

## ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DU SIDA EN SUISSE

par Françoise DUBOIS-ARBER\*, André JEANNIN\*\*,  
Giovanna MEYSTRE-AGUSTONI\*\*

### Introduction

Dès 1985, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a développé une politique globale de lutte contre le sida qui comprend trois niveaux d'intervention: (1)

- une intervention générale destinée à informer et motiver l'ensemble de la population (ex: brochure d'information à tous les ménages en 1986, campagnes STOP SIDA opérant en continu dès 1987);
- une intervention adressée à des groupes-cibles spécifiques (adolescents, toxicomanes, homosexuels, etc.), utilisant canaux (organisations spécifiques, groupes de pairs) et messages appropriés;
- une intervention en profondeur, inscrite dans la durée et reposant sur l'interaction individuelle (conseil, transmission d'information). Elle fait appel à des personnes dont la situation ou le rôle en font des médiateurs potentiels de messages de prévention (médecins, parents, enseignants, etc.). Ces différents médiateurs représentent autant de groupes qui doivent être motivés, préparés et soutenus pour leur permettre de remplir cette tâche de conseil.

Cette stratégie fait depuis 1986 l'objet d'une évaluation continue, effectuée par l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne (2-6). Le rôle actif de l'évaluation attendu dans l'aide à l'orientation des efforts de prévention a incité l'équipe mandatée à choisir une approche d'évaluation globale, capable d'appréhender des éléments de processus et de résultats (7), et centrée sur l'utilisation (8) («comprehensive, utilisation-focused evaluation»).

Les priorités dans le domaine de l'évaluation sont négociées entre l'OFSP et les évaluateurs. Le programme d'évaluation est défini comme une **succession de phases**, d'une durée d'un an dans les premières années, de deux ans par la suite (1986, 1987, 1988, 1989-1990, 1991-1992). Chaque phase comporte de 10 à 20 études.

\* Médecin, Chef de l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Rue du Bugnon 17, CH-1005 Lausanne.

\*\* Sociologues à l'UEPP/IUMSP.

Certaines études abordent des aspects de processus, d'autres de résultats. Quelques études permettent d'explorer des champs qui pourraient devenir l'objet d'une prévention ciblée par la suite, (par exemple l'étude des clients de prostituées), et appartiennent au domaine de l'évaluation «formative».

Chaque phase est constituée d'un **faisceau d'études complémentaires** dont la synthèse, à la manière de la reconstitution d'un puzzle, permet de porter un jugement d'ensemble sur l'efficacité des stratégies mises en place. La **triangulation** des études est recherchée, de façon à obtenir une validation croisée des résultats: par exemple par la conjonction d'une approche qualitative et quantitative dans la même population ou en utilisant des indicateurs complémentaires pour approcher le même phénomène (indicateurs d'usage de préservatifs dans la population générale et indicateurs de vente de préservatifs), ou encore en considérant des actions de prévention du point de vue de l'émetteur et du point de vue du récepteur.

Les **indicateurs** retenus pour mesurer les actions et les effets de la stratégie de prévention sont ceux qui correspondent aux objectifs de la prévention: indicateurs de connaissances, d'attitudes et de comportements, indicateurs d'activité des programmes.

Au cours des différentes phases du programme d'évaluation, certaines études ou certains thèmes sont repris régulièrement (tableau I).

Les études de **monitoring**, répétées à chaque exercice ou chaque année utilisent des méthodes quantitatives et permettent de suivre par exemple les comportements sexuels dans la population générale, l'évolution du marché des préservatifs.

D'autres études, qualitatives ou quantitatives, utilisant une méthodologie constante, sont **répétées** moins souvent et permettent aussi d'observer des tendances (études auprès des homosexuels).

Il existe dans certains domaines une **suite d'études sur le même thème**, pouvant prendre des formes différentes telles que:

- évaluation de certains programmes scolaires, recensement de la totalité des programmes scolaires de prévention du sida et des toxicomanies et analyse de la réception par les élèves;
- études exploratoires de la situation de la prévention dans certains groupes de migrants, suivies d'une étude monitoring de la mise en place de programmes spécifiques ou des enquêtes de comportements dans différents groupes de migrants.

Enfin, des **études ponctuelles**, souvent de nature qualitative, permettent de mieux appréhender la problématique de la prévention du sida dans certains groupes de population, le plus souvent pour faciliter la réflexion sur de futurs programmes de prévention.

Le programme d'évaluation en est actuellement à la fin de la cinquième phase (1991-1992). Des changements de comportements ont été observés, à des degrés divers, dans toutes les populations étudiées et le développement de toutes sortes d'activités de prévention a pu être suivi.

Pour illustrer le type d'informations recueillies par l'évaluation, nous nous concentrerons sur les résultats de quelques études de la dernière phase de l'évaluation:

Tableau I: Organisation des différentes études de l'évaluation.

<p>1986 Evaluation de la brochure d'information tous ménages</p>	<p><b>Monitoring annuel</b> 1987 • comportement 17-30 ans • marché des préservatifs • médias</p> <p>1988 • comportement 17-30 ans • marché des préservatifs • médias</p>	<p>1989-90 • comportement 17-45 ans • marché des préservatifs • médias</p> <p>1991-92 • comportement 17-45 ans • marché des préservatifs</p>
<p><b>Etudes répétées et superposables (mesures des tendances)</b> 1987 • homosexuels • toxicomanes • apprentis • politiques cantonales</p>	<p>1988 • image du préservatif • politiques cantonales</p> <p>1989-90 • homosexuels • toxicomanes • apprentis • activité des parents* prévention du sida au cabinet médical, du point de vue des patients*</p>	<p>1991-92 • homosexuels • toxicomanes • image du préservatif • activité des parents* • prévention du sida au cabinet médical du point de vue des patients*</p>
<p><b>Suite d'études sur le même thème</b> 1987 • diffusion de la campagne • «sex-tourists»</p>	<p>1988 • diffusion de la campagne • programmes scolaires • programmes de prévention auprès des toxicomanes • migrants • médecins (qualitatif)</p> <p>1989-90 • diffusion de la campagne • programmes scolaires • programmes de prévention auprès des toxicomanes • migrants • médecins (quantitatif) • «sex-tourists»*</p>	<p>1991-92 • diffusion de la campagne • programmes scolaires • programmes de prévention auprès des toxicomanes • migrants</p>
<p><b>Etudes complémentaires non répétées</b> 1987 • dragueurs • patients des médecins sentinelle • leaders informels</p> <p>1988 • zone • recrues • personnel hospitalier • éducateurs/assistants sociaux • formation d'intervenants • centres de test VIH • culture • feed-back</p> <p>* module inséré dans l'enquête 17-45 ans</p>	<p>1989-90 • parents • campagne prévention primaire drogue • prévention dans les prisons</p> <p>1991-92 • étudiants en médecine • campagne clients de prostituées • campagne parents • adolescents • hétérosexuels adultes • clients de prostituées • test VIH dans la population*</p>	

- les programmes scolaires et la disposition des parents à aborder les problèmes de sida avec leurs enfants (processus);
- les comportements dans la population de 17-45 ans et la vente de préservatifs (résultats).

### **Programmes scolaires (9, 10)**

La prévention du sida à l'école revêt une importance particulière: l'école est un lieu privilégié pour toucher l'ensemble des jeunes avant leur entrée dans la vie sexuelle active et l'enseignement dispense un complément indispensable à l'éducation reçue dans le milieu familial. De plus, comme le sida est un phénomène nouveau mais qui s'inscrit durablement dans la vie sociale, il est particulièrement important d'assurer la continuité et la qualité des programmes de prévention offerts par l'école. C'est pourquoi une des études de l'évaluation a examiné les programmes scolaires de prévention primaire du sida institués par les cantons. Il s'agissait de faire un bilan au niveau national des activités développées par les cantons, qui faisait suite à une série d'études plus ponctuelles réalisées par certains cantons ou le programme d'évaluation (11). Ce bilan a été conçu en 3 phases:

- recensement des divers programmes scolaires, établi sur la base des informations recueillies dans les cantons auprès des responsables des programmes concernés (1991-1992)
- analyse de la situation au niveau de la mise en œuvre de ces programmes dans six cantons types (Genève, Jura, Tessin, Thurgovie, Nidwald, Zurich) représentant des approches différentes de la prévention du sida et des toxicomanies (1992). Cette analyse repose sur des interviews de groupes de personnes directement chargées de la prévention (enseignants, intervenants spécialisés, directeurs d'établissements)
- analyse de la situation chez les bénéficiaires de l'information: les élèves arrivés en fin de scolarité qui ont en principe été atteints par les programmes dans les mêmes cantons. Ceci a été réalisé en 1992 au moyen d'une enquête téléphonique auprès de 100 adolescents de 15-17 ans dans chacun des six cantons.

Selon les résultats du recensement effectué auprès des autorités compétentes de chaque canton, la couverture nationale est assurée: tous les cantons ont intégré la prévention du sida dans leurs programmes. Elle est en principe abordée systématiquement au niveau du secondaire obligatoire, entre la 7<sup>e</sup> et la 9<sup>e</sup> année de scolarité. Quelques cantons signalent aussi une intervention systématique durant la scolarité post-obligatoire. Ailleurs, elle a lieu sur demande et dépend des initiatives des établissements et des enseignants. Certains cantons prévoient aussi une première approche de la problématique sida au niveau primaire, au gré de la demande venant des élèves. Dans la plupart des cantons, les établissements privés ont l'obligation de se conformer aux directives cantonales existantes d'intervention dans la scolarité secondaire obligatoire.

Dans de nombreux cantons sont entreprises des activités communes à un ou plusieurs établissements scolaires (théâtre, journées d'information, expositions, etc.).

La mise en œuvre de la prévention du sida suit **deux modèles**. Le premier repose sur l'**intervention de spécialistes extérieurs** au système scolaire et se rencontre principalement en Suisse romande. La prévention du sida est intégrée au cours d'éducation sexuelle, donné par des animateurs spécialement formés. Elle fait parfois l'objet de séances spéciales.

Le deuxième modèle est basé sur la **délégation à l'enseignant de la responsabilité de traiter de la prévention du sida dans le cadre d'un cours régulier** et est l'apanage de la Suisse alémanique et du Tessin. Il existe différentes formules d'intégration au programme: le cours de «Lebenskunde» donné par l'enseignant principal, les cours de biologie / sciences naturelles, le cours d'éducation à la santé.

Si la formation des intervenants externes est généralement assurée et très professionnalisée (cours de base sur l'éducation sexuelle dont le sida est partie intégrante + cours de recyclage réguliers), la formation des enseignants est encore insuffisante. La plupart des cantons ont organisé un cours de recyclage sur le sida entre 1987 et 1992, souvent obligatoire pour les maîtres du secondaire et lié à la présentation de matériel didactique. Quelques cantons offrent des cours facultatifs dans le cadre de la formation continue. Mais peu de cantons ont prévu un système de réactualisation systématique des connaissances pour les enseignants, et seuls Zurich et Berne ont inclus la prévention du sida dans la formation de base des enseignants.

Le matériel didactique le plus utilisé comprend: les divers dossiers de l'OFSP, la brochure éditée par le canton de Berne, la bande dessinée «Jo». En Suisse romande, cette bande dessinée a connu un grand succès auprès des jeunes. Elle a aussi suscité une controverse au sein des professionnels de la prévention. Les questions débattues concernaient principalement certains aspects caricaturaux des situations et des personnages présentés et la peur que pourrait générer cette histoire d'une adolescente «bien sous tous rapports», contaminée lors d'un unique rapport sexuel.

Une étude, menée dans plusieurs villes romandes avec des adolescents et des enseignants ou parents qui l'avaient utilisée (12), a permis de mettre en évidence que l'abord émotionnel du problème du sida avait beaucoup touché les jeunes lecteurs, qui avaient pu trouver des points d'identification avec les personnages de l'histoire. Ils appréciaient ce qu'il y avait de «vivant» dans l'approche de la prévention par la BD, qu'ils n'avaient jamais trouvé dans les brochures d'information. Le risque de sida devenait plus concret et était à même de les motiver à se protéger. Un certain niveau de peur avait été généré, mais il s'agissait d'une peur que les adolescents se disaient à même de gérer, comme ils étaient parfaitement capables de relativiser les côtés caricaturaux de l'histoire (qui font d'ailleurs partie du langage courant de la bande dessinée).

Les adultes multiplicateurs potentiels de messages de prévention (enseignants ou adultes en contact avec les jeunes), interrogés dans le cadre de cette étude, ont estimé que les avantages de cette BD (support de discussions, capacité de toucher les adolescents) étaient supérieurs à ses inconvénients et qu'elle pouvait parfaitement constituer un des éléments du matériel de prévention.

L'analyse de la mise en œuvre concrète de la prévention au niveau des six cantons choisis a permis de mettre en relief les avantages et inconvénients des deux modèles existants et de relever les problèmes qui se posent aux intervenants.

Le modèle «intervenants extérieurs» garantit une couverture optimale (puisque les spécialistes font le tour des classes), et un anonymat permettant des discussions libres. Le contenu est homogène, de bonne qualité, surtout (et c'est généralement le cas) lorsque les cours sont donnés par des animateurs en éducation sexuelle, bien formés et motivés. Inconvénient du système: le manque de suivi (il s'agit de quelques heures données en bloc) et, surtout, de coordination avec les enseignants titulaires qui sont mal renseignés sur ce qui se dit dans les cours et ont de la peine à en assumer d'éventuelles retombées (questions des élèves, etc.). Ce modèle n'encourage pas non plus les enseignants à saisir des occasions favorables pour faire une prévention plus générale ou informelle.

Les intervenants extérieurs souhaitent d'ailleurs une meilleure concertation avec les enseignants titulaires pour harmoniser leurs actions et leur rôles respectifs, ce qui demanderait une augmentation de leurs effectifs (temps à disposition pour préparer les interventions).

Le modèle «intégration dans l'enseignement régulier» permet en principe une approche plus progressive de la problématique sexualité et sida, son intégration dans un cadre plus général d'éducation à la santé. Il peut être adapté aux besoins et intérêts des élèves et permet de mettre à profit les occasions fournies par l'actualité d'aborder le thème du sida. L'inconvénient principal réside dans le fait qu'il dépend des motivations, des capacités d'interaction, de la formation et de la sensibilité de l'enseignant et du climat de confiance régnant entre l'enseignant et sa classe. La prévention du sida entre aussi en concurrence avec d'autres matières dans des programmes déjà chargés. La couverture et l'homogénéité de contenu ne sont donc pas garanties et de fait, des discrepancies ont été rapportées par les enseignants interrogés: selon les capacités de l'enseignant, l'enseignement dispensé sera technique, axé sur les connaissances, ou plus interactif et abondant aussi les aspects psychoaffectifs de la sexualité.

Les enseignants, sans remettre en cause leur responsabilité dans l'éducation sexuelle et la prévention du sida, ne se sentent pas toujours à l'aise pour aborder ces questions. Ils craignent aussi que leurs connaissances ne soient pas à jour et souhaiteraient disposer plus souvent de ressources extérieures (documents actualisés, spécialistes à inviter, matériel davantage destiné à l'animation qu'à l'information et plus «jeune»).

L'analyse de la réception de la prévention par les élèves montre en tout cas que la couverture de la prévention dans les cantons étudiés est bonne, mais pas totale: 87% des élèves se rappellent avoir parlé du sida durant les cours, 61% à plusieurs reprises. Les élèves plus âgés, les Romands et les Tessinois ont tendance à avoir eu plus d'occasions de cours (ce qui correspond aussi au fait que ces cantons font de la prévention dans le secondaire supérieur ou dans les écoles professionnelles). Le cadre dans lequel ils disent avoir reçu l'information correspond bien au modèle en vigueur dans chaque canton. Les 2/3 des élèves ont, de plus, reçu du matériel didactique ou eu l'occasion de visiter une exposition, ou encore de voir un spectacle dans le cadre scolaire.

Ils ne paraissent pas du tout saturés de discussions sur le sida puisque seuls 3% estiment qu'on leur en a trop parlé. En revanche, 37% disent qu'ils n'en ont

pas assez parlé à l'école. Dans le même sens, le quart des élèves affirment qu'une partie seulement des questions qui les préoccupent ont été abordées. C'est dans les cantons où on a le plus souvent parlé du sida que ce besoin se fait sentir et les manques semblent porter sur les domaines qui ont été le plus souvent abordés (moyens de transmission et de protection); on peut faire l'hypothèse que ce sont des questions ou des expériences très personnelles que les élèves voudraient amener au fur et à mesure qu'ils font leurs propres expériences, et aussi qu'ils ont besoin de se rassurer. Spontanément, les jeunes se rappellent surtout avoir parlé des moyens de transmission et de protection (plus de 80% les mentionnent) ainsi que de la maladie elle-même.

Quant au contenu plus précis des discussions qui ont eu lieu, il est relativement homogène parmi les divers modèles d'approche de la prévention et témoigne du fait que des choix de comportements ont été présentés : lorsqu'on leur pose la question précisément, plus de 75% des élèves se rappellent avoir entendu parler d'usage systématique du préservatif, de contraception, de sexualité en général. Près des deux tiers ont abordé des sujets tels que : bien se connaître avant d'avoir des relations sexuelles, éviter le changement fréquent de partenaire, être fidèle à un partenaire, ou ont parlé du test. En revanche, le thème des autres maladies sexuellement transmises n'a été évoqué que par le tiers des élèves, et l'abstinence avant le mariage par environ 20% seulement.

Finalement, les deux modèles de prévention donnent des résultats assez proches en termes de couverture de prévention. La sexualité et le sida ont été largement abordés dans les cours. L'intensité et la qualité des interventions sont certainement beaucoup plus variables. La question qui se pose actuellement réside donc dans la poursuite à long terme de ce processus éducatif systématique: la formation de base, comme la formation continue des enseignants, devront être améliorées pour garantir cette nécessaire continuité.

## **Les parents**

Les parents jouent aussi un rôle dans la prévention du sida, par les discussions qu'ils ont avec leurs enfants. Selon une enquête téléphonique menée en 1991 (13), 92% des personnes ayant des enfants entre 13 et 20 ans l'ont fait à une ou plusieurs reprises. Les thèmes de discussion abordés sont principalement les voies de transmission et les moyens de se protéger, les risques liés à la toxicomanie, la maladie elle-même ainsi que l'usage du préservatif. Les conseils que les parents adressent à leurs enfants, lorsqu'ils savent ou supposent qu'ils sont actifs sexuellement, sont essentiellement d'utiliser systématiquement des préservatifs, mais aussi de choisir avec soin son partenaire, de n'en pas changer trop souvent et d'attendre de bien se connaître avant d'avoir des relations sexuelles (plus de 3/4 d'approbations pour ces items).

Les parents ont aussi des conversations avec leurs enfants plus jeunes (moins de 12 ans): 46% disent avoir déjà parlé du sida avec eux. Les thèmes de discussion principaux sont les mêmes qu'avec les adolescents, mais on parle moins de préservatifs. Le conseil donné le plus fréquemment (49%) est de ne pas toucher de seringues abandonnées.

## Population générale

Les comportements sexuels dans la population générale font l'objet d'un monitoring annuel: depuis 1987 chez les 17-30 ans, dès 1989 chez les 31-45 ans aussi. Chaque année, une enquête téléphonique a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population résidant en Suisse alémanique et en Suisse romande jusqu'en 1990 et sur l'entier du territoire national dès 1991. En 1992, l'échantillon total comprenait 2800 personnes (14).

Différentes variables du questionnaire se rapportent à **l'activité sexuelle**: nombre de partenaires sur la durée de vie, existence de relations sexuelles avec des partenaires occasionnels dans les six derniers mois, existence d'un nouveau partenaire stable dans l'année, expérience avec des prostituées.

Ces variables sont restées stables au cours du temps, ce qui signifie que la stratégie de prévention du sida n'a pas modifié le niveau d'activité sexuelle de la population (ce n'était d'ailleurs pas un objectif défini par l'OFSP). C'est ainsi que le nombre médian de partenaires sur la durée de vie a varié entre 3 et 2 chez les 17-30 ans et est resté de 5 chez les 31-45 ans. La proportion de personnes ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels dans les six derniers mois a, elle, oscillé respectivement autour de 15% (17-30 ans) et de 9% (31-45 ans). La proportion de personnes avec nouveau partenaire stable montre une tendance à la diminution (de 20% à 14%) chez les 17 à 30 ans et demeure à 4% chez leurs aînés. L'expérience avec les prostituées (dans la vie) reste autour de 10% chez les 17-30 ans, de 20% chez les 31-45 ans.

Chez les jeunes adultes de 17-20 ans, on n'observe pas non plus de différence significative en matière d'activité sexuelle depuis 1987, que celle-ci soit mesurée par la proportion de ceux ayant une expérience sexuelle, par la proportion de ceux ayant trois partenaires et plus, ou par la proportion de ceux ayant entretenu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels.

L'âge moyen au premier rapport sexuel a passé graduellement de 19.4 ans pour la génération des 41-45 ans à 17.7 ans pour celle des 21-25 ans. La proportion des personnes commençant précocement une activité sexuelle (avant 17 ans) s'est accrue. Elle était de 18% chez les hommes qui ont maintenant 41-45 ans, elle atteint 34% chez les jeunes hommes de 17-20 ans d'aujourd'hui. Pour les femmes, elle était de 7% pour la génération de 41-45 ans et de 20% chez les jeunes filles de 17-20 ans d'aujourd'hui.

Cette augmentation des relations sexuelles précoces semble progresser par paliers: chez les garçons, on constate une augmentation récente après une période de stabilité; chez les filles, l'augmentation en palier s'est faite pour les générations de 1950-1960.

Les modifications de l'âge d'entrée dans la sexualité suivent des tendances «séculaires» et ne semblent guère avoir été influencées par l'arrivée du sida.

En revanche, les **comportements sexuels de protection**, qui étaient les cibles des actions de prévention, se sont profondément modifiés depuis 1987.

L'usage systématique («toujours») de préservatifs lors de contacts sexuels avec des partenaires occasionnels a crû graduellement de 8% à 60% chez les 17-30 ans entre 1987 et 1992 et de 22% à 52% chez les 31-45 ans entre 1989 et 1992. On observe une différence entre les classes d'âges en faveur des plus



jeunes puisque, parmi les 17-20 ans, la proportion d'usagers de préservatifs a passé de 16% en 1987 à 69% en 1992. On constate aussi une augmentation d'usage de préservatifs à l'intérieur d'une même génération puisque les 21-25 ans de 1992 utilisent davantage de préservatifs qu'en 1987 (les 17-20 ans de l'époque).

L'usage de préservatifs, au moins au début de la relation avec le nouveau partenaire stable, a lui aussi augmenté: de 41 à 66% chez les 17-30 ans entre 1988 et 1992, de 56% à 68% chez les 31-45 ans entre 1989 et 1992.

Enfin, en 1992, 32% des 17-30 ans et 16% des 31-45 ans disent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel, quel qu'ait été le type de partenaire (stable ou occasionnel). L'usage de préservatifs au dernier rapport ne correspond pas uniquement à un usage contraceptif puisqu'il est deux fois plus élevé chez ceux pour lesquels on peut définir l'existence d'au moins un risque récent d'exposition (au moins un partenaire occasionnel dans les 6 mois, changement de partenaire dans l'année, contact avec des prostituées dans les 6 mois, expérience d'injection de drogues) par rapport à ceux qui n'ont pas eu ce type de risque.

Des chiffres similaires pour l'usage du préservatif, lors du dernier rapport ainsi que pour l'usage de préservatifs en cas de relation occasionnelle ont été mesurés en 1992 dans un autre collectif d'adolescents de 16-20 ans en Suisse romande, interrogés par voie de questionnaire auto-administré (15).

Plusieurs petites études qualitatives portant sur des personnes de 31-45 ans (16, 17) se sont intéressées au comportement des hétérosexuels, en particulier aux raisons du non-usage de préservatifs chez ceux qui ont des partenaires multiples ou cherchent un nouveau partenaire.

Parmi les obstacles à l'usage du préservatif, on peut citer :

- la confiance exagérée placée dans une stratégie de réduction du nombre de partenaires ou de sélection des partenaires (le plus souvent selon l'apparence);
- la relation amoureuse avec la confiance aveugle et le déni de tout risque qu'elle peut comporter;
- la situation de relation sexuelle avec un partenaire «connu» de longue date (cercle d'amis, cercle professionnel);
- la rationalisation du risque en termes de «groupes à risques» (dont le partenaire ne fait pas partie);
- des blocages «psychologiques» avec forte aversion du préservatif dont l'origine peut être liée à une crainte d'impuissance et à diverses associations conscientes ou inconscientes, telles que: préservatif/chasse-plaisir, préservatif/période d'adolescence vécue comme une régression dévalorisante, préservatif/amour vénal ou impur, ou encore préservatif/intrusion dans la sphère privée, préservatif/mainmise de l'homme dans le processus de la maîtrise de la reproduction;
- des situations particulières telles qu'usage d'alcool ou de substances psychotropes, états dépressifs, ambiance de fête, etc.

Les facteurs favorisant l'usage de préservatifs hors relation stable seraient:

- une compétence au dialogue avec possibilité d'un échange verbal et d'un accord préalable au contact sexuel;
- l'exigence stricte de la part d'un des partenaires, qui suffit généralement à faire tomber les barrières (en particulier si la détermination est le fait de la femme);
- la relation avec un partenaire inconnu;
- l'expérience acquise du préservatif (autant dans le sens de la gestion de la situation que dans celui de l'aspect pratique);
- le sens de la responsabilité à l'égard du partenaire stable afin d'éviter tout risque de contamination.

### **Préservatifs**

La mise sur le marché de préservatifs par les principales entreprises de fabrication ou de distribution a été suivie régulièrement depuis 1986. En 1992, 14'988'000 préservatifs ont été vendus, ce qui représente une augmentation de 8% par rapport à 1991 et un doublement des ventes depuis 1986.

Dans l'enquête sur les comportements sexuels de la population, on a cherché à cerner l'image que se font les gens du préservatif. Il est considéré comme un objet d'actualité, dont l'usage n'est pas réservé aux jeunes; pour les trois quarts des gens, il est devenu banal; les principaux reproches à son égard sont le fait qu'il ne s'agit pas de quelque chose de naturel et l'impression qu'il n'est pas parfaitement efficace (environ 40% sont d'accord avec ces affirmations); une minorité significative des personnes (entre 15 et 30%) trouve que les préservatifs sont des gâche-plaisir, qu'on n'en a pas besoin quand on s'aime et qu'ils induisent des doutes sur le partenaire; en revanche, leur prix, la gêne au moment d'en acheter ou l'aspect peu pratique de leur usage ne semblent pas constituer des obstacles importants à leur utilisation (moins de 10% de mentions).

Il n'y a aucune différence d'image entre jeunes (17-30 ans) et moins jeunes (31-45 ans). En revanche, les Suisses alémaniques ont une image plus positive du préservatif que les Suisses romands et, surtout, que les Tessinois.

### **Conclusions**

1. Les données présentées montrent que la stratégie de prévention adoptée en Suisse a effectivement amené ceux que l'on nomme les multiplicateurs (école, parents) à assumer le rôle que l'on attendait d'eux et à développer des activités de prévention. On observe aussi que cette stratégie a donné des résultats tangibles en matière de changement de comportement dans les populations visées.
2. Ces données montrent l'intérêt de disposer d'une évaluation globale et continue, qui permet d'orienter en permanence les recherches en fonction

des questions qui se posent tout au long du développement de la stratégie. Car elles changent au cours du temps. Les premières interrogations des promoteurs de la prévention portaient surtout sur l'efficacité générale, en situation réelle, des efforts entrepris. La question de la relation de causalité entre les effets observables dans la population et chaque action particulière n'était pas au premier plan. En effet, l'urgence de la situation avait entraîné la floraison concomitante d'une foule d'interventions différentes, menées par des acteurs divers, dans un environnement médiatique où le thème du sida était très présent. Les données mesurées étaient la résultante d'influences multiples, parfois peut-être contradictoires. Leur interprétation fut facilitée par l'observation des divers processus du développement de la prévention ainsi que par l'usage d'études qualitatives, exploratoires, à même de mieux comprendre comment et pourquoi les gens adoptaient ou rejetaient des comportements préventifs.

3. Sept ans après les premières actions de prévention d'envergure, les questions auxquelles sont confrontés les responsables de la prévention (et par conséquent les évaluateurs) sont un peu différentes. Le sida restera pour longtemps encore un problème dans notre société et la prévention demeurera l'arme majeure pour s'en prémunir. Pourtant, l'habitude de la présence du sida s'installant, on peut craindre que «l'enthousiasme préventif» des premières années ne s'estompe. Il s'agit donc de vérifier si les dispositifs de prévention existants, après une première phase d'activité intense motivée par la nouveauté et l'urgence du phénomène, sont préparés à assurer la continuité de la prévention, tant en termes de couverture (assurer à tous un accès équitable à l'information et au conseil) qu'en termes d'intensité et de qualité. Il convient aussi de vérifier que les acquis de la prévention se maintiennent et ce dans toutes sortes de populations. En ce sens, les études décrites apportent quelques premiers éléments de réponse: les écoles se sont dotées de structures permettant d'assurer la continuité de la présence de la prévention du sida dans le cadre scolaire; quelques problèmes de couverture et de qualité devront encore être résolus. Les parents, de leur côté, semblent demeurer conscients du fait que le sida reste un problème qui pourrait concerner leurs enfants et agissent en conséquence. Du côté des résultats de l'activité préventive, on observe encore une extension des comportements de protection.
4. Dans la suite de l'évaluation de la stratégie de prévention du sida, le poids respectif des études de processus et d'impact est appelé à se modifier en faveur des études de processus qui devront être à même de mesurer la diffusion des (nouveaux) programmes de prévention, leur acceptabilité, leur continuité (18). Un monitoring simplifié de l'évolution des comportements devra être mis en place pour détecter précocement d'éventuelles inversions de tendances dans les taux de protection.
5. Dans de nombreux pays ont eu lieu des activités d'évaluation de la prévention du sida. Le plus souvent il s'agissait de l'évaluation ponctuelle de telle ou telle intervention. Quelques pays (Pays-Bas, France, USA) ont institué un processus plus formel d'évaluation (19, 20, 21), basé en général sur la

revue d'études existantes, réalisées ou non sur appel d'offres. Mais à notre connaissance, la Suisse reste le seul pays où l'activité d'évaluation a été spécifiquement conçue en fonction des besoins existants et en concertation avec les responsables de la prévention. Elle était, dès le départ, partie intégrante de la stratégie de prévention.

### Références bibliographiques

1. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA: Le SIDA en Suisse: L'épidémie, ses conséquences et les mesures prises. Rapport. Berne: OFSP, 1989.
2. HAUSSER D., LEHMANN Ph., GUTZWILLER F., BURNAND B., RICKENBACH M.: Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. Octobre 1986, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 7, 1986.
3. HAUSSER D., LEHMANN Ph., DUBOIS-ARBER F., GUTZWILLER F.: Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 23, 1987.
4. DUBOIS-ARBER F., LEHMANN Ph., HAUSSER D., GUTZWILLER F.: Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Deuxième rapport de synthèse. Décembre 1988, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 39, 1989.
5. HAUSSER D., ZIMMERMANN E., DUBOIS-ARBER F., PACCAUD F.: Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Troisième rapport de synthèse 1989-1990, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 52, 1991.
6. DUBOIS-ARBER F., JEANNIN A., MEYSTRE-AGUSTONI G., GRUET F., PACCAUD F.: Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Quatrième rapport de synthèse 1990-1991, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 82, 1993, à paraître.
7. ROSSI Ph., FREEMAN H.E.: *Evaluation, a systematic approach*. Fourth edition. Newbury Park, Sage Publications, 1989.
8. PATTON M.Q.: *Utilization-focused evaluation*. Second edition. Sage Publications, Newbury Park, 1987.
9. PANCHAUD C., DE PUY J., LANDERT C., SCHÄRLINGER U., KAPLUN C., BARBEY, P.: Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. I. Cadre général. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 82, 4, 1992.
10. PANCHAUD C., DE PUY J., LANDERT C., SCHÄRLINGER U., PATTANO M., BARBEY P., CHEVALIER Ph.: Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. II. Les intervenants & III. Les jeunes de 15-17 ans, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 82, 5, 1992, à paraître.
11. pour une description de ces études voir HAUSSER D., ZIMMERMANN E., DUBOIS-ARBER F., PACCAUD F.: Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Troisième rapport de synthèse 1989-1990, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 52, 35-36, 1991.
12. IPSO, Recherche sociale et sondages, sur mandat de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne et de l'Office fédéral de la santé publique, Berne. «JO» Evaluation de l'impact auprès des jeunes. Genève 1992.

13. ZEUGIN P., MOUTHON F.: Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 5 : 1991-1992. *Elternmagazin*, Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 82, 2, 1992.
14. IPSO Fieldwork, Dübendorf: Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. *Kampagne zur Aids-Prävention: Repräsentative Befragung zur Kondom-Benützung (Bericht t6, 1992)*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 82, 6, 1993.
15. MICHAUD P.A., NARRING F., PACCAUD F.: – Recherche sur la santé et les styles de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans, 1992. Rapport final, Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 101, 1993.
16. BAUMANN A.: Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. *Aids-Risiken in der Normalbevölkerung. Psychosoziale Hintergründe des Sexualverhaltens von Männern und Frauen in der Schweiz: Ein systemoekologischer Ansatz*, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 52, 10a, 1992.
17. GRUET F.: Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. *Relations hétérosexuelles et prévention du sida. Une étude qualitative de la vie relationnelle et sexuelle et de l'utilisation du préservatif dans une population d'adultes âgés de 31 à 45 ans en Suisse romande*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, *Cah. Rech. Doc. IUMSP*, 52, 10b.
18. NUTBEAM D., SMITH C., CATFORD J.: Evaluation in health education. A review of progress, possibilities, and problems. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44, 83-89, 1990.
19. VAN EIJK CEES J.M.: *Evaluation of AIDS prevention strategy in the Netherlands. Oral presentation at the international conference «Assessing AIDS Prevention»*, Montreux, Switzerland, October 1990.
20. Agence nationale de recherches sur le sida et Agence française de lutte contre le sida. *Evaluer la prévention en France*, Paris, septembre 1992.
21. COYLE S., BORUCH R., TURNER C. (eds): *Evaluating AIDS Prevention Programs*. Washington, DC: National Academy Press, 1989.