventifs lors de relations sexuelles.

▪ Prévalence du VIH

Les taux de prévalence enregistrés en France entre 1988 et 1998 ont globalement diminué de moitié. La première enquête de l'IREP fait état de 40% de séropositifs en 1988, contre 34% en 1991. La diminution se poursuit jusqu'en 1996, puis semble s'être stabilisée autour de valeurs allant de 15 à 20%. En 1998, l'enquête sur les PES mentionne un taux de prévalence de 19%.

^o Pour l'enquête française, voir Schiltz M-A. Les homosexuels face au sida: enquête 1995⁹ et Adam P, et al. Résultats préliminaires sur la presse gay 2000⁵². Les données antérieures à 1997 ne figurent pas dans le document supplémentaire.

^p Pour l'Allemagne, Kleiber D, Anand P. HIV-Needle-Sharing - Sex¹⁵. Voir également, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Aids und Drogen II⁵³. En l'Italie, le Ministère de la Santé publique publie régulièrement un rapport d'activité des services publics à l'usage des toxicomanes (Rilevazione Attività nel settore tossicodipendenza - Anno 1999, Rome, 2000⁵⁴).

En Suisse, les taux de prévalence enregistrés localement depuis 1989 n'ont jamais dépassé 30%¹³. Entre 1989 et 1991, les données relevées à Zurich et à Genève se situent entre 20 et 28%. Par la suite, les taux ont baissé et se sont stabilisés dès 1993 autour de 11%. A la fin des années 1980, on observe donc un écart relativement important entre la France et la Suisse. De plus, les taux de prévalence ont régressé plus rapidement en Suisse qu'en France.

En Italie, les statistiques de prévalence sont données par les résultats des tests sérologiques effectués dans des centres médico-sociaux spécialisés en toxicodépendances. Entre 1987 et 1988, les taux recensés au niveau national sont légèrement inférieurs à 40%. Plusieurs enquêtes semblent confirmer ce chiffre^q. Entre 1991 et 1999 la proportion de sérologies positives est passée de 28.8% à 15.2%¹⁴. Ces chiffres couvrent néanmoins, d'importantes différences régionales. En 1999, les taux relevés en Lombardie et en Emilie Romagne s'élèvent respectivement à 26 et 27% contre 42 et 41% en 1991. D'une manière générale, les régions du Nord montrent des taux de prévalence plus élevés que les régions du Sud (à l'exception cependant de la Sardaigne, en moyenne 20% au cours de la décennie).

En Allemagne, ces valeurs paraissent diminuer rapidement. A Berlin, par exemple, elles chutent de 10 points entre 1989 et 1993 (de 23% à 12%)¹⁵. Mais, confrontée aux résultats d'autres enquêtes, cette baisse pourrait être toute relative : dans la littérature scientifique, ces valeurs oscillent plutôt entre 15 et 20% au début des années 1990^{16,17}. Elles restent néanmoins inférieures à celles relevées en France et en Italie.

- Partage de la seringue

Pierre angulaire des politiques de réduction des risques, la diminution du partage de seringues est de toute évidence liée à l'accessibilité du matériel d'injection, notamment dans le cadre de programmes d'échange de seringues^r (voir 3.3.1).

Entre 1988 et 1991, les enquêtes multicentriques de l'IREP, montrent une diminution du partage de seringues parmi les consommateurs de drogues (1988 :48% ; 1991 : 33%)¹². Ces valeurs correspondent très globalement au niveau de partage observé en Italie au cours de la même période (environ 30%) avec d'importants mouvements de baisse selon le lieu d'observation et le statut sérologique des répondants. En Allemagne, la part des injecteurs déclarant "ne pas avoir pratiqué de partage dans les 6 derniers mois" passe de 35% en 1988/89 à 61% en 1992/93 (enquête multicentrique). Ces variations montrent que, dans chacun des pays, les pratiques d'injection se sont rapidement modifiées, mais à des niveaux qu'il est difficile de comparer.

Pour la période 1995 et 2000, des données sont disponibles pour la France (1998) et la Suisse (1994-2000). Ces dernières sont issues d'enquêtes auprès de populations fréquentant des programmes d'échange de seringues. D'après les résultats de l'enquête française, 18% des injecteurs avaient partagé leur seringue durant le dernier mois (13% selon l'enquête de l'IREP de 1996). Ces valeurs se situent entre 9 et 12% en Suisse (6 derniers mois).

^q Il s'agit des structures rattachées aux unités sanitaires locales (service public). Les SERT ont orienté leur intervention sur un modèle médicalisé avec des traitements de sevrages et avec un large emploi de médicaments de substitution tels que la méthadone. Les héroïnomanes constituent entre 90 et 80% des usagers.

^r Pour une revue de la littérature sur ce sujet voir Emmanuelli J. Caractéristiques et efficacité des programmes d'échange de seringues à travers le monde⁵⁵.

▪ Utilisation du préservatif

En France (IREP, 1996), parmi les répondants ayant eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel, 75% ont utilisé des préservatifs¹⁸. En 1998, cette proportion n'a quasiment pas bougé et s'élève à environ 70% (INSERM/InVS).

Si l'on considère désormais l'utilisation du préservatif au cours des 6 derniers mois, 52% des répondants ayant eu des partenaires occasionnels se sont "systématiquement" protégés (INSERM/InVS, 1999). Cette valeur est inférieure à celles observées en Suisse, où environ 70% des répondants déclarent avoir "toujours" utilisé le préservatif avec des partenaires occasionnels au cours des 6 derniers mois. Quoi qu'il en soit, les données françaises sur le dernier rapport témoignent d'un niveau de protection élevé avec les partenaires occasionnels. Aussi bien en France qu'en Suisse, ce niveau est proche de celui observé en population générale sous la même rubrique⁵.

L'usage du préservatif est en revanche moins fréquent lorsqu'il s'agit du partenaire stable. Les données françaises de 1996 (IREP) montrent que 34% des répondants se sont protégés avec le partenaire habituel lors du dernier rapport. En 1998 (INSERM/InVS), cette valeur est de 26% si l'on considère la variable sur les 6 derniers mois (utilisation systématique). Sur ce dernier point, les données françaises sont très proches des suisses : en moyenne 27% des répondants suisses déclarent avoir "toujours utilisé le préservatif" avec le partenaire stable.

Plus anciennes, les données italiennes ne sont pas directement comparables avec les données françaises et suisses. Elles montrent cependant, que les UDI italiens ont également adoptés des comportements préventifs avec leurs partenaires occasionnels. Entre 1991 et 1993, à Rome, 50 à 70% des répondants déclarent se protéger avec ce type de partenaires. Cette proportion est moindre s'il s'agit du partenaire stable. De plus fines comparaisons sont malheureusement rendues difficiles en raison d'une ventilation différente des données selon les enquêtes.

Enfin, les données allemandes montrent un niveau de protection comparativement moins élevé. Recueillies entre 1990 et 1993 dans trois régions (Berlin, Nordrhein Westfallen et Schleswig-Holstein) elles témoignent d'une stagnation des comportements préventifs : en 1990/91, parmi les répondants déclarants des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, 26% ont toujours utilisé un préservatif, contre 23% en 1992/93 (période de référence inconnue). Entre 1990 et 1991, une enquête menée par la *Deutsche Aids-Hilfe* montre qu'environ 20% des répondants ayant des partenaires occasionnels se sont toujours protégés. Cette valeur est de 14% si le partenaire est stable¹⁹. Malheureusement, il n'a pas été possible de vérifier si le niveau d'utilisation du préservatif a augmenté au cours de la décennie.

2.4 CONCLUSIONS INTERMÉDIAIRES

Dans tous les pays investigués, les principales populations de référence ont clairement adapté leur comportement au contexte imposé par l'épidémie.

En **population générale**, l'utilisation du préservatif a atteint des niveaux importants aussi bien en France, qu'en Allemagne et en Suisse. Les résultats des dernières enquêtes menées dans ces trois pays témoignent néanmoins d'une probable stabilisation des comportements préventifs. En France, l'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois semble montrer des signes de faiblesse. Or, la confrontation avec les données des autres pays permet de relativiser cette baisse : les valeurs obser-

⁵ Pour les données françaises, voir Grémy I, et al⁸.

vées récemment en France ne semblent pas inférieurs à ceux obtenus dans les autres pays. Par ailleurs, si la protection a sensiblement diminué (au cours des 12 derniers mois), elle est restée stable au dernier rapport.

Malgré une forte baisse entre 1994 et 1998, le recours au dépistage est resté plus fréquent en France qu'en Allemagne et en Suisse. Par rapport aux valeurs observées en 1994 (année de forte mobilisation sociale en France), les écarts se sont réduits et les taux tendent à s'harmoniser.

Parmi les **jeunes**, la fréquence d'utilisation du préservatif au dernier rapport est importante, en particulier en France. De fait, l'adoption de comportements préventifs parmi les 18-24 ans y est plus forte qu'en Allemagne ou en Suisse. Concernant les hommes, les taux observés dans les différents pays tendent à s'harmoniser en fin de période. En revanche, les écarts sont plus contrastés du côté des femmes. Ils se sont maintenus entre la France et la Suisse sur l'ensemble de la période de référence, tandis que les taux allemands se sont progressivement rapprochés des taux français.

Les **populations homosexuelles** investiguées par l'intermédiaire des enquêtes presse gay témoignent, sur le long terme, de comportements préventifs élevés. Au niveau de l'activité sexuelle, les indicateurs sélectionnés sont restés relativement stables en France et en Suisse. Ils ont davantage varié en Allemagne, où le nombre de partenaires a augmenté au cours de la décennie 1990.

Malgré un léger fléchissement en fin de période (France, Suisse, Allemagne), les comportements préventifs demeurent consistants, surtout lorsqu'il est question des partenaires occasionnels. On notera cependant de remarquables différences sur la fréquence de la pénétration anale dans les différents pays. En France, cette dernière est presque deux fois plus pratiquée qu'en Suisse ou en Allemagne. Elle augmente néanmoins dans ces deux pays (de façon plus soutenue en Allemagne).

La dernière enquête française faisait état d'une augmentation des comportements à risques (pénétrations anales non protégées) dans toutes les classes d'âge⁹. L'information n'étant pas fondée sur le même type d'indicateur entre les différents pays, les résultats de la comparaison internationale restent limités^t. En Suisse, l'augmentation des pratiques à risques est surtout perceptible chez les plus de 30 ans. L'interprétation est plus difficile en Allemagne. On notera cependant que, dans ces deux pays, les prises de risques occasionnelles tendent à augmenter légèrement.

Il n'a malheureusement pas été possible d'intégrer systématiquement les données italiennes à la comparaison internationale. Relatives à la première moitié des années 1990, ces dernières font état d'une importante progression des comportements préventifs, en particulier avec les partenaires occasionnels. A notre connaissance, il n'existe pas d'enquêtes permettant de définir l'évolution récente des comportements.

L'évolution des comportements préventifs parmi les **UDI** est relativement complexe à comparer, en raison de la nature variable des enquêtes utilisées et du mode de recrutement des répondants (bas-seuil, centres de traitement, rue, etc.). D'une manière générale, on observe une chute importante de la prévalence du VIH au cours des années 1990. A la fin des années 1980, cette dernière est comparativement plus élevée en France et en Italie, qu'en Allemagne ou en Suisse. En fin de période, on observe encore quelques différences. En France, les taux relevés parmi les usagers de programmes d'échange de seringues sont supérieurs à ceux observés en Suisse.

La diminution du partage de seringues, observée dans la plupart des pays, témoigne du succès des politiques de réduction des risques. Mais, à l'instar des taux de prévalence, ces résultats ne sont pas

^t Dans l'enquête française, l'indicateur est fondé sur la proportion de répondant déclarant au moins une pénétration anale au cours des 12 derniers mois, tandis qu'en Suisse et en Allemagne, les indicateurs consistent dans l'utilisation du préservatif.

simples à interpréter, en raison d'une faible comparabilité des données. La France, l'Italie et l'Allemagne montrent des valeurs plus ou moins similaires vers la fin des années 1980. En France, le niveau de partage a diminué au cours des années 1990, mais reste à un niveau légèrement supérieur à celui observé en Suisse.

Enfin, en France, en Suisse et en Italie, on relève un niveau de protection élevé lors de rapports sexuels avec les partenaires occasionnels. Ce dernier est comparable aux niveaux observés en population générale. Les comportements préventifs sont en revanche moins fréquents lorsqu'il s'agit du partenaire stable.

3 LES POLITIQUES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

3.1 INTRODUCTION

Les comparaisons internationales ont pour principal objet d'identifier quels ensembles de facteurs concourent à l'explication des différences et des similitudes observées dans chaque pays. Or, dans le cadre de cette étude, il est moins question d'expliquer ces phénomènes que de les mettre en évidence et d'en apprécier la portée à partir de l'observation empirique^u. C'était notamment le but de l'atelier organisé à Cully, au cours duquel les experts étaient chargés de décrire les caractéristiques essentielles des politiques menées dans leur pays respectif à partir d'une grille de lecture préétablie. Les champs couverts par la grille concernaient principalement:

- la conceptualisation, la formalisation et la mise en œuvre des politiques de lutte contre le sida ;
- leurs aspects spécifiques : la réduction des risques (toxicomanie), le système de surveillance, le dépistage, la promotion du préservatif, la recherche et l'évaluation^v.

Compte tenu de l'ampleur du questionnement et des contraintes de temps, il n'a pas été possible de couvrir tous les champs de façon approfondie pour chacun des pays. A la suite de l'atelier, des compléments d'information ont été recherchés dans la littérature disponible ou obtenus par l'intermédiaire des experts.

La présentation des résultats se divise en deux parties. Dans un premier temps, il est question de décrire sur quelles bases les différents pays ont formalisé leur politique de prévention, quelle a été leur traduction institutionnelle et leur "exceptionnalité". Cette description est suivie d'une discussion, laquelle a pour but de mettre en perspective les options retenues par les quatre pays de l'étude. Dans un second temps, certains aspects spécifiques des politiques font l'objet de brefs développements (réduction des risques, promotion du préservatif, surveillance et dépistage). Le parti a été pris de mettre davantage l'accent sur les politiques de réduction des risques (UDI).

3.2 LES POLITIQUES ET LEUR TRADUCTION INSTITUTIONNELLE

Cette section décrit les différentes politiques de lutte contre le sida, telle qu'elles ont été formalisées entre la fin des années 1980 et le début des années 1990, les institutions sur lesquelles elles s'appuient, ainsi que les types de partenariat qu'elles impliquent. Ces éléments sont développés par pays et font finalement l'objet d'une discussion. En annexe, une chronologie résume les moments-clé des politiques de lutte contre le sida (voir annexe 5.2).

3.2.1 L'Allemagne : le programme d'urgence de 1987

Les premiers jalons de la politique de lutte contre le sida sont posés en 1983, lorsque le Ministère Fédéral de la Santé invite une délégation de San Francisco dans le but d'obtenir une expertise sur la nouvelle

^u Pour une analyse comparée approfondie des politiques de lutte contre le sida, voir le récent ouvrage de Steffen M. Les états face au sida en Europe³⁶.

^v Ces deux derniers points ne sont pas spécifiquement abordés dans ce rapport.

maladie et les moyens à mettre en œuvre pour y faire face. La même année, le Ministère reçoit secrètement des experts médicaux et des représentants de la communauté homosexuelle afin de discuter de prévention^w. C'est à cette époque, également, que des militants homosexuels fondent à Berlin la *Deutsche AIDS-Hilfe (DAH)*, relayée, en 1984 par des sections à Munich et à Cologne. En 1985, la Conférence des Ministres de la Santé fait un premier bilan des mesures engagées dans les Länder. Et c'est en 1987, à un moment où les extrapolations des épidémiologistes explosent, que le gouvernement fédéral établit un programme d'urgence de lutte contre le sida dans le but de:

- contenir la maladie et de prévenir les nouvelles infections ;
- développer la recherche thérapeutique ;
- établir des structures d'accueil pour les personnes atteintes ;
- créer un climat de la solidarité avec les malades.

Le programme d'urgence adopte une position libérale dans son traitement de l'épidémie en axant la prévention sur l'information, l'éducation et la responsabilité individuelle, telle que l'avait recommandé l'OMS et la Communauté Européenne. Seul l'Etat de Bavière fait alors opposition et impose le dépistage obligatoire à certains groupes de population, comme les requérants d'asile, les prostituées et les toxicomanes.

Quoi qu'il en soit, au niveau national, le programme d'urgence a pour effet d'étendre la prévention à l'ensemble de la population. Les messages appellent à la mobilisation collective et individuelle et à la solidarité envers les malades. "*Aids geht alle an*" (le sida nous concerne tous) s'impose comme le leitmotiv des premières campagnes. La généralisation de la cause n'empêche pas la spécialisation des messages. Ces derniers font l'objet d'une division du travail élaborée entre les organismes d'Etat et les organisations non-gouvernementales. Les campagnes sont placées sous la responsabilité du Centre Fédéral pour l'Education à la Santé (*BZgA*). Rattaché au Ministère de la Santé, cette institution est chargée de conceptualiser et d'évaluer les campagnes en population générale. Les missions de prévention vis-à-vis des groupes les plus vulnérables sont confiées à la *Deutsche Aids-Hilfe*, constituée depuis en organisation nationale, à laquelle s'est adjoint un grand nombre d'associations au niveau régional et local.

Financée par le *BZgA*, la *DAH* dispose de la légitimité nécessaire pour atteindre des groupes réputés difficiles d'accès, notamment les homosexuels, les toxicomanes, les prostituées, ainsi que d'autres groupes marginalisés, et réussit à diffuser des messages adaptés aux populations de référence. Située à Berlin, l'association faitière a pour mission de conceptualiser, de produire et de diffuser aux *DAH* locales le matériel de prévention. Elle représente également les intérêts des personnes atteintes et assure la formation des intervenants dans le domaine du sida par l'organisation de nombreux séminaires. De leur côté, les unités locales mettent en œuvre la prévention sur le terrain et organisent des structures d'accueil et de soutien pour les personnes atteintes.

Au début des années 1990, dans le cadre de ses missions de prévention, la *DAH* adopte formellement les critères de définition de la santé tels qu'ils sont proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé (Charte d'Ottawa, OMS, 1986). Ceci implique que les activités de prévention se déclinent sur un mode holiste, en tenant compte notamment des déterminations socio-culturelles et des facteurs environnementaux qui se trouvent en amont des comportements à risques. Définie, en 1991, par le terme de 'prévention structurelle', cette orientation repose sur l'hypothèse selon laquelle "une modification des

^w Sur le cas allemand voir, Wright MT, Rosenbrock R. Partnership and pragmatism: Germany's response to Aids prevention and care⁵⁶.

comportements n'est possible qu'à travers le changement du contexte socio-politique et culturel dans lequel le risque intervient"^x.

Parallèlement à l'élaboration des stratégies de prévention, le programme d'urgence de 1987 se caractérise par son exceptionnalité. Plusieurs institutions voient le jour :

- le Conseil National du Sida : une institution indépendante et interdisciplinaire composée d'experts, dont les domaines couvrent quasiment tous les aspects de la vie sociale ;
- l'Unité de coordination du sida : chargée de financer et de coordonner des projets pilotes sur une période de quatre ans ;
- la Fondation Nationale du Sida : une organisation à but caritatif au bénéfice des personnes atteintes.

Enfin, le Parlement établit en 1987 une Commission d'enquête composée d'experts et de députés. Chargée d'identifier les meilleurs moyens d'enrayer l'épidémie, la Commission valide en 1990 les objectifs et les mesures prises dans le cadre du programme d'urgence de 1987. Sur l'ensemble de la période, la structure institutionnelle de la lutte allemande contre le sida n'a pas connu de changements substantiels.

3.2.2 La Suisse : le programme de 1987

Comme en Allemagne, les autorités fédérales suisses commencent à s'enquérir du sida dès 1982, suite au premier cas déclaré sur le territoire. Dès 1983, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) organise des conférences de presse et publie des communiqués.

Dans certains cantons, les homosexuels ont commencé à s'organiser sur la base des structures associatives mises en place au cours des années 1970. En 1985, les militants zurichois, bientôt rejoints par d'autres groupes homosexuels, fondent l'Aide Suisse contre le Sida (ASS), l'équivalent de la *DAH* allemande²⁰. L'OFSP fait alors savoir qu'il est prêt à soutenir les efforts de prévention chez les gays et à mettre des fonds à disposition. Actif sur plusieurs fronts, l'OFSP adresse en 1986 une brochure d'information à tous les ménages.

Les efforts engagés dès 1983 aboutissent en 1987 à la création de la Section Sida au sein de l'OFSP, laquelle est alors chargée, non seulement de la surveillance, mais aussi d'assurer le leadership de la lutte contre le sida (financement, projet, etc.), selon une stratégie nationale définie peu auparavant.

Bien qu'à cette époque comme dans les autres pays, l'épidémie reste circonscrite à certains segments de la population, les autorités n'excluent pas sa généralisation. Aussi la première campagne de prévention en population générale (STOP-SIDA) est-elle destinée à "informer la population, prévenir les nouvelles infections et encourager la solidarité"²¹. Cette première campagne est alors le fruit d'une concertation entre l'OFSP et certains acteurs de la société civile, dont les églises.

Le modèle d'intervention prôné par la Confédération, en collaboration avec les cantons et les organisations non-gouvernementales, repose sur trois niveaux :

- des campagnes de prévention et d'information destinées à l'ensemble de la population ;

^x Cette philosophie n'est probablement pas spécifique à la stratégie allemande de lutte contre le sida. Il est évident que des équivalents non identifiés sous ce terme peuvent être mis à jour dans les trois autres pays de l'étude, dès lors que l'on considère l'ensemble des motivations qui orientent le travail communautaire (Etgeton S. Structural prevention : the basis for a critical approach to health promotion⁵⁷, et dans le même ouvrage, Schilling R. The German AIDS self-help movement : the history and ongoing role of AIDS-Hilfe⁵⁸).

- des programmes d'intervention et de prévention auprès des groupes cibles (jeunes, homosexuels, toxicomanes, communautés étrangères²⁷) ;
- des programmes de prévention et de prise en charge personnalisée à travers des "multiplicateurs" (médecins, enseignants, parents, etc.).

Définis en 1987, les buts, les stratégies et les mesures de prévention ont été très explicitement formalisés dans un guide à l'usage des collectivités locales et des associations actives dans le domaine. Publié pour la première fois en 1993, il est une aide à la fixation d'objectifs et fournit aux intervenants les bases conceptuelles, sur lesquelles la stratégie nationale est fondée. En 1999, le programme national de lutte contre le sida est réactualisé pour une période de quatre ans.

Depuis le début, l'ASS joue un rôle déterminant au sein de ce programme. Basée à Zurich, l'association faitière réunit plus d'une vingtaine d'"antennes" autonomes et régionales, lesquelles sont majoritairement financées par les cantons. Au niveau national son action s'étend sur les trois niveaux décrits ci-dessus. Elle a notamment pour mission de participer à la conceptualisation des campagnes STOP-SIDA en direction de la population générale et de créer des moyens d'informations propres à toucher certains groupes cibles (homosexuels, prostituées et leurs clients, migrants etc.). Ce travail est mené avec la coopération des antennes locales, lesquelles adaptent les programmes en fonction de leurs besoins. L'ASS a encore pour fonction de former ou perfectionner la formation des intervenants volontaires des antennes cantonales et enfin de coordonner les organisations spécialisées dans les soins à domicile. Constituée en association de droit privé, l'ASS compte parmi ses membres une quarantaine d'organisations publiques et privées. On y recense notamment l'OFSP, les associations homosexuelles, hémophiles ou encore les associations d'intervenants en toxicomanie. Principal bailleur de fonds, l'OFSP finance les activités de l'ASS à raison de 90%.

D'autres institutions ont vu le jour dans le cadre du programme national de lutte contre le sida :

- la Fondation Sida Info Doc, dont le travail consiste, pour l'essentiel, à transmettre des informations aux médiateurs et aux personnes qui dans leur environnement, sont appelées à parler du sida et à gérer une vaste base de données documentaires ;
- un Fonds national de recherche sur le sida afin d'encourager les chercheurs de toutes les disciplines à travailler dans le domaine ;
- un *Creativ Team* chargé de concevoir la campagne STOP SIDA, dont l'OFSP, l'ASS, ainsi que plusieurs experts sont membres.

De plus, en 1988, le Conseil Fédéral (exécutif) instaure une "Commission fédérale pour les problèmes liés au sida". Chargée de conseiller et de soutenir l'OFSP dans la lutte contre le sida et composée d'experts ainsi que de représentants de l'administration, elle examine les questions afférentes à la santé publique, à la prise en charge des malades, aux aspects psychosociaux et aux aspects virologiques. Un peu plus tard, un "groupe interdépartemental pour les questions de sida" (interministériel) est établi, lequel coordonne les activités internes de la Confédération (entre 1990 et 1991, une campagne est menée au sein de l'administration fédérale afin de sensibiliser les différents départements à la problématique du sida). Enfin, la stratégie nationale de lutte contre le sida est évaluée en continu depuis 1987 par un organisme externe^y. Comme en Allemagne, le modèle d'intervention suisse est demeuré stable au cours du temps.

^y Il s'agit de l'Unité d'évaluation des programmes de prévention (UEPP) au sein de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).

3.2.3 L'Italie : la loi-programme de 1990

Bien qu'en Italie les homosexuels aient été moins touchés par le sida que les usagers de drogues, ce sont des militants gays qui ont initié la lutte contre le sida. En 1985, ARCIGAY devient le cadre officiel de la mobilisation homosexuelle. Se basant sur les modèles de prévention élaborés aux Etats-Unis et en Allemagne, l'association ne se limite pas à traiter du sida dans une perspective communautaire, mais associe à sa lutte de nombreuses minorités (immigrés, toxicomanes, prostituées et marginaux économiques)^z. Leurs initiatives sont alors très diversement reçues par les autorités locales qui rechignent à œuvrer dans le sens d'une reconnaissance publique de l'homosexualité.

Au niveau de l'administration centrale, les premières mesures remontent à 1983. Elles consistent avant à tout à adresser aux régions des recommandations en matière de surveillance et d'établir des statistiques nationales. La forte épidémie en milieu toxicomane est relativement vite identifiée. Mais l'expertise épidémiologique a pour effet de marginaliser les homosexuels "comme acteurs et bénéficiaires principaux de l'épidémie"²³.

De fait, les principaux acteurs de la lutte contre le sida sont issus des milieux hospitalo-universitaires. En 1985, un professeur de médecine, sous-secrétaire du ministère de la santé, crée l'Association Nationale de Lutte contre le Sida (ANLAID), association à caractère privé, dont les membres sont tous plus ou moins rattachés aux institutions hospitalières ou à l'Institut supérieur de la santé publique (*ISSP*). Les objectifs de l'ANLAID consistent dans l'organisation et la promotion de la recherche, la formation des professionnels et la collaboration avec les pouvoirs publics et les organisations privées.

Comme en Allemagne et en Suisse, le pouvoir central entreprend de définir une politique nationale dans le dernier tiers des années 1980. En 1987, le gouvernement fonde par décret la Commission Nationale de Lutte contre le Sida (CNLS), composée presque exclusivement de membres issus des domaines médical et administratif, dont certains sont déjà membres de l'ANLAID. Sa tâche est de coordonner les différents aspects de la lutte contre l'épidémie. En 1988, l'Unité Sida de l'Institut Supérieur de la Santé (fondée en 1983), est formellement chargée de la surveillance de l'infection VIH et du monitoring de recherches scientifiques (elle s'appelle désormais *Centro Operativo Aids - COA*).

De nombreux aspects de la politique nationale de lutte contre le Sida sont du ressort de la CNLS. C'est en effet la Commission qui définit la politique de dépistage, élabore le plan national de lutte contre le sida et met en place les instances de coordination nationale. En 1987, le COA est chargé d'animer une ligne téléphonique pourvoyant informations et conseils (*Telefono Verde*). Un an plus tard débutent les premières campagnes nationales de sensibilisation. Une brochure est par exemple envoyée à chaque ménage italien. Comme dans les autres pays, les messages délivrés à la population générale sont conçus de manière à éviter la stigmatisation des malades ou des groupes les plus exposés, mais rappellent, par ailleurs, "l'importance de mener une vie de famille normale"²⁴.

Enfin, en 1988, le CNLS établit un plan national de lutte contre le sida, lequel est voté en 1990 au Parlement. La loi couvre de nombreux domaines:

- le recueil des données épidémiologiques ;
- la ligne budgétaire (surtout orientée sur les soins et la réforme du système hospitalier) ;
- les rapports avec les institutions privées ;
- la prise en charge médicale ;

^z Sur le cas italien, voir Steffen M. Les politiques publiques face au sida : comparaison internationale dans quatre pays européens, 1995²³. Voir également, Moss D. Aids in Italy : Emergency in slow motion. In : Misztal BA, Moss D. Action on Aids, 1990²⁴.

- la prévention ;
- les normes sociales : (l'interdiction de discrimination des personnes atteintes du VIH dans les domaines de l'emploi, de l'école et des loisirs).

La loi-programme de 1990 prévoit également la création de plusieurs institutions :

- un Comité interministériel, présidé par le Président du Conseil, chargé de coordonner les actions des différents ministères ;
- une Conférence régionale dont la mission est de suivre l'application de la loi dans les régions.

Enfin, le gouvernement est chaque année invité à rendre compte de sa politique et de ses résultats devant le Parlement. D'après les travaux de Monika Steffen, les succès de la loi sont inégaux. Par exemple, le Gouvernement ne s'est jamais expliqué de sa politique devant le Parlement. De même, la Conférence régionale ne semble pas avoir fonctionné avec succès, ni la Consultation sociale (fondée par décret en 1991), laquelle est alors conçue comme un forum des associations et des intervenants issus de la société civile. A la différence de l'Allemagne et de la Suisse, les autorités n'ont pas opté pour un modèle d'intervention au sein duquel les ONG sont pleinement associées à l'action du pouvoir central. Dès 1987, une fédération d'associations (LILA) occupe pourtant le terrain à l'échelle nationale, par le biais de campagnes ponctuelles et ciblées dans diverses villes du pays (distribution de préservatifs, seringues, etc.). Bien que la loi oblige l'Etat à subventionner les ONG, ces dernières ne sont pas formellement ses interlocutrices. En Italie, la politique nationale contre le sida a davantage été menée par une élite professionnelle, sur un mode très centralisé, qui contraste avec la décentralisation des réseaux chargés de la mettre en oeuvre²³.

On notera pour conclure, que la législation italienne sur le sida a été partiellement renouvelée une première fois entre 1995 et 1997. De plus, le CNLS aurait, en 1997, établi un nouveau plan de lutte contre le sida valable pour une période de 30 ans^{aa}.

3.2.4 La France : du rapport Got au rapport Montagnier

Dans la France des années 1980, la mise en place d'une politique nationale de lutte contre le sida s'est faite dans un environnement politique marqué par de fréquentes alternances politiques.

En 1983, la Division Générale de la Santé (DGS) prend les premières mesures officielles en rappelant les consignes d'hygiène aux personnels médicaux et en demandant aux centres de transfusion sanguine de soumettre les donneurs à un questionnaire dans l'attente d'un test de dépistage. Cette dernière mesure fait l'objet de nombreuses résistances et n'est alors que partiellement appliquée. Le dépistage des dons de sang est rendu obligatoire en 1985 par le Premier Ministre. A cette époque, la DGS envisage une politique fondée sur le test volontaire, l'extension de la prise en charge médicale, la promotion du préservatif et la mise en vente libre des seringues. Mais, en période préélectorale (1986), le gouvernement socialiste s'est contenté de définir les normes du dépistage.

De leur côté, les milieux homosexuels ont commencé à se mobiliser. A partir de 1985, avec la création d'AIDES, le champ associatif connaît une inflexion majeure. Et jusqu'à l'arrivée d'ACT UP, en 1989, AIDES assure un leadership peu contesté. Constituée en association nationale dès 1988, l'association rejette formellement toute identification au mouvement homosexuel. AIDES entend avant tout représenter le point de vue des malades.

^{aa} Malheureusement, il n'a pas été possible d'identifier ni la nature ni la portée des changements. De fait, ces derniers n'ont pas été abordés au cours de l'atelier et la littérature disponible sur le sujet est imprécise.

Fondée en 1985, Arcat-sida figure également parmi les associations les plus actives dans le domaine. Se définissant comme association de recherche, de communication et d'action pour le traitement du sida, elle entreprend des actions de proximité avec les personnes atteintes et soutient la recherche par l'intermédiaire d'un journal de référence (Le Journal du sida et de la Démocratie sanitaire), dont le premier numéro paraît en 1988.

Entre temps, le nouveau gouvernement déclare le Sida "cause nationale" (1986) et définit un premier train de mesures de nature libérale, dont la plupart ne sera effective qu'en 1987. Le programme gouvernemental consiste dans :

- l'allocation de ressources budgétaires pour la recherche, la prévention et les soins ;
- le lancement des premières campagnes publiques d'information (télévision et brochures) ;
- l'implantation, dans tous les départements, de Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ;
- la création d'un dispositif de conseil à l'usage du Ministre de la Santé (un comité de coordination pour la recherche, un conseil pour les questions sociales et éthiques).

En 1987, le Parlement lève l'interdiction de la publicité pour les préservatifs (à la condition que leur promotion soit exclusivement fondée sur des arguments prophylactiques). En 1988, la vente de seringues est autorisée dans les pharmacies (décret).

La même année, les socialistes reviennent au pouvoir et demandent au professeur Claude Got, un expert en santé publique, de dresser un premier bilan de la situation. Le rapport Got marque le début d'un vaste programme national de lutte contre le sida. L'expert approuve le fait que l'épidémie n'ait pas fait l'objet de mesures autoritaires et que son traitement politique et social soit fondé sur la responsabilisation des individus. Le rapport établit également une liste de recommandations sujettes à renforcer considérablement le dispositif de lutte contre l'épidémie. A la suite du rapport Got, la politique française contre le sida entre pleinement dans un régime d'exceptionnalité. Les allocations budgétaires sont revues à la hausse et, dès 1989, de nouvelles institutions sont appelées à structurer la mobilisation politique et sociale contre l'épidémie :

- l'Agence Nationale de la Recherche sur le Sida (ANRS) : un vaste forum de chercheurs issus de toutes les disciplines ;
- le Conseil National du Sida (CNS), lequel veille aux droits fondamentaux de la personne dans la lutte contre l'épidémie ;
- les Missions Sida dans les hôpitaux afin d'assurer la prise en charge des malades ;
- l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) est chargée de la prévention (financée par la DGS).

Chargée de conceptualiser et de mettre en œuvre les campagnes de prévention aussi bien vis-à-vis de la population générale que vis-à-vis des groupes les plus exposés, l'AFLS formalise un premier plan d'action au début des années 1990. Un appel d'offres est aussitôt lancé auprès des associations présentes sur le terrain. En temps normal, celles-ci auraient dû soumettre leurs projets aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), mais étant donné le contexte d'urgence, les projets sont directement soumis au comité de sélection de l'AFLS. Mais l'institution est instable. Principal interface entre d'un côté le pouvoir central et de l'autre un champ associatif complexe, l'AFLS devient le théâtre de nombreux conflits. A l'interne, les changements de direction sont fréquents. Sa gestion et son manque de rigueur font l'objet de nombreuses critiques. En perte de légitimité, au regard

de certains acteurs, l'Agence suscite l'ire de plusieurs associations dont ACT UP, dont les militants iront jusqu'à ravager les locaux de l'Agence^{bb}.

Dans un contexte de crise marqué les scandales du sang contaminé et une importante mobilisation sociale, la nouvelle majorité de droite demande, en 1993, au professeur Montagnier de produire un rapport sur la politique sida. Comme ce fut déjà le cas avec le rapport Got, les conclusions de Montagnier infléchissent considérablement la politique gouvernementale :

- l'AFLS est dissoute mais ses missions, ainsi qu'une partie de son personnel, sont intégrées à la DGS, dont les moyens ont augmenté de façon substantielle (création de la section Sida) ;
- la politique sida est déconcentrée et fondée sur une participation active des DDASS (allocation des ressources aux associations présentes sur le terrain) ;
- le gouvernement crée un comité interministériel chargé de définir l'orientation de la politique de lutte contre le sida. Le directeur général de la santé devient le délégué interministériel et s'appuie désormais sur un comité des directeurs des administrations concernées.

Sur ce dernier point, les recommandations du professeur Montagnier ne sont pas totalement nouvelles. Le rapport Got avait également prévu une instance de coordination interministérielle, que le gouvernement de l'époque avait choisi d'ignorer. De plus, si la nouvelle orientation de la politique ne crée pas de nouvelles institutions, elle mobilise en revanche d'anciennes structures, lesquelles avaient été écartées au moment des premiers plans, et ce pour des raisons politiques. C'est notamment le cas de la DGS et des services déconcentrés (DDASS) appelés à jouer un rôle d'intermédiaire (financement) entre les actions menées sur le terrain et les orientations de la politique nationale^{cc}.

Malgré l'internalisation des missions de l'AFLS au sein de la DGS, la politique française de lutte contre le sida demeure dans un régime d'exceptionnalité (personnel et ressources). En revanche, la collaboration avec les associations se fait plus conflictuelle. Certes, le partenariat entre les autorités publiques et les ONG se poursuit, mais il s'agit avant tout d'un "partenariat de combat"^{dd}, caractérisé par un champ associatif, qui s'est considérablement diversifié depuis la fin des années 1980. Éclaté, voire divisé, ce dernier est par conséquent difficile à subventionner.

3.2.5 Discussion

Le sida a fait irruption en Occident au début des années 1980. Mais ce n'est qu'après l'identification du virus, la clarification de ses modes de transmission et la mise en place des moyens pour le dépister, que le sida s'impose comme un véritable problème de santé publique. A la fin des années 1980, un climat d'"urgence sanitaire"²⁵ s'installe en Europe et pousse les gouvernements à prendre position sur les méthodes à mettre en œuvre pour contenir la maladie. Dans tous les pays, l'épidémie est perçue comme ayant un potentiel de généralisation, en particulier en Allemagne et en Italie, pays dans lesquels, à la fin des années 1980, les prévisions épidémiologiques sont surestimées.

Exceptionnelle, l'épidémie l'est non seulement par sa nouveauté, mais aussi du fait des mesures qui sont alors prises pour l'enrayer. Les quatre pays de l'étude ont traité l'épidémie de façon libérale, en

^{bb} Sur les associations voir Fillieule O. Mobilisation gay en temps de sida: changements de tableau²⁶. Voir également Pollak M. Aids policy in France : Biomedical leadership and preventive impotence. In : Misztal BA, Moss D⁵⁹.

^{cc} Sur ce point, la réorganisation n'est pas totalement spécifique au sida, mais s'insère dans un processus général de décentralisation déjà engagée en 1992.

^{dd} C'est le terme utilisé par France Lert lors de l'atelier de Cully.

priviliégiant la responsabilité individuelle et l'information plutôt que le recours à des méthodes autoritaires, comme l'isolement des malades et la marginalisation des "personnes à risque". Au contraire, un discours de solidarité envers les malades l'a rapidement emporté sur la crainte de la contagion.

Ce parti pris a fait néanmoins l'objet de résistances. Dans l'Allemagne de la seconde moitié des années 1980, l'Etat de Bavière se fait l'avocat de mesures autoritaires et rend obligatoire le dépistage de groupes marginaux. En Italie, avant que le CNLS définisse l'usage du test, certaines régions ont également tenté des mesures coercitives. En France, le Front National réclame, entre 1986 et 1987, la création de "sidatoriums" et le dépistage obligatoire des "personnes à risques". Or, dans ce pays, la prise de parole de l'extrême droite favorise l'entente des autres partis. A terme, dans chacun des cas, des messages de solidarité envers les malades se sont associés aux messages de prévention²⁵.

Si les pays convergent sur la manière de conceptualiser l'épidémie et sur son traitement social, ils diffèrent suffisamment sur leur mode d'organisation politique et leur système sanitaire pour avoir engagé la lutte sur des bases spécifiques. La description que nous avons faite des programmes nationaux de lutte contre le sida, permet de distinguer trois styles d'intervention.

En premier lieu, l'Allemagne et la Suisse témoignent de remarquables similitudes. De nature fédérale, les deux pays ont défini leur politique nationale à partir des prérogatives que confère à l'Etat central leur loi respective sur les épidémies. Mais si la politique est nationale, celle-ci est appliquée dans un fort esprit de subsidiarité entre les gouvernements régionaux d'une part, et le pouvoir fédéral d'autre part. En Allemagne, l'existence d'une Conférence des Ministres de la Santé témoigne en outre d'un haut degré de concertation entre les régions. Enfin, les modes de délégation propre à l'Allemagne et à la Suisse se retrouvent entièrement dans le type de partenariat envisagé avec les milieux associatifs. Afin de mettre en oeuvre leur politique de prévention, les deux pays se sont alliés les forces de la société civile mais en organisant le champ associatif sur un modèle fédératif, notamment par le biais d'un financement massif. Constituées en associations nationales, la *Deutsche Aids-Hilfe* et l'*Aide Suisse contre le Sida* ont en quelque sorte calqué leur organigramme sur la carte politique et administrative de leur pays respectif. Financée par le pouvoir central, ces deux associations faitières disposent d'un réseau d'unités locales et régionales plus ou moins autonomes, lesquelles ont finalement accès aux populations ciblées. D'une manière générale, ce modèle d'intervention s'est révélé stable sur toute la période de référence.

L'Italie présente un deuxième profil d'intervention. Au niveau national, la prévention est principalement conduite par une élite professionnelle de type hospitalo-universitaire et administrative. La politique de lutte contre le sida n'a pas fait l'objet d'innovations institutionnelles aussi exceptionnelles qu'en France ou en Allemagne. La plupart des structures mises en places sont restées très fortement rattachées à l'Institut Supérieur de la Santé. En revanche, l'Italie a formalisé sa politique au plus haut degré en soumettant son programme de lutte contre le sida au vote du Parlement (loi-programme de 1990). Or, la grande visibilité de la politique nationale ne devrait pas faire oublier la diversité des actions menées au niveau régional. En outre, la politique italienne ne prévoit pas de partenariat formel avec les associations présentes sur le terrain bien que certaines d'entre elles aient fait l'objet d'une fédération au niveau national et que l'Etat soit dans l'obligation des les financer.

Comparé aux modèles allemand, suisse et italien, le modèle français se caractérise par une série de ruptures, dont la chronologie correspond avec celle d'une situation politique marquée par de fréquentes alternances. Les rapports Got et Montagnier en fournissent les principaux repères. Le premier marque le passage d'une politique fondée sur un processus de décision traditionnel (décret, législation, etc.) à une politique fondée sur une série d'innovations institutionnelles (AFLS, ANRS, etc.). L'établissement de ce dispositif traduit la volonté de l'Etat de traiter du sida en dehors des cadres administratifs classiques.

Sans vraiment rompre avec le régime d'exceptionnalité, le rapport Montagnier a pour effet de réorganiser les activités de prévention. En effet, la reprise des missions de l'Agence Française de Lutte contre

le Sida par la DGS ne s'est pas faite sans l'allocation de moyens exceptionnels (aux niveaux financiers et des ressources humaines). Ce repositionnement de la Division Générale de la Santé est alors à la mesure de la mobilisation sociale dont le sida fait l'objet ainsi que de la très forte pression médiatique. Le recours aux DDASS marque la volonté de l'Etat de déconcentrer la politique de prévention à un niveau intermédiaire : celui du département. Ecartées du temps de l'AFLS, les DDASS ont désormais les moyens de financer les projets associatifs au niveau du département. Or, la politique de prévention reste du ressort de l'Etat, et non pas des collectivités territoriales, contrairement aux systèmes allemands ou suisses où les unités administratives (Länder/cantons) sont relativement autonomes. Aussi, les politiques française, allemande et suisse, convergent-elles sur le niveau d'intervention, mais dans le cadre et les limites du système politique et administratif dans lequel elles s'inscrivent.

Enfin la politique française de lutte contre le sida se distingue des politiques des autres pays par le type de rapports qu'entretiennent les institutions publiques avec les associations privées. En Italie, ces dernières ont d'emblée été refoulées à la périphérie des instances de décision. L'Allemagne et la Suisse semblent avoir pu tirer avantage des milieux associatifs en les structurant, dès le début de l'épidémie, par le biais de la concertation et du financement. En France, le tissu associatif est beaucoup plus complexe. Bien qu'elles soient très associées à l'action gouvernementale, les associations sont nombreuses, ressortent de mouvances idéologiques parfois opposées^{26,27} et font pression sur les pouvoirs publics par un fort activisme politique. Dans ce contexte qui tend à la diversification, les associations sont financées par projets, tandis que les frais de fonctionnement sont à leur charge. Aussi les fonds privés ont-ils joué un rôle non négligeable dans la poursuite de l'action communautaire^{ee}. Ces ressources financières ont néanmoins fortement diminué dans la seconde moitié des années 1990, de même que le nombre de volontaires impliqués dans la lutte contre le sida (par exemple, AIDES comptait encore 3500 volontaires en 1996, contre 1900 en 1998). Bien que les financements publics n'ont pas substantiellement diminué, les associations évoluent actuellement dans un contexte de relative insécurité²⁸. C'est la raison pour laquelle, la DGS envisage actuellement de revoir sa politique de subventionnement^{ff}.

En conclusion, en dehors des ces aspects financiers, l'apparente instabilité de la politique française de prévention peut être résumée par deux ensembles de facteurs plus ou moins liés. Le premier consiste dans le fait que la politique sida a été menée au plus haut niveau de l'Etat, à la fois dans un contexte d'urgence et d'alternance politique. Le deuxième concerne plus spécifiquement le statut administratif de la DGS au sein du système sanitaire français. Au début de l'épidémie, l'institution est politiquement trop faible pour gérer une situation exceptionnelle, alors qu'elle était légitimement habilitée à le faire. L'établissement puis l'échec de l'AFLS s'est traduit par le repositionnement politique et institutionnel de la DGS au sein du système gouvernemental français, ainsi que des institutions apparées, comme les DDASS ou encore le Comité Français d'Education à la Santé. Néanmoins, cette dynamique institutionnelle ne semble pas avoir profondément affecté le contenu de la politique française contre le sida et encore moins son efficacité, à l'exception peut-être de la politique menée à l'égard des toxicomanes. Sur ce terrain, la France se distingue à nouveau des autres pays (paragraphe 3.3.1).

^{ee} En 1994, le Sidaction, diffusé sur toutes les chaînes de télévision françaises, a permis de lever plus de 300 millions de francs.

^{ff} Information donnée par France Lert lors de l'atelier de Cully.

3.3 ASPECTS SPÉCIFIQUES DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Cette troisième section a pour objectif de comparer les pays selon le contenu et l'évolution de leur politique concernant des domaines particuliers, comme la réduction des risques en milieu toxicomane, la promotion du préservatif, la surveillance épidémiologique et le dépistage. L'accent est davantage porté sur les questions liées à la toxicomanie, non seulement parce qu'il s'agit d'un sujet relativement complexe, mais aussi en raison de la "singularité française"²⁹ en la matière. Les autres domaines feront en revanche l'objet de développements plus brefs.

3.3.1 La réduction des risques dans le domaine de la toxicomanie

L'épidémie de sida en milieu toxicomane a pour effet de modifier considérablement les enjeux liés au traitement politique et social de la toxicomanie. De fait, depuis l'irruption du sida, la problématique a davantage été formulée dans une perspective de santé publique. Celle-ci recouvre deux aspects principaux : d'une part l'accessibilité du matériel d'injection, d'autre part l'accès aux traitements de substitution. Ces derniers doivent être pris en compte dès lors qu'ils ont pour effet de limiter, voire de supprimer la pratique de l'injection. La partie qui suit vise à mettre en évidence de quelle manière les pays ont traité ces deux problématiques.

Dans un but de simplification, la promotion du préservatif auprès des toxicomanes n'est pas abordée. Cet aspect reste néanmoins l'un des points principaux des politiques de réduction des risques.

Le cas allemand

Au début des années 1970, l'Allemagne établit un dispositif de lutte contre la toxicomanie relativement sévère²⁸. Tant du point de vue pénal que du point de vue thérapeutique, le traitement de la toxicomanie est tout entier orienté vers l'abstinence. En 1982, une nouvelle législation sur les stupéfiants renforce encore davantage la criminalisation de la consommation et la possession de petites quantités de drogues, mais laisse aux toxicomanes l'opportunité de choisir entre la peine carcérale ou l'entrée en cure de désintoxication. A cette époque, les milieux médicaux sont fortement opposés aux traitements de substitution. La vente de seringues en officine n'est pas explicitement réglementée par la loi, mais fait alors l'objet d'une interprétation répressive du texte. La mise à disposition de seringues est implicitement considérée comme "facilitant l'usage de drogues illégales".

Dès 1984, la diffusion du virus parmi les toxicomanes est officiellement reconnue. Peu auparavant, la Conférence des Ministres de la Santé avait adopté une attitude réformatrice concernant la politique de lutte contre la toxicomanie et avait réinterprété la loi de façon à ce que l'accessibilité de seringues ne soit pas associée à une infraction mais à une nécessité de santé publique²³. La distribution de seringues fait alors l'objet d'initiatives locales, notamment à Brême, Hambourg, Berlin, Frankfurt et Hanovre. Dans certaines de ces villes, plusieurs distributeurs automatiques sont installés. Vers la fin des années 1980, les centres d'accueil traditionnels commencent également à remettre aux toxicomanes du matériel d'injection, alors que ces derniers avaient orienté leur philosophie, conformément à la loi, sur le principe d'abstinence. D'après les travaux d'Anand Pant et de Renate Soellner, aussi bien la menace de l'infection à VIH que l'arrivée d'intervenants concurrents dans le domaine de la toxicomanie (en particulier l'implantation de structures à bas seuil), auraient poussé les acteurs traditionnels à adopter des mesures de réduction des risques, quitte à se mettre en porte-à-faux avec leur objectif initial³⁰. Mais il faut surtout souligner que le programme d'urgence de lutte contre le sida (1987) a pour effet de donner des signaux très clairs sur la question de l'accessibilité des seringues. Bien que les partis de la démocratie

²⁸ Sur la toxicomanie en Allemagne, voir Anand P, Soellner R. Epidemiology of HIV in intravenous drug users and public health policy in Germany³⁰.

chrétienne s'y opposent, cette politique fait l'objet d'un important consensus et bénéficie notamment du soutien de la Commission parlementaire. La même année, la Conférence des Ministres de la Santé renouvelle sa prise de position et cherche à systématiser la prévention contre le sida dans toutes les structures d'accueil destinées aux toxicomanes, à diversifier les interventions de manière à se rapprocher la population ciblée (travail de rue, distributeurs automatiques de seringues, services à bas-seuil), mais aussi à redéfinir la réglementation de l'accès aux seringues par le biais d'une concertation avec le Ministère de l'Intérieur et l'Ordre des pharmaciens, lequel, une année auparavant, s'était pourtant prononcé contre cette pratique. Enfin, en 1992, la législation sur les narcotiques fait l'objet d'une révision qui permet de clarifier la situation en des termes explicites : désormais, la mise à disposition de matériel d'injection n'a pas pour conséquence de faciliter la consommation de drogues illégales.

Si les programmes de distribution et d'échange de seringues ne présentent alors pas de contradiction absolue avec l'objectif d'abstinence fixé par la loi, il n'en va pas de même avec les traitements de substitution. En effet, la mise en place de programmes de maintenance a fait l'objet de résistances plus difficiles à lever : d'une part au niveau de la loi, d'autre part au niveau des institutions médicales susceptibles de les mettre en œuvre. Au début de l'épidémie, la loi sur les narcotiques n'autorise le recours à la méthadone ou aux amphétamines que dans un but strictement thérapeutique et, qui plus est, au service de l'abstinence. La prescription de ces substances doit être "justifiée médicalement et selon les règles de la profession médicale". Jusqu'en 1991, le corps médical rejette massivement les thérapies de substitution en ce sens qu'elles sont en total désaccord l'objectif de sevrage. Au cours des années 1980, la diffusion du VIH parmi les toxicomanes n'a pas véritablement modifié la perception du problème. De fait, entre 1982 et 1988, les praticiens qui prescrivent de la méthadone à leurs patients toxicomanes sont passibles de poursuites. On accuse alors les contrevenants d'encourager la politoxicomanie (opiacées + benzodiazépines), d'avoir provoqué une augmentation des morts par overdose et finalement d'aggraver les risques liés à l'infection à VIH³⁰. Aussi les premiers programmes de substitution se font-ils à titre expérimental et sont couverts par les autorités régionales. Le *Land* de Rhénanie du Nord Westphalie a ouvert la marche entre 1986 et 1988 sur la base des expériences étrangères. En 1987, la Conférence des Ministres de la Santé conseille les traitements à la méthadone dans des cas individuels et lorsque la "souffrance physique" les légitime. Seul l'Etat de Bavière s'y oppose explicitement. Entre 1990 et 1991, la Cour Fédérale se saisit du dossier sur la base d'une plainte émanant de médecins conservateurs. Celle-ci n'aboutit pas et la Cour déclare que les traitements ne sont pas illégaux dès lors qu'ils poursuivent d'autres buts que la simple substitution. De son côté, la Chambre fédérale des Médecins prend progressivement acte des changements au fur et à mesure que les Länder initient de nouveaux programmes (notamment les Länder gouvernés par les sociaux démocrates).

Au niveau gouvernemental, le changement d'orientation est moins net qu'au niveau des Länder. En 1990, le Gouvernement établit un plan de lutte contre la toxicomanie relativement répressif (création d'un délit d'incitation à la toxicomanie à l'égard des petits trafiquants). Personnellement opposé à la méthadone, le ministre de la santé en restreint l'usage en exigeant qu'ils soient accompagnés d'une prise en charge thérapeutique. La position du ministre est vivement critiquée par la DAH mais aussi par une frange du corps médical. Un an plus tard, cependant, un accord interministériel fait entrer la méthadone dans le régime normal de la caisse maladie, alors qu'auparavant seuls les malades du sida pouvaient bénéficier de cette mesure. Enfin, à partir de 1998, le gouvernement social-démocrate s'est prononcé en faveur d'un élargissement des programmes de substitution. Certains projets iraient même dans le sens de programmes ayant cours en Suisse comme la prescription d'héroïne sous contrôle médical³¹.

Le cas suisse

Au début des années 1980, la politique suisse en matière de toxicomanie est fondée sur une loi promulguée en 1951, mais révisée en 1975^{32,33}. A côté des aspects répressifs, la révision de la législation permet d'introduire des mesures médico-sociales et des mesures d'assistance. Les thérapies sont prin-

ciement axées sur l'abstinence mais, à la différence de l'Allemagne, elles n'excluent pas le recours à la méthadone (1979). Or, avant les années 1980, l'utilisation des produits de substitution demeure marginale. Quant aux seringues, elles ne sont disponibles que sur prescription médicale.

En matière de toxicomanie, la Confédération ne joue qu'un rôle subsidiaire, laissant de larges prérogatives aux cantons. Aussi, lorsque le sida fait son apparition, les premières mesures de réduction des risques sont-elles prises au niveau régional, voire municipal.

Ces dernières remontent à une époque de peu antérieure au sida. A Zürich, notamment, les toxicomanes font l'objet en 1982 d'une campagne de vaccination contre l'hépatite B. Au cours des années 1980, la diffusion du VIH parmi les toxicomanes incite les municipalités concernées à soutenir des programmes d'échange de seringues. Les villes de Suisse alémanique sont les premières à réagir. Un local d'injection est ouvert à Berne en 1986. Simultanément, la ville de Bâle met en route son premier programme d'échange de seringues. A cette époque, le traitement de la toxicomanie figure sur l'agenda politique de la plupart des centres urbains du pays. Dès 1987, Zurich, Berne et Bâle sont les théâtres de scènes ouvertes placées sous la surveillance des autorités municipales. Bien que ces dernières permettent aux intervenants de santé publique de diffuser des messages de prévention et de distribuer du matériel d'injection, elles sont mal tolérées par la population. Fortement médiatisées, elles ont néanmoins pour effet de hisser le débat sur la toxicomanie à un niveau national. Dès 1989, la campagne STOP SIDA diffuse des messages en population générale, lesquels sont fondés sur une prévention de la toxicomanie et des risques infectieux qui y sont associés³⁴.

En 1987, le programme du VIH/sida de la Confédération propose une série de mesures destinées à promouvoir des "formes de consommation à faibles risques", notamment en intensifiant l'information, en développant les interventions proches des lieux fréquentés par les consommateurs de drogues, en améliorant le système de remise des seringues et enfin par l'extension des programmes de substitution. Sur ce point, en plus de la méthadone, le programme de la Confédération n'exclut pas "la prescription diversifiée de drogues"²¹. Ces mesures restent néanmoins soumises à l'appréciation des cantons. Or, dans ce domaine, comme en Allemagne, le leadership est davantage assuré par les cantons. En effet, lorsqu'en 1991, la Confédération prend des dispositions afin d'aborder le problème de la toxicomanie, elle ne fait que promouvoir des systèmes d'intervention initiés dans certaines villes. Entre 1990 et 1991, Zurich, Berne et Bâle adoptent une politique dite des quatre piliers : prévention, thérapie, réduction des risques et répression du trafic. Les trois premiers piliers participent alors clairement d'une démarche de santé publique. En 1991, le Conseil Fédéral (pouvoir exécutif) décide de faire la promotion de cette politique. Les mesures prises consistent à encourager :

- la recherche en toxicodépendances ;
- la prise en charge des toxicomanes dans une optique de type promotion de la santé ;
- la formation continue des intervenants ;
- l'évaluation ;
- la mise à disposition de ressources documentaires³⁵.

Cette politique sera davantage formalisée en 1994, lorsque le Conseil Fédéral en valide pleinement le contenu selon le modèle des quatre piliers. Entre temps, les scènes ouvertes de la drogue ont été successivement fermées, notamment à Zurich avec l'aide de la Confédération.

La forte épidémie de sida en milieu toxicomane et les mesures de prévention qui y sont afférentes ont fortement contribué à reformuler le problème de la toxicomanie. Dans le contexte du sida, l'accessibilité du matériel d'injection et l'établissement de programmes de substitution à la méthadone, n'ont pas fait l'objet de traitement différencié comme en Allemagne mais d'une promotion simultanée.

A partir de 1991, la politique suisse en matière de drogue est formulée indépendamment de la politique sida. La gestion des risques sanitaires liés au VIH reste une priorité de la politique sur la toxicomanie mais cette problématique s'insère désormais dans un traitement global des problèmes posés par la toxicodépendance. Aussi, l'accent est-il à la fois porté sur l'amélioration des conditions de vie des consommateurs de drogues, de manière à ce qu'ils puissent "survivre à leur phase de toxicomanie"³⁵ et sur la réduction des risques infectieux.

Dès la seconde moitié des années 1990, la Confédération soutient activement les cantons qui s'engagent sur cette voie. Elle donne des garanties aux traitements expérimentaux basés sur la prescription médicale d'héroïne et autorise leur extension à d'autres centres. Tout au long de la décennie la politique fédérale suscite de vives polémiques, puis celle-ci bénéficie du soutien populaire. En 1997, une initiative issue des milieux conservateurs (jeunesse sans drogue) alors fortement opposés à toute stratégie de réduction des risques est massivement rejetée en votation. En 1999, la prescription d'héroïne sous contrôle médical fait l'objet d'un référendum. Elle est finalement acceptée avec 55% de oui. Ce résultat a pour effet de donner une assise légale à cette politique, laquelle reste actuellement fondée sur une interprétation très large du texte de 1975^{hh}.

Le cas italien

Envisagée sur le long terme, la politique italienne en matière de stupéfiants se démarque de celle des autres pays par son caractère libéral. Elle est néanmoins passée par plusieurs phases depuis 1975, date à partir de laquelle l'Italie promulgue une loi sur les stupéfiants très souple comparativement aux législations étrangères. Tout d'abord, elle ne se prononce pas sur l'accessibilité des seringues. Leur vente est libre depuis toujours, même sans indication médicale. Ensuite, elle ne criminalise pas la possession d'une "quantité modérée" de stupéfiants, destinée à un usage personnel et ponctuel. Sur ce point, les magistrats sont libres de leur appréciationⁱⁱ. En revanche, la possession de drogue, même en quantité limitée, justifie des mesures de contrôle administratif. Celles-ci sont du ressort des centres médico-sociaux locaux, dénommés SERT (*Servizi pubblici per le tossicodependenze* – voir paragraphe 2.3.4). Spécialisés en toxicodépendances, ils doivent dès lors proposer un traitement de désintoxication ou de réinsertion sociale aux prévenus. Peu nombreux lorsque la loi est votée, les SERT se multiplient à partir des années 1980. La collaboration avec les institutions privées est en outre recherchée, en particulier dans le domaine de la prise en charge. On en compte plus de 350 à la fin des années 1980, dont deux tiers sont liés à des institutions catholiques.

La première moitié des années 1980 est non seulement marquée par la diffusion de l'épidémie en milieu toxicomane, mais aussi par une très probable augmentation de leur nombre¹⁴. Bien que les seringues aient toujours été disponibles à un prix dérisoire, le partage est encore largement pratiqué dans la seconde moitié des années 1980. En 1987, plus de 60% des injecteurs partagent parfois ou souvent leur seringue. La mise en place de programmes de réduction des risques permet néanmoins de remédier rapidement à la situation. Mais cette politique est davantage défendue au niveau régional et ne semble pas avoir fait l'objet d'une véritable promotion au niveau national. D'après Monika Steffen : "Au tournant de la décennie 90, les débats au sein de la Commission nationale de lutte contre le Sida restent à l'état d'intention. Les financements 'Sida' destinés aux associations ne parviennent que rarement à destination. Tournées dans leur majorité vers les toxicomanes, les organisations privées engagées dans la lutte contre le sida ne peuvent déployer toutes leurs potentialités"³⁶.

^{hh} Une révision de la législation est en cours.

ⁱⁱ Voir Moss D. *Combating drug use in the AIDs decade*³⁶. Voir également, Steffen M. *Les états face au sida en Europe*¹⁴.

De plus, vers la fin des années 1980, l'épidémie n'est pas le seul phénomène dont la politique italienne doit tenir compte. Certains acteurs dénoncent le laxisme de la loi dans son volet répressif. Ces deux types de préoccupations trouvent alors réponse dans une loi votée en 1990. D'un côté, la nouvelle législation encourage la distribution et l'échange de seringues, de l'autre elle aggrave les peines pour le délit de petit trafic. La loi limite également l'accès aux traitements de substitution aux malades du sida et insiste plus lourdement sur les traitements de type psychothérapeutique. Cette approche démedicalisée avait déjà pris le pas sur les programmes à base de méthadone vers le milieu des années 1980, alors que ces derniers étaient, auparavant, fréquemment utilisés dans les centres publics SERT. La nouvelle législation soulève néanmoins une vive polémique, notamment parmi les magistrats qui considèrent le texte comme anticonstitutionnel. En revanche, les institutions et les professionnels sont divisés. La question sera finalement tranchée en 1993 à l'occasion d'un referendum dont l'issue renoue avec la tradition libérale : dépénalisation et recours à la méthadone.

Dans la seconde moitié des années 1990, sida et toxicomanie ont partie liée. Le renouvellement de la politique sida dans le cadre des lois-programmes de 1994-1996 et 1998-2000 a l'avantage de consolider les options prises en matière de réduction des risques. La première préconise le recours massif aux traitements de substitution et met ainsi un terme au débat sur l'abstinence. La seconde vise à intensifier les programmes de proximité avec la population-cible (distribution de seringues et de préservatifs). Le but de la manœuvre consiste à orienter un grand nombre de toxicomanes vers les centres publics de prise en charge, notamment à des fins de prévention et dans un but de réinsertion sociale. Les SERT sont appelés à jouer un rôle central au sein de ce dispositif : « [ils] fonctionnent désormais comme des points de référence pour l'ensemble des acteurs, y compris les structures privées dont ils influencent de plus en plus les approches et méthodes de travail »^{36,37}. Ce sont eux également qui, en milieu carcéral, coordonnent les activités de prise en charge des toxicomanes contaminés ou malades du sida.

Enfin, depuis 1990, les SERT ont pour mission de fournir des données de surveillance sanitaire au Ministère de la Santé ainsi qu'à l'Observatoire national de la drogue. Comptant plus 150,000 clients en 2000, ils donnent une image assez fidèle des consommateurs de drogues : leurs caractéristiques démographiques, les substances consommées, et le type de traitement dont ils ont l'usage.

Le cas français

Au début des années 1980, à l'instar de l'Allemagne, le dispositif de lutte contre la toxicomanie est tout entier orienté vers l'abstinence. Ce dernier repose sur la législation de 1970, revue en 1982, dont le volet répressif est sévère. Par opposition à l'Italie, aucune distinction n'est faite entre les drogues douces et dures, les "doses journalières" sont pénalisées, les traitements de substitution sont interdits et la vente de seringues n'est autorisée que sur prescription médicale. La France est en outre le seul pays dont la politique en matière de drogue est du ressort de l'Etat central, ce qui limite fortement les initiatives au niveau des communautés territoriales. Enfin, le dispositif de soin est dominé par les tenants d'une approche psychanalytique, lesquels s'opposent durablement à la médicalisation des problèmes de toxicomanie^{29,36,38}.

La France ne prend que tardivement des mesures afin d'enrayer l'épidémie de sida en milieu toxicomane. Du côté des professionnels, l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT) ne fait pas grand cas des signes avant-coureurs. Le sida ne figure à son ordre du jour qu'en 1986, alors que le Ministère de la Santé recense des cas de sida chez les toxicomanes depuis 1984. Et ce n'est qu'en 1990 que l'ANIT crée un groupe de travail autour du VIH. Afin d'expliquer cette apparente retenue des milieux professionnels, Monika Steffen, invoque leur volonté de "conserver l'ancienne échelle de priorité"³⁶ : la question du sida ne doit pas remettre en cause le traitement social et politique de la toxicomanie. Aussi, les actions de l'ANIT se limitent-elles à refuser tout dépistage systématique afin de protéger les toxicomanes. En revanche, elle évite de parler de seringues et encore plus de méthadone.

Du côté des pouvoirs publics, les mesures se limitent dans un premier temps à autoriser (1987) la vente de seringues (sans prescription médicale). Mais cette nouvelle disposition ne fait pas l'unanimité parmi les pharmaciens. Certains y font obstruction soit en refusant de vendre le matériel d'injection aux consommateurs de drogues, soit en agissant sur les prix et sur les quantités. En outre, certains services de police continuent d'associer la possession de seringue à un acte délictueux²⁹. La coordination entre les différents acteurs n'est alors pas optimale.

Jusqu'à la deuxième moitié des années 1990, l'Etat ne poursuit pas de politique incitative concernant la mise en place de programmes d'échange de seringues. A la fin de l'année 1993, on en compte seulement trois dans tout le pays, dont le plus actif est celui organisé par les Médecins du Monde (MDM) en Ile-de-France (financé par la DGS). Sur ce terrain, les acteurs traditionnels ont laissé la place à de nouveaux intervenants, comme l'association AIDES, qui réalise des brochures à l'égard des toxicomanes vers la fin des années 1980. Quant à l'AFLS, sa politique de communication en matière de réduction des risques reste très limitée et soumise à nombreuses critiques.

Ce blocage à la fois politique et institutionnel n'est levé qu'à partir de 1993-1994 à la faveur d'un changement de majorité politique, et surtout en raison du "scandale du sang contaminé". Une commission d'experts et de divers intervenants est nommée (Commission Henrion). Rendu en 1995, le rapport de la Commission a pour effet de légitimer les stratégies de réduction des risques. Les programmes d'échange de seringues sont officiellement reconnus par l'Etat. En 1996, plus de 150 programmes sont recensés sur tout le territoire^{11,ji}. Deux ans auparavant, des kits d'injection (Stéribox®) spécialement conçus pour les usagers de drogues sont étendus à l'ensemble des pharmacies françaises avec le soutien financier de la DGS¹².

Le changement d'orientation est encore plus important au niveau des traitements de substitution. Jusqu'en 1995, ces derniers n'étaient administrés qu'à titre expérimental (près de 300 patients) ou de façon plus confidentielle par les médecins des hôpitaux traitant avec des malades du sida. Désormais utilisés et reconnus dans le cadre d'activités de réduction des risques, les traitements de substitution se généralisent très rapidement. Mais, à la différence des autres pays, la France ne privilégie alors pas la méthadone comme substance mais l'emploi de buprénorphine, commercialisée sous le nom de Subutex®.

A l'instar des autres pays, la France a, sous l'impact du sida, reformulé le problème de la toxicomanie en terme de santé publique en adoptant les stratégies de réduction des risques. Le changement a néanmoins pris plus de temps en France, car les milieux professionnels sont restés très attachés aux principes d'abstinence et l'Etat hésitait à s'engager sur un domaine fortement politisé. De plus, la concentration des décisions au niveau du pouvoir central hypothéquait l'émergence d'initiatives régionales. Or, comme on l'a vu, ce sont souvent les régions qui ont assuré le leadership en matière de réduction des risques. Enfin, l'expérience italienne montre que la simple libéralisation de la vente de seringues ne suffit pas à limiter le partage entre consommateurs de drogues. Ces mesures doivent être accompagnées de messages et de programmes appropriés envers la population ciblée.

3.3.2 Politiques relatives au préservatif

Les politiques relatives aux préservatifs concernent, d'une part, la sécurité du produit, et, d'autre part, sa distribution et sa promotion. Ces trois aspects impliquent une concertation efficace entre les secteurs public, commercial et industriel. En raison des sources disponibles sur ce sujet, il n'est ici question que des politiques menées en France et en Suisse.

^{ji} InVS/INSERM, *Caractéristiques sociales...*, op.cit. p. 7. Tous les programmes ne font pas de la distribution de seringues de façon intensive.

En France la Norme NF, qui définit les critères de qualité requis pour les préservatifs masculins, existe depuis 1985 et la Marque NF depuis octobre 1987. En novembre 1987 la norme est devenue obligatoire pour tout produit vendu en France, et le contrôle lot par lot par un organisme désigné a été introduit le 1^{er} juillet 1989. Ce règlement a permis aux autorités de vérifier chaque lot de préservatifs importé en France (il n'y avait pas de production à l'intérieur du pays), et de suivre l'évolution des chiffres ainsi que la qualité des produits proposés. Par la suite, la situation devait connaître une évolution grâce à l'introduction de la norme européenne (EN600). Celle-ci admet quatre modes de preuves de conformité dont le choix est laissé à l'importateur. Le contrôle lot par lot effectué préalablement par un organisme indépendant notifié n'est donc qu'un des modes possibles. Le 16 mars 1995, un arrêté a donc été publié exigeant ce type de contrôle pour tout produit vendu en France. En appui à la position adoptée par les autorités françaises, un argumentaire a été soumis au Directeur Général de la Santé en janvier 1996 par le Comité d'experts pour la qualité du préservatif et son contrôle^{kk}, mettant en garde les autorités quant à une éventuelle baisse de qualité des produits suite à la modification législative impliquée par la Directive européenne. Par la suite, l'arrêté a été reconduit le 11 avril 1996 et la position française, qui la mettait en opposition aux partenaires européens, a été re-affirmée par le Directeur Général de la santé en 1997^{ll}. La période intermédiaire pour l'introduction de la Directive médicale a pris fin en juin 1998, et l'arrêté n'a pas été reconduit de façon à être en vigueur après cette date. Par conséquent, le contrôle lot par lot effectué préalablement par un organisme indépendant notifié n'est plus obligatoire pour la mise sur le marché d'un produit en France. Néanmoins, probablement à cause de sa notoriété, la Marque NF reste très demandée par les importateurs.

Par ailleurs, sur la question de la distribution et la promotion du produit, la collaboration entre les autorités et le secteur commercial s'est fait de façon ponctuelle. Par exemple, en 1994, l'opération "Préservatif tarif jeune" (c'est à dire à un franc) a notamment sensibilisé les officines au produit. Rappelons néanmoins que le contexte commercial au début de l'épidémie était peu favorable : le marché est de nature oligopolistique et jusqu'en 1987, la publicité du préservatif en tant que un moyen prophylactique est interdite par la loi, et ce n'est qu'en 1991 que la législation interdisant sa promotion en tant que contraceptif est abolie. Au début de l'épidémie, le produit se vend uniquement en pharmacie et il n'y a que deux marques disponibles. Progressivement, la logique commerciale a fait que le marché est devenu plus dynamique, le nombre de marques et de références commerciales a augmenté, et les canaux de distribution se sont multipliés, essentiellement à cause de la vente en moyenne et grande surface. En 1998, cette dynamique semblerait arrêtée, avec une baisse des ventes et une moindre visibilité du produit en officine. Il est regrettable de constater que, à la fin de la période de référence, les outils de monitoring du marché (chiffres du Laboratoire National d'Essai et statistiques recueillies par l'Institut Nielsen) ne sont plus disponibles.

En Suisse, l'établissement du premier programme national de lutte contre le sida (1987) ne s'est pas traduit par la mise en place d'une réglementation officielle sur la "conformité" des préservatifs mis en vente. Aussi la fiabilité des condoms a-t-elle été garantie par d'autres moyens. En 1988, en collaboration avec les organismes intéressés, l'Association Suisse de Normalisation jette les bases d'une norme suisse. Peu après, sous l'impulsion de l'OFSP, de l'ASS, ainsi que des associations de protection des consommateurs, l'Association pour le label de qualité des préservatifs est fondée (ALQP). Cette dernière a pour fonction d'attribuer le "label de qualité des préservatifs" aux entreprises qui s'engagent contractuellement à alimenter le marché helvétique de produits répondant à la norme suisse (désignée

^{kk} Note concernant le contrôle de qualité des préservatifs. Comité d'experts pour la qualité du préservatif et son contrôle (fin 1994 – fin 1997, Présidente : B. Spencer). Transmise au Directeur Général de la Santé en janvier 1996.

^{ll} Lors de l'ouverture de la réunion à Paris de l'ISO/CEN le 29 septembre 1997.

par le sigle "OK"). L'acquisition d'un tel label est alors très avantageuse pour les fabricants, car ce dernier fait l'objet d'une promotion dans le cadre des campagnes STOP-SIDA. Si bien que, dès 1990, plus de 80% des préservatifs sont assortis du label "OK". La qualité des préservatifs est ainsi garantie en fonction de la conformité à la norme en vigueur. Les tests sont effectués par un laboratoire indépendant (l'EMPA^{mm} à Saint-Gall), lequel communique les résultats à l'ALQP. La force de ce système réside dès lors dans la collaboration étroite et durable entre les pouvoirs publics et le secteur commercial.

Bien qu'elle ne fasse pas partie ni de la Communauté Européenne, ni de l'Espace Economique Européen (EEE), la Suisse adopte en 1996, la norme européenne (EN600) dont les critères de conformité sont moins sévères (adoption définitive en 1998). L'apposition du label "CE" sur les emballages implique que le fabricant fasse lui-même certifier la qualité de ses produits. Comme en France, le recours à une organisation tierce n'est plus obligatoire. Certaines procédures de contrôle sont supprimées, ce qui a pour effet d'augmenter la probabilité que des produits de moindre qualité soient introduits sur le marché. L'adoption officielle de la norme européenne se traduit surtout par l'abandon du sigle "OK" dans le cadre de la campagne STOP-SIDA. En effet, avec l'adoption de la directive européenne, une opposition à la norme suisse aurait potentiellement pu émerger du côté des fabricants désirant ne pas souscrire à cette dernière. Juridiquement, les producteurs auraient obtenu gain de cause. Mais, malgré cette évolution – et comme cela semble être le cas en France – le label antérieur à la définition européenne conserve les faveurs du public et partant, celles des fabricants. Rien ne nous permet de dire que cette situation se maintienne à l'avenir.

Enfin, le monitoring du marché est du ressort de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Unité d'évaluation de programmes de prévention). Les fabricants dont les produits sont estampillés du label "OK" se sont engagés à fournir à cet organisme public le nombre de pièces qu'ils ont mis annuellement sur le marché. Ces chiffres représentent plus de 80% des préservatifs mis en vente dans le pays. Cet indicateur est notamment utilisé, avec les résultats des enquêtes de type KABP, dans le cadre de l'évaluation de la stratégie de prévention en Suisse³⁹. Il va de soi que la pertinence de cette mesure dépend du nombre d'entreprises souhaitant conserver les anciens critères de qualité.

3.3.3 Le système de surveillance (déclaration à VIH)

Au niveau européen, la déclaration du sida est communément utilisée comme indicateur de l'infection à VIH⁴⁰. Or, l'introduction des multithérapies a profondément modifié les tendances récentes du sida en empêchant ou en retardant l'apparition des symptômes de la maladie. Si bien que les données sur le sida ne sont plus pertinentes lorsqu'il s'agit de rendre compte des tendances de la transmission du virus. C'est pourquoi l'observation des cas d'infection tend à s'imposer dans les systèmes de surveillance nationaux. Ces statistiques ne donnent en aucun cas une image exhaustive de la situation épidémiologique, car la déclaration des nouvelles infections repose, dans les quatre pays de l'étude, sur le dépistage volontaire et anonyme. A la fin de l'année 2001, tous les pays ne disposent pas des mêmes indicateurs. Le tableau ci-dessous décrit les principales caractéristiques des systèmes de déclaration du VIH dans les quatre pays de l'étude :

^{mm} Eidgenössische Materialprüfungs- und Forschungsanstalt.

Tableau 3.1 Caractéristiques des systèmes nationaux de déclaration du VIH

Pays	Début de la déclaration	Statut légal	Source des déclarations	Nombre de laboratoires déclarant	Identification des cas		
					Date de naissance	Sexe	Information personnelle
France							
13 régions	1988-1996	V	L, M	na	Mo/An	Oui	Non
National	Prévu en 2002	O	L, M	5000	Jo/Mo/An	Oui	À définir
Allemagne							
	1987	O	L	153	An	Oui	Aucune Basée sur le nom
	1998	V	M		An	Oui	
Italie							
7 régions	1985-1999	O	L	na	Jo/Mo/An	Oui	Basée sur le nom
Suisse							
	1987	O	L, M	11	Jo/Mo/An	Oui	Initiales depuis 1999

Source: Infuso A, et al. La déclaration du VIH en Europe de l'Ouest : les systèmes nationaux et les premières données européennes. Bulletin européen sur les maladies transmissibles 2000;5(2) :14.
V=volontaire, O=obligatoire, na = non disponible
L=laboratoire, M=médecin Jo/Mo/An= jour/mois/année

Jusqu'à présent, la France et l'Italie n'ont pas imposé la déclaration obligatoire des nouvelles infections à VIH. En France, un projet est à l'étude depuis 1998 et devrait aboutir au cours de l'année 2002. Actuellement, les informations relatives aux nouvelles infections proviennent principalement des CDAG dont les bilans trimestriels sont analysés par l'InVS. Ces bilans recensent le nombre de tests prescrits, le nombre de tests positifs et la répartition par tranche d'âge et par sexe. En 1997, on estimait qu'en métropole, 15% des tests positifs avaient été prescrits par une CDAG. Depuis 1984, le réseau Sentinelles, lequel compte près de 500 médecins généralistes, volontaires et bénévoles, recense chaque semaine le nombre de tests VIH dont le résultat est positif. Initiée en 1991, l'enquête PREVADAV a pour objectif d'étudier la prévalence du VIH chez les patients consultant pour suspicion de MST. Basée sur le volontariat des dispensaires anti-vénériens (DAV), l'enquête recueille une série de données socio-démographiques (âge, sexe, pays de naissance, orientation sexuelle, prise de drogue intraveineuse, date et résultat d'une éventuelle sérologie VIH⁴¹). Avant 1998, d'autres enquêtes permettaient de suivre l'évolution de l'infection à VIH, mais celles-ci ont été interrompues suite à la décision d'établir un système national de surveillance du VIH.

Comme la France, l'Italie ne dispose pas de système de surveillance national. En revanche sept des vingt régions que compte le pays ont établi leur propre système. Ces derniers ont pris place entre 1985 et 1999. En 2002, onze régions devraient recenser les déclarations de nouvelles infections. Si l'ISSP n'envisage pas de promouvoir un système national, il encourage les régions à mettre en place leur propre recensement de l'infection à VIH tout en veillant à ce que les données soient comparables à l'échelle nationale⁴¹.

En Allemagne, la déclaration des tests positif au VIH a été rendue obligatoire en 1987ⁿⁿ. Depuis cette date, le système de surveillance a connu certaines améliorations. Le système initial était entièrement anonyme et, par conséquent, ne permettait pas d'exclure les doublons des statistiques. Une première modification a été opérée au niveau du questionnaire en 1993, de manière à identifier s'il s'agit du

ⁿⁿ Le Robert Koch Institut (Berlin) est chargé de la surveillance.

premier résultat positif ou non. Enfin, à partir de 1998, les résultats positifs font l'objet d'une déclaration obligatoire des laboratoires, ainsi que d'une déclaration complémentaire remplie sur une base volontaire par le clinicien. Ce dernier donne les indications propres à identifier la nationalité du patient, la voie de transmission, et le résultat des derniers tests. De plus, certaines lettres contenues dans le nom et le prénom du patient figurent sur la fiche de déclaration afin d'éviter les doublons.

En Suisse, les résultats de tests positifs sont déclarés à l'OFSP depuis 1985 : d'abord sur une base volontaire, puis, en 1987, la déclaration par les laboratoires de confirmation devient obligatoire (avec mention de la date de naissance et le sexe du patient). En cas de sérologie positive, le laboratoire de confirmation envoie au médecin un questionnaire complémentaire que ce dernier retourne à l'OFSP (sans obligation absolue). Ce questionnaire comporte des informations relatives au comportement sexuel, à l'anamnèse de la consommation de drogue par injection, les transfusions de sang, l'état de santé et les tests VIH précédents. Depuis 1999, les initiales du patient y figurent également. Jusqu'en 1997, les déclarations complémentaires des médecins représentaient environ 53% des déclarations de laboratoire. Cette proportion s'élève actuellement à 75%⁴².

3.3.4 Le système de dépistage du VIH

Bien que la France, l'Allemagne, la Suisse et l'Italie convergent sur la dimension volontaire du dépistage, ces pays montrent toutefois quelques différences, selon les circonstances pour lesquelles le test peut être proposé ou tout simplement rendu obligatoire. Une étude franco-anglaise a récemment comparé les options prises dans tous les pays d'Europe. Le tableau ci-dessous résume les principales caractéristiques des politiques établies en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse.

Tableau 3.2 Caractéristiques des systèmes nationaux de dépistage (en dehors des dons d'organe, de sang et de sperme)

	France	Allemagne	Italie	Suisse
Volontaire et anonyme	Oui	Oui	Oui	Oui
Gratuit	Oui	Oui	Oui	Non
Obligatoire	Militaires (service outre-mer)	Etat de Bavière seulement : Toxicomanes Prisonniers Requérants d'asile Certains étrangers à la recherche de permis de résidence Prostitué(e)s		
Proposé par routine	Femmes enceintes Patients MST Toxicomanes Prisonniers Avant une intervention chirurgicale Consultation pré-nuptiale	Prisonniers (régional) Requérants d'asile (régional)	Femmes enceintes	Patients MST Femmes enceintes (de facto)
Campagnes Population générale	Incitatives depuis 1996 / Informatives avant 1996		Didactiques	Informatives
Campagnes Populations cibles	Incitatives depuis 1996 / Informatives avant 1996	Incitatives / informatives	Didactiques	Informatives

Source : London School of Hygiene and Tropical Medicine & ORSPACA-INSERM, HIV Testing in Europe: A Review of Policy and Practice. Comparative Analysis.

En France, bien que le test repose formellement sur une démarche individuelle et volontaire depuis 1986, un amendement parlementaire demande en 1991, qu'il soit rendu obligatoire dans le cadre des consultations prénuptiales et prénatales ainsi que pour les appelés du contingent. Mais la requête n'aboutit pas. En 1992, le ministère de la Santé donne un avis défavorable. Il accompagne son refus par une campagne d'incitation au dépistage volontaire. Au mois d'avril 1992, des spots télévisés font la promotion de CDAG⁴³. Finalement, si le dépistage n'a été rendu obligatoire que pour les militaires ayant fait leur service en outre-mer, il est en revanche "systématiquement" proposé en plusieurs occasions (Tableau 3.2). Si bien que la France paraît mener une politique plus incitative que les autres pays, en particulier par rapport à l'Allemagne et à la Suisse. La France organise une seconde campagne de promotion au printemps 1998, et ce dans un contexte marqué par l'arrivée des nouveaux traitements. La possibilité d'une en charge précoce motive alors le test lorsque celui-ci fait suite à une prise de risque. Auparavant d'autres campagnes avaient été menées dans la presse écrite entre 1995 et 1996 (lieux d'information, de prise en charge et dépistage).

L'Italie s'est également engagée dans la promotion du dépistage, mais en privilégiant une autre approche. Alors qu'en France, le test a fait l'objet de campagnes ponctuelles et contextualisées, en Italie, le dépistage est un thème aussi important que le port du préservatif ou la solidarité envers les malades. "Faire confiance, c'est bien. Faire le test HIV, c'est mieux", était le slogan retenu pour campagne italienne de 1998-1999². Le message n'est pas fondé, comme en France, sur une prise de risque préalable (rapport non protégé, échange de seringues, etc.) mais sur la nécessité de lever un doute, aussi petit puisse-t-il être, comme en témoigne le texte accompagnant le slogan :

« Are you sure you haven't got it? What if someone, without your or their knowing, has given it to you? In the end, **take a test** (emphasis added) even if you think you have nothing to worry about, and think that AIDS is no real threat. The HIV test is a normal medical blood test. It's private, it's free and only you will know what the result is. For further information on HIV and AIDS please phone the following number »⁴¹.

D'après l'étude comparative franco-anglaise, l'Italie se distingue des autres pays par le contenu didactique de ses campagnes, alors qu'en France celles-ci mettent davantage l'accent sur l'information et sur les raisons objectives pour lesquelles un test peut s'avérer utile (à partir de 1995-96).

A la différence de la France et de l'Italie, l'Allemagne et la Suisse n'ont pas mené de campagnes incitatives. Dans ces deux pays, la promotion du test est de nature informative et repose principalement sur les "multiplicateurs" comme les médecins, les professionnels de la prévention, ainsi que les divers centres d'accueil et d'information.

3.3.5 L'impact des "nouveaux traitements" sur les politiques de prévention

S'il est reconnu que, dès leur introduction, les nouveaux traitements antirétroviraux ont eu un impact considérable sur l'histoire naturelle de la maladie, ces derniers n'ont, en revanche, pas remis en cause les stratégies de prévention. En effet, ces dernières restent essentiellement fondées sur la promotion de relations sexuelles à moindre risques ainsi que sur la mise à disposition de matériel d'injection dans le domaine de la toxicomanie. Néanmoins, certaines évolutions méritent d'être soulignées.

En effet, l'opportunité d'une prophylaxie post-exposition a pu influencer ou réorienter la politique de dépistage, comme l'a montré l'exemple français (paragraphe 3.3.4). En effet, le test ouvre désormais de nouvelles perspectives thérapeutiques aux patients. Les avancées dans ce domaine ont transformé les conditions d'existence des personnes vivant avec le VIH/sida : leur espérance de vie a augmenté et leur état de santé s'est amélioré. Probablement plus que dans les autres pays, le dépistage précoce s'est imposé en France comme l'un des thèmes centraux des politiques de lutte contre le sida.

L'efficacité thérapeutique des antirétroviraux a également conduit à réaffirmer et à actualiser les objectifs de prévention (notamment en France et en Suisse : pays pour lesquels des informations ont été disponibles). En Suisse, ces derniers ont été reformulés à l'occasion de la réactualisation du programme national de lutte contre le sida (1999). L'un de ces objectifs consiste à renforcer la promotion des comportements préventifs chez les personnes séropositives :

« Avec les nouveaux traitements antirétroviraux hautement actifs, les personnes séropositives vivent plus longtemps : elles entretiennent des relations, ont des contacts sexuels, désirent des enfants. Elles doivent avoir un conseil adéquat. La plupart des personnes séropositives sont suivies médicalement. Il s'agit d'intensifier les messages de prévention dans l'encadrement médical. (...) Les personnes séropositives doivent connaître les avantages et les désavantages de la PEP VIH afin de pouvoir informer leur partenaire dans des situations pouvant présenter des risques. La combinaison des mesures préventives, d'un traitement adéquat et d'une prophylaxie médicamenteuse possible dans des situations d'urgence semble avoir à l'heure actuelle la plus grande influence sur la réduction des risques infectieux »⁴⁴.

En France, la prise en compte des personnes atteintes figure formellement parmi les préoccupations principales de la DGS, comme en témoignent les objectifs définis pour l'année 2000/2001 :

« La prévention est au cœur des priorités du programme 2000/2001, elle inclut : (...) la prise en compte de la difficulté des personnes atteintes à faire face au risque de transmission et la valorisation de leur rôle dans la prévention, qui ne se conçoivent que si elles sont soutenues par des actions visant à leur permettre une qualité de vie et de prise en charge »^{oo}.

Comme le montrent ces deux textes stratégiques, les politiques françaises et suisses ont clairement pris position sur les orientations de la prévention dans le contexte thérapeutique en précisant non seulement le rôle mais aussi les besoins des personnes séropositives.

D'une manière générale, l'introduction des nouvelles thérapies a été accompagnée d'une réaffirmation forte des principes de prévention tels qu'ils ont été définis lors des premiers programmes de lutte contre le sida. En effet, de façon assez paradoxale, l'optimisme thérapeutique a alimenté un certain pessimisme quant à la pérennité des comportements préventifs au sein des différentes populations ciblées²⁸ (en particulier la population générale et les homosexuels). Il est très vraisemblable que les "nouveaux traitements", par leur effet sur l'histoire naturelle de la maladie, ont altéré les représentations sociales qui y sont afférentes mais il est difficile d'établir un lien de causalité strict entre les nouveaux traitements et l'orientation actuelle des comportements.

Par ailleurs, l'introduction des nouvelles thérapies semble avoir indirectement alimenté le débat sur la normalisation du sida^{pp}, notamment sur l'éventualité d'une diminution des contributions étatiques dans le domaine de la prévention. De toute évidence, le contexte thérapeutique actuel ne saurait être une cause suffisante dans l'explication d'éventuelles modifications budgétaires (peu d'informations sont disponibles à ce sujet). Ces dernières sont susceptibles de répondre à d'autres motivations, qui ne peuvent être abordées dans le cadre de ce rapport. De plus, il n'est pas inutile de rappeler que les politiques de prévention ont pour principal objectif de prévenir les nouvelles infections, lesquelles n'ont

^{oo} Direction générale de la santé (DGS). Les orientations 2000 de la DGS pour la lutte contre le VIH. Paris: DGS (Document non publié, non daté).

^{pp} Sur ce point, voir Rosenbrock R, Dubois-Arber F, Moers M, et al. The normalisation of Aids in Western European countries⁶⁰.

pas – à la différence des cas de sida – de liens directs avec les multithérapies^{qq}. Il n'en demeure pas moins que, aussi bien en France qu'en Allemagne et en Suisse, les budgets consacrés à la prévention ont sensiblement baissé vers la fin des années 1990. En France, l'Instance d'évaluation note que les moyens alloués à la communication ont globalement diminué entre 1995 (66 millions) et 1999 (50 millions). Mais cette diminution d'environ 25% n'est pas constante au cours du temps. Les ressources ont par exemple augmenté de 6% en 1999. En Allemagne, le budget de la BZgA a été réduit d'un tiers en 1997. La DAH a également dû faire face à des coupes budgétaires, mais celles-ci concernent principalement son service de relations publiques³¹. Enfin, en Suisse, les ressources financières allouées par la Confédération (cantons non compris) sont passées de 13 millions (CHF) en 1990 à 16 millions en 1994 (maximum). Elles ont diminué de façon continue entre 1996 et 2001 (respectivement 15 et 9,5 millions, soit une diminution de 36%)^{rr}. On ne dispose pas d'informations suffisantes sur le cas italien.

^{qq} Bien qu'il soit avéré que les nouveaux traitements ont pour effet de réduire la charge virale et par conséquent les risques de transmission.

^{rr} OFSP. Budget der Aids-Präventionskredite 1990-2002, communication à l'UEPP.

4 CONCLUSIONS GÉNÉRALES

L'objectif principal de ce rapport consiste à situer la politique française de lutte contre le sida dans un contexte international. Dans cette optique, l'Allemagne, l'Italie et la Suisse ont été choisis comme termes de comparaison. Ces trois pays sont proches de la France, aussi bien selon des critères socio-économiques que géographiques. Cette proximité d'ensemble rend la comparaison d'autant plus intéressante qu'elle permet d'identifier certaines spécificités culturelles et politiques. De toute évidence, ces dernières doivent intervenir dans l'interprétation des résultats de l'étude comparative.

Sur demande de l'Instance, deux niveaux d'analyse ont été privilégiés : il s'agissait, dans un premier temps, de comparer l'évolution, les caractéristiques et la structure de l'épidémie dans chaque pays, ainsi que l'évolution des comportements dans les principales populations-cibles par les programmes de prévention. Dans un second temps, il était question de comparer les politiques nationales de lutte contre le sida : leur orientation générale, leurs modalités de mise en œuvre, et leurs spécificités dans des domaines particuliers.

Le but de l'exercice final est de relier ces deux ensembles d'observations en faisant la synthèse des acquis de la comparaison internationale. Comme il l'a été précisé dans l'introduction, il s'agit, avant tout, d'un point de vue fondé sur le long terme et situé à un niveau général.

4.1 LES CARACTÉRISTIQUES COMMUNES DES POLITIQUES DE PRÉVENTION

Avant d'entrer dans le détail des conclusions, il est nécessaire de mettre en évidence les grandes similitudes que l'on peut observer entre les politiques menées dans les pays et dont il faut absolument tenir compte afin de comprendre les résultats de la comparaison internationale. Les caractéristiques communes des politiques étudiées dans le cadre de ce rapport consistent dans :

- la reconnaissance par les instances politiques de la menace du VIH/sida ainsi que la volonté d'entreprendre des actions pour y faire face,
- la gestion libérale de l'épidémie en rupture avec la tradition dans ce domaine,
- l'allocation de budgets exceptionnels,
- la mise en œuvre rapide des programmes de prévention,
- la continuité des messages,
- la cohérence des actions menées,
- la mobilisation communautaire,
- une médiatisation importante, à la fois de l'épidémie et des moyens mis en œuvre pour y faire face,

soit autant de caractéristiques que l'on ne retrouve pas forcément dans d'autres pays ou dans d'autres régions du monde, notamment celles où l'épidémie s'est généralisée.

Dès la seconde moitié des années 1980, les politiques de lutte contre le sida propres aux quatre pays de l'étude convergent vers une gestion libérale de l'épidémie. Les mesures sanitaires de nature autoritaire sont rejetées au bénéfice de politiques fondées sur l'information, la responsabilisation individuelle et la mobilisation collective. Cette philosophie implique que les individus soient explicitement reconnus capables d'adopter des comportements préventifs et, plus particulièrement, que des moyens soient mis à

disposition des populations afin de répondre aux objectifs de prévention (que ce soit dans le cadre de la transmission sexuelle ou la transmission par injection de drogues).

Bien que circonscrite à certains segments de population, l'épidémie est conceptualisée comme ayant un potentiel de généralisation. Elle implique, par conséquent, que le sida devienne l'affaire de tous et non pas la caractéristique de groupes socialement marginalisés. L'exclusion et la stigmatisation des personnes atteintes ou exposées sont alors en contradiction absolue non seulement avec les principes éthiques sur lesquelles les politiques de quatre pays sont fondées, mais aussi avec les objectifs recherchés. La crainte d'une double stigmatisation est à l'origine des messages de solidarité qui font dès lors partie intégrante des politiques de prévention.

4.2 LA TRADUCTION INSTITUTIONNELLE DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Les systèmes politiques et sanitaires des différents pays ont significativement déterminé les modalités de mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le sida. L'analyse comparée des politiques a permis d'identifier trois styles d'intervention, lesquels reflètent en grande partie les structures administratives et décisionnelles de chaque pays.

Le premier modèle d'intervention est celui des Etats fédéraux, représentés par l'Allemagne et la Suisse. De remarquables similitudes ont pu être observées entre ces deux pays. En effet, les mesures prises contre l'épidémie ont été appliquées selon le principe de subsidiarité qui régule les rapports entre les gouvernements régionaux et le pouvoir fédéral. Ce principe s'est reproduit au niveau du partenariat envisagé avec la société civile. Dans l'un et l'autre pays, une partie de la prévention spécialisée a été confiée à une association faîtière (respectivement la Deutsche Aids-Hilfe et l'Aide Suisse contre le sida), dont les activités au niveau national sont financées par le pouvoir central. Ces associations disposent d'un réseau d'unités locales autonomes et financées par les Länder en Allemagne et les cantons en Suisse. D'une manière générale, les politiques allemandes et suisses ont eu pour effet de structurer le champ associatif, en particulier par le biais de la concertation et du financement.

En Italie, la politique nationale de lutte contre le sida a été conduite par une élite de type hospitalo-universitaire. L'institut Supérieur de la Santé Publique est au cœur de la stratégie de prévention, et ce, par l'intermédiaire du Conseil National du Sida. La politique italienne n'a pas mis fortement l'accent sur le partenariat avec la société civile, en raison notamment du profil épidémiologique du pays. En d'autres termes, le fait que l'épidémie se soit développée principalement parmi les UDI a probablement porté à conséquence sur l'opportunité d'un partenariat entre les pouvoirs publics et les associations (notamment homosexuelles). En effet, bien que l'Etat soit légalement tenu de financer les associations actives dans le domaine du sida, ces dernières ne sont pas pleinement associées à la définition des politiques. La forte épidémie en milieu toxicomane a, en revanche, conduit l'Etat à concentrer les actions de prévention au sein des centres médico-sociaux (les SERT, rattachés aux unités sanitaires locales).

La politique française de lutte contre le sida se caractérise enfin par une série de ruptures que l'on peut associer aux changements de majorité politique. Elle est passée par plusieurs phases. Les premières mesures de lutte contre le sida ont été prises ponctuellement, selon des processus décisionnels classiques. La deuxième (1988-1994) est fondée sur une série d'innovations institutionnelles (AFLS, ANRS, etc.) qui ont pour effet de sortir la problématique du sida des cadres administratifs traditionnels. Enfin, dans la seconde moitié des années 1990, la suppression de l'AFLS se traduit par une réorganisation des actions

de prévention, notamment par le repositionnement politique et institutionnel de la DGS et par un mouvement de déconcentration relayé par les DDASS. En outre, la France se distingue par un champ associatif plus complexe et plus éclaté que celui observé dans les autres pays. Interlocutrices privilégiées des différents gouvernements, les associations entretiennent néanmoins des rapports ponctuellement conflictuels avec les pouvoirs publics mais aussi entre elles. A la différence des associations suisses et allemandes, les associations françaises sont essentiellement financées par projet et comptent en partie sur les financements privés afin d'assumer leurs frais de fonctionnement. Si les subventions des pouvoirs publics n'ont pas notablement diminué au fil du temps, les financements privés se sont considérablement réduits vers la fin des années 1990. Si bien que les associations évoluent désormais dans un contexte de relative insécurité.

4.3 LES CONFIGURATIONS INSTITUTIONNELLES ET LEURS EFFETS SUR LES RÉSULTATS

Au niveau institutionnel, la politique française de lutte contre le sida fait preuve d'une moins grande continuité que les politiques menées en Allemagne ou en Suisse^{ss}. De fait, les systèmes suisses et allemands se caractérisent par une division du travail plus élaborée au niveau organisationnel et plus stable sur le long terme (sous ce rapport, il n'est pas possible de dégager un point de vue sur la politique italienne). Cependant, les changements institutionnels repérés en France n'ont jamais eu pour enjeu de déterminer s'il fallait minimiser ou pas la menace de l'infection à VIH. Ils se sont d'emblée inscrits dans un contexte d'urgence, marqué par une très forte mobilisation sociale et qui, finalement, a eu pour conséquence d'amplifier la visibilité des enjeux liés à la maladie. La dynamique institutionnelle française n'a en rien altéré ni le sens, ni le contenu, de l'intervention en termes de prévention. Aussi bien en France, qu'en Allemagne et en Suisse, la cohérence des actions menées et la continuité des messages ont été préservées. En dernière analyse, en France, les changements de configuration institutionnelle, n'ont pas eu d'effets négatifs sur l'évolution des comportements^{tt}, notamment en population générale, chez les jeunes et chez les homosexuels, car d'importants moyens ont été mis en œuvre afin de répondre aux objectifs de prévention. La situation est sensiblement différente en ce qui concerne les politiques de réduction des risques (remise de matériel d'injection stérile et traitements de substitution). Dans ce cas, c'est l'ensemble du traitement politique et social de la toxicomanie qui est en cause.

En ce qui concerne la transmission sexuelle, l'un des résultats fondamentaux de la comparaison internationale, a été de montrer que les principales populations de référence ont clairement adapté leur comportement au contexte imposé par l'épidémie et, qui plus est, structuré par les politiques. Dans chaque pays, les résultats des enquêtes de comportement en population générale ont montré, sur le long terme, une progression des comportements préventifs. Même si les évolutions récentes témoignent d'une stabilisation, voire d'un fléchissement des comportements préventifs dans la population, ces dernières font encore état d'un niveau relativement élevé de protection. C'est encore davantage le cas parmi les 18-24 ans. En France, les données sur l'utilisation du préservatif au dernier rapport témoignent de comportements préventifs bien établis. Malgré une probable stabilisation des ces derniers, les résultats obtenus sont en phase avec ceux relevés dans les autres pays, voire supérieurs.

Les homosexuels sont probablement les premiers à avoir modifié leurs comportements sexuels, en particulier avec les partenaires occasionnels. Mais, comme en population générale, les résultats des

^{ss} Il s'agit de l'une des conclusions principales de l'atelier de Cully.

^{tt} Cette observation est fondée selon un point de vue comparatif.

enquêtes nationales montrent actuellement une stabilisation, voire un fléchissement des comportements préventifs. Des analyses plus détaillées permettent sans aucun doute de conclure à une diminution des pratiques à moindres risques (on pensera notamment aux données spécifiques à la région parisienne⁴⁵). Il faut néanmoins souligner que, globalement, les comportements préventifs n'ont pas baissé de façon substantielle.

Dans chacun des pays, d'importants efforts d'information et de sensibilisation ont accompagné et favorisé, dans chacune de ces populations, l'adoption de comportements à moindre risque. Comme on l'a souligné plus haut, une gestion libérale de l'épidémie impliquait que des moyens ou des ressources soient mis à disposition des populations afin de répondre aux objectifs de prévention. Cet élément s'est révélé crucial lorsqu'il s'est agi de réduire les risques infectieux parmi les injecteurs de drogues. Comme l'a montré l'exemple italien, la réduction du partage de seringues ne dépend pas seulement de leur mise en vente libre, mais aussi des programmes de proximité (échange de seringues). Par rapport aux autres pays, la France a tardivement mis en œuvre une véritable politique de réduction des risques, en raison notamment de résistances des milieux politiques et professionnels ainsi que de l'absence de consensus sur un traitement plus libéral des problèmes liés à la toxicomanie. Le partage de seringues diminue néanmoins au cours des années 1990, tout comme les taux de prévalence du VIH. Or, cette baisse a été moins rapide et moins importante qu'en Suisse, où les politiques de réduction des risques se sont développées, dès la seconde moitié des années 1980, sur la base d'initiatives locales. À terme, ces dernières ont été, comme en Allemagne, soutenues et défendues au niveau fédéral.

4.4 UN CONTEXTE STRUCTURÉ PAR LES POLITIQUES

Il n'est enfin pas envisageable de trop isoler les politiques nationales de lutte contre le sida du contexte dans lequel elles s'inscrivent et sur lequel elles agissent. D'une part, elles ont pour objet de réagir à une situation, à des demandes, à des pressions de natures diverses. D'autre part, les politiques ont pour effet de structurer et de coordonner l'action préventive. Les politiques ont certes fortement contribué à l'adoption de comportements préventifs, mais dans un contexte qu'il s'agit aussi de mettre en évidence. La fin des années 1980 et le début des années 1990 (période au cours de laquelle les politiques sont mises en œuvre), témoignent d'une situation exceptionnelle, marquée non seulement par la croissance dramatique des cas de sida et des décès, mais aussi par :

- une forte mobilisation communautaire (soutenue notamment par les financements publics),
- une forte mobilisation sociale (médiatisation, relations interpersonnelles, productions culturelles autour de la maladie).

Ces deux formes de mobilisation ont, à terme, permis une diffusion large, cohérente, en phase avec les politiques de l'information sur les risques d'infection à VIH. Elles ont servi de caisse de résonance à l'ensemble de l'activité de prévention, en intensifiant les messages délivrés à la population. C'est aussi pour cette raison, que, malgré des différences d'organisation des politiques, l'évolution des comportements s'est révélée globalement similaire (en tout cas en France, en Allemagne et en Suisse).

4.5 DE NOUVEAUX ENJEUX POUR LA PRÉVENTION

À partir de la seconde moitié des années 1990, dans les quatre pays de l'étude, l'épidémie de sida s'est considérablement transformée sous l'impact des traitements antirétroviraux hautement actifs: les

nouveaux cas de sida ainsi que les décès ont fortement diminué et les personnes atteintes ont vu leur espérance et leur qualité de vie augmenter. Cette évolution thérapeutique a eu pour conséquence de faire émerger de nouveaux enjeux, notamment au niveau de la surveillance épidémiologique et au niveau de la prévention.

Au niveau de la surveillance épidémiologique, la seule observation des cas de sida nouvellement diagnostiqués ne suffit plus à rendre compte de l'infection à VIH. En agissant sur l'histoire naturelle de la maladie, les nouveaux traitements antirétroviraux ont, en effet, considérablement retardé la déclaration du sida. Aussi la déclaration de tous les cas d'infection à VIH diagnostiqués tend-elle actuellement à s'imposer comme un élément essentiel de la surveillance épidémiologique. A l'instar de la Suisse et de l'Allemagne qui disposent déjà de cet indicateur, la France devrait, dans un avenir proche, rendre obligatoire la déclaration des nouvelles infections. En Italie, il est également question de recueillir de telles données, mais au niveau régional avec une coordination nationale.

Bien que l'observation des nouveaux cas de sida ne soit plus pertinente pour le suivi des tendances de l'infection à VIH, elle devrait, à plus long terme, permettre "d'évaluer l'impact de l'accès au dépistage et aux soins, et de caractériser des groupes de population auprès desquels des actions doivent être menées prioritairement"⁴⁶. Il est probablement encore trop tôt pour fournir un point de vue solide sur la question, et qui plus est, dans une perspective internationale. Cette dernière mérite néanmoins d'être soulevée, puisque les données récentes consultées pour la Suisse et la France montrent que, environ 50% des malades infectés sur la base de rapports hétérosexuels découvrent leur séropositivité au moment du diagnostic de sida⁴⁶. La situation est devenue particulièrement préoccupante en ce qui concerne les migrants en provenance de régions où l'épidémie s'est généralisée par contact hétérosexuel.

Au niveau des politiques de prévention, l'introduction des nouveaux traitements s'est non seulement traduite par la réaffirmation de certains objectifs, mais aussi par un regain de vigilance quant à l'évolution des comportements préventifs dans les différentes populations de référence (en particulier en population générale et chez les homosexuels).

Tout d'abord, le nouveau contexte thérapeutique a conduit à une réactualisation des objectifs quant à la promotion de comportements préventifs chez les personnes vivant avec le VIH/sida. L'augmentation de leur espérance de vie, l'amélioration de leur état de santé, ainsi que leur réengagement possible aux niveaux social, professionnel et affectif, impliquent que les personnes séropositives soient considérées comme des partenaires privilégiés et valorisés dans les stratégies de prévention. Comme l'ont montré les textes stratégiques français et suisses, il s'agit avant tout de prendre en compte "les difficultés des personnes séropositives à faire face au risque de transmission" (relations sexuelles, souhait d'avoir des enfants), de leur garantir un accès efficace à l'information et de les soutenir dans leur parcours de vie (qualité de vie, prise en charge).

Parallèlement, le nouveau contexte thérapeutique suscite un certain pessimisme quant à l'évolution possible des comportements préventifs²⁸. L'hypothèse selon laquelle, le sida n'apparaît plus comme une maladie mortelle aux yeux de la population, ou que les nouveaux traitements sont considérés comme un remède à l'infection VIH, a finalement conduit à un regain de vigilance de la part des politiques et à la réaffirmation des principes de prévention tels qu'ils ont été définis depuis le début des programmes nationaux de lutte contre le sida. La question est désormais d'autant plus préoccupante, que l'on observe, sinon une certaine inertie, un léger déclin des comportements préventifs. Aussi, le principal enjeu des politiques de lutte contre le sida reste-t-il de contribuer au maintien et à l'amélioration de ces comportements.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, editor. Surveillance du VIH/sida en Europe. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2001. (Rapport du 2^e semestre 2000, no 64).
- 2 London school of hygiene and tropical medicine, editor. HIV testing in Europe: A review of policy and practice, comparative analysis. London: The London school; 1999.
- 3 Office fédéral de la santé publique, Division épidémiologie et maladies infectieuses. Epidémiologie et maladies infectieuses: sida-information. Bulletin 2001;29:729-31.
- 4 Robert Koch-Institut. HIV/AIDS-Bericht I/2001. Epidemiologisches Bulletin 2001; Sonderausgabe B1-16.
- 5 Institut de Veille Sanitaire, editor. Sida, VIH et MST: état des lieux des données en 2001. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2001.
- 6 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, editor. Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2000: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids. Eine Wiederholungsstudie. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2001. URL: http://www.bzga.de/bzga_stat/studien/material/aids2000.pdf.
- 7 Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP), editor. Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse 1987-2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP); 2001.
- 8 Grémy I, Beltzer N, Vongmany N, Chauveau J, Capuano F. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France: premiers résultats des évolutions 1992, 1994, 1998, 2001 au 15 octobre 2001 (Rapport intermédiaire). Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS Ile-de-France); 2001.
- 9 Adam P, Hauet E. Résultats préliminaires de l'enquête presse gay 2000 sur la recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays. Paris: Institut de Veille sanitaire (InVS); 2001.
- 10 Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 11 Emmanuelli J, Lert F, Valenciano M. Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 1999. (Etude OFDT).
- 12 Emmanuelli J. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution). Paris: Institut de veille sanitaire (InVS); 2001.
- 13 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M, Spencer B, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: cinquième rapport de synthèse 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996.
- 14 Moss D. Combating drug use in the AIDS decade: the Campaign in context. Ital Politics 2002;5:69-89.
- 15 Kleiber D, Pant A. HIV-needle-sharing, sex: Eine Sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v.-Drogenkonsumenten. Baden-Baden: Nomos; 1996. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 69a und 69b).
- 16 Des Jarlais DC. Cross-national studies of AIDS among injecting drug users: the 1993 Okey Memorial Lecture. Addiction 1994;89(4):383-92.

- 17 Stark K, Leicht A, Müller R. Characteristics of users of syringe vending machines in Berlin. *Soz-Präventivmed* 1994;39:209-16.
- 18 Ingold F. Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Paris: Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP); 1996.
- 19 Beisswenger K-D. Aids und Drogen II: Evaluation Aids-Präventiver Botschaften. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe; 1992.
- 20 Aide suisse contre le sida. Les homosexuels et le sida: la recherche d'une solution.; rapport sur la situation en Suisse. Zurich: Aide suisse contre le sida (ASS); 1988.
- 21 Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au sida. Prévention du VIH en Suisse: buts, stratégies, mesures. Berne: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1993.
- 22 Haour-Knipe M, Fleury F, Ciompi P, Dubois-Arber F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse, phase 6, 1993-1995. Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse: étude 1994-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.7).
- 23 Steffen M. Les politiques publiques face au défi du sida: comparaison internationale dans quatre pays européens: France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie. Saint-Martin-d'Hères: Centre de recherche sur le politique, l'administration et le territoire (CERAT); 1995.
- 24 Moss D. Aids in Italy: Emergency in slow motion. In: Misztal BA, Moss D, eds. *Action on Aids: National policies in comparative perspective*. New York: Greenwood Press; 1990. p. 135-166.
- 25 Herzlich C, Adam P. Urgence sanitaire et liens sociaux: l'exceptionnalité du sida? *Cahiers internationaux de sociologie* 1997;102:5-28.
- 26 Fillieule O. Mobilisation gay en temps de sida: changement de tableau. In: Eribon D, ed. *Les études gay et lesbiennes: Colloque du Centre Georges Pompidou, 23-27 juin 1997*. Paris: Centre Georges Pompidou; 1998. p. 81-96.
- 27 Martel F. *Le rose et le noir: les homosexuels en France depuis 1968*. 2 ed. Paris: Seuil; 2000.
- 28 Lert F. Advances in HIV treatment and prevention: should treatment optimism lead to prevention pessimism? *AIDS Care* 2000;12(6):745-55.
- 29 Bergeron H. *L'état et la toxicomanie: histoire d'une singularité française*. Paris: PUF; 1999.
- 30 Pant A, Soellner R. Epidemiology of HIV in intravenous drug users and public health policy in Germany. *J Drug Issues* 1996;27(1):9-41.
- 31 Frankenberg G, Hanebeck A. From hysteria to banality: an overview of the political response to Aids in Germany. In: Wright M, Rosenbrock R, eds. *Partnership and pragmatism: Germany's response to AIDS prevention and care*. New York: Routledge; 2000. p.
- 32 Office fédéral de la santé publique, editor. *La politique suisse en matière de drogue*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- 33 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Dix ans d'efforts: ProMeDro 1991-2000. *Spectra* 2001;(25):1-8.
- 34 Kocher KW. *La campagne STOP SIDA 1987-1992*. Berne: Aide suisse contre le sida (ASS) ; Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1993.
- 35 Office fédéral de la santé publique. *Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue: document de base de l'Office fédéral de la santé publique*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1991.
- 36 Steffen M. *Les états face au sida en Europe*. Grenoble: Presses Universitaires; 2001.

- 37 Dipartimento delle politiche sociali e previdenziali, editor. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia: anno 2000. Roma: Ministero del lavoro e delle politiche sociali; 2002. URL: <http://www.ceis.it/focalpoint/download/Relazione2000.pdf>.
- 38 Lert F. Drug use, AIDS and social exclusion in France. In: AIDS in Europe: New challenges for the social sciences. New York; London: Routledge; 2002. p. 189-203.
- 39 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé 29).
- 40 Infuso A, Hamers F, Downs AM, Alix J. La déclaration du VIH en Europe de l'Ouest: les systèmes nationaux et les premières données européennes. Euro surveillance 2000;5(2):13-7.
- 41 Lydié N, l'Action Coordonnée 18-1: Comportements et prévention. Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France : synthèse des données quantitatives 1994-1999. Paris: Agence nationale de recherche sur le sida; 1999.
- 42 Gebhardt M. Sida et VIH en Suisse: situation épidémiologique à fin 2000. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001. URL: www.admin.ch/bag/infekt/surv/aids/f.
- 43 Paicheler G, avec la collaboration de da Silva LL, Sitbon A. La communication publique sur le sida en France: un bilan des stratégies et des actions 1987-1996. Paris: Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (CERMES); 2000.
- 44 Somaini B, Twisselmann W, Ferber T, Schlegel F. VIH et sida: programme national 1999 à 2003. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
- 45 Adam P. Baromètre gay 2000: comportements des hommes fréquentant les établissements gays parisiens. In: Sida, VIH et MST: état des lieux des données en 2001. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire (InVS); 2001.
- 46 Pillonel J. Surveillance du sida: pourquoi le nombre de cas ne diminue-t-il plus. In: Institut de Veille Sanitaire, ed. Sida, VIH et MST: état des lieux des données en 2001. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire (InVS); 2001. p. 3-4.
- 47 Savignoni A, Lot F, Pillonel J, Laporte A. Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France. Saint-Maurice: Institut de Veille sanitaire (InVS); 1999.
- 48 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, editor. Jugend-Sexualität 1998: Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14-17jährigen und ihren Eltern. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 1998.
- 49 Narring F, Michaud PA, Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997. (Raisons de santé, 4).
- 50 Colombo A. Gay e Aids in Italia: stili di vita sessuale, strategie di protezione e rappresentazioni del rischio. Bologna: il Mulino; 2000.
- 51 Bochow M. Schwule Männer, Aids und Safer Sex: Ein Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e.V.; 2001.
- 52 Schiltz M-A. Les homosexuels face au sida; enquête 1995: regards sur une décennie d'enquêtes. Paris: Centre national de la recherche scientifique; Ecole des hautes études en sciences sociales; 1998.
- 53 Aids und Drogen II: Evaluation Aids-präventiver Botschaften. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.; 1992.
- 54 Dipartimento delle politiche sociali e previdenziali, editor. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia: anno 1999. Roma: Ministero del lavoro e delle politiche sociali; 2000. URL: <http://www.ceis.it/focalpoint/download/Relazione%201999.pdf>.

- 55 Emmanuelli J. Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde: état des lieux et mise en perspective: revue de littérature. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire (InVS); 1999.
- 56 Wright M, Rosenbrock R, editors. Partnership and pragmatism: Germany's response to AIDS prevention and care. New York: Routledge; 2000.
- 57 Etgeton S. Structural prevention: the basis for a critical approach to health promotion. In: Wright M, Rosenbrock R, eds. Partnership and pragmatism: Germany's response to AIDS prevention and care. New York: Routledge; 2000. p. 73-81.
- 58 Schilling R. The German AIDS self-help movement: the history and ongoing role of AIDS-Hilfe. In: Wright M, Rosenbrock R, eds. Partnership and pragmatism: Germany's response to AIDS prevention and care. New York: Routledge; 2000. p. 82-90.
- 59 Pollak M. Aids politic in France: Biomedical leadership and preventive impotence. In: Misztal BA, Moss D, eds. Action on Aids: National policies in comparative perspective. New York: Greenwood Press; 1990. p. 79-100.
- 60 Rosenbrock R, Dubois-Arber F, Moers M, Pinell P, Schaeffer D, Setbon M. The normalization of AIDS in Western European countries. Soc Sci Med 2000;50(11):1607-29.

5 ANNEXES

5.1 ANNEXE AU CHAPITRE 2

Tableau 5.1 Cas de sida par million d'habitants, par pays et par année de diagnostic (ajustés pour les délais de notification)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
France	0.56	1.65	4.20	10.32	22.15	39.35	53.09	65.86	74.21	79.57	88.30	93.44	97.07	88.65	66.78	37.54	31.68	29.28	27.88
Allemagne	0.12	0.51	1.47	3.95	7.29	13.32	16.29	20.02	19.42	21.98	23.36	24.35	24.99	22.68	19.02	11.80	9.96	9.13	8.15
Italie	0.02	0.14	0.65	3.49	8.06	18.11	31.19	43.57	54.96	67.04	74.55	84.12	96.42	98.73	87.94	58.70	42.14	37.07	33.65
Suisse	0.78	2.18	6.48	18.21	31.10	46.47	69.00	88.02	89.55	86.40	102.72	96.67	96.40	84.84	69.61	47.38	34.91	34.32	25.32

Source : EuroHIV/InVS

Tableau 5.2 Cas de sida par pays et par groupe de transmission jusqu'au 30 juin 2001 (ajustés pour les délais de notification)

		<1990	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001a	Cumul
France	Rapport homosexuel	6067	2116	2192	2351	2248	2370	2074	1466	773	580	532	480	134	23383
	UDI	2097	1079	1218	1342	1493	1377	1318	962	423	348	290	251	122	12320
	Rapport hétérosexuel	1474	616	690	893	1066	1304	1286	1131	789	720	712	746	303	11730
	Autre	1695	507	555	606	714	711	608	440	272	265	239	218	70	6901
	Ensemble	11333	4318	4655	5192	5521	5762	5286	3999	2257	1913	1774	1695	628	54333
Allemagne	Rapport homosexuel	3514	1034	1149	1252	1310	1294	1141	874	501	407	388	328	94	13285
	UDI	633	243	256	292	290	321	306	234	145	95	89	91	19	3014
	Rapport hétérosexuel	153	94	117	134	164	199	191	224	170	161	103	85	20	1815
	Autre	639	170	233	199	205	218	214	226	152	156	170	166	28	2776
	Ensemble	4939	1541	1755	1877	1969	2032	1852	1558	968	818	751	670	161	20890
Italie	Rapport homosexuel	996	491	602	602	706	870	817	750	497	417	345	371	152	7615
	UDI	3969	2084	2497	2797	3047	3418	3386	2954	1789	1119	932	719	330	29041
	Rapport hétérosexuel	450	320	455	577	748	906	1083	1035	691	609	688	699	304	8565
	Autre	574	239	273	285	313	330	375	306	391	272	160	140	76	3734
	Ensemble	5989	3134	3827	4261	4814	5524	5661	5045	3368	2417	2126	1928	861	48956
Suisse	Rapport homosexuel	718	227	216	273	248	247	206	151	109	78	61	53	16	2602
	UDI	693	255	237	293	274	262	232	204	105	80	66	51	45	2798
	Rapport hétérosexuel	208	89	112	119	122	145	141	123	118	84	114	75	42	1492
	Autre	139	41	31	30	35	29	27	23	12	13	12	8	4	403
	Ensemble	1758	612	596	715	679	683	606	501	343	255	252	187	107	7294

a = 1^{er} semestre 2001

Source : EuroHIV/InVS

5.2 ANNEXE AU CHAPITRE 3

Tableau 5.3 Chronologie des événements politiques et sociaux liés au sida (P : politique ; T : toxicomanie ; F : fondation ; E : épidémiologie ; C : communication)

Date	France	Allemagne	Italie	Suisse
Avant 1980	T dispositif de lutte contre la toxicomanie (1970) - abstinence	T dispositif de lutte contre la toxicomanie (1972) - abstinence	T loi libérale sur la toxicomanie (1975)	T loi orientée sur l'abstinence (1975)
1981	F Association des médecins gays			
1982	E 48 cas de sida recensés	T possibilité de substituer la peine judiciaire par un traitement visant l'abstinence		T campagne de vaccination contre l'hépatite B à Zurich
1983	F Vaincre le Sida P recommandations de la DGS (personnel soignant, dépistage des dons de sang)	F premières associations d'aide aux malades P délégation d'experts de San Francisco au Ministère de la Santé P associations homosexuelles au Ministère de la Santé. P la Conférence des ministres de la Santé adopte une attitude réformiste sur la politique de lutte contre la toxicomanie	F Unité Sida au sein de l'ISS P Premières recommandations aux régions (dépistage des dons de sang)	C campagne de presse de l'OFSP P les représentants des associations homosexuelles participent à une conférence de l'OFSP sur le sida.
1984	F AIDES			
1985	P dépistage obligatoire des dons de sang F Arcat-sida	P la Conférence des ministres de la Santé fait le bilan des mesures prises dans les Länder C premières campagnes de la BZgA	F Archigay (contact avec les associations allemandes) P/F Association Nationale de Lutte contre le Sida (recherche et coordination pouvoirs publics et privés)	F fondation de l'ASS dont l'OFSP devient membre. E surveillance des contaminations à VIH

Date	France	Allemagne	Italie	Suisse
1986	P déclaration obligatoire des cas de Sida	P polémique entre minimalistes et maximalistes (Bavière)	E Déclaration obligatoire du Sida	E dépistage obligatoire des tous les produits sanguins
	P le sida pris en charge par l'assurance maladie			F la campagne STOP SIDA est placée sous la responsabilité du Creativ Team
	P Michèle Barzac déclare le sida "grande cause nationale pour l'année 1987"			T premier programme d'échange de seringues à Berne
	P définition du dépistage volontaire			C brochure d'information à tous les ménages de Suisse
	F			E centres de dépistage créés dans 5 hôpitaux universitaires
1987	C publicité pour le préservatif autorisée (pas de promotion de l'usage contraceptif)	P Programme d'urgence de lutte contre le Sida	P/F par décret gouvernemental est créée la Commission Nationale de Lutte contre le Sida (CNLS, présidée par le Ministre de la Santé). A l'intérieur de l'ISS, l'Unité Sida devient le Centro Operativo AIDS	C début de la campagne STOP-SIDA
	C première campagne publique	P Commission d'enquête parlementaire		E début de l'évaluation de la stratégie de prévention du sida
	T mise en vente libre des seringues	P/F Conseil National du Sida (panel d'experts)		F fondation pour la recherche sur le sida
	P loi sur les centres de dépistage anonyme et gratuit	P financement de la Deutsche Aids-Hilfe		
	P le Front National exploite le thème du sida	P/F Deutsche AIDS Stiftung		P Première conférence italienne sur le Sida.
		P premiers projets pilotes		
	P la conférence des ministres de la Santé ouvre la voie pour les traitements de substitution			
1988	P premier rapport sur le Sida (GOT)	P rapport intermédiaire de la Commission parlementaire	C première campagne d'information publique, et lettre adressée à tous les ménages italiens	F Sida Info Doc
	F/PAFLS ; ANRS, CNS, Mission Sida dans les hôpitaux		R programme de recherche	C Commission fédérale pour les problèmes liés au sida
	F Arcat-sida lance le Journal du sida et de la Démocratie sanitaire		P élaboration par la CNLS du plan de lutte contre le Sida	

Date	France	Allemagne	Italie	Suisse
1989	F Solidarité Plus, Positifs, Act Up Paris C première campagne de l'AFLS T premier programme d'échange de seringues (médecins du monde)			P première formalisation de la politique nationale (document)
1990		P rapport final de la commission parlementaire	P le Parlement vote le plan de Lutte contre le Sida	
1991				T L'OFSP commence à encourager les politiques de réduction des risques T politique des 4 piliers à Berne, Zürich, Bâle
1992	P procès des responsables de la transfusion sanguine			
1993	P Rapport Montagnier C préservatif à 1 franc	E surveillance des contaminations à VIH P scandale du sang contaminé		
1994	P suppression de l'AFLS (=>DGS), déconcentration avec les DDASS ; comité interministériel C Sidaction (300 millions de francs récoltés)			T le Conseil fédéral prend positivement position sur la politique des 4 piliers au niveau national : prévention thérapie, réduction des risques et répression* C la Télévision Suisse Romande s'associe au Sidaction
1995	T reconnaissance officielle des PES			P première diminution du budget sida (prévention)
1996	T démarrage des programmes de substitution C échec du deuxième Sidaction			

Date	France	Allemagne	Italie	Suisse
1997		P le budget de la BZgA diminue d'un tiers		
1998	C Ensemble contre le sida ("sommes-nous toujours d'actualité")			
1999	P procès des ministres dans l'affaire du sang contaminé P adoption du Pacte Civil de Solidarité (PACS)			P réactualisation du programme national de lutte contre le sida (1999-2003)

6 TABLEAUX COMPARATIFS

PRÉSENTATION

Ce document est le complément indispensable à la section 2.3 du rapport consacré à la comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le sida. Il a pour but de présenter les tableaux et les graphiques décrivant l'évolution des comportements préventifs dans les populations suivantes :

- la population générale,
- les jeunes âgés entre 18 et 24 ans,
- les homosexuels masculins,
- les usagers de drogues par injection.

Ces données proviennent majoritairement des enquêtes menées dans les différents pays considérés dans l'étude (France, Allemagne, Italie, Suisse). Les tableaux ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence par rapport aux approches proposées dans le cadre de l'analyse des résultats des politiques de prévention. Les domaines investigués concernent principalement :

- l'activité sexuelle,
- les comportements préventifs ,
- le dépistage et la prévalence du VIH.

Pour les besoins de la comparaison internationale, certains tableaux ont été spécifiquement produits par les différentes institutions ayant mené les enquêtes. Cela a été notamment le cas pour les statistiques relatives aux jeunes (France et Allemagne) et aux homosexuels (Allemagne).

Néanmoins, comme les données font l'objet d'un traitement secondaire, les résultats ne sont pas systématiquement comparables pays par pays. Ils répondent toutefois aux questions sous-jacentes à chaque approche. Tableaux et figures sont présentés sur une seule page pour les quatre pays, selon l'ordre de présentation schématisé ci-dessous. Les commentaires se trouvent à l'intérieur du document principal ainsi que certains graphiques construits à partir de ces données.

Ordre de présentation

France	Suisse
Allemagne	Italie

La source est mentionnée au dessous de chaque tableau ou figure de façon abrégée. Les références complètes sont reproduites de cette section.

Population générale

■ Activité sexuelle

France Évolution de l'activité sexuelle de la population hétérosexuelle au cours des 12 derniers mois

En pourcentage	Hommes				Femmes			
	92 (657)	94 (501)	98 (813)	01 (1116)	92 (780)	94 (649)	98 (869)	01 (1433)
Abstinent	1.6	3.4	2.2	4.5	5.4	4.6	6.9	4.3
Monopartenaires	76.5	80.0	83.6	85.4	85.4	88.9	85.5	89.4
Multipartenaires*	21.9	16.6	14.2	10.2	9.2	6.5	7.7	6.3

* Population déclarant au moins deux partenaires sexuels au cours de la période de référence

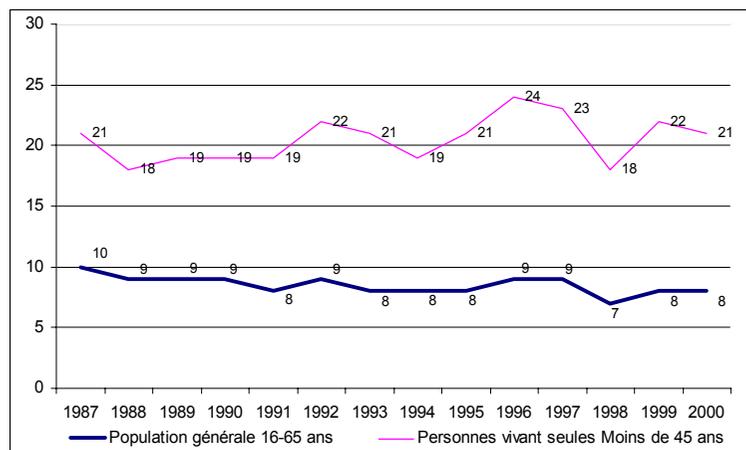
Source : ORS/IdF, KABP, 2001

Suisse Distribution du nombre de partenaires occasionnels des 6 derniers mois chez les personnes ayant eu au moins 2 partenaires durant leur vie

	1987a	1987b	1988	1989	1990	91	1992	1994	1997	2000	1989	1990	1991	1992	1994	1997	2000
	Hommes 17-30 (p<01)										Hommes 31-45 (p=41)						
0 part.	68	74	69	68	75	70	73	76	82	75	87	85	86	87	85	91	88
1 part.	15	11	11	14	10	16	11	11	11	13	9	10	7	6	8	4	6
2 part.	6	6	8	9	8	6	7	5	4	8	2	3	3	3	3	1	3
3-5 part.	9	6	7	8	6	5	7	7	2	4	3	2	2	4	4	3	2
6+ part.	3	3	5	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0
	Femmes 17-30 (p=01)										Femmes 31-45 (p<01)						
0 part.	81	84	85	86	88	85	86	86	91	87	90	89	88	94	92	95	95
1 part.	12	12	11	9	8	10	10	9	7	6	9	9	9	5	6	4	4
2 part.	4	3	3	3	2	4	3	3	2	4	1	1	1	1	1	0	1
3-5 part.	3	1	2	1	1	1	1	3	0	3	0	1	1	0	1	0	0
6+ part.	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse

Allemagne Proportions de répondants ayant eu plusieurs partenaires sexuels dans les 12 derniers mois (%)



Source : BZaA. Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik. 2001

Population générale

Comportements préventifs

France Utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois selon l'âge et le sexe (%)

En %	Hommes				Femmes			
	1992	1994	1998	2001	1992	1994	1998	2001
Ensemble	31,0	34,9	36,5	28,9	20,4	27,7	30,6	25,8
18-24 ans	59,7	76,9	82,7	71,0	44,1	59,6	70,3	65,7
25-39 ans	27,4	34,4	34,0	30,6	20,0	25,2	31,6	27,1
40-54 ans	22,0	16,7	21,5	13,9	11,8	15,8	12,2	10,9

Champ Population sexuellement active au cours des 12 derniers mois.

Note Les cellules grisées indiquent une différence statistiquement significative (test du χ^2 , $p < 0,05$) entre les modalités d'une même enquête.

Source : ORS/IdF, Enquête KABP, 2001

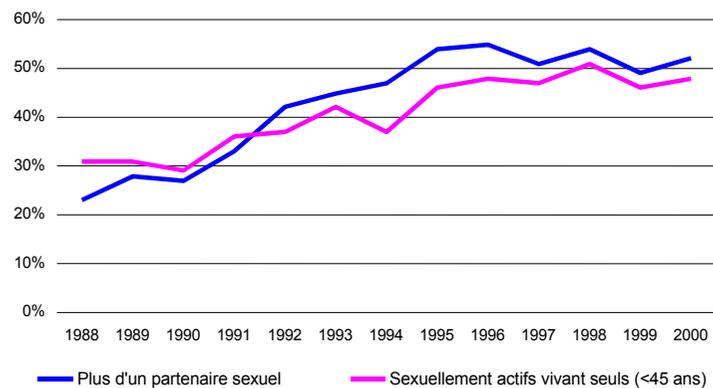
Suisse Utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels des 6 derniers mois et avec le nouveau partenaire stable durant l'année (en %)

		1987 ^a	1987 ^b	1988	1989	1990	1991	1992	1994	1997	2000
17-30 ans	"Toujours" avec partenaires occasionnels	8	17	36	48	48	52	60	56	77	62
	"Au début" avec partenaire stable			40	52	55	57	66	64	75	72
31-45 ans	"Toujours" avec partenaires occasionnels				22	35	37	52	42	56	47
	"Au début" avec partenaire stable				57	55	54	68	72	53	58

a = janvier ; b = octobre

Source IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse

Allemagne Utilisation du préservatif (toujours ou souvent) dans les 12 derniers mois, selon le type de répondant (%)



Note 1988-1996 ($p < 0,05$) ; 1996-2000 (non significatif) pour les deux groupes

Source : BZgA, Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik 2000, 2001

Population générale

■ Recours au test VIH

France Le test de dépistage au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (1992-2001)

En pourcentage de « oui »	1992 (n=1494)	1994 (n=1198)	1998 (n=1769)	2001 (n=2682)
Ensemble	12,9	18,3	10,4	10,1
Sexe				
Hommes	12,6	18,7	8,4	8,1
Femmes	13,2	17,9	12,6	12,1
Age				
18-24 ans	13,9	25,3	13,0	14,5
25-34 ans	18,2	24,9	16,6	14,0
35-44 ans	11,3	11,4	7,0	8,1
45-54 ans	6,8	12,6	5,0	5,4

Source : ORS/IdF, KABP, 2001

Suisse Le test de dépistage au cours de l'année selon le sexe et l'âge (en %)

En pourcentage de « oui »	1992 (n=2800)	1994 (n=2803)	1997 (n=2865)	2000 (n=2866)
Ensemble	7.4	7.2	5.5	6.4
Sexe				
Hommes	6.6	6.9	5.1	5.9
Femmes	8.2	7.5	5.9	7.0
Hommes âgés entre				
17-20 ans	6.8	2.8	1.0	3.7
21-30 ans	9.2	8.5	6.1	7.8
31-45 ans	4.8	6.7	5.5	5.3
Femmes âgées entre				
17-20 ans	8.9	6.3	6.5	4.5
21-30 ans	11.5	8.9	8.5	9.5
31-45 ans	5.7	6.8	3.8	6.1

Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse

Allemagne Le test de dépistage au cours 12 derniers mois selon le sexe et d'autres caractéristiques (en%)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ensemble	11	11	10	9	8	9	9
Hommes	13	12	13	10	9	11	11
Femmes	9	10	8	8	6	7	7
Est	12	11	11	9	8	9	9
Ouest	7	10	8	7	5	7	7
Personnes vivant seules (<45 ans)	17	16	17	15	14	16	15

Source : BZgA, Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik 2000, 2001

Population jeune (18-24 ans)

■ Entrée dans la sexualité

France Évolution de la proportion des sexuellement actifs à l'âge de 18 ou 19 ans selon le sexe

Hommes de 18 ou 19 ans				Femmes de 18 ou 19 ans				Ensemble (18 ou 19 ans)			
1992	1994	1998	2001	1992	1994	1998	2001	1992	1994	1998	2001
19	25	34	28	15	38	53	21	34	63	87	49
80,6	71,4	63,2	84,4	87	73,2	73,5	74,4	83,1	72,4	69	79,5

Note Calculé sur la population âgée de 18 ou 19 ans lors de l'enquête.

Source : ORS/IdF, KABP, 2001

Suisse Évolution de la proportion d'hommes et de femmes âgés de 17 à 20 ans déclarant au moins un rapport sexuel au cours de la vie

	1987 ^a		1987 ^b		1988		1989		1990	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Hommes	73.4	170	61.5	155	70.7	169	66.8	212	66.4	199
Femmes	56.6	161	68.2	167	70.2	165	66.8	205	64.0	194

	1991		1992		1994		1997		2000	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Hommes	68.9	234	66.0	247	65.5	170	64.5	187	71.1	173
Femmes	69.0	226	63.1	236	66.8	155	65.0	144	63.6	145

a= janvier ; b=octobre

Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse

Allemagne Adolescents âgés de 17 ans ayant eu au moins un rapport sexuel selon le sexe (en %)

17 ans	1980 (Ouest) (%)	1994 (%)	1996 (%)	1998 (%)
Filles	56	65	69	67
Garçons	38	59	65	54

Source : BZgA, Jugend-Sexualität, 1998

Population jeune (18-24 ans)

Utilisation du préservatif au dernier rapport

France Évolution de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel

En pourcentage de oui * Effectif	Hommes			Femmes		
	1994 (481)	1998 (787)	2001 (1071)	1994 (605)	1998 (797)	2001 (1338)
Ensemble	23,2	22,8	20,6	18,4	18,6	17,5
Selon l'âge						
18-24 ans	55,6	60,5	57,9	46,3	51,4	46,9
25-39 ans	22,3	21,5	22,1	14,2	17,2	16,4
40-54 ans	9,8	9,5	7,8	10,3	7,0	8,4

Note les cellules grisées indiquent une différence statistiquement significative (test du χ^2 , $p < 0,05$) entre les modalités d'une même enquête.

* Calculé sur la population hétérosexuelle, c'est à dire ayant uniquement des relations sexuelles avec des personnes de sexe opposé au cours des 12 derniers mois. Le complément à l'unité se compose des personnes n'ayant pas utilisé de préservatifs lors de ce dernier rapport.

Source : ORS/IdF, Enquête KABP, 2001

Suisse Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi les 17-25 ans (hommes et femmes)

	1991		1992		1994		1997		2000	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Hommes	45.7	372	50.6	361	48.9	337	55.4	359	52.7	320
Femmes	27.8	362	29.4	359	30.8	331	32.8	319	32.8	260

Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse

Allemagne Utilisation du préservatif au dernier rapport parmi les 18 – 24 ans

	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hommes														
oui	65	36.9	80	43.7	72	45.6	71	45.5	83	55.7	79	51.6	82	53.9
non	111	63.1	103	56.3	86	54.4	85	54.5	66	44.3	74	48.4	70	46.1
Total	176	100.0	183	100.0	158	100.0	156	100.0	149	100.0	153	100.0	152	100.0
Femmes														
oui	38	21.6	58	32.6	55	34.0	47	32.6	60	39.0	47	33.8	65	43.6
non	138	78.4	120	67.4	107	66.0	97	67.4	94	61.0	92	66.2	84	56.4
Total	176	100.0	178	100.0	162	100.0	144	100.0	154	100.0	139	100.0	149	100.0

Champ : parmi les sexuellement actifs

Source : BzGA

Population homosexuelle

■ Activité sexuelle

France Caractéristiques des répondants aux Enquêtes presse gay 1997 et 2000 (réponses sur les 12 derniers mois)

		1997		2000	
		n	%	n	%
Statut conjugal	Célibataire	810	25.6	1370	28.8
	Relation stable terminée	682	21.6	1007	21.2
	Relation stable en cours	1672	52.8	2376	50.0
<hr/>					
Partenaires occasionnels					
	Oui	2416	76.4	3727	78.4
	Non	748	23.6	1026	21.6
<hr/>					
Nombre de total de partenaires					
	Jusqu'à 10 partenaires	2075	65.6	2980	65.7
	Plus de 10 partenaires	1089	34.4	1557	34.3

Source : InVS, Enquête Presse Gay, 2001

Suisse Caractéristiques des répondants aux enquêtes presse gay depuis 1992 (réponses sur les derniers 12 mois).

		1992	1994	1997	2000
		n = 934	n = 1195	n = 1097	n = 918
		%	%	%	%
Relation stable	Non	46	30	26	28
	Stable exclusive	25	33	38	38
	Stable non exclusive	29	37	36	34
<hr/>					
Partenaires occasionnels					
	Oui	81	81	82	82
<hr/>					
Nombre de partenaires masculins	Jusqu'à 10 partenaires	63	66	63	62
	Plus de 10 partenaires	36	31	34	36

Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse, 2001

Allemagne Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois

	1991	1993	1996	1999
Aucun	2.6	2.7	2.5	2.4
Jusqu'à 10	67.1	62.8	58.4	55.4
Plus de 10	29.9	33.9	38.2	41.6
NR	0.5	0.6	0.9	0.5
Total	100	100	100	100
n	3285	2868	3048	2995

Avec l'ex-Allemagne de l'Est

Source : Michael Bochow, Intersofia, Berlin

Italie Caractéristiques des répondants aux enquêtes presse gay depuis 1990 (réponses sur les 12 derniers mois)

	1990	1991	1992	1993	1996
	n = 1275	n = 1421	n = 1154	n = 910	n = 2066
	%	%	%	%	%
Partenaire stable seulement	18.5	21.5	23.0	23.0	21.1
Partenaires stable et occasionnels	48.7	40.0	35.3	38.5	48.3
Partenaires occasionnels seulement*	32.8	38.5	41.7	38.5	30.6

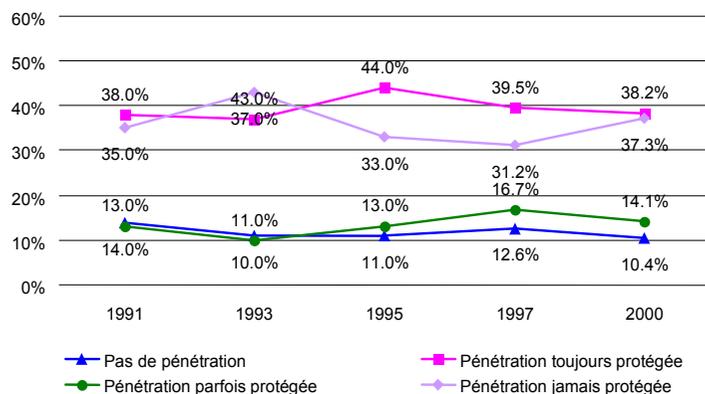
* La médiane du nombre de partenaires occasionnels les 12 mois précédant l'enquête (1990-1993) est égale à 10.

Source : Asher Colombo, Gay e Aids in Italia, il Mulino, Bologne, 2000.

Population homosexuelle

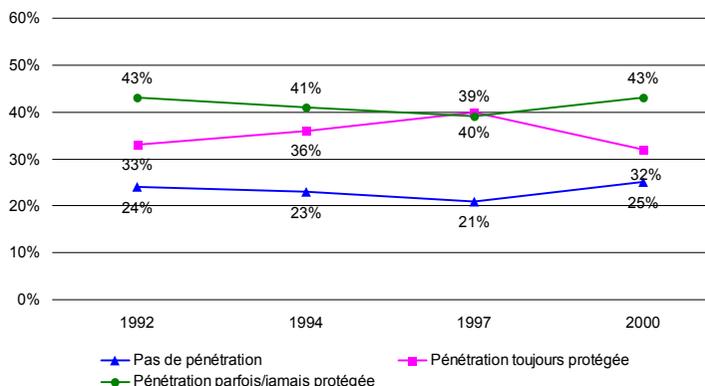
Comportements préventifs avec le partenaire stable

France Comportements préventifs avec le partenaire stable dans les 12 derniers mois (1991-2000)



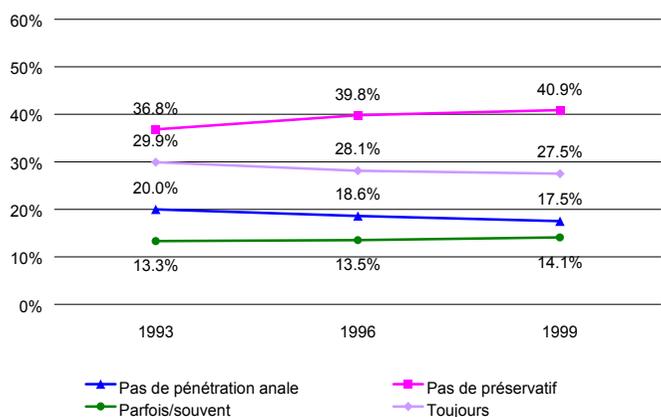
Source : InVS, Enquêtes Presse Gay, 1998, 2001

Suisse Comportements préventifs avec le partenaire stable dans les 12 derniers mois (1992-2000)



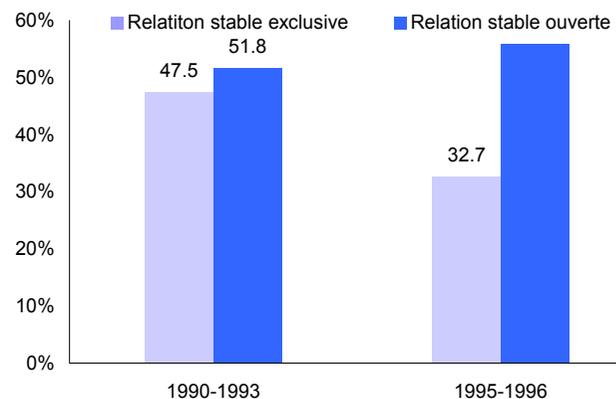
Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse, 2001

Allemagne Comportements préventifs avec le partenaire stable dans les 12 derniers mois (1991-1999)



Source : Michael Bochow, Intersofia, Berlin

Italie Pourcentage de répondants qui utilisent toujours un préservatif lors de pénétrations anales avec le partenaire stable, selon le type de relation (1990-1993 ; 1995-1996) - Rapports insertifs

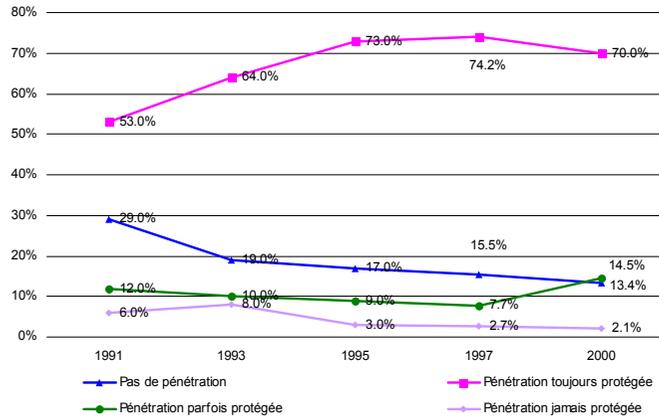


Source : Asher Colombo, Gay e Aids in Italia, 2000

Population homosexuelle

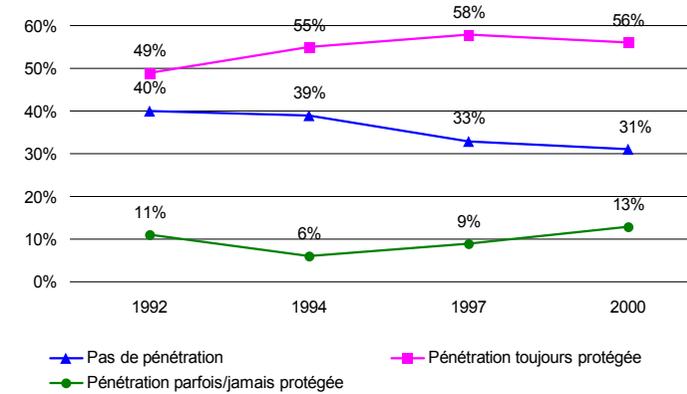
Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels

France Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois (1991-1997)



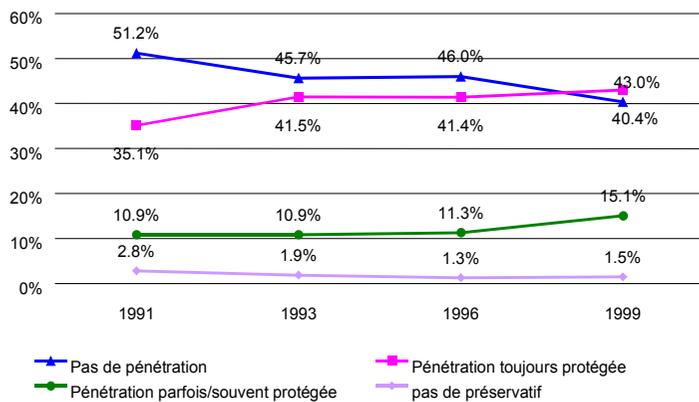
Source : InVS, Enquêtes Gay Presse, 1998, 2001

Suisse Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois (1992-2000)



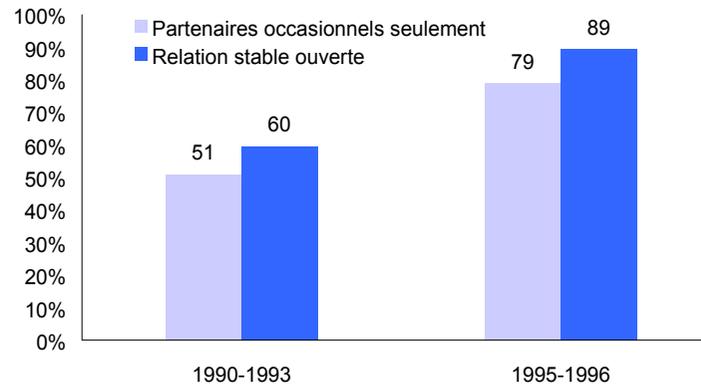
Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse, 2001

Allemagne Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois (1991-1999)



Source : Michael Bochow, Intersofia, Berlin

Italie Pourcentages de répondants qui utilisent toujours un préservatif lors de pénétrations anales avec partenaires occasionnels, selon le type de relation (1990-1993 ; 1995-1996) – Rapports insertifs



Source : Asher Colombo, Gay e Aids in Italia, 2000

Population homosexuelle

Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels selon l'âge

France Taux de répondants ayant eu des pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois selon l'âge et le lieu de résidence

Région	Année	Classe d'âge					Total
		<25 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-44 ans	>45 ans	
Ile-de-France	1997	18%	19%	15%	16%	16%	17%
	2000	31%	21%	25%	27%	20%	25%
Autres régions	1997	17%	16%	16%	16%	13%	16%
	2000	22%	23%	21%	19%	26%	21%
Ensemble	1997	17%	17%	15%	16%	15%	16%
	2000	25%	22%	23%	23%	23%	23%

Source : InVS, Enquêtes Gay Presse, 2001

Suisse Utilisation du préservatif lors de la pénétration anale avec les partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois selon la classe d'âge

	Moins de 30 ans				Plus de 30 ans			
	1992 n = 240	1994 n = 275	1997 n = 199	2000 n = 110	1992 n = 524	1994 n = 540	1997 n = 588	2000 n = 557
Pas de pénétration anale	36%	38%	31%	39%	42%	41%	33%	30%
Toujours avec préservatif	54%	58%	60%	51%	46%	53%	58%	57%
Parfois/jamais avec préservatif	10%	4%	9%	10%	12%	6%	9%	13%

Significativité avec $\alpha = 0.05$

<30 ans : $p=0.712$

>30 ans : $p<0.001$

Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse, 2001

Allemagne Utilisation du préservatif lors de la pénétration anale avec les partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois selon la classe d'âge

	Moins de 30 ans				Plus de 30 ans			
	1991 n = 1507	1993 n = 1301	1996 n = 1006	1999 n = 775	1991 n = 1778	1993 n = 1567	1996 n = 2042	1999 n = 2220
Pas de pénétration anale	48.6%	41.3%	45.0%	37.3%	53.4%	49.4%	46.5%	41.5%
Toujours avec préservatif	36.6%	44.4%	42.3%	45.2%	33.9%	39.1%	40.9%	42.3%
Parfois/souvent avec préservatif	11.7%	12.1%	11.0%	15.7%	10.2%	9.9%	11.4%	14.8%
Pas de préservatif	3.1%	2.2%	1.6%	1.8%	2.5%	1.7%	1.2%	1.4%

Source : Michael Bochow, Intersofia, Berlin

Population homosexuelle

Comportements préventifs dans les couples

France Répondants déclarant au moins une pénétration anale sans préservatif avec le partenaire stable dans les 12 derniers mois selon le statut sérologique des couples

Statut sérologique des couple	1997		2000	
	n	%	n	%
Couples non testés	291	43%	442	44%
Couples séronégatifs	831	63%	1119	67%
Couples séropositifs	45	49.5%	56	53%
Couples sérodifférents	59	23%	97	26%

Champ Hommes ayant déclaré un partenaire stable (sur 12 mois) et répondu à la question
Note Evolution statistiquement non significative

Source : InVS, Enquêtes Presse Gay, 2001

Suisse Utilisation systématique du préservatif ("toujours") dans les couples ayant pratiqué la pénétration anale les 12 derniers mois selon le statut sérologique des partenaires

	1994		1997		2000	
	%	I.C. *	%	I.C.*	%	I.C.*
Deux partenaires HIV-	33% n = 262	[27;39]	35% n = 278	[30; 41]	26% n=253	[20; 32]
Deux partenaires HIV+	44% n = 12	[21; 79]	64% n = 14	[35; 87]	44% n = 9	[14; 79]
Un partenaire HIV+ et l'autre HIV-, non testé ou statut inconnu	85% n = 53	[72; 93]	85% n = 53	[72; 93]	83% n = 46	[69; 92]
Un ou les deux partenaire(s) HIV inconnu	51% n = 238	[45; 58]	61% n = 210	[54; 68]	59% n = 142	[51; 67]
Pas de réponse par rapport au statut du partenaire	65% n = 17	[38; 86]	60% n = 42	[43; 74]	41% n = 17	[18; 67]

Note * Intervalles de confiance à 95% ; évolution non significative sur toutes les lignes

Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse, 2001

Allemagne Utilisation du préservatif avec le partenaire stable dans les 12 derniers mois selon le statut sérologique du couple

Statut sérologique	Pas de pénétration anale	Utilisation du préservatif			Ensemble
		Jamais	Pas toujours	Toujours	
Couples non testés	21%	36%	15%	27%	17% n = 267
Négatif/négatif	13%	56%	14%	17%	42% n = 677
Positif/positif	8%	53%	21%	18%	4% n = 66
Négatif/positif	19%	7%	14%	59%	9% n = 139
Positif/négatif	26%	15%	11%	48%	3% n = 54
Inconnu/Positif	23%	31%	13%	32%	25% n = 404
Négatif/Inconnu					
Inconnu/négatif					
n	282	657	226	442	1607
%	18%	41%	14%	28%	100

Source : DAH, Schwule Männer, Aids und Safer Sex, 2001

Population homosexuelle

France Dépistage au cours de la vie et résultat du dernier test (1997-2000)

Test et statut sérologique	1997		2000	
	n	%	n	%
Non testés	460	14.2%	658	13.8%
Testés séronégatifs	2351	74.3%	3502	73.7%
Testés séropositifs*	353	11.2%	593	12.5%

Note Les pourcentages de séronégatifs et de séropositifs sont stables par rapport aux EPG précédentes (1990, 1991, 1992, 1993, 1995)

* Séropositifs et malades du sida

Source : InVS, Enquêtes Presse Gay, 2001

▪ Dépistage au cours de la vie, taux de prévalence VIH

Suisse Dépistage au cours de la vie et résultat du dernier test (1992-2000)

Pratique du test	<30 ans				>30 ans				Ensemble			
	1992	1994	1997	2000	1992	1994	1997	2000	1992	1994	1997	2000
n =	289	408	278	161	637	778	802	746	926	1186	1080	907
Au moins 1 fois dans la vie*	72%	65%	71%	67%	72%	78%	83%	85%	72%	73%	80%	82%
Résultat du dernier test n =	208	267	198	103	457	604	668	626	665	871	866	729
Séropositif	5%	7%	6%	2%	14%	11%	12%	12%	11%	10%	11%	11%
Séronégatif	93%	91%	92%	98%	83%	86%	83%	87%	86%	87%	85%	88%
NSP/ne veut pas dire	2%	3%	3%	0%	3%	3%	4%	1%	2%	3%	4%	1%

* L'évolution est statistiquement significative pour les plus de 30 ans, non significative pour les moins de 30 ans

Source : IUMSP/UEPP, Enquête périodique pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse, 2001

Allemagne Dépistage au cours de la vie et statut sérologique des répondants testés selon l'âge

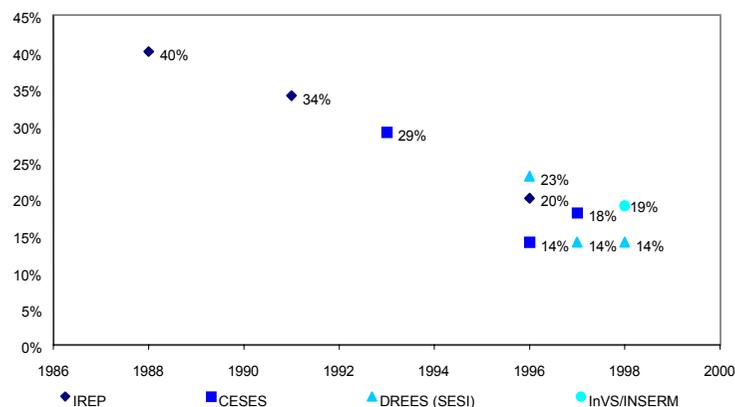
Pratique du test	<30 ans				>29				Ensemble			
	1991	1993	1996	1999	1991	1993	1996	1999	1991	1993	1996	1999
n =	na	na	na	na	na	na	na	na	3285	2868	3048	2995
Au moins 1 fois dans la vie*	58.1%	65.7%	69.0%	73.7%	58.3%	67.5%	72.4%	78.2%	58.2%	66.7%	71.3%	77.0%
Résultat du dernier test n =	1507	1301	1006	775	1778	1567	2042	2220	3285	2868	3048	2995
Séropositif	6.9%	5.7%	6.9%	6.5%	13.5%	13.3%	12.1%	17.8%	10.5%	9.9%	12.1%	15.0%
Séronégatif	87.8%	86.4%	90.1%	89.1%	82.5%	81.3%	83.6%	77.7%	84.9%	83.6%	83.6%	80.5%
NR/NSP/ne veut pas dire	5.4%	7.9%	3.0%	4.4%	4.0%	5.4%	4.4%	4.6%	4.6%	6.5%	4.4%	4.5%

Source : Michael Bochow, Intersofia, Berlin

Usagers de drogues injectables

■ Prévalence du VIH

France Évolution des taux de prévalence parmi les usagers de drogues (plusieurs enquêtes multicentriques)



Source : J. Emmanuelli, Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques, SIAMOIS, 2000

Suisse Dépistage et statut sérologique des usagers des structures à bas seuil (1993-2000)

		1993	1994	1996	2000
		%	%	%	%
		N=1119	N=907	N=944	N=924
VIH	% testés au VIH	88	▲91	93	95
	% séropositifs	10	▲8	11	11

▲ Données non-existantes pour Zurich

Source : IUMSP/UEPP, 2001

Allemagne Évolution du taux de prévalence parmi les usagers de drogues dans 3 Länder

période	Berlin		Länder NRW		S-H		Total	
	Prévalence (%)	N	Prévalence (%)	N	Prévalence (%)	N	Prévalence (%)	N
88/89	22.8	425	18.6	409	14.3	217	19.4	1051
90/91	15.1	371	16.7	96	21.0	105	16.4	572
92/93	12.1	256	20.3	158	6.5	168	12.7	582
Total	17.5	1052	18.7	663	13.1	490	16.9	2205

Note: NRW=Nordrhein Westfalen; S-H=Schleswig-Holstein

Source : D.Kleiber & al. HIV – Needle Sharing – Sex, 1996

Italie Nombre de tests VIH effectués par les SERT dans 21 régions Italiennes et pourcentages de résultats déclarés positifs avec indication des valeurs minimales et maximales

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nbr total de tests	51.256	61.401	59.826	67.901	69.941	73.513	76.096	71.759	69.474
Nbre total de tests positifs (%)	28.8	23.6	23.0	21.3	19.4	16.9	15.7	16.2	15.2
Minimum (%)	5.8	5.2	2.8	0.5	3.1	3.0	1.2	0.6	1.7
Maximum (%)	42.3	39.2	36.8	37.3	32.2	34.0	28.2	28.2	27.3

Source : Ministero della Sanità, Rilevazione nel settore tossicodipendenze. Anno 1999, Rome

Usagers de drogue par injection

■ Partage de la seringue

France Indicateurs comportementaux et infectieux chez les UDIV de 1988 à 1998

Indicateurs	Source	1988	1991	1993	1996	1997	1998
Partage de la seringue	IREP	48%	33%	-	13%	-	-
	InVS/INSERM	-	-	-	-	-	20%
Réutilisation de la seringue	IREP	75%	-	75%	-	-	-
	InVS/INSERM	-	-	-	-	-	45%

Source : J. Emmanuelli, Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques, SIAMOIS, 2000

Suisse Évolution de l'exposition au VIH chez les clients des SBS en Suisse (1993-2000)

Utilisation de matériel d'injection usagé	1993 %	1994 %	1996 %	2000 %
	N=1119	N=907	N=944	N=924
Partage de seringue / aiguille				
% durant la vie ^a	▲40	▲37	44	45
% durant les 6 derniers mois ^b	17	9	11	12
% en prison durant 2 derniers ans ^b			6	9

▲ Données non-existantes pour Zurich

^a Taux rapporté aux injecteurs durant la vie

^b Taux rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

Ce taux est calculé sur l'ensemble des personnes ayant été en prison durant les deux dernières années

Source : IUMSP/UEPP, 2001

Allemagne Évolution du partage de seringues dans 3 Länder (Berlin/Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein)

	1988/1989		1990/1991		1992/1993		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Quelle unsteriler Spritzen								
kein Nadeltausch	375	35	306	54	358	61	1039	47
Partner	481	46	105	19	79	13	665	30
Freund	377	36	129	23	127	22	633	29
Mithäftling	89	8	29	5	49	8	167	8
Unbekannter	224	21	49	9	41	7	314	14
Total	1057	146	562	110	586	112	2205	128

Source : D. Kleiber & al., HIV – Needle Sharing – Sex, 1996

cf. Italie Usagers de drogue par injection, page 95

Usagers de drogue par injection

Utilisation du préservatif

France Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel et non utilisation systématique du préservatif lors des 6 derniers mois parmi les répondants de l'enquête INSERM/InVS de 1998

	Non utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel		Non utilisation systématique du préservatif lors des 6 derniers mois	
	n	% de non utilisation	n	% de non utilisation
Partenaire stable				
Oui	358	65.0	363	74.1
Non	424	30.9	332	47.6

Source : INSERM/InVS, Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, 1999

Suisse Évolution de l'exposition au VIH et de la protection chez les clients des structures à bas seuil (1993-2000)

Utilisation du préservatif ^a	1993	1994	1996	2000
	% N=1119	% N=907	% N=944	% N=924
% Partenaire(s) stable(s)	60	56▲	53	56▲
% toujours utilisé préservatif	26	24▲	27	29▲
% jamais utilisé préservatif	55	62▲	58	55▲
% partenaire non consommateur		50▲	52	52▲
% Partenaire(s) occasionnel(s)	34	29▲	31	32▲
% toujours utilisé préservatif	61	71▲	67	72▲
% jamais utilisé préservatif	14	14▲	13	15▲
% Dernier rapport sexuel				
% utilisation préservatif		46▲	51	48▲

▲ Données non-existantes pour Zurich
^a Durant les 6 derniers mois. 3 fréquences d'utilisation: toujours, parfois, jamais (la somme = 100 %).

Source : IUMSP/UEPP, 2001

Allemagne Utilisation du préservatif lors de relations hétérosexuelles

	Berlin - NRW - S-H				Total	
	1990/1991		1992/1993		n	%
	n	%	n	%		
Utilisation du préservatif avec le partenaire stable						
Jamais	214	69	233	78	447	74
Rarement	52	17	38	13	90	15
Toujours	43	14	27	9	70	12
Total	309	100	298	100	607	100
Utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels						
Jamais	80	44	91	47	171	46
Rarement	54	30	56	29	110	30
Toujours	46	26	45	23	91	24
Total	180	100	192	100	372	100
Utilisation du préservatif avec le/les partenaire/s stable/occasionnels						
Jamais	236	58	277	64	513	61
Rarement	108	27	95	22	203	24
Toujours	61	15	59	14	120	14
Total	405	100	431	100	836	100

NRW =Nordrhein Westfalen S-H =Schleswig-Holstein

Source : D. Kleiber & al., HIV – Needle Sharing – Sex, 1996

cf. Italie Usagers de drogue par injection, page 95

Prévalence VIH, partage de seringues et utilisation du préservatif en Italie (1985-1994)

Ref	Période	Localisation	Taille de l'échantillon	Prévalence VIH	Partage de seringues	Utilisation du préservatif
1	1985-1987	34 unités SERT	1214	38% (403/1050)		Hommes ~34% Femmes ~42% parfois – toujours entre 1985 et 1987
2	1989-1990	Rome	~200	29% (53/186)		45.5% (séronégatifs sans prise de risque)
3	1991	Rome	487	27%	51% séropositifs 14% séronégatifs emprunt 6 derniers mois	HIV+ versus HIV- 74% vs.64% avec part. occasionnels 61% vs. 46% avec part. stable 6 derniers mois
	1992	Rome	450	30%	19% séropositifs 11% séronégatifs emprunt 6 derniers mois	HIV+ versus HIV- 71% vs 71% avec part. occasionnels 66% vs 34% avec part. stable
4	1993	Rome	200	31%	15% 6 derniers mois	Hommes 60% avec p. occasionnels 38% avec p. stable Femmes 50% avec part.occ. 52% avec part. sta. 6 derniers mois
5	1994	Calabre 4 centres de traitement	157		~16% 3 derniers mois	24% toujours 3 derniers mois

Source :

Sasse H, et al. Sexual lifestyles in injecting drug users in Italy potential for HIV infection transmission. Br J Addiction 1991;86:1083-89.

Richardson C, et al. Factors associated with HIV seropositivity in European injecting drug users. AIDS, 1993;7:1485-9.

Davoli M. HIV Risk-Related Behaviour among Injection Drug Users in Rome: Differences between 1990 and 1992. Am J Public Health, 1995;85(6):829-32.

Papaevagelou G, et al. HIV Prevalence and Risk Factors among Injecting Drug Users in EC and Cost Countries. AIDS Research at EC Level, IOS Press, 1995, 73-82.

Pavia M. Intravenous Drug Users and AIDS: Knowledge, attitudes and behaviour in Calabria, Italy. Europ J Public Health 1997;7:1999-204.

SOURCES CONSULTÉES

Population générale et population jeune

- France** Grémy I, Beltzer N et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France. Premiers résultats des évolutions 1992-1994-1998-2001 au 15 octobre 2001. Paris : Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2001.
- Allemagne** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2000: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids (Endbericht). Köln: BzGA, 2001.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Jugend-sexualität 1998. Wiederholungsbefragung von 14-17jährigen und ihren Eltern im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Endergebnisse). Köln: BZgA, 1998.
- Suisse** Institut universitaire de médecine sociale et préventive/Unité d'évaluation de programmes de prévention. Enquêtes périodique pour l'évaluation de la prévention du Sida en Suisse, Lausanne : IUMSP/UEPP, 2001. En collaboration avec l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (IUMSP) pour les données sur les jeunes.

Population homosexuelle

- France** Adam P, Hauet E, Caron C. Sur la recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000. Saint-Maurice : Institut national de Veille Sanitaire, 2001.
- Schiltz M-A. Les homosexuels face au Sida : enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquêtes. Paris : Centre d'Analyse et de Mathématique Sociales, Centre de Recherche, Médecine, Maladie et Sciences Sociales, 1998.
- Allemagne** Bochow M. Synopse der Befragungsergebnisse. Erhebung 1987 bis 1999 zum Thema: Homosexuelle Männer und Aids. Berlin : Intersofia-Gesellschaft für interdisziplinäre Sozialforschung in Anwendung mbH, 2000.
- Bochow M. Schwule Männer, Aids und Safer Sex. Neue Entwicklungen. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin : Deutsche AIDS-Hilfe, 2001.
- Italie** Colombo A. Gay e Aids in Italia. Stili di vita sessuale, strategie di protezione e rappresentazioni del rischio. Bologne : il Mulino, 2000.
- Suisse** Dubois-Arber F, Moreau-Gruet F, Jeannin A. HIV/AIDS related prevention behaviours among men having sex with other men in Switzerland (1992-2000) a recent downturn ? Lausanne : IUMSP/UEPP [en soumission].

Dubois-Arber F, Moreau-Gruet F, Jeannin A. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSHs) et la prévention du VIH/Sida en Suisse 1987-2000. Lausanne : IUMSP/UEPP [à paraître].

Usagers de drogues

- France** Emmanuelli J, Lert F, Valenciano M. Caractéristiques sociale, consommation et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France. Saint-Maurice : Institut national de Veille Sanitaire, Institut national de la Santé et de la recherche médicale, 1999.
- Emmanuelli J. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS. Description, analyse et mise en perspective des données de ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999. Saint-Maurice : Institut national de Veille Sanitaire, 2001.
- Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance. Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite : rapport de synthèse. Paris : IREP, 1996.
- Allemagne** Kleiber D, Pant A. HIV - Needle Sharing - Sex. Eine sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanten Verhaltensweisen bei iv Drogenkonsumenten. - Tabellenband - . Baden - Baden : Nomos Verlagsgesellschaft, 1996.
- Italie** Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanza d'Abuso e Aids. Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze: Anno 1999. Roma : Ministero della Sanità, Dipartimento della Prevenzione, 2000.
- Sasse H, et al. Sexual lifestyles in injecting drug users in Italy potential for HIV infection transmission. Br J Addict 1991;86 :1083-89.
- Richardson C, et al. Factors associated with HIV seropositivity in European injecting drug users. AIDS 1993 ;7:1485-91.
- Davoli M. HIV Risk-Related Behaviour among Injection Drug Users in Rome: Differences between 1990 and 1992. Am J Public Health 1995 ;86(6):829-32.
- Papaevangelou G, et al. HIV Prevalence and Risk Factors among Injecting Drug Users in EC and Cost Countries. Amsterdam: AIDS Research at EC Level, IOS Press 1995, 73-82.
- Pavia M. " Intravenous Drug Users and AIDS. Knowledge, attitudes and behaviour in Calabria, Italy ". Eur J Public Health 1997 ; 7 :199-204.
- Suisse** Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evolution de la santé et de la situation sociale de consommateurs de drogues fréquentant les needle exchange programm en Suisse (1994-2000). Lausanne : IUMSP/UEPP [en soumission].