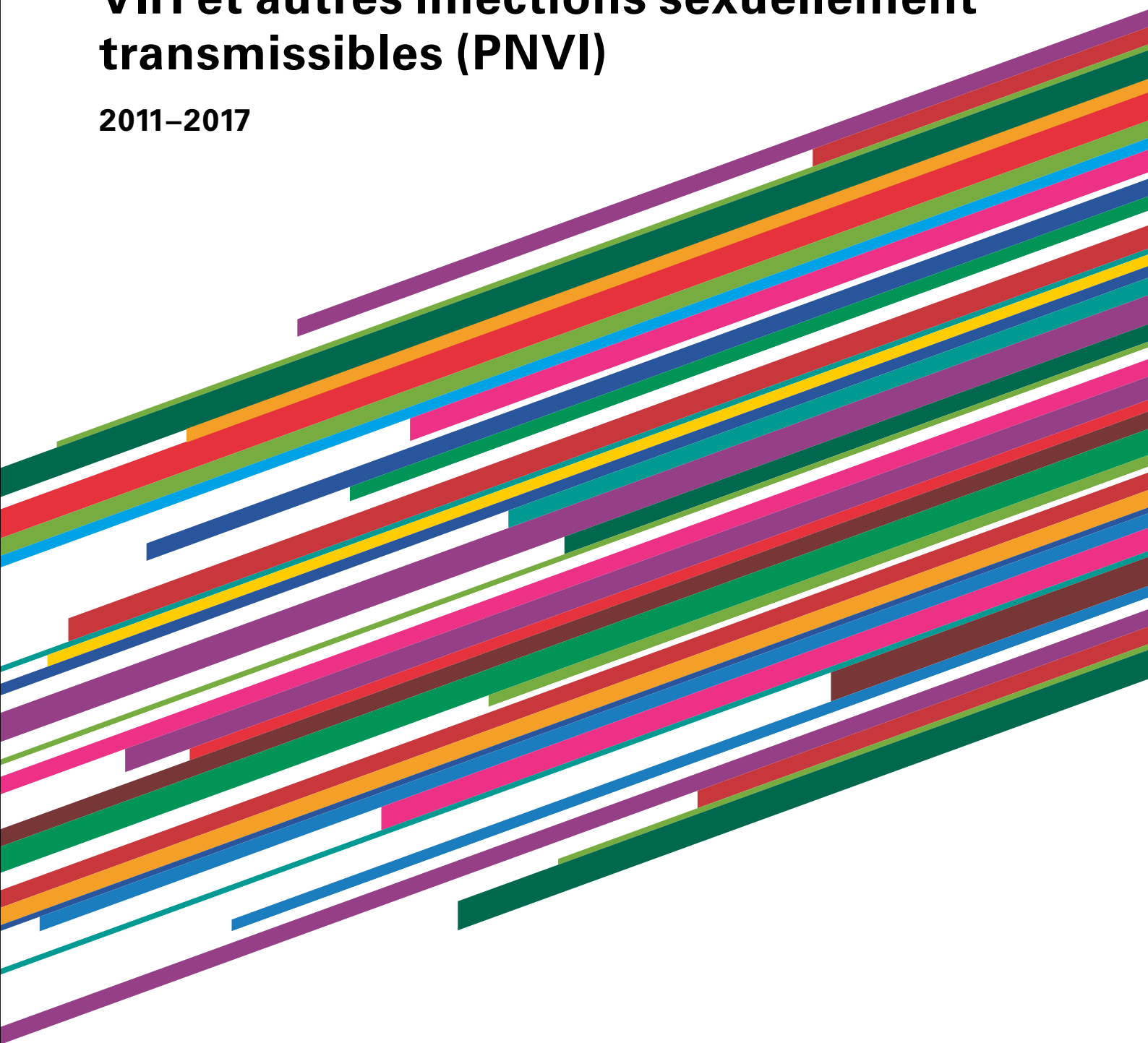


Programme national

VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI)

2011–2017



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Editeur : Office fédéral de la santé publique, décembre 2010

Renseignements : Section Prévention et promotion, OFSP, 3003 Berne
Téléphone +41 (0)31 323 88 11, aids@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch/aids

Cette publication est également disponible en allemand, anglais et italien.
Elle peut également être téléchargée sous forme de fichier PDF.

Direction du projet : Roger Staub, responsable de la Section Prévention et promotion (OFSP)
Responsables du projet : Gaby Szöllösy, Matthias Gnädinger (OFSP)

Accompagnement du projet :

Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS)

Comité stratégique (constitué des principales associations faitières, associations de personnes concernées et sociétés de discipline médicale œuvrant dans la lutte contre le VIH et les IST)

Aids Service Action Plan (un service proposé par l'ONUSIDA et la Banque mondiale qui expertise les stratégies nationales de lutte contre le VIH)

Equipe de rédaction de l'OFSP : Gaby Szöllösy, Matthias Gnädinger, Martin Werner, Luciano Ruggia, Steven Derendinger, Simone Eigenmann Schüttel, Stefan Boller, Deborah Gaspoz, Karen Klaue, Martin Gebhardt, Francisca Morán Cadenas, Jean-Luc Richard, Norina Schwendener, Eos Chelberg, Virginie Simon

Auteurs externes : Prof. Dr. Pietro Vernazza (président EKAF), Prof. Dr. Kurt Pärli (vice-président EKAF), Dr. Claudia Kessler (Swiss Centre for International Health, Basel), Dr. Barbara Haering (econcept, Zürich)

Mise en pages : visu'! AG, Agentur für Identity und Kommunikation, Berne

Numéro de publication OFSP : OeG 12.10 1200 d 600 f 100 i 400 e 20EXT1015

Diffusion :

OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne

www.publicationsfederales.admin.ch

Numéro de commande : 311.932.f

Reproduction : autorisée avec indication de la source (même sous forme d'extraits)

Imprimé sur papier blanchi sans chlore

1	Résumé	5
2	La prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles poursuit le travail effectué jusqu'à présent et définit de nouvelles orientations	11
3	VIH et autres infections sexuellement transmissibles : incidence sur la santé publique et conclusions médicales	17
4	Surveillance biologique : une vue d'ensemble du VIH et des autres IST soumises à déclaration	23
4.1	VIH : épidémiologie en Suisse et en Europe	25
4.1.1	Le VIH en Suisse	25
4.1.2	Le VIH en Europe	32
4.2	Autres IST : épidémiologie en Suisse et en Europe	34
4.2.1	IST soumises à une déclaration obligatoire en Suisse	34
4.2.2	Les IST en Europe	44
5	Surveillance des comportements : un aperçu en fonction des différents groupes de population	45
6	Risque élevé d'infection malgré une lutte résolue contre le VIH	55
7	Le travail de prévention fait face à de nouveaux défis	59
7.1	La prévention requiert la participation et vise la responsabilisation (« Empowerment »)	62
7.2	L'utilisation du test de dépistage du VIH	64
7.3	Les messages préventifs (encadré relatif aux défis)	67
8	Ressources nécessaires à la mise en œuvre	69
9	La vision du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles	73
10	Quatre objectifs décrivent le cadre de la future lutte contre le VIH et les IST	77
11	Trois axes d'intervention structurent la lutte future contre le VIH et les IST	83

12	Le préambule aux objectifs du programme	89
13	Objectifs par axes d'intervention et par mesures et responsabilités correspondantes	93
13.1	Objectifs, mesures et responsabilités dans le premier axe d'intervention	96
13.2	Objectifs, mesures et responsabilités dans le deuxième axe d'intervention	100
13.3	Objectifs, mesures et responsabilités dans le troisième axe d'intervention	104
14	Les tâches de soutien permettent d'atteindre les objectifs	109
14.1	Engagement à l'encontre de la discrimination et de la stigmatisation des personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST et des personnes vulnérables	111
14.2	Gouvernance – une collaboration coordonnée en tant qu'élément-clé d'une lutte réussie contre le VIH et les IST	114
14.3	La planification des mesures (de prévention) s'appuie sur l'évidence scientifique	116
14.4	Une recherche ciblée comble les déficits de connaissances	119
14.5	Insertion de la lutte contre le VIH et les IST dans le contexte international	122
15	Annexe	127
15.1	Parties prenantes ayant contribué à l'élaboration du programme	129
15.2	Opérationnalisation du PNVI par les différents acteurs : clarification des rôles	131
15.3	Importance des agents infectieux sur la base de critères épidémiologiques et non-épidémiologiques	135
15.4	Tableau synthétique des infections sexuellement transmissibles	136
15.5	La distribution de seringues ne profite pas qu'aux toxicomanes	142
15.6	Prise de position de la CFPS, sur des questions juridiques choisies concernant l'information des partenaires dans le PNVI	143
15.7	Extrait du rapport : « Forschung zu Sexual Health / STI : Übersicht und Möglichkeiten der Förderung »	144
16	Glossaire	147
17	Liste des abréviations	161
18	Liste des références	165

1 RÉSUMÉ



Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 (PNVI en abrégé) vise à améliorer la santé sexuelle de la population suisse. Il se fonde sur les principes juridiques de la loi sur les épidémies et intervient au niveau de la lutte contre les maladies : le PNVI est une stratégie nationale pour prévenir, diagnostiquer et traiter le VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST), telles que les chlamydias, la gonorrhée, les hépatites, le papillomavirus humain, la lymphogranulomatose vénérienne, l'herpès, etc.

Le programme se fonde sur des données scientifiques et s'appuie principalement sur les enseignements générés par quatre études externes¹ menées par des spécialistes internationalement reconnus. Il a été élaboré dans le cadre d'un processus participatif avec les principales parties prenantes. Le programme définit les lignes directrices de la lutte contre les VIH et autres IST en Suisse pour les sept prochaines années et constitue donc l'unité de doctrine pour toutes les organisations intervenant dans le domaine du VIH et autres IST.

Quatre raisons essentielles plaident en faveur du développement d'un nouveau programme dans le domaine du VIH et autres IST :

1. Le VIH est une maladie chronique grave et complexe, dont l'éradication semble actuellement irréaliste. Le VIH et le sida peuvent être traités, mais non guéris : aucun médicament efficace permettant de guérir les personnes atteintes n'a été mis au point et il n'y a pas non plus d'espoir de pouvoir utiliser un vaccin efficace dans les prochaines années.
2. Au cours des dix dernières années, 600 à 800 personnes se sont infectées chaque année au VIH en Suisse. Ces personnes auront besoin d'un traitement médicamenteux pour le restant de leur vie. Le traitement d'une personne infectée coûte jusqu'à un million de francs suisses (25'000 CHF par année durant 40 ans). Non traité, le VIH entraîne le décès de la personne atteinte.
3. Les IST non traitées peuvent avoir des conséquences graves : maladies chroniques, stérilité, cancer, complications durant la grossesse et malformations sévères ou problèmes pour le nouveau-né. Les infections à chlamydiae trachomatis sont la première cause d'infécondité en Europe.
4. Le HIV et autres IST ont encore un potentiel épidémique (notamment compte tenu de la mondialisation et des voyages fréquents) et peuvent menacer la santé publique en Suisse.

On peut déduire de ce qui précède la vision suivante du PNVI :

En Suisse, les conditions sont réunies pour que les gens puissent vivre une sexualité insouciant à faible risque, librement choisie et dans le respect mutuel. Le Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 y contribue de manière déterminante en permettant à tous les habitants de conserver leur santé sexuelle ou de l'améliorer.

Le programme définit quatre objectifs principaux :

1. Grâce à une sensibilisation et à une information appropriées, la population suisse a les moyens d'assumer ses droits dans le domaine de la sexualité (qui dérivent des droits humains).
2. Des mesures efficaces et innovantes de la prévention structurelle et comportementale réduisent le risque de transmission du VIH et des autres IST critiques pour la santé publique.
3. Les personnes infectées sont rapidement diagnostiquées, traitées correctement et en temps voulu et bénéficient d'un accompagnement complet, de sorte qu'elles puissent continuer à vivre comme à l'accoutumée avec une qualité de vie aussi grande que possible. Le diagnostic précoce et le traitement approprié réduisent les conséquences en cascade et les atteintes durables à la santé.
4. Le travail accompli dans le domaine du VIH et des autres IST a un impact durable parce qu'il est accepté par la population, qu'il mise sur la participation des groupes cibles, qu'il repose sur l'évidence scientifique et qu'il autorise parallèlement l'innovation. Les offres sont adaptées aux besoins des groupes cibles et coordonnées entre elles.

Modèle des trois axes d'intervention

Afin de structurer la lutte contre le HIV et autres IST, le PNVI réunit toutes les interventions en trois axes. Chaque axe d'intervention s'adresse à des catégories de population définies. La répartition sur les axes est effectuée en fonction des critères de prévalence et de vulnérabilité (mise en danger) :

■ **Axe d'intervention 1** : tous les habitants et habitantes de Suisse.

Dans cet axe, il s'agit de conserver le comportement de protection très développé dans la population générale. Toutes les personnes vivant en Suisse doivent être conscientes que le VIH et autres IST représentent toujours un problème et qu'il faut se protéger lors de contacts pouvant présenter un risque (safer sex).

¹ Kessler et al. (2009) Programme national VIH/sida et IST : Enquête en ligne auprès des parties prenantes 2009
Rosenbrock et al. (2009) Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts
Kessler (2009) International Context Analysis. HIV & STI Strategies and Programmes : The European and International Reference
Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de la lutte contre le VIH/sida. Rapport de synthèse 2004–2008

■ **Axe d'intervention 2 :** personnes sexuellement actives présentant un risque accru d'exposition au VIH et autres IST (hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, migrants et migrantes de pays à forte prévalence, travailleurs et travailleuses du sexe, consommateurs et consommatrices de drogues par injection, personnes incarcérées) et leurs partenaires.

Dans cet axe, la tâche consiste à ralentir au maximum la propagation du VIH et autres IST. Les personnes appartenant à un groupe de population à prévalence élevée d'IST ou de VIH ou qui évoluent dans un tel milieu doivent rester séronégatives et ne pas avoir d'autres IST en dépit du risque accru.

■ **Axe d'intervention 3 :** personnes séropositives et/ou atteintes d'une IST et leurs partenaires (non infectés). La mission de cet axe est d'éliminer rapidement ou de réduire autant que possible l'infectiosité des personnes atteintes, d'éviter les infections dans les partenariats et d'empêcher que des personnes atteintes du VIH ou d'une IST soient infectées par une autre IST.

Les objectifs prioritaires décrits sont répartis entre les différents axes d'intervention afin de fixer les objectifs particuliers pour chacun d'entre eux.

Innovations

La nouvelle stratégie développe d'une part la lutte confirmée contre le VIH/sida et contient d'autre part quelques *innovations* importantes :

1. L'intégration des autres infections sexuellement transmissibles (IST) dans le programme : cet élargissement s'impose pour diverses raisons :

- Épidémiologie – les diagnostics de syphilis, de gonorrhée et de chlamydias augmentent depuis 2000.
- Les IST sont un moteur de l'épidémie de VIH : les IST augmentent l'infectiosité des personnes séropositives, accroissent la réceptibilité au VIH et l'interaction entre le VIH et les autres IST peuvent compliquer leur traitement respectif.
- Il faut créer des synergies : étant donné que les messages de prévention du VIH sont en partie identiques ou similaires à ceux des IST, les structures déjà disponibles pour la lutte contre le VIH peuvent être utilisées pour la prévention des IST.
- La prise en compte des IST est conforme à la tendance internationale : de nombreux pays développés (p. ex. la Grande-Bretagne) disposent de stratégies combinées.

2. L'information sur les droits en matière de sexualité : ces droits de l'homme en relation avec la sexualité découlent des droits humains et incluent la liberté, l'égalité, la sphère privée, l'autodétermination, l'intégrité et la dignité de tous les êtres humains. Ces droits sont garantis en Suisse, mais toutes les personnes ne parviennent pas à les assumer. Grâce à une information correspondante, le programme donne la possibilité aux habitants de vivre leur sexualité de manière indépendante et de veiller à leur santé sexuelle en ayant recours, en cas de besoin, à l'offre de prévention et de soins.

3. La prévention pour les groupes de population particulièrement concernés : plus que jamais, le PNVI focalise la prévention sur les groupes cibles concernés, en prévoyant des mesures de prévention structurelle et comportementale également dans les structures des groupes cibles ainsi que des concepts de dépistage cohérents.

4. La normalisation de l'information volontaire du partenaire : à chaque diagnostic, la personne infectée est encouragée à soutenir l'information (anonyme si nécessaire) de ses partenaires sexuels. Les partenaires sont rapidement identifiés et, le cas échéant, traités, afin d'éviter les réinfections de type ping-pong.

5. Le diagnostic et le traitement sont des éléments importants de la prévention : plus le VIH ou une IST est traité rapidement, plus le risque de propagation de l'agent pathogène est faible. En conséquence, les personnes infectées sont encouragées à se faire soigner rapidement et motivées à adhérer grâce à des incitations. À l'issue du traitement des personnes atteintes d'une IST, les fournisseurs de prestations doivent généralement en contrôler le succès.

6. Le traitement plus complet de patients et patientes atteints du VIH : compte tenu de l'importance de l'adhésion tant pour la santé publique que pour le patient, les personnes séropositives doivent bénéficier d'un traitement complet et, le cas échéant, d'un soutien (juridique, social, etc.). Sur la base d'un projet pilote, un système de gestion des maladies (« Disease Management ») dans le domaine VIH / IST pourrait être mis en place, afin d'améliorer la qualité de la thérapie.

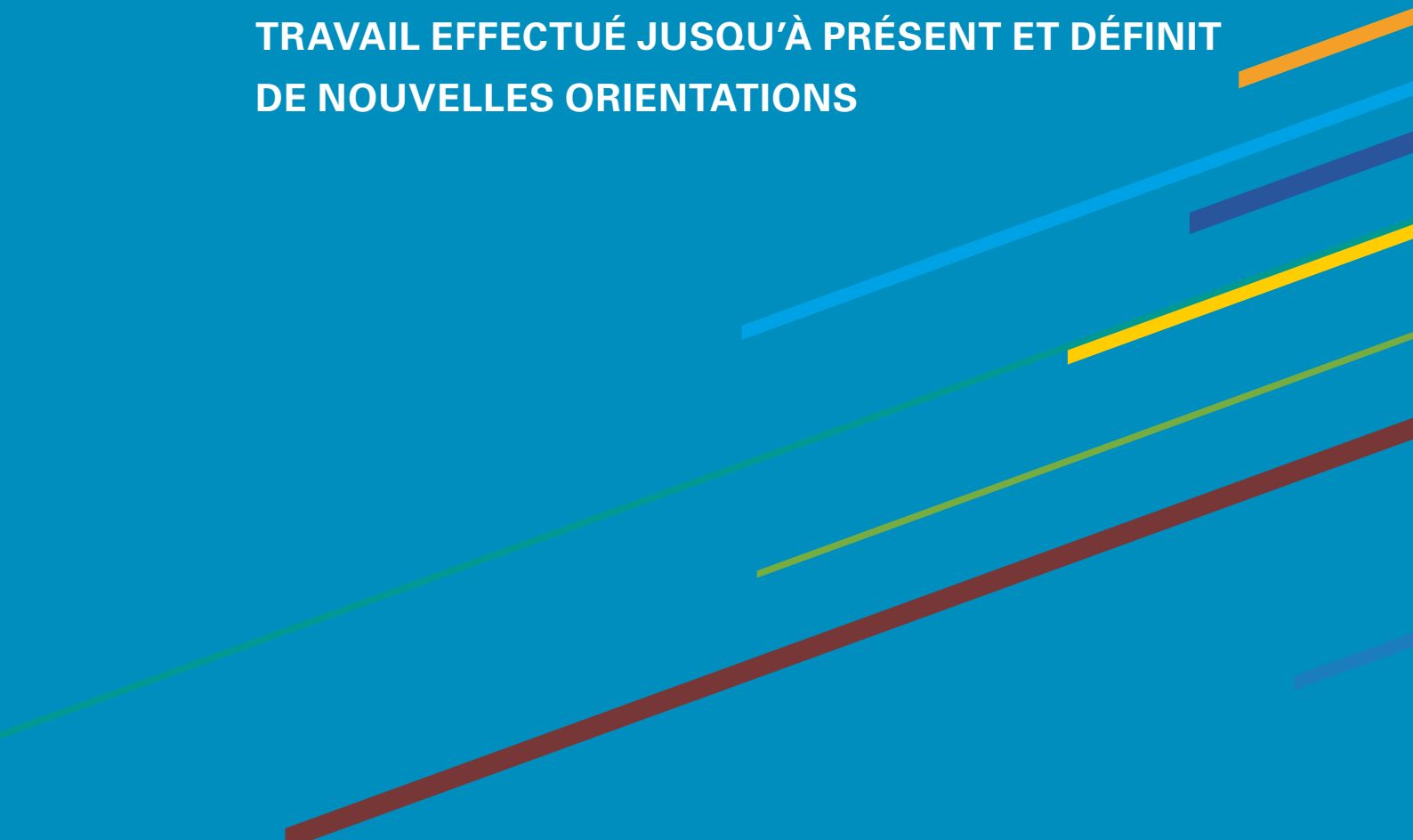
7. La Third-Generation-Surveillance apporte l'évidence nécessaire :

Les décisions stratégiques actuelles en matière d'allocation de ressources sont rendues plus difficiles dans la mesure où les diverses mesures de prévention ne peuvent pas être comparées en termes d'efficacité et de coûts. Le PNVI prévoit le développement d'un modèle de Third-Generation-Surveillance. Celui-ci élargit la surveillance biologique dans le domaine des IST et comble les brèches dans la surveillance comportementale. Il combine les conclusions de la surveillance du VIH et des IST et inclut un système de suivi, avec une analyse coûts/utilité des offres de prévention et de soins.

8. Promouvoir les projets innovants :

un pool d'innovation permet un financement de démarrage pour de nouveaux projets prometteurs (ou projets pilotes) dans le domaine de la prévention, du diagnostic et de la thérapie. Ces mesures doivent assurer aux idées innovantes, même émises par des organisations mineures, une chance d'être expérimentées, avec le suivi correspondant. Dans le meilleur des cas, les idées éprouvées débouchent sur de nouvelles données scientifiques.

2 LA PRÉVENTION DU VIH ET DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES POURSUIT LE TRAVAIL EFFECTUÉ JUSQU'À PRÉSENT ET DÉFINIT DE NOUVELLES ORIENTATIONS



La Suisse a près de trois décennies d'expérience dans la lutte contre le VIH. C'est en effet en 1981 que le premier diagnostic de sida fut établi dans notre pays (les termes pourvus d'une flèche sont expliqués dans le glossaire, chapitre 16). Depuis cette date, la Confédération et ses principaux partenaires ont mis en place quatre programmes nationaux VIH qui ont connu un franc succès : presque tous les habitants sexuellement actifs de notre pays connaissent le danger d'une infection au VIH et savent comment s'en prémunir. L'accès aux offres professionnelles de conseil et aux soins médicaux de grande qualité sont en principe assurés. Entre 600 et 800 personnes n'en sont pas moins infectées chaque année par le VIH et la Suisse compte aujourd'hui plus de 20'000 personnes séropositives au VIH. Bien que la séropositivité au VIH ne débouche plus automatiquement sur le sida, car il est possible de la contenir (mais non de la guérir) grâce à un traitement médicamenteux, quelque 200 cas de sida sont encore diagnostiqués chaque année. Dans un même temps, la maladie fait plusieurs douzaines de victimes.

Les personnes séropositives au VIH doivent prendre des médicaments à vie pour éviter de contracter le sida. Le coût global d'une telle thérapie peut s'élever à près d'un million de francs (25'000 CHF par année durant une espérance de vie moyenne de 40 ans) au cours d'une existence. Selon certaines estimations² 2008, les dépenses annuelles de la LAMal pour les traitements antirétroviraux (TAR) à la charge de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse se sont montées en 2010 à plus de 200 millions de francs (environ 8000 patients à 25'000 CHF) et progressent de 10% chaque année. Le traitement du VIH représente donc tout de même près d'un pour cent du volume annuel des primes d'assurance maladie. En d'autres termes, chaque infection que nous empêchons fait économiser chaque année à l'assurance maladie obligatoire des coûts de médicaments de plus de vingt cinq mille francs. Sans compter qu'elle évite aux personnes concernées un traitement qu'elles doivent suivre pendant des décennies sans la moindre interruption, en respectant un planning prédéfini.

A ce jour, l'espoir de voir les progrès médicaux éradiquer l'infection à moyen terme, par exemple grâce à de nouveaux médicaments entraînant une guérison complète ou à un vaccin efficace qui rendrait plausible l'éradication du virus IHV, est resté vain. Et même si la recherche médicale devait conduire prochainement à une percée, nous savons d'expérience qu'il faut plusieurs années, voire des décennies, pour qu'une préparation ou une mesure soit utilisable à grande échelle et se traduise par un effet de masse. Un

cinquième programme national qui lutte contre la propagation du VIH et autres IST, et améliore la qualité de vie des personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST grâce à la prévention, à la détection précoce et à un traitement approprié est donc nécessaire.

Intégration des autres infections sexuellement transmissibles

Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (2011–2017) se fonde sur les expériences et les acquis des stratégies passées, et développe la lutte éprouvée contre le VIH dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement : campagnes extrêmement réussies de sensibilisation du grand public Love Life Stop Sida, mesures de prévention spécifiques aux groupes cibles, offres professionnelles de conseil et de dépistage, soins médicaux de grande qualité et recherche intégrée sur le VIH/sida, par exemple dans le cadre de l'étude suisse de cohorte VIH (SHCS).

Ce programme bénéficie cependant aussi d'une nouveauté déterminante en intégrant les autres infections sexuellement transmissibles (IST), comme son nom l'indique. Plusieurs raisons justifient cet élargissement :

Premièrement, l'évolution des données épidémiologiques plaide en faveur de la prise en compte des autres IST, car l'incidence de certaines d'entre elles a progressé ces dernières années. Ainsi, le nombre des infections à chlamydia a triplé depuis 2000, le nombre de cas de syphilis diagnostiqués a également augmenté durant cette même période, les hommes étant les principales victimes de cette augmentation. Les infections à gonocoques (gonorrhée) se stabilisent à un niveau élevé. La syphilis et la gonorrhée sont plus répandues en Suisse qu'en moyenne dans les pays d'Europe occidentale. L'évolution des IST est souvent asymptomatique, ce qui en complique la détection. Or les IST non traitées peuvent aussi entraîner de lourdes séquelles : maladies chroniques, cancer, stérilité, complications durant la grossesse et lésions du fœtus ou infirmités chez le nouveau-né, etc. Les IST peuvent donc se traduire par des affections individuelles graves et menacer la santé publique, car bon nombre d'entre elles se transmettent assez facilement et/ou sont largement répandues.

Deuxièmement, des éléments médicaux sont déterminants pour la prévention concertée du VIH et des IST. Il existe en effet des interactions entre le VIH et d'autres IST. La plupart des IST accroissent la sensibilité à une infection

² L'estimation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) se fonde sur des enquêtes auprès des assureurs-maladie et sur les données de l'étude suisse de cohorte VIH.

au VIH, alors qu'une IST simultanée peut renforcer l'infectiosité du VIH des personnes séropositives³. Les IST sont parfois plus difficilement décelables chez les personnes séropositives au VIH, et le traitement d'une IST est parfois plus compliqué quand la personne concernée est également séropositive au VIH. Autrement dit, les autres IST ont aussi une incidence sur la propagation du VIH. En l'état actuel des connaissances, elles sont un accélérateur puissant de l'épidémie de VIH.

Troisièmement, il en ressort qu'une lutte conjointe contre le VIH et les autres IST est utile et crée des synergies, car la prévention des IST peut être intensifiée sur la base et, pour l'essentiel, dans les structures de la prévention déjà bien établie du VIH. D'autant plus que les règles du «safer sex» formulées dans le cadre de la lutte contre le VIH aident également à réduire le risque d'infection de la plupart des autres IST (même si elles ne suffisent pas à les éradiquer complètement), les messages de prévention étant en partie les mêmes ou similaires. Des mesures et des messages de prévention ciblés supplémentaires sont toutefois requis pour les autres IST. En effet, une grande proportion de la population – y compris les groupes vulnérables – est à ce jour mal informée sur les IST et l'interaction entre les IST et le VIH est peu connue.

Quatrièmement, en incluant les IST dans la stratégie nationale, la Suisse s'est conformée au souhait de nombreuses «parties prenantes» qui pratiquent déjà au quotidien la prévention combinée du VIH et des autres IST. Le PNVI s'inscrit également dans la tendance internationale. Plusieurs Etats tels que la Grande-Bretagne, la France, la Suède et la Norvège ont mis au point des stratégies pour une lutte conjointe contre le VIH et les autres IST. Il s'agit pour certains (Grande-Bretagne) de programmes de promotion de la «santé sexuelle».

Toutes ces raisons expliquent pourquoi le PNVI situe en grande partie le VIH et les autres IST à un même niveau stratégique et les cite ensemble. Il est toutefois à noter que le VIH est une maladie chronique beaucoup plus grave que la plupart des autres IST : la vie des personnes infectées est durablement affectée par le VIH et la thérapie correspondante. Eu égard à sa complexité, le VIH est autrement plus exigeant pour les fournisseurs de prestations que la plupart des autres IST.

³ En substance, les causes suivantes sont prépondérantes dans l'augmentation de la sensibilité et de l'infectiosité : les ulcères des muqueuses sont une porte d'entrée et de sortie importante pour le VIH. En effet, dans les blessures et les inflammations, de grandes quantités de cellules immunitaires spécialisées sont mobilisées, ce qui crée un environnement réceptif pour le VIH. Stimulée par les composants des agents pathogènes, la production de médiateurs par les cellules immunitaires stimule à son tour la réplication du VIH.

Le PNVI n'est pas un programme de promotion de la santé sexuelle

Le PNVI n'est cependant pas une stratégie à proprement parler pour la promotion globale de la santé sexuelle. Bien que les interventions recherchées visent toujours à améliorer la santé sexuelle de la population, le programme agit principalement au niveau de la lutte contre les maladies transmissibles, à savoir le VIH et les autres IST. A la différence de la stratégie britannique, la stratégie suisse ne peut pas (encore) se transformer en véritable programme de promotion de la santé sexuelle, qui inclut par exemple aussi la lutte contre les abus sexuels ou les traitements de la fertilité. Car bien que certains cantons aient des lois sur la prévention, une base législative nationale en matière de prévention⁴ fait encore défaut pour l'instant en Suisse. C'est pour cela que la stratégie suisse repose sur la loi sur les épidémies⁵. Or, celle-ci confie simplement à la Confédération et aux cantons la tâche de lutter contre les maladies transmissibles et de protéger la population contre leurs agents pathogènes. La Suisse connaît un système de remboursement national basé sur la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10).

Le présent programme poursuit l'étroite collaboration entre la Confédération, les cantons, les autorités communales et les organisations non gouvernementales, car ce fut l'élément décisif du succès des stratégies passées. Il a donc été développé dans le cadre d'un processus participatif avec les différents acteurs⁶, qui ont constamment eu la possibilité de formuler leurs exigences à l'égard de la stratégie et de débattre des propositions de l'Office fédéral de la santé publique à l'occasion de plusieurs ateliers et par des remarques écrites. Le document issu de cette collaboration fixe les lignes directrices pour tous les acteurs et institutions de la lutte contre le VIH et autres IST. La stratégie et les objectifs sont contraignants pour la Suisse⁷. Les différents acteurs décident de la mise en œuvre concrète et de la manière d'utiliser les ressources disponibles. La Confédération a pour mission de coordonner les mesures.

⁴ La loi sur la prévention (RS 818.31) est encore débattue au Parlement à la date de publication du présent programme.

⁵ Confédération suisse (1970) Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies) ; (RS 818.101)

⁶ Les acteurs non précisés ici sont cités dans l'annexe 15.1 (parties prenantes ayant contribué à l'élaboration du programme).

⁷ L'art. 118, al. 2, let. b. de la Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst.) stipule que la Confédération légifère sur la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux. Le VIH et les IST tombent également sous le coup de cet article. La Confédération est donc compétente pour poser un cadre à l'application du Programme national VIH & IST. La loi sur les épidémies (art. 9) lui confère la haute surveillance et la coordination des mesures cantonales. Dans ce sens, ses prescriptions sont contraignantes, et c'est la raison pour laquelle la Confédération joue un rôle prépondérant dans l'élaboration de la stratégie et en surveille la mise en œuvre.

Mise en place et durée du programme

Ce document doit également servir d'ouvrage de référence pour les spécialistes et les néophytes intéressés. Une première partie donne un aperçu des principaux enseignements tirés de la lutte contre le VIH et autres IST : explications sur l'incidence des différentes IST et du VIH sur la santé publique, les caractéristiques de la transmission, les résultats de la surveillance biologique, la surveillance comportementale, une analyse des principales évolutions et des nouveaux enjeux de la lutte contre le VIH et autres IST et sur la structuration des interventions. Elle contient également des explications concernant les ressources nécessaires. La première partie vise donc à expliquer le contexte en Suisse à la date d'adoption du PN-VI. Une deuxième partie présente et explique les buts (la vision, les objectifs principaux et les objectifs particulier). Pour finir, le programme formule des propositions concrètes pour la mise en œuvre des objectifs. Selon l'évolution de la situation, ces propositions au niveau opérationnel peuvent toutefois également faire l'objet de changements. Elles ne prétendent par ailleurs pas à l'exhaustivité. De même, le PNVI propose une clarification des rôles qui détermine les acteurs responsables des différentes missions. Elle figure en annexe (15.2) et donne un aperçu de l'opérationnalisation du programme. En raison du pouvoir de directive limité de la Confédération (dans le système fédéral suisse, la compétence en matière de mise en œuvre des mesures de santé publique revient principalement aux cantons), il s'agit d'un état des lieux ayant valeur de recommandation.

La durée du programme est fixée à sept ans, ce qui peut sembler inhabituel, mais les succès en matière de prévention ne se manifestent généralement qu'à moyen terme. Toutefois, cette durée semble appropriée, car elle permet de concentrer les mesures destinées à atteindre les objectifs sur cinq ans. Les mesures et leur contribution à la réalisation des objectifs seront ensuite soumises à une évaluation exhaustive. Il restera ensuite du temps pour élaborer un programme subséquent. Si des changements s'imposent au cours de ces sept ans en raison de nouvelles données scientifiques, ceux-ci devront être appliqués conformément aux processus définis dans le programme. La mise au point du programme actuel a montré combien il était important d'avoir suffisamment de temps pour définir les objectifs de manière fondée en collaboration avec les principaux partenaires et parties prenantes. C'est le seul moyen de fédérer tous les soutiens. La clé du succès du présent programme est de rallier toutes les forces concernées derrière le but décrit : pour stopper la propagation du VIH et des autres IST, une approche concertée et une mise en œuvre coordonnée de la stratégie adoptée partout en Suisse sont nécessaires. Nous remercions toutes les personnes ayant participé à l'élaboration du programme. Sans leur engagement et leur travail précieux, ce programme n'existerait pas. Nous nous réjouissons de sa mise en œuvre commune !

3 VIH ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : INCIDENCE SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET CONCLUSIONS MÉDICALES



Plus de 20 maladies infectieuses peuvent se transmettre par voie sexuelle. Principalement causées par des bactéries et des virus, mais aussi par des champignons ou des parasites, elles se différencient sensiblement en termes de symptômes, d'évolution et de possibilités de traitement. Toutes n'ont pas le même impact sur la santé publique et une hiérarchisation s'impose, ne serait-ce qu'en raison des ressources financières et en personnel limitées affectées à la surveillance et à la lutte contre les agents pathogènes.

L'OFSP a développé en 2008 un outil dit « Priority Setting Tool » afin de définir des priorités dans la surveillance de la santé publique. Les critères de décision en matière de santé publique doivent être objectifs, transparents, basés sur des données scientifiques, explicites et mesurables, pour que les ressources limitées soient utilisées au mieux. L'outil pondère les maladies infectieuses selon différents modèles, notamment selon des critères épidémiologiques⁸, non-épidémiologiques⁹ et en fonction de leur perception au sein de la population ou en combinant ces différents critères. L'outil offre donc un accès simple à des informations standardisées, basées sur des données scientifiques concernant un grand nombre d'agents pathogènes, et permet des comparaisons entre ceux-ci. La base de données de l'outil date de 2005/2006. Après prise en compte des critères évoqués, le VIH se classe en deuxième position sur la liste de l'incidence sur la santé publique, ce qui ne devrait guère avoir changé entre-temps (voir aussi la représentation graphique en annexe 15.3 à propos de l'importance des agents pathogènes sur la base des critères épidémiologiques et non-épidémiologiques). La situation des données concernant les autres infections sexuellement transmissibles est moins évidente (cf. chapitre 4.2 autres IST : épidémiologie en Suisse et en Europe). Eu égard aux données de déclaration disponibles et aux critères épidémiologiques, les infections sexuellement transmissibles suivantes sont qualifiées de critiques pour la santé publique, en plus du VIH, à la date d'adoption du programme :

- Gonorrhée
- Syphilis
- Chlamydias
- Hépatite B
- Hépatite C
- Papillomavirus humain (HPV)
- Herpès (HSV 1 et 2)
- Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

⁸ Exemples de critères épidémiologiques : degré de gravité de la maladie, incidence, groupes à risque avec degré de gravité accru, nouvelle apparition ou résurgence d'un agent pathogène, nécessité de mesures de santé publique immédiates, potentiel de propagation, changements d'incidence, interventions de santé publique existantes.

⁹ Exemples de critères non-épidémiologiques : intérêt national d'autres secteurs, intérêt international d'autres secteurs, potentiel bioterroriste, intérêt des médias.

Transmission du VIH et des autres IST

Le VIH et les autres IST ont en commun leur transmission par des rapports sexuels non protégés, d'où leur nom. L'infectiosité et les autres modes de transmission varient toutefois d'un agent pathogène à l'autre. Ce chapitre donne un aperçu des différents risques de transmission du VIH et des autres IST. Un tableau des principales IST se trouve en annexe 15.4. Il expose en détail les symptômes, les complications, la prévalence et les méthodes de traitement possibles.

Le **VIH** est le plus souvent transmis par des rapports sexuels non protégés. L'application des règles de safer sex réduit considérablement le risque d'infection. Selon le système de déclaration (voir le chapitre 4.1 Epidémiologie VIH), 646 nouvelles personnes ont été dépistées positives au VIH en 2009 en Suisse. Environ 90% de ces infections, soit 578 cas, étaient dues à des rapports sexuels non protégés.¹⁰

Toutes les pratiques ne présentent par ailleurs pas le même risque de transmission du VIH. Les rapports anaux non protégés représentent la pratique la plus risquée au regard d'une infection au VIH pour les deux partenaires. Les rapports vaginaux non protégés sont considérés comme une pratique moins risquée. Contrairement à une croyance répandue, le risque d'infection des hommes séronégatifs au VIH avec une partenaire séropositive au VIH est à peine inférieur à celui d'une femme séronégative au VIH avec des partenaires séropositifs au VIH. Les contacts bucco-génitaux présentent un risque d'infection au VIH si du liquide séminal pénètre dans la bouche ou est avalé ou si du sang menstruel pénètre dans la bouche du partenaire lors d'un cunnilingus. Les rapports bucco-génitaux sans éjaculation ou en dehors de la menstruation sont réputés sans danger, tant qu'il n'y a pas d'autre IST. Le risque de s'infecter au VIH ou de contaminer autrui avec le VIH dans de telles situations peut éventuellement être nettement plus important si l'une des personnes impliquées souffre aussi d'une autre IST active, mais il est clairement inférieur à celui d'une pénétration anale ou vaginale.

¹⁰ Voir également : Office fédéral de la santé publique (2010) Statistiques trimestrielles VIH au 31 mars 2010, pp. 480–483. Le pourcentage restant concerne les transmissions par échange de seringues et d'aiguilles chez des consommateurs de drogues, à des transmissions verticales de la mère à l'enfant et à des transfusions sanguines. Le risque de transmission et de contamination dépend également de la nature et de la durée d'exposition au VIH (risque d'infection accru en cas d'exposition massive, p. ex. transfusion sanguine) ainsi que de la quantité de virus (les personnes ayant une charge virale accrue, p. ex. pendant la primo-infection, semblent être plus infectieuses) et de cofacteurs (p. ex. alimentation carencée, infections concomitantes du tractus urogénital). Voir également <http://www.aidsfinder.org>.

Les autres **IST** sont également transmises et souvent plus facilement que le VIH, par le contact avec une muqueuse génitale ou anale, p. ex. les chlamydias, la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite B, l'herpès génital (HSV), le papillomavirus humain (HPV), la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), etc. Les IST sont également transmissibles par voie bucco-génitale, le contact entre muqueuses étant généralement suffisant, contrairement au VIH qui requiert habituellement un contact avec les sécrétions génitales (sperme, sang menstruel). C'est p. ex. le cas des chlamydias, de la gonorrhée, de la syphilis, de l'hépatite B, de l'herpès génital (HSV), du papillomavirus humain (HPV), de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV). Toutes les IST (parfois même le VIH) peuvent aussi être transmises par des infections par contact au moyen d'objets souillés tels que des godemichets.¹¹ Tout comme pour le VIH, il peut également y avoir, pour certaines IST, une transmission verticale de la mère à l'enfant à la naissance. C'est p. ex. le cas de la gonorrhée, des chlamydias, de la syphilis, de l'herpès, de l'hépatite B et de l'hépatite C et du HPV.

Mesures qui protègent contre une infection sexuelle

L'abstinence ou une stricte monogamie dans une relation sans VIH et autres IST offrent une protection sûre contre le VIH et toutes les IST. Ce n'est toutefois pas une mesure de santé publique réaliste. Tout le monde doit plutôt avoir la possibilité de prendre des décisions en toute connaissance de cause, afin d'adopter une attitude responsable face au risque de transmission du VIH ou d'une autre IST et de se protéger contre une infection.

Le **préservatif** ne protège pas aussi bien contre toutes les IST que contre le VIH, parce qu'une infection par la peau saine est possible avec certains agents pathogènes et que le préservatif ne couvre que le gland et le corps de la verge. Ainsi, le contact avec une lésion cutanée causée par la syphilis même en dehors de la région génitale peut entraîner la transmission de la syphilis.¹²

La **circoncision** réduit également le risque d'infection au VIH et aux IST. Selon des études scientifiques, le risque de transmission du VIH lors de contacts hétérosexuels peut être réduit jusqu'à 60%.¹³ C'est la raison pour laquelle l'Organisation mondiale de la santé recommande également d'envisager la circoncision comme moyen de lutte contre

le VIH/sida et autres IST. Il faut néanmoins rappeler clairement que la circoncision à elle seule ne représente pas une protection sûre contre une infection.

Le **diagnostic précoce et le traitement** ont également un caractère préventif : dans le cas des IST qui se transmettent assez facilement (p. ex. la gonorrhée, la syphilis ou Chlamydia trachomatis), il ne s'agit pas tant d'éviter toute infection a priori que de déceler rapidement une infection éventuelle, de la guérir complètement grâce à une thérapie appropriée et d'enrayer ainsi toute propagation supplémentaire de l'agent pathogène (les personnes affectées doivent être incitées à prendre des mesures de précaution durant leur phase infectieuse). Les IST bactériennes sont souvent faciles à guérir. Des antibiotiques peuvent être prescrits pour une gonorrhée, tout comme pour des chlamydias (qui donnent souvent lieu à une guérison spontanée). La syphilis peut se traiter également par antibiothérapie, du moins dans les stades initiaux. Les IST virales sont souvent plus difficiles à traiter. Dans le cas de l'hépatite B, il est ainsi possible de traiter l'infection chronique avec des antiviraux. Le traitement permet de garder la multiplication du virus sous contrôle et, avec certaines formes de traitement, une guérison complète intervient alors dans 20 à 30% des cas. Dans le cas du HSV, les médicaments antiviraux permettent de réduire la durée des épisodes d'herpès et, en cas d'épisodes fréquents, une thérapie permanente permet d'en réduire la fréquence.

Les médicaments antirétroviraux en guise de mesure préventive sont de plus en plus souvent évoqués. Une étude majeure a été annoncée dans le domaine de la prophylaxie pré-exposition PrEP lors de la conférence mondiale sur le sida à Vienne (juillet 2010). Même si cette étude venait à démontrer l'efficacité de cette méthode, de nombreuses questions resteraient encore à clarifier avant la diffusion de la PrEP. Ainsi, un traitement prophylactique utilisé chez une personne séropositive non identifiée comme telle pourrait par exemple entraîner des résistances contre le médicament. Sans compter que l'utilisation de médicaments antirétroviraux à grande échelle pourrait les rendre plus rapidement inefficaces.

¹¹ Des infections par contact salissant sont par exemple possibles assez facilement dans le cas de l'herpès génital. Voir également : AHS et al. (2008) Infections sexuellement transmissibles, Informations aux conseillères et conseillers
Flepp et al. (1999) Les recommandations pour la réduction du risque de transmission du VIH lors de pratiques orogénitales restent valables.

¹² Voir également : AHS et al. (2008) Infections sexuellement transmissibles, Informations aux conseillères et conseillers

¹³ WHO et al. (2007) New Data on Male Circumcision and HIV Prevention : Policy and Programme Implications

Les **microbicides** sont des médicaments appliqués localement qui sont censés constituer une barrière contre le VIH et autres IST. Dans le domaine des microbicides, des scientifiques ont présenté une étude à Vienne (juillet 2010) lors de la conférence mondiale sur le sida. Selon cette étude, un microbicide (un gel appliqué sur la muqueuse du vagin, du pénis ou de l'anus) pouvait réduire les infections au VIH et les transmissions de l'herpès. Selon une étude sud-africaine de grande envergure, le risque de transmission a diminué d'environ 40% pour le VIH.¹⁴ A la différence de microbicides antérieurs (peu efficaces), qui reposaient sur le principe des barrières chimiques, des expériences sont actuellement menées avec des microbicides contenant des agents antirétroviraux qui sont également utilisés dans le traitement du VIH. Pour les femmes vulnérables (par exemple les travailleuses du sexe), des microbicides efficaces pourraient un jour représenter un moyen de protection important, car elles peuvent les appliquer elles-mêmes avant le contact sexuel, indépendamment de leur partenaire. Des recherches et des développements sont toutefois encore nécessaires jusqu'à ce qu'un médicament utilisable à une grande échelle soit disponible. Par ailleurs, les microbicides n'agissent que s'ils sont administrés conformément aux instructions, ce qui a posé problème à de nombreuses participantes à l'étude.

Le vaccin contre le VIH n'est pas pour tout de suite

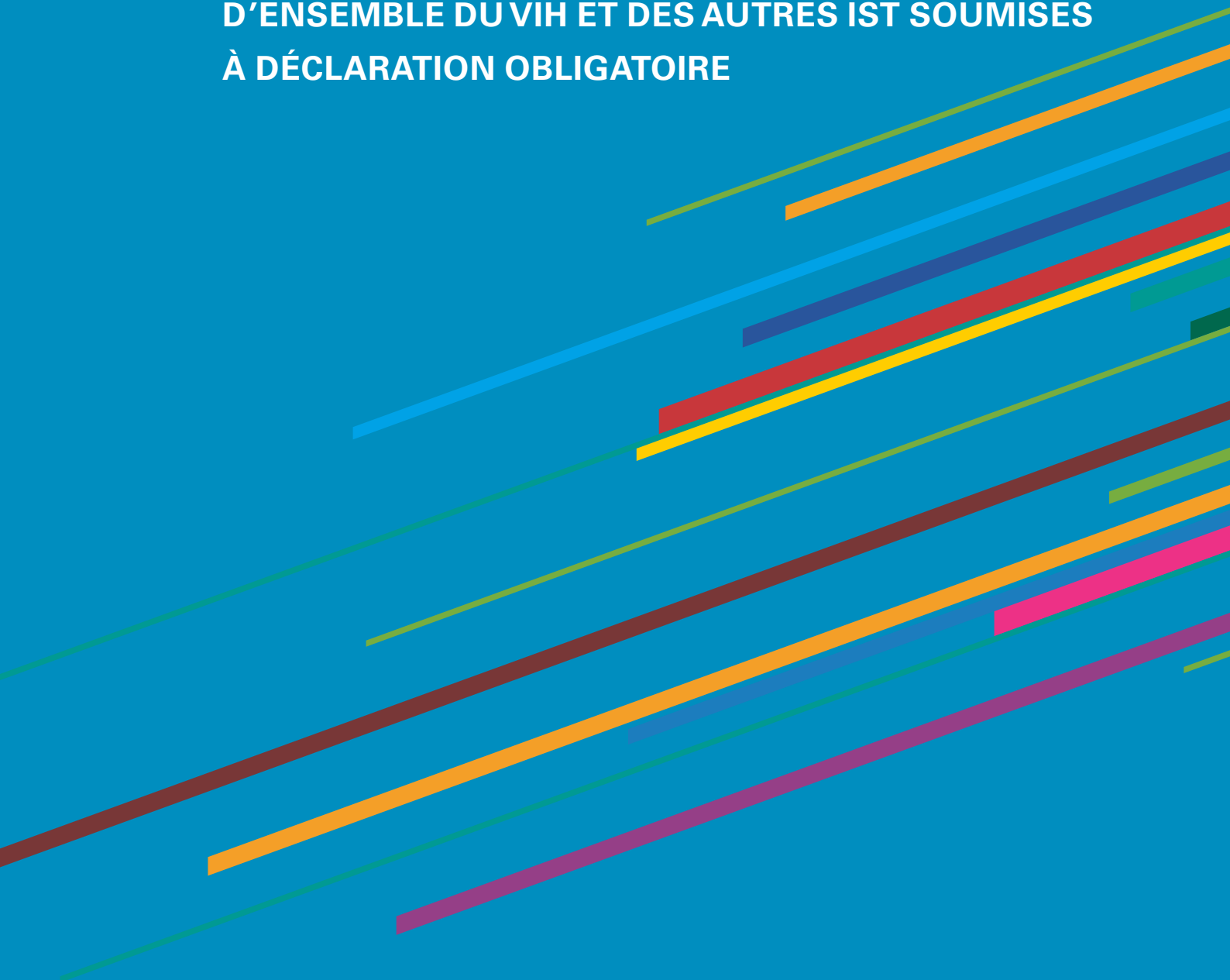
Des vaccins ne sont disponibles que contre l'hépatite B, le HPV et l'hépatite A transmise par voie fécale-orale (qui se transmet très rarement par voie sexuelle). Dans le cas du VIH, les efforts visant à développer un vaccin sont restés vains à ce jour. Un succès modeste concernant une vaccination contre le VIH a toutefois été annoncé lors de l'Aids Vaccine Conference à Paris en octobre 2009. Une étude randomisée contre placebo a été réalisée pendant trois ans sur 16'000 hommes et femmes en Thaïlande. Seule la moitié des patients a reçu le vaccin, l'autre moitié a reçu un placebo. Sur les 8200 personnes vaccinées, 51 personnes ont été infectées au VIH durant la période d'observation, contre 74 personnes dans le groupe placebo. L'efficacité du vaccin était d'environ 30%. Selon des modèles mathématiques, un vaccin qui empêcherait 60% des transmissions du VIH constituerait déjà une percée importante et réduirait de façon déterminante la propagation du VIH dans une population, sans pour autant offrir une protection sûre aux individus. L'euphorie est donc prématurée puisqu'il n'existe encore aucun vaccin efficace et sûr applicable dans une vaste population. Les propos de Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, lors de la conférence de presse de la même Aids Vaccine Conference, sont lourds de sens à cet égard : « A ready to use vaccine against HIV

could be more than a decade away [...] Meanwhile we have to redouble our combination HIV prevention efforts to stop the continuing tide of new HIV infections. »¹⁵ Il se peut qu'une décennie nous sépare d'un « vaccin prêt à l'emploi ». D'ici là, nous devons redoubler d'efforts dans le domaine de l'association des méthodes de prévention du VIH pour endiguer l'argumentation continue de nouvelles infections. Malgré de premiers succès partiels dans le domaine des vaccinations, il est certain qu'une prévention efficace, un dépistage précoce et un traitement efficace restent la seule approche prometteuse pour limiter le nombre de nouvelles infections, en cette deuxième décennie du XXI^e siècle. Aussi, les thèmes de la vaccination contre le VIH, des microbicides et de la prophylaxie pré-exposition ne font pas partie intégrante de la présente stratégie. Selon les termes de son mandat, la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) a pour mission de surveiller les nouvelles connaissances dans le domaine du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Au cas où des ajustements de la stratégie s'imposeraient, la CFPS conseillerait l'Office fédéral de la santé publique en ce sens et recommanderait des modifications correspondantes.

¹⁴ CAPRISA – Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa (2010) The CAPRISA 004 tenofovir gel trial results

¹⁵ UNAIDS (2009) Scientists come together for the AIDS Vaccine Conference 2009

4 SURVEILLANCE BIOLOGIQUE : UNE VUE D'ENSEMBLE DU VIH ET DES AUTRES IST SOUMISES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE



4.1 VIH : ÉPIDÉMIOLOGIE EN SUISSE ET EN EUROPE

Le VIH infecte les cellules du système immunitaire qui ont normalement pour fonction de combattre les agents pathogènes et d'éliminer les cellules modifiées par une pathologie (cellules CD-4, appelées lymphocytes auxiliaires). Leur dysfonctionnement induit par une infection au VIH ne peut être compensé que jusqu'à un certain point. On distingue les phases suivantes en cas **d'infection au VIH non traitée** :

1. Infection au VIH aiguë (primo-infection) : des symptômes passagers tels que de la fièvre, une tuméfaction ganglionnaire, des douleurs articulaires et des troubles non spécifiques peuvent se produire, plusieurs jours à quelques semaines après l'infection. La primo-infection symptomatique touche une bonne moitié des personnes infectées.
2. Phase asymptomatique : au cours de la phase suivante qui dure 8 à 10 ans, où aucun trouble clinique lié au VIH ne se manifeste en règle générale, le virus se multiplie néanmoins en infectant d'autres cellules immunitaires. Selon la charge virale, la personne concernée est toujours plus ou moins infectieuse.
3. Début de la déficience immunitaire : le sida (« syndrome d'immunodéficience acquise ») désigne le stade où le système immunitaire est fortement atteint et où surviennent les maladies potentiellement mortelles qui caractérisent le sida, telles que les infections opportunistes (p. ex. pneumonie à *Pneumocystis*, toxoplasmose cérébrale), les maladies tumorales (p. ex. sarcome de Kaposi, lymphome non-hodgkinien) ou les symptômes généraux graves (p. ex. fièvre d'origine indéterminée, affections neurologiques). L'introduction des thérapies antirétrovirales combinées a permis de faire reculer le nombre de cas de sida dans les pays disposant d'un système de santé fiable et où les médicaments antirétroviraux sont accessibles en quantité suffisante.

4.1.1 LE VIH EN SUISSE

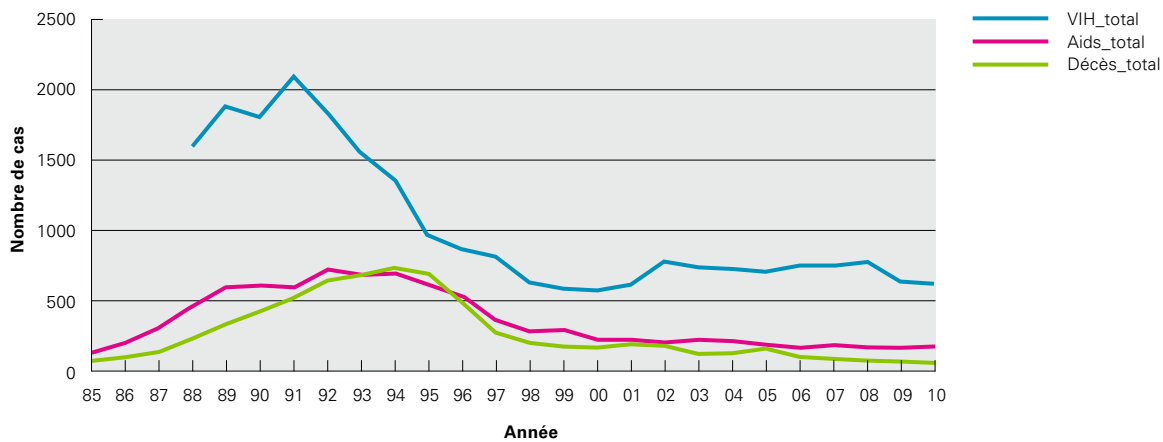
Le VIH a dû se propager en Suisse dès les années 1970, car le premier diagnostic de sida remonte à 1981 (rétrospectivement). Depuis 1985, certains laboratoires en Suisse étaient en mesure de détecter les anticorps du VIH et signalaient des résultats positifs à l'OFSP. Dès décembre 1987, la déclaration du VIH et du sida est devenue obligatoire.

Des infections prévalentes au VIH ont avant tout été diagnostiquées et déclarées au cours des deux premières années qui ont suivi l'introduction du test de dépistage du VIH, en 1985 et 1986, à savoir des infections qui se sont multipliées dans la population depuis le début inconnu de l'épidémie (2800 déclarations pour l'année 1985). Les chiffres ont marqué un certain recul en 1987 et 1988. En 1988, sur un total de 1604 tests VIH déclarés positifs, plus de la moitié concernaient des consommateurs de drogue par injection (IDU en anglais), plus d'un quart des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et environ 20% des personnes infectées par voie hétérosexuelle (HET). Alors que le nombre de diagnostics du VIH enregistrait déjà un net recul chez les IDU en 1998 et que celui des HSH n'augmentait plus que légèrement, la tendance chez les hétérosexuels était encore en forte progression et il a fallu attendre 1992 pour qu'elle s'infléchisse (illustration 1). La tendance a ensuite marqué un fort recul dans tous les groupes jusqu'en 2000, sans doute aussi grâce aux efforts de prévention et à l'attention suscitée par l'épidémie très visible de sida.

Une augmentation des tests de dépistage positifs au VIH s'est pour la première fois à nouveau produite en 2001 (passant de 578 à 631). La progression s'est poursuivie en 2002 pour s'établir à 794, soit une hausse de plus de 25% par rapport à l'année précédente. La répartition par sexe, mode d'infection et nationalité montre que les tests positifs au VIH ont avant tout augmenté chez les HSH et chez les femmes originaires de pays où l'épidémie est généralisée¹⁶. Après quelques années où le nombre total de nouveaux diagnostics du VIH est resté relativement stable entre 740 et 780 cas, il a connu une première baisse de 17% en 2009.

¹⁶ En Suisse, il s'agit principalement des pays d'Afrique subsaharienne (96,6%), mais aussi de quelques pays des Caraïbes (2,4%) et d'Amérique centrale ou du Sud (1%). (Pourcentages fondés sur les déclarations des médecins entre 2000 et 2009).

Cas de VIH, cas de sida et décès dus au VIH/sida en Suisse



Cas de VIH, cas de sida et décès dus au VIH/sida chez les hétérosexuels

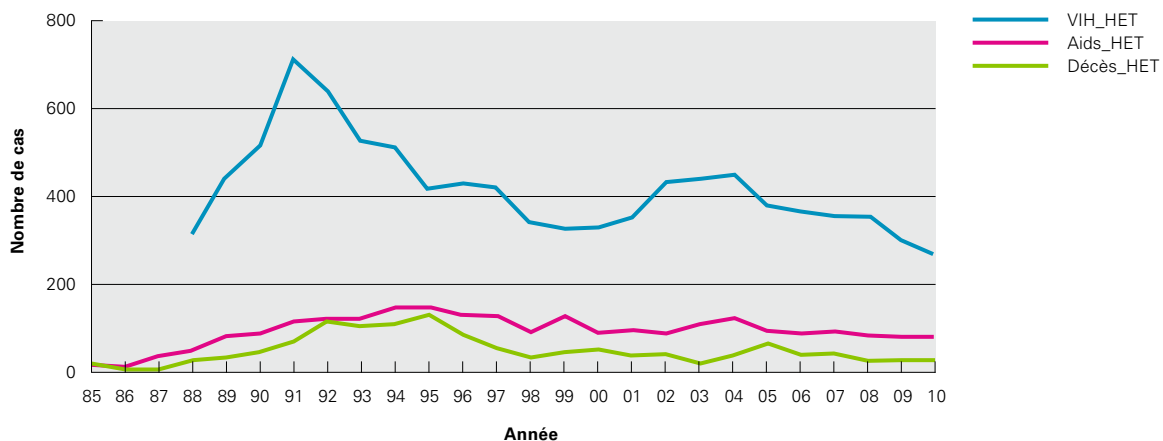


Illustration 1 : Infections au VIH nouvellement diagnostiquées, nouveaux cas de sida et décès par an chez des personnes atteintes du VIH ou du sida en Suisse au total et par mode d'infection. La diminution des cas de sida et de décès à compter du milieu des années 1990 est particulièrement flagrante et s'explique par l'utilisation à grande échelle des thérapies anti-rétrovirales.

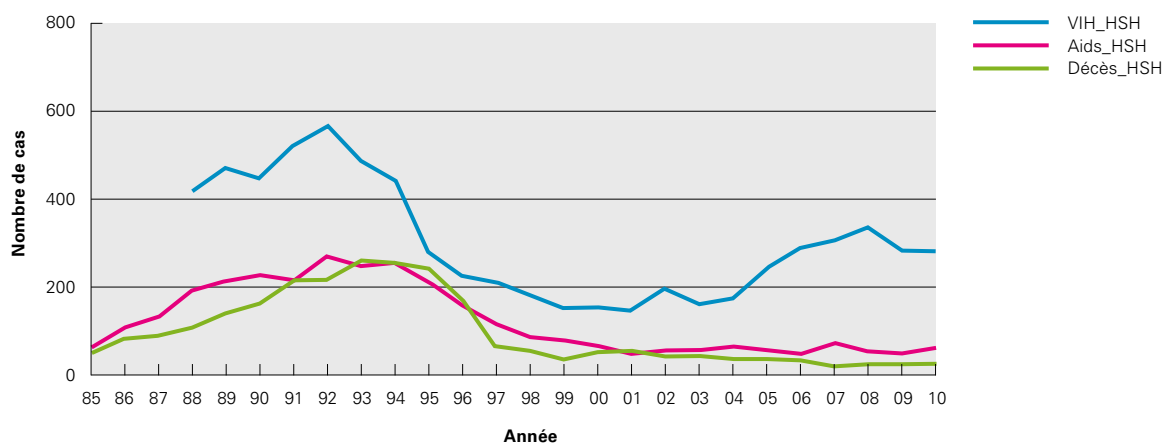
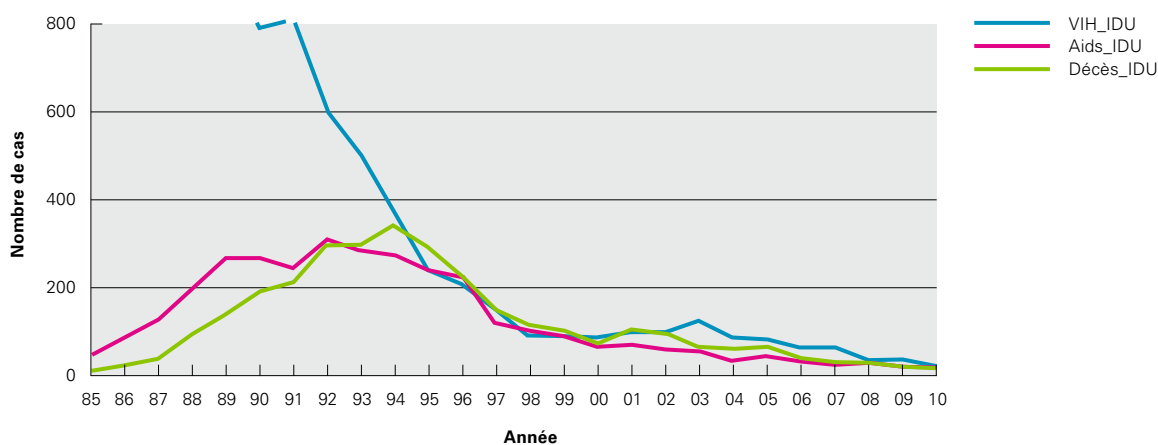
Cas de VIH, cas de sida et décès dus au VIH/sida chez les HSH**Cas de VIH, cas de sida et décès dus au VIH/sida chez les IDU**

Illustration 1 : Infections au VIH nouvellement diagnostiquées, nouveaux cas de sida et décès par an chez des personnes atteintes du VIH ou du sida en Suisse au total et par mode d'infection (HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, IDU : consommateurs de drogue par injection). La diminution des cas de sida et de décès à compter du milieu des années 1990 est particulièrement flagrante et s'explique par l'utilisation à grande échelle des thérapies antirétrovirales.

Nombre de personnes vivant avec une infection au VIH diagnostiquée ou avec le sida (extrapolé pour 2010)

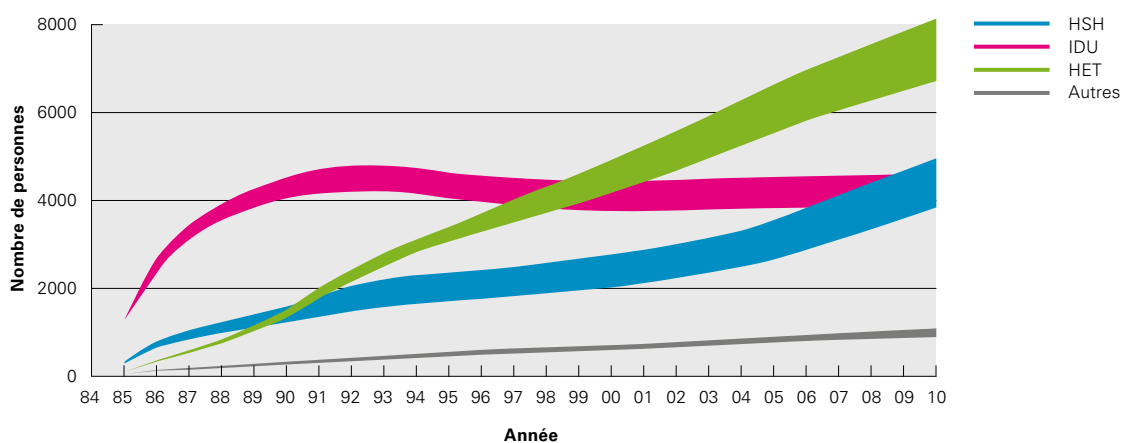


Illustration 2 : Estimation statistique du nombre de personnes en Suisse dont le test VIH et/ou du sida est positif, par mode d'infection. La courbe qui forme la bordure supérieure d'une zone permet de déduire le nombre total de personnes ayant un résultat VIH positif alors que la courbe de la bordure inférieure indique le nombre de personnes parmi elles sans diagnostic du sida. La plage de couleur représente donc le nombre de personnes chez lesquelles le sida a été diagnostiqué.

Nombre total des personnes positives au VIH en Suisse

Le nombre de personnes vivant en Suisse et auxquelles on a diagnostiqué le VIH ou le sida augmente progressivement (illustration 2), car depuis le début de l'épidémie, il y a presque toujours eu plus de nouveaux diagnostics que de décès dans tous les groupes concernés. Pour l'année 2009, le calcul débouche sur un total compris entre 14'000 et 21'000 personnes séropositives au VIH, dont approximativement 43% (entre 6200 et 9200 personnes) infectées par voie hétérosexuelle et respectivement un quart (entre 3600 et 5500 personnes) de HSH et de IDU¹⁷. S'y ajoutent les personnes qui sont infectées, mais qui l'ignorent. Une estimation pour la Suisse peut être déduite des études menées dans des pays industrialisés comparables (Royaume-Uni et Canada) : au total, au moins 20'000 personnes seraient atteintes par le VIH/sida.

Depuis le début de l'épidémie et jusqu'à la fin 2009, 31'579 tests de dépistage du VIH ont été confirmés en Suisse. En tout, les médecins ont annoncé 8977 cas de sida. Compte tenu des retards de déclaration, on peut estimer le total à environ 9100 diagnostics de sida en Suisse. La statistique des décès révèle env. 7000 décès chez des personnes séropositives au VIH, dont à peu près 5900 cas, avec un diagnostic de sida, où le sida était la cause la plus probable du décès¹⁸.

¹⁷ Le calcul tient compte d'un taux de tests répétés non identifié, de retards de déclaration de nouveaux diagnostics du VIH et de décès estimé à partir de différentes sources. Le calcul n'est pas très précis en raison du cumul de ces sources d'erreur au fil des ans. Il faut par ailleurs se rappeler que les infections au VIH chez des personnes qui n'ont encore jamais effectué de test de dépistage du VIH ne sont pas comprises dans ces chiffres.

¹⁸ Etat des déclarations au 31.3.2010. Ont été pris en compte les déclarations des laboratoires de confirmation du VIH depuis 1985, les déclarations complémentaires du VIH des médecins (14'736 en tout depuis leur introduction en 1998) et les déclarations complémentaires du sida depuis 1983 ; ainsi que les actes de décès disponibles jusqu'au 31.3.2010. Les déclarations de laboratoire identifiées comme tests répétés ont été exclues.

Nombre de diagnostics VIH par mode d'infection

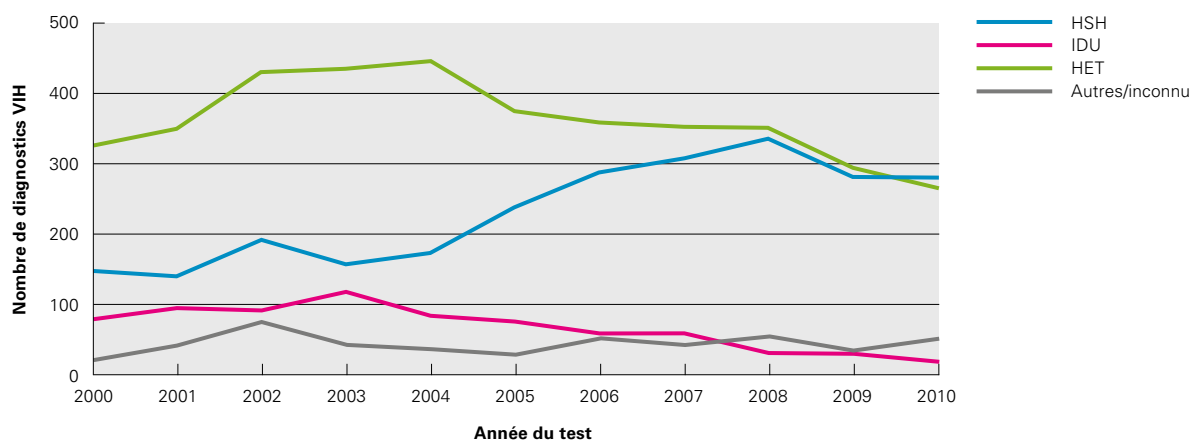


Illustration 3 : Infections au VIH nouvellement diagnostiquées en Suisse par les principaux modes d'infection et selon l'année du dépistage (estimation fondée sur les déclarations des médecins).

Evolutions entre 2000 et 2009

Une augmentation des tests de dépistage positifs au VIH s'est pour la première fois à nouveau produite en 2001 après une longue période de baisse et s'est poursuivie en 2002 (illustration 3). La hausse était particulièrement sensible chez les HSH suisses et les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Au cours des années qui ont suivi, le nombre total de tests VIH positifs est certes resté relativement stable, masquant toutefois des tendances contradictoires : les diagnostics du VIH sont passés de 175 à 335 entre 2004 et 2008 chez les HSH, alors qu'ils passaient de 445 à 355 chez les hétérosexuels. La proportion des femmes dans les tests VIH positifs a oscillé aux alentours de 40% entre 2000 et 2003, avant de diminuer elle aussi progressivement (jusqu'à 27% en 2009).

En 2009, les diagnostics du VIH ont aussi pour la première fois diminué chez les HSH, ce qui, conjointement avec les tendances toujours à la baisse dans les autres groupes, s'est traduit par un recul global de 17% par rapport à l'année précédente.

La part des diagnostics du VIH n'ayant pas été causés par des contacts sexuels ou l'injection de drogue, mais par exemple par la transfusion de sang infecté ou de la mère à l'enfant à la naissance, oscille entre 1,5% et 2,8%. Une grande partie des infections au VIH chez les nouveau-nés en Suisse est étudiée par le Centre national pour les rétrovirus (CNR). Selon ses statistiques, la part des enfants infectés lors de l'accouchement est tombée au-dessous de 5% après le milieu des années 1990, et entre 2004 et 2006 pas un seul des enfants nés d'une mère séropositive examinés par le CNR n'a été infecté. C'est sans doute la conséquence des dépistages plus fréquents auprès des femmes enceintes et des mesures médicales pouvant ainsi être prises pour empêcher la transmission de la mère à l'enfant (thérapie antirétrovirale, césarienne).

Alors que les Suisses sont nombreux parmi les HSH avec un nouveau diagnostic VIH (leur part était de 60% en 2008/2009), les Suisses et Suissesses ne sont que 35% parmi les hétérosexuels à avoir un nouveau diagnostic VIH : plus d'un tiers des diagnostics avec mode d'infection hétérosexuel concerne des personnes originaires d'un pays où l'épidémie de VIH est généralisée, selon les informations de l'ONUSIDA¹⁹.

¹⁹ Pour la Suisse, il s'agit principalement de quelques pays d'Afrique subsaharienne. Des infections au VIH en petit nombre sont par ailleurs régulièrement diagnostiquées en Suisse chez des personnes originaires de pays des Caraïbes, qui sont également considérés comme des pays à forte prévalence du VIH selon l'ONUSIDA. Depuis 2000, il y a eu en tout 47 cas, dont 18 chez des personnes originaires de République dominicaine, 14 chez des personnes originaires de Cuba et 10 chez des personnes originaires d'Haïti. (UNAIDS et al. (2009) 2009 AIDS epidemic update)

Infections au VIH récentes et anciennes par semestre et groupe (estimation pour le deuxième semestre 2010, car les déclarations s'arrêtent au 30. 9. 2010)

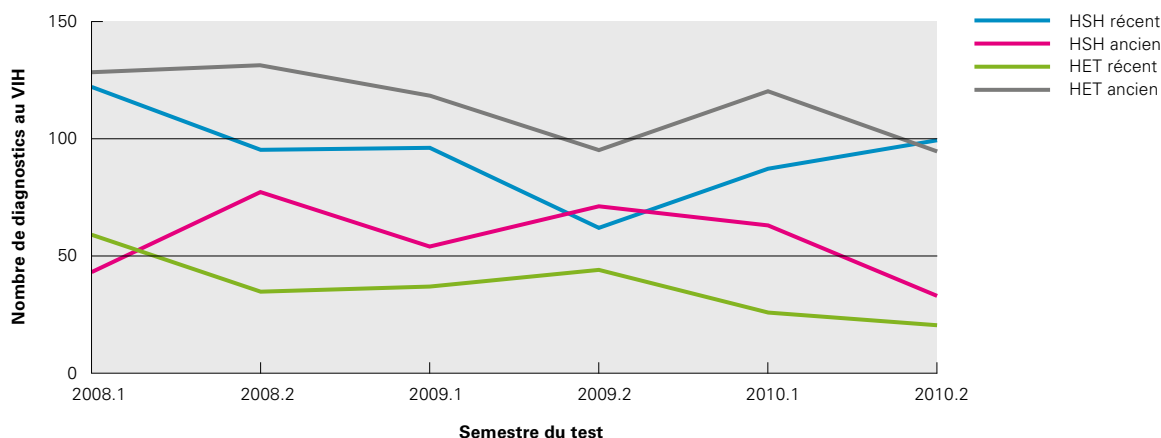


Illustration 4 : Diagnostics du VIH qualifiés d'infections récentes ou plus anciennes chez des HSH et pour un mode d'infection hétérosexuel, 2008, 2009 et 2010 par semestre.

Date du diagnostic

Entre 2000 et 2009, 18% des diagnostics du VIH ont eu lieu au cours des trois premiers mois après l'infection, c.-à-d. durant ou juste après la primo-infection et 28% à un stade ultérieur (13% seulement au stade du sida). Les primo-infections ont été le plus souvent diagnostiquées chez les HSH (27%) et le moins souvent chez les hétérosexuels (13%). A l'inverse, un stade tardif était significativement plus fréquent dans le groupe hétérosexuel que chez les HSH.

En dehors de la répartition par stades, une méthode de laboratoire développée par le Centre national pour les rétrovirus permet depuis 2008 de différencier les infections récentes des infections déjà plus anciennes.²⁰ La répartition de ces résultats dans le temps révèle que les infections récentes ont diminué de 2008 à 2009 chez les HSH, mais non dans les cas avec mode d'infection hétérosexuel (illustration 4). Ceci conforte l'interprétation selon laquelle il y a effectivement eu moins d'infections chez les HSH en 2009, alors que la baisse dans le groupe hétérosexuel s'explique plutôt par la migration de personnes originaires de pays où l'épidémie est généralisée.

Personnes dépistées tardivement

Les personnes dépistées tardivement sont des personnes dont le diagnostic du VIH n'est établi que longtemps après l'infection. On qualifie ci-après de personnes dépistées tardivement les personnes atteintes du VIH qui n'apprennent leur infection qu'à un stade avancé de la déficience immunitaire (avec des valeurs CD-4 inférieures à 200/ul). Comme indiqué ci-dessus, la part moyenne des infections au VIH dépistées tardivement (à l'aune du nombre total de diagnostics) était en moyenne de près de 28% entre 2000 et 2009, la part ayant diminué au cours de la période évoquée. En 2009, elle était encore d'environ 20%. Cette part variait cependant en fonction du mode d'infection et de l'origine des personnes concernées (illustration 5).

La part des personnes dépistées tardivement a nettement diminué parmi les HSH (notamment au cours de la première moitié de la décennie) et était de 12% en 2009. Dans le groupe des hétérosexuels, la part des personnes dépistées tardivement a également diminué, mais dans une moindre proportion. Il est significatif de constater qu'elle était plus importante chez les Suisses et Suissesses ainsi que chez les Européens et Européennes (28%) que chez les personnes originaires d'un pays où l'épidémie est généralisée (20%).

²⁰ Dans l'Inno-Lia-Assay, un procédé similaire au Western Blot pour la détection des anticorps spécifiques au VIH, l'intensité des bandes est d'autant plus forte que l'infection est ancienne. Ce procédé fut introduit en 2007 par les laboratoires de confirmation du VIH, et depuis 2008 presque tous les nouveaux diagnostics du VIH indiquent s'il s'agit vraisemblablement d'une infection récente (c.-à-d. vieille de moins d'un an, la sensibilité de la méthode est de 50%). (Cf. p. ex. Commission laboratoire et diagnostic du VIH/sida de l'OFSP (CLD) (2006) Concept suisse de test VIH – récapitulatif actualisé du concept technique et du concept de laboratoire ; Office fédéral de la santé publique (2010) Mise à jour du concept de laboratoire VIH)

Stades tardifs lors des diagnostics VIH

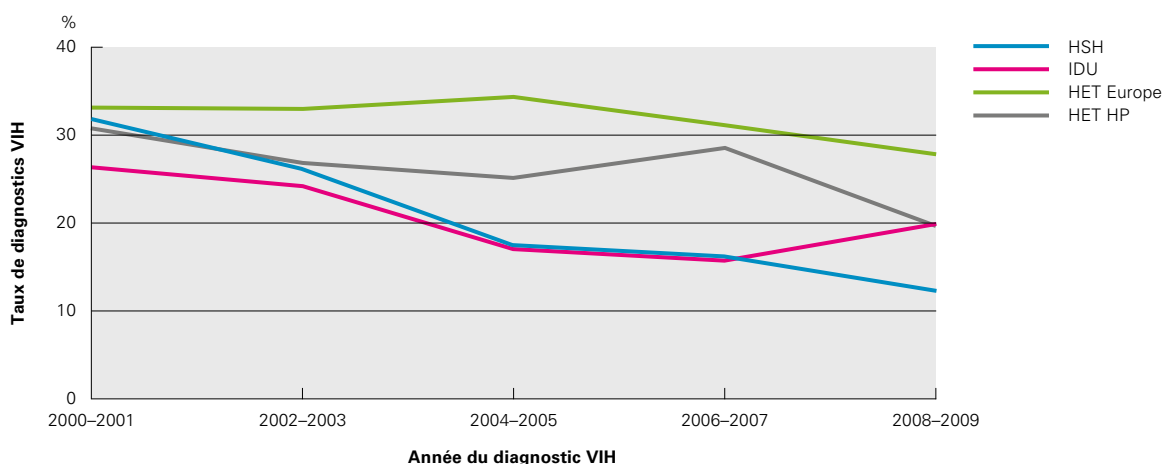


Illustration 5 : Part des personnes dépistées tardivement parmi les diagnostics du VIH au fil du temps entre 2000 et 2009, selon le mode d'infection et la région d'origine. Het Europe : hétérosexuels non originaires d'un pays où l'épidémie est généralisée (essentiellement des Européens). Het HP : migrants d'un pays où l'épidémie est généralisée.

La part des personnes dépistées tardivement peut également s'apprécier à l'aune des nouveaux diagnostics du VIH. Il apparaît alors que la part des personnes dont l'infection au VIH n'a été diagnostiquée que peu de temps avant le diagnostic du sida (au maximum deux mois avant²¹) est comprise entre 30 % et 35 %. Par conséquent, environ un tiers des cas de sida s'expliquerait par le fait qu'ils n'ont pas pu être empêchés par un traitement antirétroviral (TAR) pour la simple raison que l'infection au VIH n'a pas été dépistée à temps.

Lieu de l'infection

Un nouveau formulaire posant également des questions sur le lieu probable de l'infection fut introduit en 2007 pour la déclaration complémentaire des diagnostics du VIH. Il est majoritairement utilisé depuis 2008. Sur un total de 1149 déclarations complémentaires des années 2008 et 2009, 878 (76 %) contenaient des informations sur le lieu probable de l'infection. Selon ces informations, l'infection s'est produite à l'étranger dans 40 % des cas (autant en 2008 qu'en 2009). Le fait que l'infection au VIH a probablement eu lieu à l'étranger a été exprimé significativement plus souvent par des personnes séropositives infectées par voie hétérosexuelle (dans 57 % des cas) que par des HSH (23 %) et des IDU (20 %). Lorsque le lieu probable de

l'infection se situait en Suisse, des informations supplémentaires ont par ailleurs été fournies dans 70 % des cas. Ainsi, près de 97 % des HSH se seraient infectés dans un secteur urbain contre 81 % chez les hétérosexuels.

Infections sexuellement transmissibles (IST) qui ont précédé le diagnostic du VIH

Lors du diagnostic du VIH, les médecins traitants procèdent à une anamnèse relative aux IST précédemment diagnostiquées²². Entre 2000 et 2009, le diagnostic antérieur d'au moins une des trois IST considérées a été cité sur 14 % des déclarations complémentaires (5870 déclarations en tout). Pour 7 %, le diagnostic d'IST avait été fait durant les deux années précédant le diagnostic du VIH. La fréquence de la syphilis, de la gonorrhée et de la chlamydia était plus ou moins élevée selon le mode d'infection (illustration 6). La syphilis a été plus fréquemment diagnostiquée que la gonorrhée chez les HSH.

²¹ Le nombre de mois arbitrairement choisi (cut-off) est sans importance pour les résultats, car le diagnostic du VIH a été établi soit très peu de temps (2 mois ou moins), soit beaucoup plus longtemps (plus d'un an) avant le diagnostic du sida, dans presque tous les cas. Il est à noter que le pourcentage des personnes dépistées tardivement qui se fonde sur les diagnostics du sida ne peut pas être comparé directement avec celui des personnes dépistées sur la base des déclarations de VIH, car les données se réfèrent à des ensembles de déclarations différents.

²² L'interrogation porte spécifiquement sur la syphilis, la gonorrhée et les infections à chlamydia. Jusqu'à la révision du questionnaire en 2007, les questions portaient également sur les « autres » IST. Entre 2000-2007, il y a eu chaque année entre 20 et 30 déclarations complémentaires du VIH citant d'« autres » IST. L'hépatite B ou C, l'herpès génital et les verrues génitales ont été le plus souvent cités.

Diagnostiques d'autres IST deux ans avant le diagnostic VIH

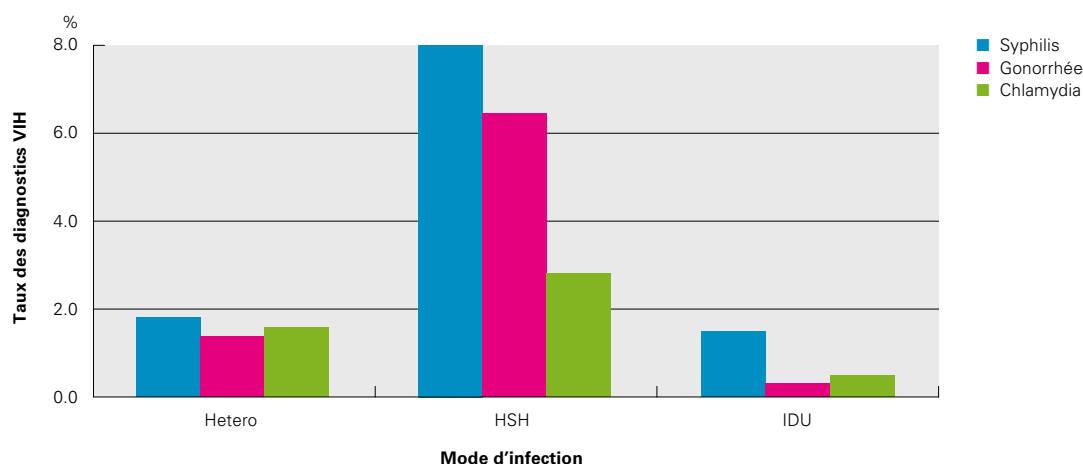


Illustration 6: Part des diagnostics du VIH entre 2000 et 2009 avec une anamnèse positive à la syphilis, à la gonorrhée ou aux chlamydias au maximum deux ans avant le test positif au VIH, selon le mode d'infection.

4.1.2 LE VIH EN EUROPE

L'épidémie de VIH s'est propagée dans tous les pays d'Europe²³ et tout comme en Suisse, elle se concentre sur certaines catégories de personnes qui présentent un risque accru d'infection (HSH, IDU). Les catégories les plus touchées par le VIH varient d'un pays à l'autre. Les différences sont également importantes en ce qui concerne le taux global de diagnostics VIH par million d'habitants et par an (tableau 1). Le nombre de déclarations VIH a constamment augmenté depuis 2000 dans pratiquement tous les pays de la région²⁴.

Les taux les plus élevés de nouveaux diagnostics du VIH ont été déclarés pour les pays d'Europe de l'Est (en moyenne 179 par million d'habitants en 2008), plus de deux fois plus qu'en Europe de l'Ouest (72 par million) et même dix fois plus qu'en Europe centrale (15 par million). Il y a par ailleurs eu de grandes disparités entre les différents pays à l'intérieur des régions : le taux le plus élevé en Europe de l'Ouest a été enregistré en 2008 par le Royaume-Uni (120 par million, contre à peine 30 par million en Finlande) ; deux des Etats baltes ainsi que l'Ukraine et la Moldavie ont enregistré les taux les plus élevés en Europe de l'Est (plus de 400 par million en Estonie) contre environ

30 par million en Lituanie). Avec plus de 100 nouveaux diagnostics de VIH par million d'habitants (2008), la Suisse figure parmi les pays aux taux les plus élevés en Europe de l'Ouest.

Le mode d'infection hétérosexuel prédominait dans la plupart des pays d'Europe. En Europe de l'Ouest, cela s'explique par la part importante de cas chez les migrants et migrantes de pays à forte prévalence du VIH qui se sont sans doute infectés dans leur pays d'origine.

Les rapports sexuels non protégés entre hommes était le mode d'infection prédominant, notamment dans les pays d'Europe centrale et dans les pays d'Europe de l'Ouest. Les cas de personnes originaires de pays où l'épidémie de VIH est généralisée pèsent moins dans la balance. A l'exception de la Géorgie, ce mode d'infection doit être relativement rare voire quasi inexistant dans les pays d'Europe de l'Est. On peut supposer que cela s'explique au moins en partie par la discrimination des homosexuels et par l'homophobie qui existe dans bon nombre de ces pays, ce qui empêche les personnes concernées de déclarer le mode d'infection effectif. Le mode d'infection par le biais de la consommation de drogue par injection (IDU) prédominait, notamment dans les pays d'Europe de l'Est à forts taux d'infection.

²³ La Région Europe de l'OMS couvre 53 pays, dont 48 ont fourni à l'ECDC des données sur les diagnostics du VIH déclarés. Il n'y a pas de données ou seulement des données insuffisantes pour l'Autriche, le Danemark, Monaco, la Russie et la Turquie. Le tableau évoque 38 des 48 pays. Pour les autres, le nombre de cas absolu était trop petit (Chypre, Malte, Islande, Albanie, Andorre, Macédoine, Monténégro, Monaco, San Marin) ou les chiffres n'étaient pas disponible au format approprié (Kazakhstan).

²⁴ European Centre for Disease Prevention and Control et al. (2009) HIV/AIDS surveillance in Europe 2008

4 SURVEILLANCE BIOLOGIQUE : UNE VUE D'ENSEMBLE DU VIH ET DES AUTRES IST SOUMISES À DÉCLARATION

Pays	Région	Total diagnostics VIH (2005–2008)	Taux par million d'habitants (2008)	Modes d'infection (parts en %)			
				HSH	IDU	HET	Autres/inconnu
Royaume-Uni	O	30'376	119	34	2	56	8
Portugal	O	6'003	106	15	23	59	3
Suisse	O	3'028	102	34	7	42	18*
Belgique	O	4'200	101	26	1	36	37
Luxembourg	O	234	97	32	10	53	4
Italie	O	6'617	97	26	9	46	19
Irlande	O	1'475	92	22	14	47	16
Pays-Bas	O	4'608	83	60	1	32	7
Espagne	O	6'035	82	37	12	43	8
France	O	21'255	64	24	3	42	32
Norvège	O	1'042	63	30	5	60	5
Israël	O	1'436	55	28	12	51	8
Grèce	O	2'309	48	44	2	25	28
Suède	O	1'742	39	26	9	49	16
Allemagne	O	10'748	34	53	5	26	15
Finlande	O	667	29	31	7	45	17
Slovénie	C	156	24	14	77	10	14
Pologne	C	2'921	21	6	15	9	70
Bulgarie	C	249	16	12	38	35	14
Serbie	C	403	16	47	10	26	16
Croatie	C	424	15	54	5	33	7
Hongrie	C	451	14	55	2	15	29
République tchèque	C	450	14	61	6	29	4
Slovaquie	C	140	10	58	4	29	10
Roumanie	C	818	8	7	1	55	37
Bosnie-Herzégovine	C	43	2	23	12	63	2
Estonie	E	1'178	406	0	13	0	87
Ukraine	E	53'695	341	0	51	44	4
Moldavie	E	1'526	219	0	24	71	5
Lettonie	E	1'306	158	13	87	5	35
Ouzbékistan	E	10'594	113	0	56	21	22
Kirghizistan	E	1'375	102	36	23	0	59
Biélorussie	E	3'355	91	29	11	0	30
Géorgie	E	1'213	81	66	4	2	55
Azerbaïdjan	E	1'324	50	37	5	0	64
Tadjikistan	E	1'029	48	20	15	52	28
Arménie	E	386	44	2	36	57	5
Lituanie	E	421	28	20	6	59	21

* Parmi les modes d'infection, la part relativement élevée des infections inconnues en Suisse s'explique par le temps de retard avec lequel les déclarations complémentaires sont souvent transmises à l'OFSP (et donc à l'ECDC).

Tableau 1 : Diagnostics du VIH déclarés entre 2005 et 2008 dans les pays de la région Europe de l'OMS. Les pays sont groupés par régions (O=Ouest, C=Centrale et E=Europe de l'Est, répartition selon l'ECDC) et au sein des régions selon un taux décroissant par million d'habitants. La comparaison entre les régions n'est pas possible en raison des différents systèmes de déclaration. Le mode d'infection prédominant a été souligné pour chaque pays. Modes d'infection : HSH=hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, IDU=consommateurs de drogue par injection.

4.2 AUTRES IST : ÉPIDÉMIOLOGIE EN SUISSE ET EN EUROPE

4.2.1 IST SOUMISES À UNE DÉCLARATION OBLIGATOIRE EN SUISSE

Les données relatives à la surveillance épidémiologique des IST proviennent essentiellement du système de déclaration obligatoire en Suisse. Les études de prévalence sont rares et ont généralement été menées dans des groupes de population présentant un risque accru d'IST. Les estimations relatives à la prévalence des différentes IST sont donc vagues et on peut supposer que la prévalence dans certains groupes (personnes à risque accru d'infection, telles que HSH, travailleuses du sexe, migrantes au statut de séjour incertain²⁵) est plus importante que dans la population générale.

La surveillance des IST en Suisse a fait l'objet d'une évaluation en 2005, entraînant des ajustements du système de déclaration dès 2006.²⁶ Ainsi, les laboratoires reconnus sont depuis lors tenus de déclarer au service du médecin cantonal et à l'OFSP tous les résultats de test positifs aux chlamydias, à la syphilis et à la gonorrhée. Doivent également être déclarées les hépatites B et C, la première étant une infection sexuellement transmissible classique, la deuxième une infection par voie sexuelle occasionnelle. Alors que l'obligation de déclarer les chlamydias et la gonorrhée existe depuis 1988, la situation est un peu plus compliquée pour la syphilis : de 1988 à 1998, les laboratoires durent déclarer les tests de dépistage positifs de la syphilis, alors que cette obligation de déclarer fut supprimée entre 1999 et 2005. Il n'existe donc aucune donnée de surveillance pour cette période. Outre cette obligation de déclarer pour les laboratoires, l'OFSP a introduit dès 2006 une obligation de déclarer pour les médecins : en cas de diagnostic de la syphilis et de la gonorrhée, ils doivent adresser une déclaration complémentaire au service du médecin cantonal dans un délai de sept jours. Les déclarations complémentaires du médecin contiennent des informations sur les tests effectués ainsi que des informations importantes, spécifiques à l'agent pathogène (p. ex. mode d'infection ou stade de la maladie).

Le système de surveillance en place à l'époque du développement du programme (2010) ne permet aucune évaluation fiable de la prévalence et de l'incidence des diffé-

rentes IST, car il reste d'importantes inconnues (par exemple le nombre de tests négatifs ou le nombre total de tests effectués). De façon générale, la qualité des données déclarées est limitée en raison de déclarations complémentaires manquantes ou incomplètes, ce qui complique les analyses épidémiologiques.

Diagnostic d'IST et spécialité médicale

En 2004, l'OFSP a pour la première fois recensé les spécialistes qui établissent des diagnostics d'IST. Cette analyse révèle que les infections à chlamydia ont plus fréquemment été diagnostiquées en gynécologie, alors que les diagnostics de gonorrhée étaient plutôt établis en médecine générale et en médecine interne. D'autres analyses effectuées en 2007 et 2008 (qui incluaient également le diagnostic de la syphilis) ont confirmé ces observations²⁷ : environ 50 % des infections à chlamydia ont été diagnostiquées par des gynécologues, tandis que les cas de gonorrhée et de syphilis étaient plutôt déclarés par des médecins généralistes (près de 45 % et 32 %). Ces enseignements sont importants afin de déterminer où les efforts de prévention doivent logiquement être renforcés (par exemple par un conseil ou par la remise de documents d'information).

Chlamydia trachomatis

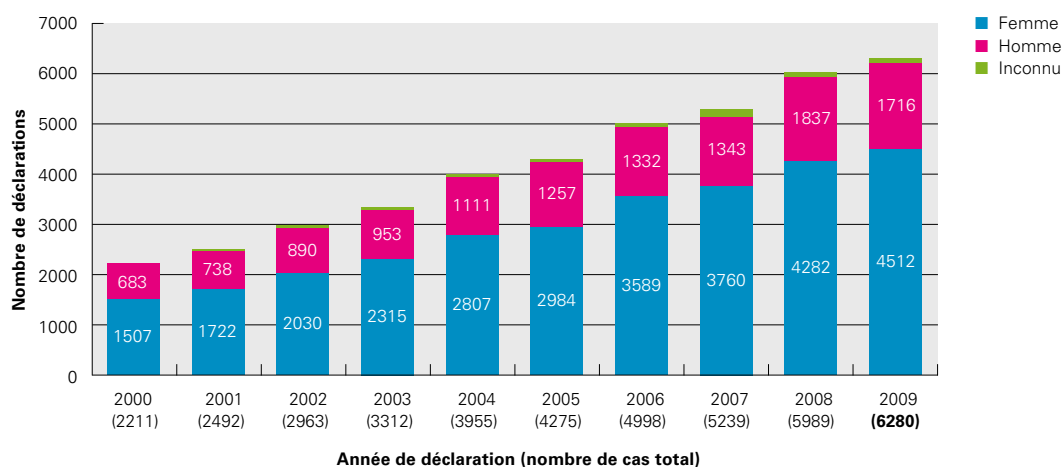
Les infections à chlamydia sont causées par des bactéries (le plus souvent par *Chlamydia trachomatis*) et représentent les infections sexuellement transmissibles d'origine bactérienne les plus fréquemment diagnostiquées. Il n'y a toutefois pas de données exactes concernant l'incidence et la prévalence dans la population générale en Suisse. Selon la classe d'âge et le groupe de population, la part des personnes sexuellement actives infectées par des chlamydias est estimée entre 3 et 10 %. L'infection peut être transmise par des relations sexuelles vaginales, anales ou buccogénitales ou de la mère au nouveau-né lors de l'accouchement. Il y a un risque accru en cas de rapport sexuel non protégé avec un nouveau partenaire ainsi que chez les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels. Environ 70 % des femmes et 25 % des hommes ayant une infection à chlamydia n'ont pas ou très peu de symptômes. Les troubles se manifestent essentiellement par des brûlures et des douleurs en urinant.²⁸

²⁵ Wolff et al. (2008) Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy : a prospective cohort study.

²⁶ Office fédéral de la santé publique (2008). Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 1998 à 2006 : Situation actuelle et perspectives.

²⁷ Baillif et al. (2010) Diagnosed bacterial sexually transmitted infections in Switzerland : analysis of notifications data, according to physician specialty and setting. Document non-publié.

²⁸ Krech T. et al. : Papillomavirus humains et chlamydies urogénitales. Épidémiologie chez les femmes suisses en recourant à de nouvelles méthodes de dépistage. Paget et al. National laboratory reports of Chlamydia trachomatis seriously underestimate the frequency of genital chlamydial infections among women in Switzerland.

***Chlamydia trachomatis*, 2000–2009**Illustration 7. Déclarations de *Chlamydia trachomatis* entre 2000 et 2009, par sexe.

Une infection à chlamydia peut être guérie par une antibiothérapie ou de façon spontanée.

Les infections non traitées peuvent entraîner chez les femmes l'infertilité ou une salpingite (infection des trompes de Fallope) et par la suite conduire à une grossesse extra-utérine.

Augmentation ces dix dernières années : Le nombre d'infections à chlamydia déclarées chaque année a augmenté ces dix dernières années²⁹.

En 2009, l'OFSP a reçu 6280 déclarations. La répartition des cas par sexe et par classe d'âge n'a pratiquement pas changé au fil du temps. La part des femmes est d'environ 72% (4512 sur 6280) (illustration 7). Chez les femmes, environ 87% des déclarations concernaient la classe d'âge des 15 à 34 ans en 2009. L'infection semble particulièrement fréquente chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans (tableau 2). Chez les hommes, environ 71% des déclarations concernaient la classe d'âge des 20 à 39 ans.

Classes d'âge	2009			
	Homme	%	Femme	%
0–14	19	1	39	1
15–19	85	5	841	19
20–24	377	22	1608	36
25–29	373	22	991	22
30–34	267	15	482	11
35–39	203	12	244	5
40–44	170	10	151	3
≥45	219	13	146	3
Inconnue	3	0	10	0
total	1716	100	4512	100

Tableau 2. Déclarations de *Chlamydia trachomatis* en 2009, par classes d'âge et par sexe.

²⁹ OFSP (2009), Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 2006 à 2008.

Gonorrhée – *Neisseria gonorrhoeae*

La gonorrhée (également appelée « chaude-pisse ») est provoquée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. L'infection peut être transmise par des relations sexuelles vaginales, anales ou buccogénitales, ou de la mère au nouveau-né lors de l'accouchement. La maladie est plus répandue chez les hommes homosexuels et bisexuels, chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels et dans le milieu de la prostitution que dans le reste de la population.

Les infections asymptomatiques sont beaucoup plus rares qu'en cas de chlamydie.³⁰ Les agents bactériens également connus sous le nom de gonocoques provoquent une inflammation des muqueuses à l'endroit de l'infection. Les premiers symptômes surviennent le plus souvent 2 à 7 jours après l'infection. Chez l'homme, il s'agit d'une rougeur et d'un gonflement de l'orifice de l'urètre, accompagnés de douleurs en urinant et d'un écoulement purulent (d'où le nom de « chaude-pisse »). Non traitée, la maladie affecte aussi la prostate et l'épididyme. Les femmes peuvent également avoir un écoulement de pus ainsi qu'une miction plus fréquente et douloureuse. Les rapports sexuels peuvent également être douloureux. Plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, l'infection évolue sans symptômes ou avec des symptômes plus légers et passe donc longtemps inaperçue. Selon les pratiques sexuelles, des infections peuvent aussi apparaître dans la cavité bucco-pharyngée ou dans la région anale, sous forme de rougeur et d'irritation.

Un traitement antibiotique permet de soigner la maladie. La stérilité peut être l'une des séquelles (rares) pour les deux sexes d'une gonorrhée non traitée. D'autres complications possibles sont des inflammations des articulations, de la peau et des conjonctives, mais elles sont rares. Les enfants de mères infectées peuvent être infectés à la naissance, ce qui entraîne une conjonctivite purulente chez le nouveau-né.

Déclarations de gonorrhée : Le nombre des déclarations de gonorrhée est resté stable à un niveau élevé en 2009. La répartition des cas en fonction du sexe n'a pratiquement pas changé, la part des hommes est supérieure à 80% (785 sur 963) (tableau 3). La répartition des cas par classe d'âge révèle en revanche un changement par rapport aux années précédentes (illustration 8). Si l'on considère les deux sexes ensemble, le nombre de cas de gonorrhée est le plus élevé dans la classe d'âge des 20 à 24 ans (alors que la plupart des diagnostics concernaient les 25 à 29 ans jusqu'en 2008). La classe d'âge la plus affectée est donc la même que pour les infections à chlamydia.

Exposition et facteurs de risque (données 2009) : Une déclaration complémentaire du médecin a été reçue en 2009 dans environ 90% des cas de gonorrhée déclarés par les laboratoires. Les résultats suivants se réfèrent aux cas déclarés par un médecin (894 cas sur 963, voir le total des cas confirmés, tableau 3).

Pour ce qui est de la préférence sexuelle et de la nature de la relation, 37% des hommes expliquent l'infection par une relation hétérosexuelle et 25% par une relation homosexuelle ; l'infection a été plus fréquente dans les relations occasionnelles (36%) que dans une relation stable (19%). La Suisse est plus souvent citée comme lieu d'infection (47%) que l'étranger (13%). Près de 15% des hommes indiquent avoir déjà eu une IST.

Chez les femmes, l'exposition a eu lieu dans une relation stable dans 26% des cas et dans une relation occasionnelle dans 13% des cas. Tout comme chez les hommes, le lieu d'infection se situe plus souvent en Suisse (44%) qu'à l'étranger (11%). Selon leurs propres déclarations, 9% des femmes ont déjà eu une IST.

³⁰ OFSP Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 2006 à 2008, situation en juin 2009.

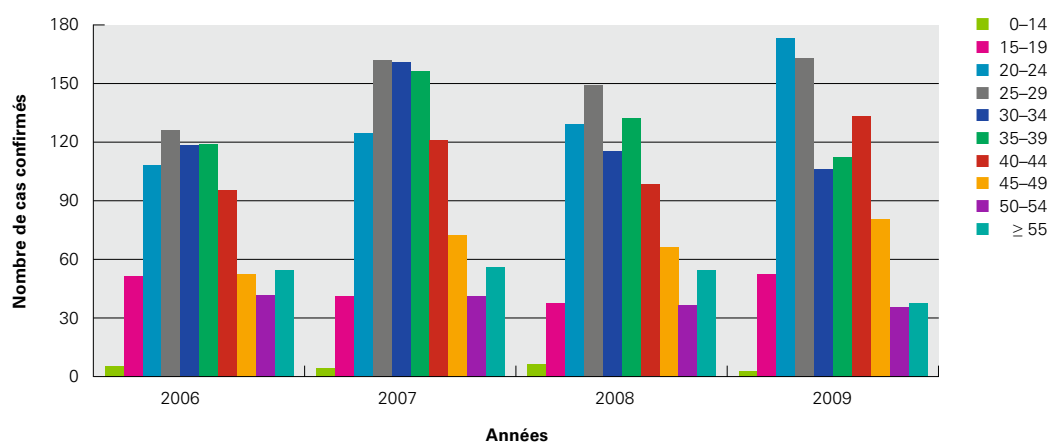
Gonorrhée 2006–2009 (total des deux sexes)

Illustration 8. Cas de gonorrhée confirmés de 2006 à 2009, par classes d'âge.

	2009			
	Homme	%	Femme	%
Préférence sexuelle				
Hétérosexuel	268	37	90	56
Homosexuel	180	25	2	1
Bisexuel	14	2	2	1
Pas de réponse	270	36	68	42
Total des cas confirmés	732	100	162	100
Total des cas déclarés	785		178	
Type de relation				
Relation stable	141	19	43	26
Relation occasionnelle	264	36	22	13
Avec travailleurs/travailleuses du sexe	40	6	1	1
Avec un client contre rémunération	2	0	1	1
Inconnu	91	12	12	7
Pas de réponse	194	27	84	52
Total des cas confirmés	732	100	163	100
Lieu d'exposition				
Suisse	344	47	72	44
Étranger	99	13	18	11
Inconnu/pas de réponse	289	40	72	45
Total des cas confirmés	732	100	162	100

Tableau 3. Cas de gonorrhée confirmés en 2009, par exposition et facteurs de risque.

Syphilis – *Treponema pallidum*

La syphilis est provoquée par la bactérie *Treponema pallidum*. Pendant les stades primaire, secondaire et de latence précoce, l'infection est transmise par le contact direct avec des lésions cutanées ou des muqueuses qui surviennent principalement dans la région génito-anale, mais aussi dans la cavité buccale. Le risque d'infection est notamment accru chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels et dans le milieu de la prostitution. L'infection peut être transmise de la mère à l'enfant durant la grossesse et l'accouchement (syphilis congénitale). C'est la raison pour laquelle il existe un ∇ screening pour les femmes enceintes, conformément aux recommandations de l'OMS. Une transmission par transfusion sanguine est en outre possible à certains stades.

Non traitée, la syphilis se présente en quatre stades différents.

Syphilis primaire : les premiers signes et symptômes peuvent se manifester entre 5 et 21 jours et jusqu'à 3 mois après l'infection sous la forme de taches rouges au point d'entrée de l'agent pathogène (pénis, anus, vagin, pharynx ou autres endroits du corps). Ces taches se transforment en ulcérations. Il est possible que les symptômes du premier stade ne soient pas décelés, et ils disparaissent généralement même sans traitement. La maladie et sa transmissibilité restent cependant effectives.

Syphilis secondaire : le deuxième stade fait plus ou moins suite au premier et se caractérise par des éruptions cutanées qui ne provoquent généralement pas de démangeaisons. Celles-ci disparaissent également sans traitement.

Syphilis latente : durant une période de plusieurs mois, voire de plusieurs années, la maladie progresse sans que des symptômes ne se manifestent. Elle entraîne notamment des lésions du système nerveux. Ce stade de latence est subdivisé en un stade de latence précoce (<1 an) et en un stade de latence tardif (>1 an). Les personnes au stade de latence précoce peuvent encore présenter des lésions sporadiques de la peau et des muqueuses et sont donc encore potentiellement infectieuses.

Syphilis tertiaire : à ce stade, une syphilis peut se manifester par des lésions irréversibles au cœur, au cerveau, aux os, à la peau et aux autres organes. Une dégradation du tissu nerveux se produit dans le cerveau ou dans la moelle épinière en cas de neurosyphilis au stade tertiaire. Des changements de comportement pouvant aller jusqu'à la démence sont des conséquences possibles de la dégénération des tissus cérébraux.

Syphilis congénitale : une syphilis congénitale peut entraîner chez l'enfant des malformations et d'autres problèmes graves, comme par exemple des inflammations ou la cécité.

Déclarations de syphilis : La qualité des données disponibles à propos de la syphilis est moins bonne que pour les IST précitées, parce que de nombreuses déclarations complémentaires font défaut ou ne sont pas entièrement remplies. De façon générale, des déclarations complémentaires sont envoyées pour moins de la moitié des diagnostics de syphilis. La représentativité insuffisante des données de déclaration limite la pertinence des analyses.

Le nombre de déclarations de syphilis ayant été plus ou moins stable durant la période 2006–2008, une augmentation du nombre total de déclarations reçues ainsi que du nombre de cas confirmés a été observée en 2009. La répartition des cas en fonction du sexe n'a pratiquement pas changé depuis 2006. Ainsi, la part des hommes était supérieure à 80 % en 2009 (273 sur 336, tableau 4).

Exposition et facteurs de risque, données 2009 : Ces résultats se réfèrent aux cas confirmés en 2009, soit à peine 42 % (336 sur 804) de tous les cas déclarés (illustration 9, tableaux 5 et 6).

S'agissant de la préférence sexuelle et de la nature de la relation, 58 % des hommes expliquent l'infection par une relation homosexuelle et 29 % par une relation hétérosexuelle. Ils sont 44 % à l'imputer à une relation occasionnelle et 29 % à l'attribuer à une relation stable. La Suisse est plus souvent citée comme lieu d'infection (54 %) que l'étranger (18 %). Environ 78 % des cas confirmés chez les hommes en sont à un stade infectieux (stade primaire, secondaire ou de latence précoce).

S'agissant de la préférence sexuelle et de la nature de la relation, 86 % des femmes expliquent l'infection par une relation hétérosexuelle et 3 % par une relation homosexuelle. Dans 51 % des cas, l'exposition a eu lieu dans une relation fixe, dans 16 % des cas dans une relation occasionnelle et dans 5 % des cas dans le cadre de la prostitution. Il n'y a aucune donnée concernant 28 % des cas. Tout comme chez les hommes, le lieu d'infection se situe plus souvent en Suisse (48 %) qu'à l'étranger (25 %). Environ 56 % des cas confirmés chez les femmes en sont à un stade infectieux (stade primaire, secondaire ou de latence précoce).

Nombre de cas (des deux sexes)	2009 n = 804			
	Homme	%	Femme	%
Ensemble des cas déclarés*	576		228	
Cas confirmés**	273	47	63	28

* Tous les cas déclarés pour l'année correspondante

** Cas confirmés : déclaration de laboratoire et déclaration complémentaire afférente avec informations cliniques correspondantes

Tableau 4. Nombre de déclarations de syphilis en 2009.

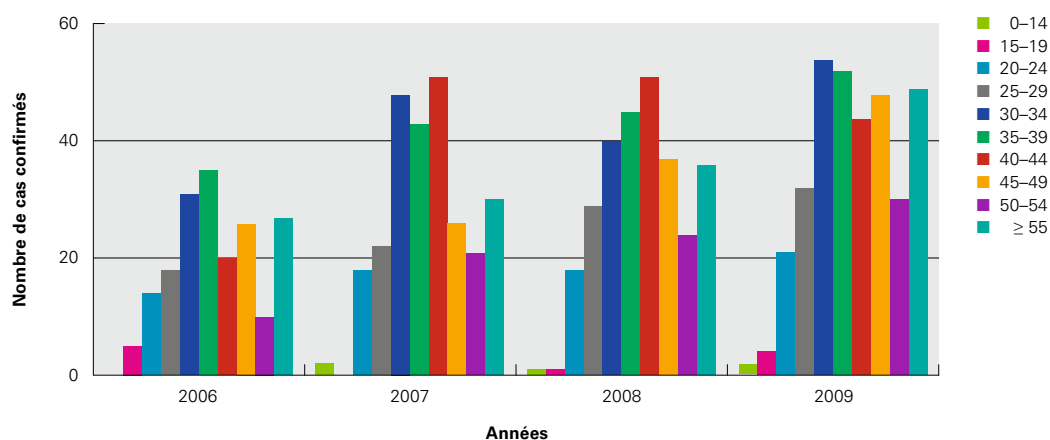
Syphilis, 2006–2009 (total deux sexes)

Illustration 9. Cas de syphilis confirmés de 2006 à 2009, par classe d'âge.

	2009			
	Homme	%	Femme	%
Préférence sexuelle				
Hétérosexuel	79	29	54	86
Homosexuel	159	58	2	3
Bisexuel	9	3	0	0
Pas de réponse	26	10	7	11
Total des cas confirmés	273	100	63	100
Type de relation				
Relation stable	79	29	32	51
Relation occasionnelle	121	44	10	16
Avec travailleurs/travailleuses du sexe	9	3	1	2
Avec un client contre rémunération	2	1	2	3
Inconnu/pas de réponse	62	23	18	28
Total des cas confirmés	273	100	63	100
Lieu d'exposition				
Suisse	146	54	30	48
Étranger	50	18	16	25
Suisse et étranger	4	1	0	0
Inconnu/pas de réponse	73	27	17	27
Total des cas confirmés	273	100	63	100

Tableau 5. Cas de syphilis confirmés en 2009, par exposition et facteurs de risque.

	2009			
	Homme	%	Femme	%
Stade de syphilis				
Primaire	118	43	14	22
Secondaire	78	29	13	21
Latence précoce (<1 an)	16	6	8	13
Latence tardive (>1 an)	10	4	5	8
Latence inconnue	17	6	6	10
Tertiaire	10	4	2	3
Congénitale	3	1	2	3
Inconnue	4	1	6	9
Sans information	17	6	7	11
Total cas confirmés	273	100	63	100

Tableau 6. Cas confirmés de syphilis en 2009 selon le stade infectieux.

Hépatite B

L'hépatite B est une maladie infectieuse du foie provoquée par le virus de l'hépatite B (VHB). Elle se transmet par un contact avec des fluides corporels (notamment le sang et les sécrétions génitales) de personnes infectées et ce lors des rapports sexuels ou de l'utilisation commune de seringues mais aussi par des lésions cutanées même infimes ou par le biais des muqueuses. Les mères infectées peuvent transmettre la maladie à leurs enfants lors de l'accouchement.

L'évolution clinique est extrêmement variable. Chez un tiers des patients environ, la maladie n'engendre aucun symptôme et n'est donc même pas remarquée. Dans l'évolution classique de l'hépatite B, des symptômes généraux non spécifiques tels que le manque d'appétit, la nausée, les vomissements, les douleurs abdominales, parfois même des douleurs articulaires, de la fièvre et une éruption cutanée se manifestent 45 à 180 jours après l'infection. L'hépatite B ne débouche pas nécessairement sur une jaunisse. En règle générale, une hépatite B aiguë guérit complètement. Moins de 1 % des personnes atteintes en meurent. Une hépatite B chronique se développe toutefois chez environ 5–10 % des personnes infectées à l'âge adulte et chez 90 % des nouveaux-nés infectés lors de l'accouchement. Elle peut engendrer une cirrhose ou un cancer du foie. Une infection chronique se traite avec des médicaments antirétroviraux. Afin de prévenir l'hépatite B, la vaccination est recommandée pour tous les jeunes et pour certains groupes à risque. Le safer sex, le non-partage des seringues et la renonciation aux tatouages dans les pays à fort degré d'infectiosité réduisent également le risque de tomber malade.

Déclarations d'hépatite B aiguë : Le nombre de déclarations d'hépatite B aiguë est resté à un bas niveau au cours des cinq dernières années de l'évaluation (2003–2007). La répartition des cas par sexe et n'a pratiquement pas changé au fil du temps : les hommes sont beaucoup plus nombreux à être touchés par l'hépatite B, leur part est d'environ 75 % (376 cas sur 500 entre 2003–2007, voir l'illustration 10). La répartition par classes d'âge montre que près de la moitié de toutes les déclarations d'hépatite B aiguë (46 %) concerne des personnes âgées de 40 ans et plus. Les déclarations étaient, en revanche, plutôt rares dans les classes d'âge des plus jeunes (voir l'illustration 11).³¹

³¹ Cette évolution reflète également l'introduction de la recommandation de vaccination pour les adolescents : la vaccination généralisée des adolescents âgés de 11–15 ans contre l'hépatite B a débuté dans tous les cantons entre 1998 et 2002. Voir également : Office fédérale de la santé publique (2004) Vaccination des adolescents contre l'hépatite en Suisse : impact important sur l'incidence de la maladie dans le groupe d'âge concerné.

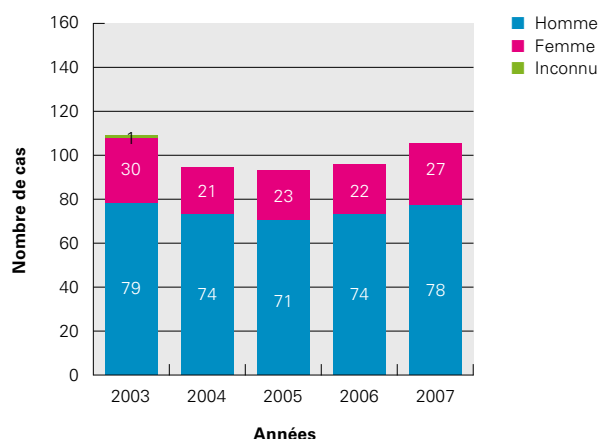
Hépatite B aiguë, 2003–2007

Illustration 10. Déclarations d'hépatite B aiguë entre 1993 et 2007, par sexe.

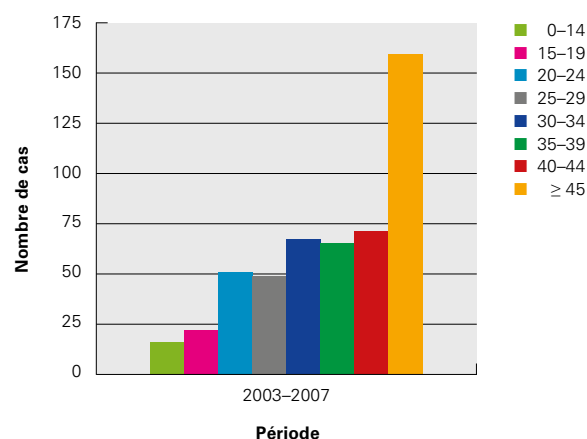
Hépatite B aiguë, 2003–2007 (total 2 sexes)

Illustration 11. Déclarations d'hépatite B aiguë entre 1993 et 2007, par classes d'âge pour les deux sexes.

Type d'exposition : La part des infections d'hépatite B aiguë transmises par voie sexuelle était de 45% entre 2003 et 2007. S'agissant de la préférence sexuelle, un bon tiers des infections aiguës durant cette période affectait des homosexuels ou bisexuels, les deux tiers restants concernaient des relations hétérosexuelles. Pratiquement aucune infection n'a été enregistrée en cas d'exposition auprès de travailleurs/travailleuses du sexe (tableau 7).

Exposition	2003–2007					
	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	% (Total)
Hétérosexuel	86	66	44	34	130	66
Homo-, bisexuel	63	98	1	2	64	32
Avec travailleurs/travailleuses du sexe	0	0	1	0	1	1
En tant que travailleurs/travailleuses du sexe	1	100	0	0	1	1
Total	150	76	46	23	196	100

Transmission par contacts sexuels	174	79	47	21	221	45
-----------------------------------	-----	----	----	----	-----	----

Tableau 7 : Type d'exposition, hépatite B.

Hépatite C

L'hépatite C est également une maladie infectieuse du foie provoquée par le virus de l'hépatite C (VHC). Compte tenu du fait que l'agent pathogène se transmet en priorité par le sang d'une personne infectée, le risque d'infection est particulièrement grand lors de l'utilisation commune de seringues, d'interventions médicales avec des instruments insuffisamment stérilisés, de tatouages et de piercing avec des instruments non stériles ou de blessure au moyen de ceux-ci. Les transfusions sanguines dans des pays dans lesquels le sang des donateurs n'a pas été soumis au dépistage d'anticorps constituent également une source d'infection possible. La transmission du virus par voie sexuelle est possible. Le VHC est le plus préoccupant chez les IDU : 60 à 80 % des cas sont dus à la consommation de drogue par voie intraveineuse. Les spécialistes indiquent que l'accès au traitement est encore insuffisant.³²

L'évolution clinique est extrêmement variable. Souvent, l'infection n'entraîne aucun symptôme et n'est donc même pas décelée. D'autres personnes atteintes présentent des symptômes tels que le manque d'appétit, la nausée, les vomissements, des douleurs abdominales et parfois articulaires, de la fièvre et une éruption cutanée 6 à 9 semaines (jusqu'à 6 mois) après l'infection. Une jaunisse avec coloration jaune de la peau, des muqueuses et des yeux, des urines de couleur sombre et des selles de couleur claire se manifeste chez 5–10 % des personnes infectées. Une hépatite C aiguë guérit complètement chez 20–30 % des malades. Quelque 70–80 % d'entre eux développent en revanche une infection chronique et risquent une cirrhose ou un cancer du foie. Il n'y a pas de vaccin contre l'hépatite C.

Déclarations d'hépatite C aiguë : Le nombre de déclarations d'hépatite C aiguë est en constante diminution depuis 2004. La part des hommes est constamment élevée autour de 66 % (178 cas sur 268 entre 2004–2007, voir l'illustration 12). La répartition des cas par classes d'âge montre une forte accumulation d'infections aiguës à l'hépatite C notamment dans les groupes des 20 à 34 ans et des plus de 45 ans (voir l'illustration 13).

³² Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse : rapport de synthèse 2004–2008.

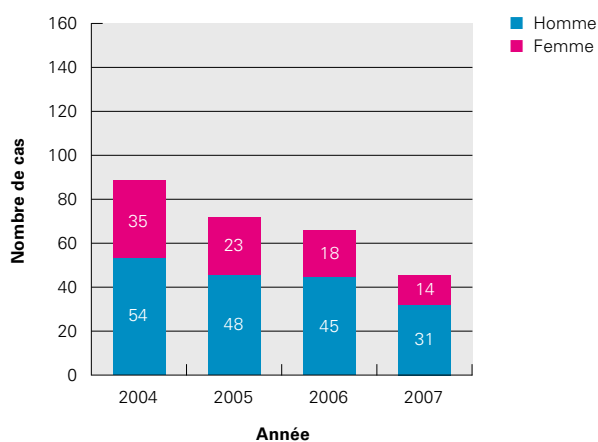
Hépatite C aiguë, 2004–2007

Illustration 12. Déclarations d'hépatite C aiguë entre 1993 et 2007, par sexe

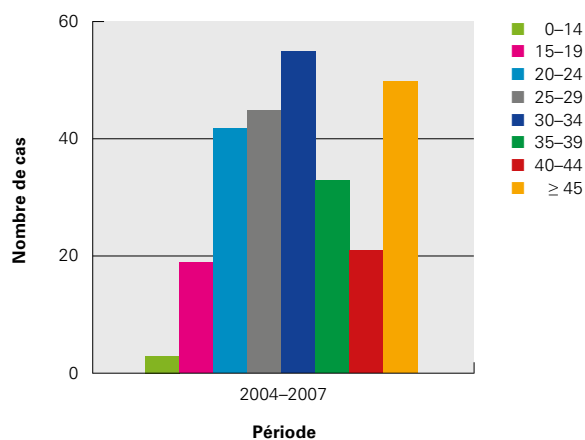
Hépatite C aiguë, 2004–2007 (total des deux sexes)

Illustration 13. Déclarations d'hépatite C aiguë entre 1996 et 2007, par classes d'âge pour les deux sexes

Type d'exposition : Un aperçu de la période 2003–2007 montre clairement que les cas d'hépatite C aiguë concernent avant tout les IDU : plus de la moitié de toutes les déclarations (53%) sont dues à la consommation de drogue par voie intraveineuse. La part des infections à l'hépatite C transmise par voie sexuelle est étonnement élevée ; elles représentent environ 20% sur la même période (voir le tableau 8).

	2003–2007					
	Homme		Femme		Total	
Exposition	n	%	n	%	n	% (total)
Exposition professionnelle (personnel médical)	3	43	4	57	7	2
Transfusion	1	17	5	83	6	2
Dialyse	6	50	6	50	12	4
IDU	110	68	51	32	161	53
Contacts sexuels	30	52	28	48	58	19
Autres contacts	9	64	5	36	14	5
Autre exposition	15	88	2	12	17	6
Inconnue (explicite)	22	79	6	21	28	9
Total	196	65	107	35	303	100

Tableau 8 : Type d'exposition, hépatite C

4.2.2 LES IST EN EUROPE

D'une façon générale le nombre de nouveaux diagnostics de chlamydie, gonorrhée et syphilis a nettement augmenté ces 10 dernières années dans plusieurs pays européens. Il faut signaler que certaines de ces infections ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire dans l'ensemble de l'UE. D'ailleurs, les systèmes nationaux de surveillance des IST en Europe sont hétérogènes, basés sur des déclarations obligatoires ou volontaires, notifications de laboratoire, notifications des réseaux sentinelles et des études de prévalence, entre autres. En conséquence, la comparaison entre les différents pays est difficile dû à ces différents systèmes de déclaration ainsi qu'à la diversité de méthodes de diagnostic employées, à l'organisation des services de santé différente d'un pays à l'autre, au nombre de tests réalisés, etc. Les données d'incidence et de prévalence ne sont pas exactement connues.

La dernière édition du rapport ECDC « Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe (2009) »³³ fournit des informations détaillées sur la situation épidémiologique des IST en 2007. Les conclusions suivantes ressortent de l'analyse des données rassemblées sur une trentaine de pays :

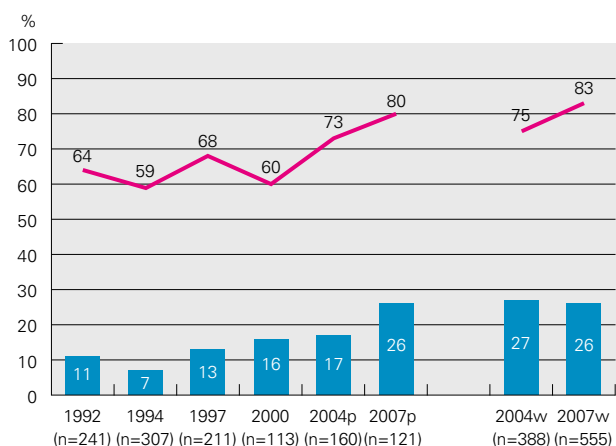
- Les infections à chlamydia sont les maladies sexuellement transmissibles d'origine bactérienne les plus fréquemment diagnostiquées en Europe. Comme en Suisse, les chlamydioses concernent principalement les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans.
- La gonorrhée est diagnostiquée chez les hommes dans environ 73% de cas, avec une tendance croissante chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. La plupart des cas sont diagnostiqués chez les hommes de 15 à 44 ans et chez les femmes de 15 à 24 ans. Cette distribution par sexe (avec des légères différences) et classe d'âge a été également observée en Suisse pendant la période 2006–2009.
- Les cas de syphilis sont diagnostiqués dans environ ¾ des cas chez les hommes, spécialement dans la classe d'âge de 25 à 44 ans. Comme pour les autres IST, la situation en Suisse est similaire à celle qui prévaut dans les autres pays européens.

³³ ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) Annual Epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009. www.ecdc.europa.eu

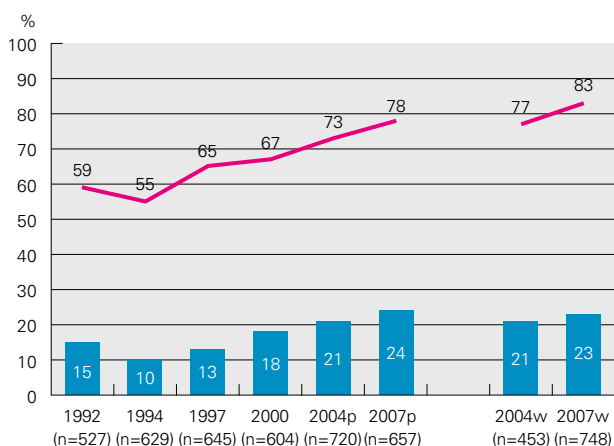
5 SURVEILLANCE DES COMPORTEMENTS : UN APERÇU EN FONCTION DES DIFFÉRENTS GROUPES DE POPULATION



Moins de 30 ans



Dès 30 ans



— % des personnes interrogées qui ont eu des rapports anaux au cours des douze mois précédant l'enquête
 ■ % des personnes interrogées qui ont eu des rapports non protégés dans le groupe qui a eu des rapports anaux
 p: Questionnaire papier, w: Questionnaire internet

Illustration 1 : Part (en %) des personnes interrogées qui ont eu des rapports anaux avec un ou plusieurs *partenaires occasionnels* au cours des douze mois précédents et part des personnes interrogées dans ce groupe qui ont eu des rapports non protégés.

En plus de la surveillance épidémiologique du VIH et des autres IST, la Suisse dispose d'un monitoring des comportements sous la forme d'un système de surveillance de deuxième génération (voir également le chapitre 14.3 consacré aux données scientifiques). A la demande de l'OFSP, l'Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) à Lausanne a établi un rapport de synthèse couvrant la période 2004 à 2008³⁴. Celui-ci résume les analyses effectuées dans les différents groupes de population. Il donne un aperçu des comportements en matière de protection des différents groupes de population jusqu'en 2008 et révèle les tendances qui auront de l'importance pour la lutte future contre le VIH et les IST. Le chapitre suivant donne un aperçu des principaux résultats.

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) :

La plupart des HSH continuent de se protéger efficacement contre le VIH. Un certain relâchement du comportement de protection transparaît cependant au cours de la période 2004–08 selon l'IUMSP.

Comportement de protection avec des partenaires occasionnels :

Le nombre de partenaires sexuels des HSH est resté stable entre 2004 et 2007. Cependant, depuis le milieu des années 90, on observe une augmentation régulière de la proportion de répondants qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif lors de rapports anaux avec des partenaires occasionnels ; elle passe de 8,9% en 1994 à 24,2% en 2007 (en moyenne, toutes classes d'âge confondues). Aucune ou pratiquement aucune différence ne semble s'esquisser entre les jeunes hommes interrogés (moins de 30 ans) et les plus âgés (illustration 1).

L'usage de préservatifs lors de contacts occasionnels dépend plus ou moins fortement de ce que les personnes interrogées savent (ou croient savoir) de leur partenaire. La volonté d'avoir des rapports sexuels non protégés est plus forte quand on connaît bien son partenaire ou quand on en est amoureux. De façon générale, la confiance accordée au partenaire occasionnel semble être une déterminante essentielle pour la gestion des risques dans les relations sexuelles. Dans l'optique de la prévention, cette confiance représente clairement un facteur de risque, car les partenaires d'une relation sexuelle occasionnelle disposent forcément d'informations incomplètes.

³⁴ Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de la lutte contre le VIH/sida en Suisse. Rapport de synthèse 2004–2008

Tous groupes d'âge

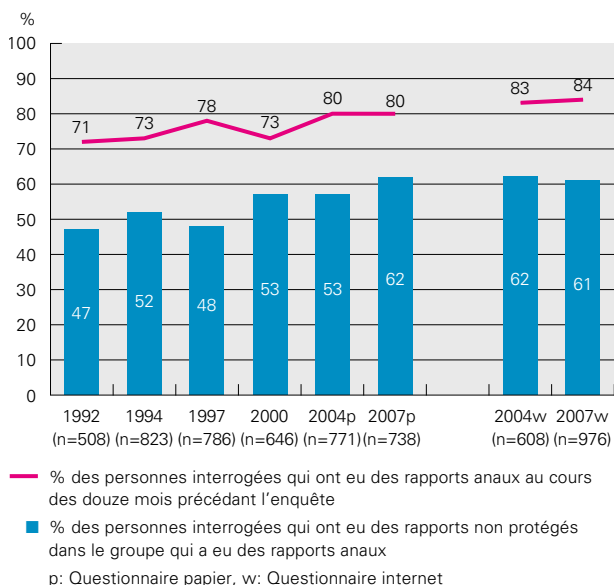


Illustration 2 : Part des personnes interrogées qui ont eu des rapports anaux avec leur *partenaire fixe* au cours des douze mois précédents et part des personnes interrogées dans ce groupe qui ont eu des rapports non protégés (en %).

Comportement de protection dans les relations stables

Dans les relations stables des HSH, l'usage du préservatif marque un recul depuis 2000. Le préservatif n'a cependant jamais été très répandu dans cet environnement, car d'autres possibilités étaient utilisées dans la relation de couple pour la prévention de l'infection au VIH (dépistage VIH au début de la relation, accords réciproques, etc.). La part des répondants qui n'utilisent pas systématiquement un préservatif dans leur partenariat stable a clairement augmenté depuis la fin des années 90 : en 2007 elle était de 62 %, alors que dix ans avant elle était de 48 % (illustration 2). Un pourcentage élevé des couples (environ 40 %) n'a cependant aucune certitude quant au statut sérologique du partenaire (ou des partenaires). Environ un couple sur six n'utilise pas de préservatifs bien qu'il y ait un risque de transmission du VIH au vu des circonstances. Cette part n'ayant guère diminué ces dernières années, la prévention constitue toujours un défi majeur dans les relations stables.

Les analyses relatives à l'exposition aux risques révèlent pour la première fois depuis que l'enquête existe des variables liées à la catégorie sociale parmi les facteurs de risque. Les HSH de nationalité étrangère et les HSH sans formation post-obligatoire ont plus tendance à s'exposer à un risque de transmission. L'appartenance à une organisation d'homosexuels semble en revanche constituer un facteur de protection.

On constate que l'infection au VIH est fortement corrélée à la renonciation aux préservatifs, tant dans le cadre de contacts occasionnels que dans les relations avec des partenaires ayant un statut sérologique différent ou inconnu. Ce constat n'a rien de nouveau. Il est toutefois à souligner que la majorité des HSH séropositifs au VIH utilisent des préservatifs avec leurs partenaires sexuels. La plupart des HSH qui ont eu des rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels utilisent des stratégies alternatives dont l'efficacité est toujours incertaine, voire inconnue.³⁵

Migrants et migrantes de pays où l'épidémie est généralisée

Une action semble particulièrement de mise pour les migrants et migrantes d'Afrique subsaharienne. Le nombre de nouvelles infections parmi ces personnes est encore très élevé, d'autant que la population originaire de cette région est très restreinte en Suisse. Toute une série d'informations concordantes attestent qu'il existe un comportement à risque dans ce groupe. Il se peut que l'accès à la prévention soit insuffisant, tout comme l'accès au dépistage.

Les données disponibles concernant les autres catégories de migrants ne révèlent pas l'existence de groupes d'une certaine importance où la prévention présente des failles importantes (hormis quelques pays de la région caribéenne, d'Amérique centrale et du Sud où l'épidémie est généralisée ; voir également le chapitre 4.1 concernant l'épidémiologie VIH). Les personnes dont le statut de séjour n'est pas réglé constituent une exception possible.³⁶

Consommateurs de drogue par injection (IDU)

La situation concernant le VIH est plus satisfaisante chez les IDU : peu de nouveaux cas apparaissent et le partage des seringues est rare. L'approvisionnement en matériel d'injection semble correct.

Des problèmes subsistent néanmoins : comme en témoigne la forte prévalence des abcès, l'hygiène d'injection laisse encore à désirer, sans compter que des risques non négligeables sont toujours pris dans le système carcéral. Aucune donnée concernant l'approvisionnement en matériel d'injection ou en produits de désinfection n'existe dans ce milieu. Le virus de l'hépatite C est le plus préoccupant (voir également l'annexe 15.4 de l'aperçu détaillé des IST critiques pour la santé publique).³⁷

³⁵ Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de la lutte contre le VIH/sida en Suisse. Rapport de synthèse 2004–2008

³⁶ Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de la lutte contre le VIH/sida en Suisse. Rapport de synthèse 2004–2008

³⁷ idem

Travailleurs et travailleuses du sexe

Il n'existe aucune donnée directe en Suisse concernant le comportement préventif des travailleuses du sexe, à moins qu'elles ne consomment de la drogue et soient donc enregistrées dans le monitoring correspondant. Les données indirectes collectées auprès des spécialistes et des clients suggèrent toutefois de façon concordante un usage généralisé du préservatif lors des rapports sexuels vaginaux et anaux. Les femmes vulnérables, à savoir celles qui souffrent de dépendances, dont le statut de séjour est irrégulier ou qui sont confrontées à une forte concurrence, se protègent sans doute de façon moins systématique.

Une grande part des IDU de sexe féminin qui se prostituent se protège lors des relations avec les clients ; la protection est moins répandue chez les IDU de sexe masculin qui se prostituent.

Les HSH qui se prostituent s'exposent davantage au risque de contracter une IST que les autres HSH. Les clients des travailleurs du sexe se protègent fréquemment avec des préservatifs lors des rapports anaux, mais pas lors des rapports bucco-génitaux (voir l'illustration 3).³⁸

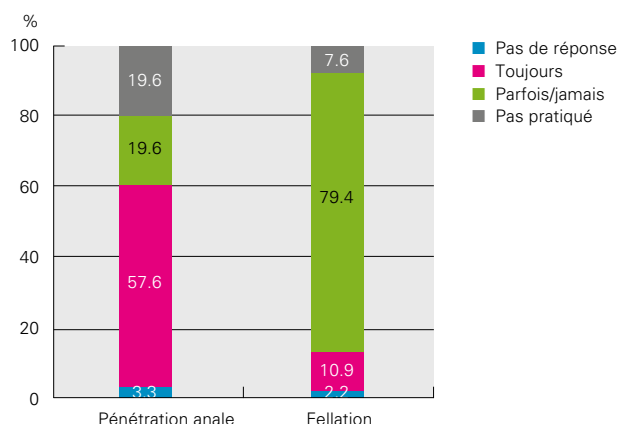


Illustration 3 : Usage du préservatif lors des relations sexuelles avec des travailleurs du sexe, Gaysurvey 2007.

Personnes atteintes du VIH/sida

En 2008, près des trois-quarts des personnes participant à l'étude suisse de cohorte VIH (SHCS) ont eu au cours des six mois précédents des rapports sexuels avec un partenaire fixe. Cette part a diminué par rapport à 2007. Ce recul se constate chez les hommes et chez les femmes, dans tous les groupes de transmission et quel que soit le statut du partenaire. Chez ces personnes, la part de ceux qui utilisent systématiquement un préservatif est également tombée : elle était encore de 77 % en 2007, elle n'était plus que de 72 % en 2008.

Le comportement de protection était plus marqué dans les couples sérodifférents : 84 % des personnes VIH-positives ayant un partenaire fixe VIH-négatif utilisent systématiquement un préservatif (voir illustration 4).

La part des participants et participantes à l'étude SHCS ayant eu, au cours des six mois précédents, des rapports sexuels pénétrants avec des partenaires occasionnels est restée globalement stable. Dans ce groupe aussi, la part des personnes qui utilisent systématiquement un préservatif dans ces circonstances a également diminué : elle était de 80 % en 2008 (2007 : 85 %). Ce recul s'est essentiellement opéré chez les hommes et plus particulièrement chez ceux qui se sont infectés à l'occasion d'un rapport sexuel homosexuel.

Les données de GaySurvey 2007 indiquent également chez les personnes interrogées séropositives au VIH que la fréquence des rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels (mais non avec le partenaire fixe) a augmenté.³⁹

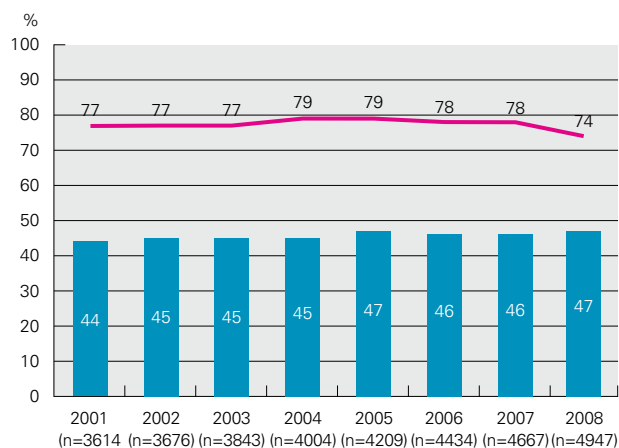
Chez les IDU, 7 % des personnes VIH-positives ont indiqué en 2006 qu'elles avaient utilisé une seringue usagée au cours des six mois précédents⁴⁰ (voir illustration 5).

³⁸ Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de la lutte contre le VIH/sida en Suisse. Rapport de synthèse 2004–2008

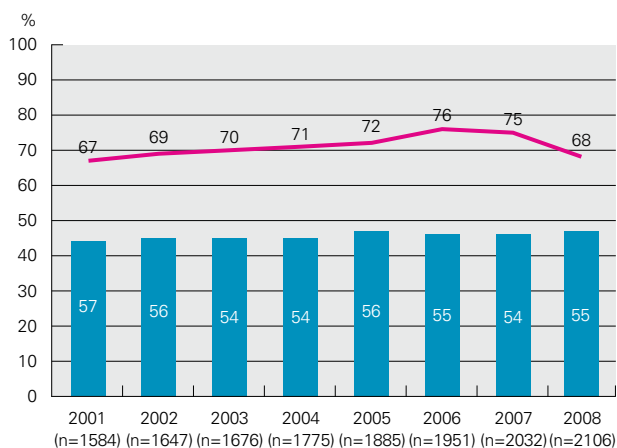
³⁹ Locicero et al. (2010) Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2009. Raisons de santé 163

⁴⁰ Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse : rapport de synthèse 2004–2008.

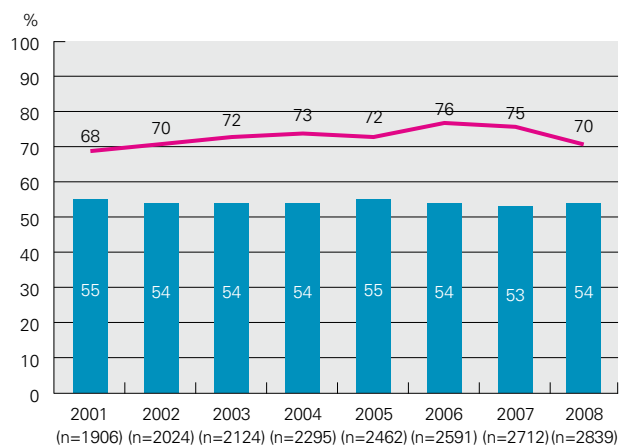
Hommes



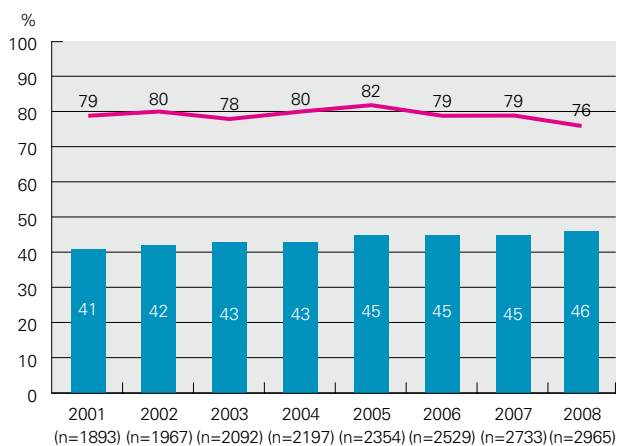
Femmes



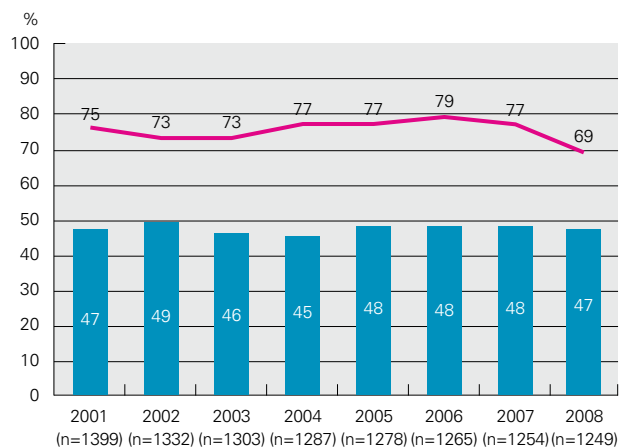
Hétérosexuels



HSH



IDU



Total

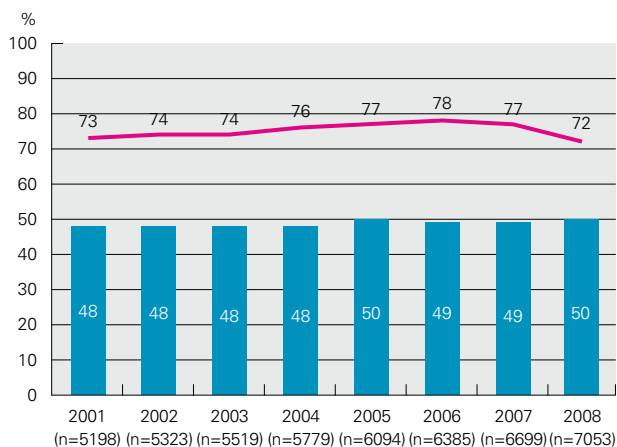
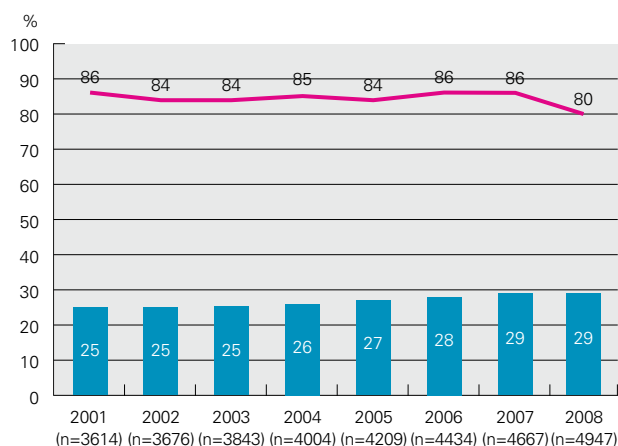


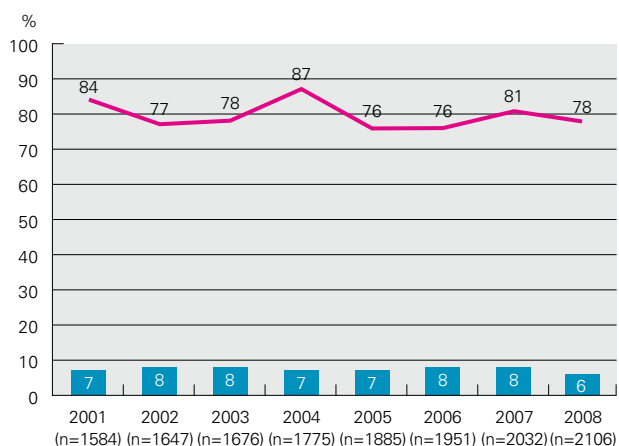
Illustration 4 : Part (en %) des patientes et patients de l'étude SHCS qui ont eu des relations sexuelles avec un partenaire fixe au cours des six mois précédents ; par catégories différentes de patients (histogrammes bleus). La ligne rouge indique l'utilisation systématique du préservatif avec ce partenaire.

5 SURVEILLANCE DES COMPORTEMENTS : UN APERÇU EN FONCTION DES DIFFÉRENTS GROUPES DE POPULATION

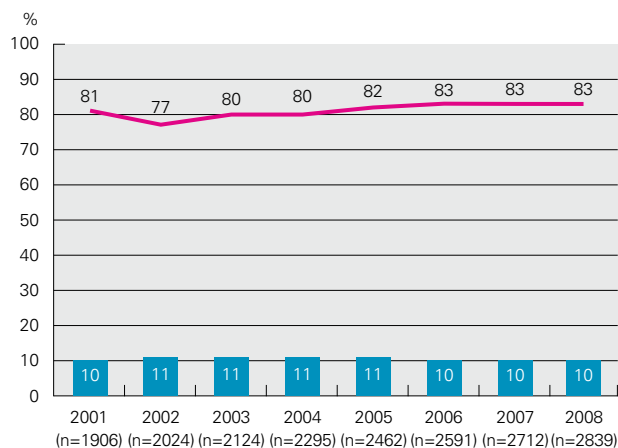
Hommes



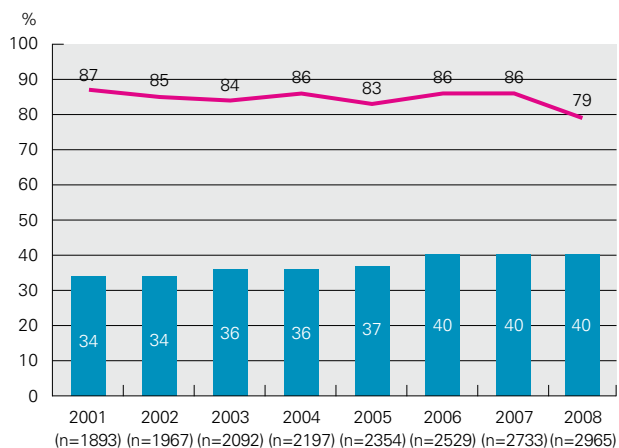
Femmes



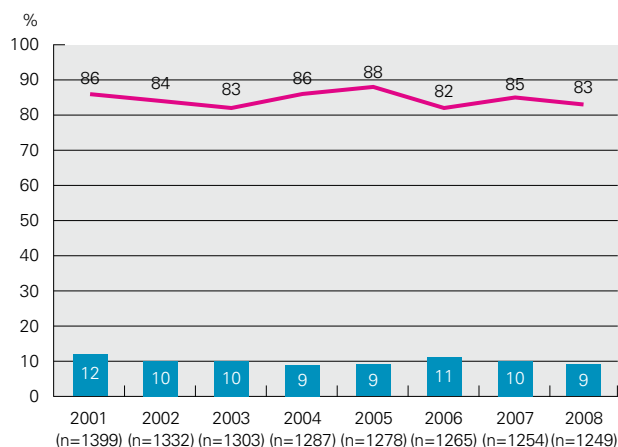
Hétérosexuels



HSH



IDU



Total

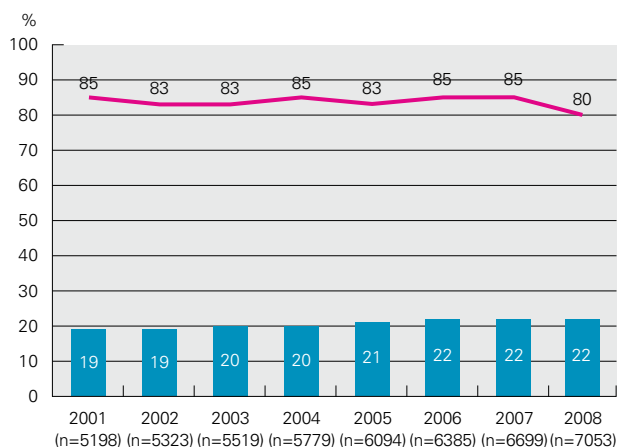
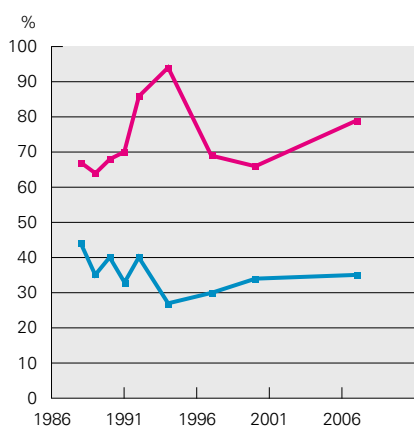
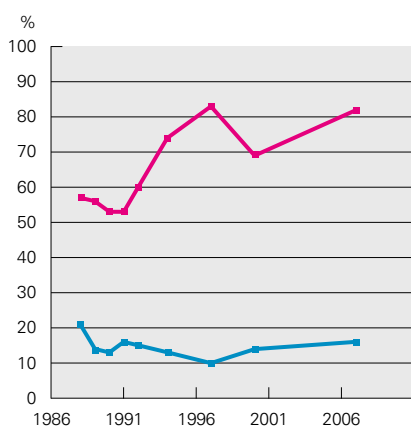
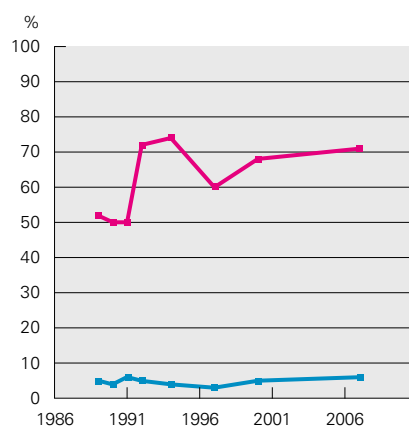
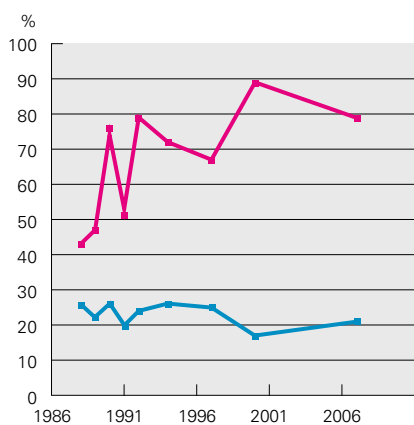
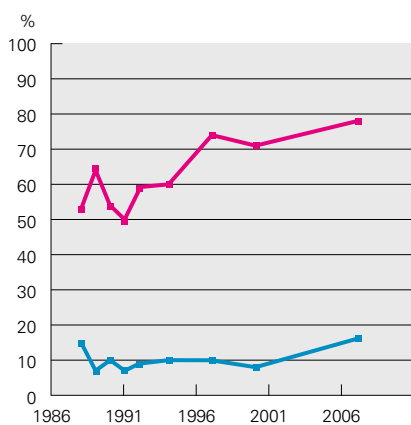
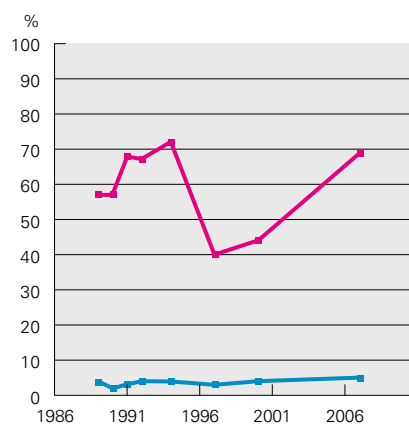


Illustration 5 : Part (en %) des patientes et patients de l'étude SHCS qui ont eu des relations sexuelles avec un ou plusieurs partenaires occasionnels au cours des six mois précédents ; par catégories différentes de patients (histogrammes bleus). La ligne rouge indique l'utilisation systématique du préservatif avec ce partenaire.

Hommes, 17–20 ans**Hommes, 21–30 ans****Hommes, 31–45 ans****Femmes, 17–20 ans****Femmes, 21–30 ans****Femmes, 31–45 ans**

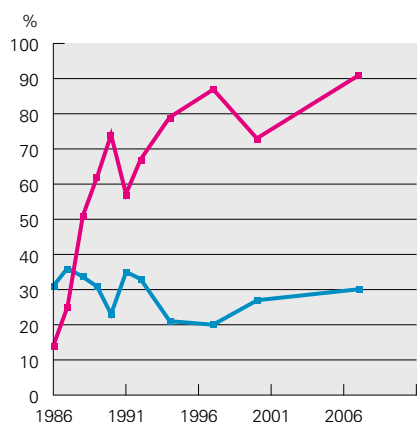
— Utilisation de préservatifs
— Nouveau partenaire fixe

Illustration 6 : Part (en %) des personnes interrogées ayant un nouveau *partenaire fixe* en cours d'année et usage de préservatifs avec ce même partenaire, du moins au début, par sexe et par âge.

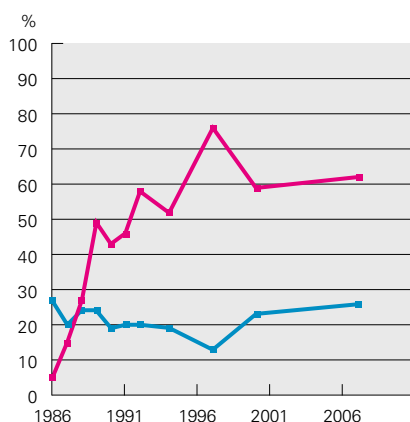
Population générale et jeunes

Chez les 17 à 45 ans, l'usage des préservatifs avec le partenaire fixe était répandu dans toutes les catégories d'âge et de sexe en 2007 et atteignait un pourcentage élevé compris entre 60 et 80%, du moins au début d'une nouvelle relation (voir illustration 6).

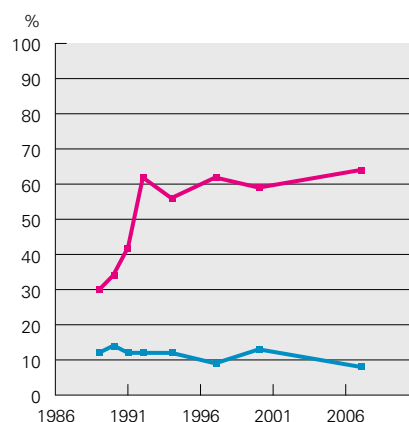
Hommes, 17–20 ans



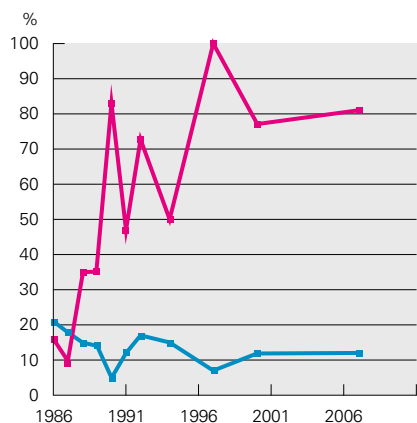
Hommes, 21–30 ans



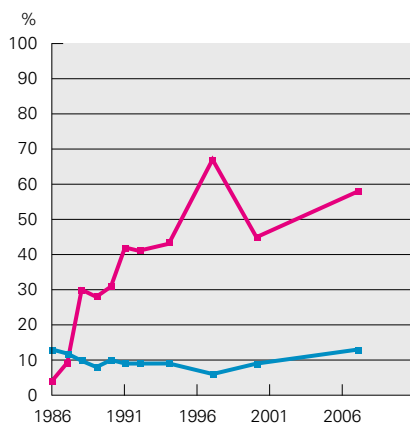
Hommes, 31–45 ans



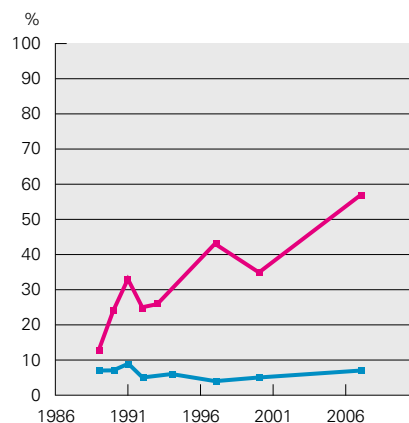
Femmes, 17–20 ans



Femmes, 21–30 ans



Femmes, 31–45 ans



— Utilisation systématique de préservatifs
— Partenaires occasionnels

Illustration 7 : Part (en %) des personnes interrogées ayant eu au moins un *partenaire occasionnel* au cours des six mois précédents et part de celles qui utilisent systématiquement des préservatifs avec ces partenaires occasionnels, par âge et par sexe.

Dans la population générale âgée de 17 à 45 ans, des valeurs toujours satisfaisantes sont enregistrées concernant l'usage systématique de préservatifs avec des partenaires occasionnels, notamment chez les jeunes (90% chez les hommes âgés de 17 à 20 ans, 80% chez les femmes). On observe cependant un net recul de l'utilisation du préservatif dans des situations à risque (nouveaux partenaires et partenaires occasionnels) dans la classe d'âge supérieure (46 à 74 ans). Cet effet est plus marqué chez les femmes que chez les hommes (voir illustration 7).

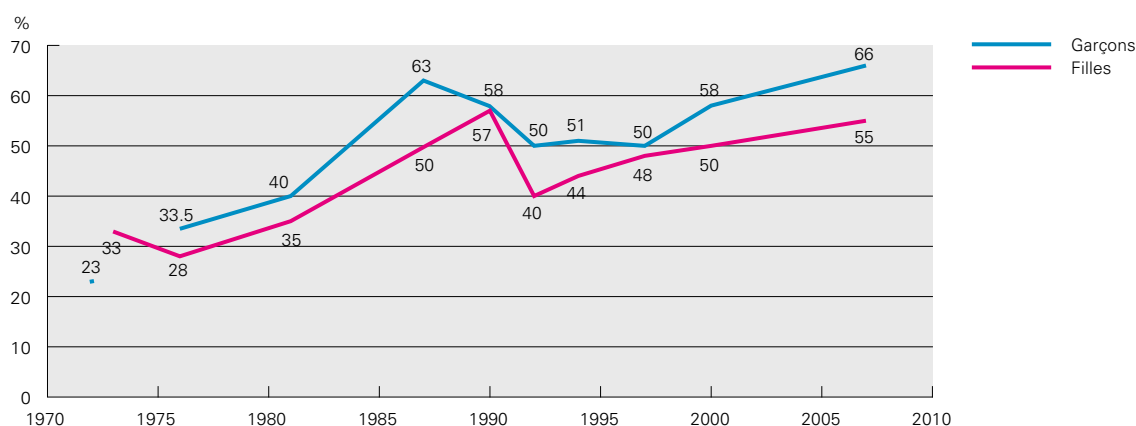


Illustration 8 : Part (en %) des jeunes de 17 à 20 ans qui sont sexuellement actifs à l'âge de 17 ans.

Taux de dépistage : La part des personnes qui ont passé au moins un test de dépistage du VIH dans leur vie (hors dons de sang) augmente au fil du temps. En 2007, elle était de 53% chez les hommes âgés de 31 à 45 ans et de 62% chez les femmes du même groupe d'âge. Dix pour cent des 31 à 45 ans avaient passé un test de dépistage au cours des douze mois précédents. Le dépistage est moins répandu dès 46 ans, même chez les personnes ayant des comportements à risque.

Activité sexuelle des jeunes : Chez les jeunes, la part des personnes interrogées qui sont sexuellement actives à un certain âge continue d'augmenter. A 17 ans, environ deux tiers des garçons sont sexuellement actifs contre une fille sur deux. 80% des jeunes âgés de 17 à 20 ans indiquent utiliser un contraceptif. La plupart des hommes utilisent un préservatif, la plupart des femmes la pilule.

↳ L'éducation sexuelle est plus ou moins approfondie selon les écoles : une grande majorité des jeunes ont eu l'occasion de parler de sexualité et/ou du VIH/sida au cours de la scolarité. Les différences sont faibles d'une région linguistique à l'autre. Plus de huit écoliers interrogés sur dix ont reçu des informations sur les antennes et centres de conseil disponibles en cas de questions sur la sexualité. Le dépistage du VIH a cependant été évoqué avec seulement deux tiers de tous les écoliers interrogés et seule la moitié d'entre eux ont abordé le thème de l'homosexualité. Malgré le potentiel d'amélioration évident, trois écoliers sur quatre sont satisfaits des informations obtenues dans le cadre de l'école.⁴¹

⁴¹ Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de la lutte contre le VIH/sida en Suisse. Rapport de synthèse 2004-2008

6 RISQUE ÉLEVÉ D'INFECTION MALGRÉ UNE LUTTE RÉSOLUE CONTRE LE VIH



La Suisse a acquis une stature internationale au cours des dernières décennies pour sa politique innovante de lutte contre le VIH/sida. Les campagnes STOP SIDA réalistes et amusantes ont été maintes fois primées lors de concours internationaux, les projets spécifiques au groupe cible, tels que Afrimedia, ont servi et servent encore de modèles pour les bonnes pratiques ; la distribution de seringues en guise de mesure la plus importante pour enrayer la transmission de l'infection chez les toxicomanes a suscité des discussions dans toute l'Europe et a été reproduite dans de nombreux pays.

En dépit de cette lutte engagée contre le VIH/sida, la Suisse affiche l'un des taux les plus élevés de nouveaux cas de VIH diagnostiqués en Europe occidentale. Comment expliquer une telle situation ?

Dans le cadre d'une étude du Fonds National Suisse⁴², des chercheurs de l'étude suisse de cohorte VIH ont reconstitué au niveau moléculaire la manière dont le VIH s'est propagé en Suisse au cours des 30 dernières années. Ils ont ainsi découvert que les principaux moteurs de la propagation de l'épidémie étaient indubitablement des chaînes infectieuses parmi les homosexuels, les toxicomanes, ainsi que des infections contractées à l'étranger. Alors qu'il n'y a pratiquement pas eu d'infections entre homosexuels masculins et consommateurs de drogue par injection (IDU), l'infection des hétérosexuels par des IDU était fréquente, notamment au début des années 1980. La prostitution des toxicomanes a clairement joué un rôle important à cet égard.

L'explication de la prévalence relativement élevée du VIH en Suisse ressort donc de l'analyse de la situation initiale : le cumul de trois circonstances négatives a d'emblée entraîné une forte épidémie.

1. La Suisse comptait une forte communauté d'homosexuels masculins dans les années 1970 et 1980. Eu égard à la prospérité économique de la Suisse, bon nombre de ces hommes pouvaient se permettre de voyager aux États-Unis, où ils entretenaient des relations sexuelles avec la communauté gay locale. En effet, la prévalence du VIH parmi les homosexuels masculins a rapidement dépassé celle d'autres pays d'Europe occidentale, où les échanges entre les homosexuels locaux et les milieux gays américains étaient moins intenses. Aujourd'hui, la situation dans le groupe de population des HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) est comparable à celles des pays du Nord de l'Europe occidentale.

2. La consommation de drogues par voie intraveineuse a constitué un problème massif pour la Suisse dans les années prospères de 1980 à 1990, prospérité qui a effectivement joué un rôle. Le VIH s'est rapidement et facilement propagé dans ce groupe car les consommateurs de drogues par injection partageaient leur matériel. Seule la distribution de seringues stériles a permis d'améliorer durablement cette situation, comme le montre l'étude citée du Fonds National Suisse : l'épidémie parmi les toxicomanes a pu être endiguée grâce à la distribution de seringues stériles lancée en 1986, qui s'est traduite, par la suite, par une diminution du nombre d'hétérosexuels infectés par le VIH.
3. La Suisse est un pays d'immigration, et de nombreux migrants d'Afrique subsaharienne se sont notamment installés en Suisse romande. Cette population migrante en provenance d'une région où l'épidémie est généralisée devrait refléter la prévalence de ses pays d'origine. Celle-ci se situe donc nettement au-dessus de la prévalence dans la population suisse.

Cette situation initiale peut avoir contribué au fait que les personnes en Suisse ont passé plus fréquemment des tests de dépistage que dans d'autres pays : avec plus de 300'000 tests par an, ce taux est resté élevé jusqu'à ce jour.

L'analyse révèle que la Suisse a initialement et concomitamment été touchée par trois épidémies concentrées différentes et qu'elle l'est encore. Un pays dans lequel la prévalence du VIH est relativement élevée dès le début de l'épidémie commence en effet la lutte contre le VIH/sida dans de bien mauvaises conditions. A cela s'ajoute, dans le cas de la Suisse, une diminution drastique des moyens de prévention à partir de la fin des années 1990 (en 1994, le crédit de prévention de la Confédération était encore de 16 millions de francs, alors qu'il n'était plus que de 10 millions en 2000). La réduction des moyens financiers a rendu les efforts de prévention moins visibles et fait que la population ainsi que les groupes cibles n'ont plus pu être sensibilisés de la même manière. Dans un même temps, le VIH/sida a perdu sa composante forcément mortelle, lorsque les thérapies antirétrovirales ont fait leur apparition dès 1996. Cette combinaison de facteurs a sans doute contribué à la remontée du nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués par la suite (dès 2000).

⁴² Kouyios et al. (2010) Molecular Epidemiology Reveals Long-Term Changes in HIV Type 1 Subtype B Transmission in Switzerland, cf. l'annexe 15.5.

Le programme national VIH/sida 2004–2008 adopté en 2003 a permis de stabiliser le nombre d’infections et d’empêcher la propagation du VIH à la population générale, mais aussi d’accroître la prise de conscience des groupes cibles.

Le présent programme a pour objectif de diminuer les taux d’infection : le nombre de nouveaux diagnostics du VIH et des IST soumises à une obligation de déclarer (syphilis, gonorrhée, chlamydie, hépatite B et hépatite C) doit diminuer de moitié au cours des sept prochaines années (la comparaison entre le nombre de nouveaux diagnostics en 2017 et en 2010 servira d’indicateur). Pour y parvenir, les mesures de prévention éprouvées sont poursuivies, comme les campagnes de sensibilisation pour la population générale, l’éducation sexuelle à l’école, le Harm Reduction Programme pour les IDU ainsi que d’autres activités spécifiques aux groupes cibles. L’accent doit être mis sur les activités qui devront se focaliser encore plus clairement sur les groupes de population vulnérables. Autrement dit, il y aura davantage de projets très spécifiques pour les HSH sexuellement actifs, par exemple dans les clubs qu’ils fréquentent. Les programmes à bas seuil pour les travailleurs/travailleuses du sexe ou pour les groupes de migrants particulièrement touchés doivent également être renforcés. La lutte combinée contre le VIH et autres IST ainsi que la combinaison diagnostic/thérapie et prévention constituent cependant les principales innovations du nouveau programme.

7 LE TRAVAIL DE PRÉVENTION FAIT FACE À DE NOUVEAUX DÉFIS



En Suisse, le VIH a perdu son statut particulier d'infection mortelle au potentiel de propagation menaçant. Le VIH est aujourd'hui partiellement sous contrôle d'un point de vue épidémiologique, du moins dans la population générale suisse, et de mieux en mieux maîtrisé d'un point de vue médical. Si elles bénéficient d'un traitement approprié, les personnes séropositives au VIH ne sont plus infectieuses dans les faits, dans la mesure où elles ne souffrent pas d'une autre IST⁴³, et peuvent tabler sur une espérance de vie à peu près normale. Même le sida n'est plus synonyme de mort imminente, il peut généralement être tenu en échec pendant des années grâce aux médicaments antirétroviraux et autres. Du fait de cette évolution, le travail de prévention est confronté à de nouveaux défis.

Accents et leitmotiv du nouveau programme

La mission consiste aujourd'hui à convaincre les personnes de l'utilité de la protection contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles, au-delà du danger mortel : la santé sexuelle est un autre élément important d'une sexualité satisfaisante et vice-versa. Elle joue donc un rôle important pour le bien-être physique et psychique. Il s'agit d'ancrer cette certitude dans l'esprit de la population. Pour que les gens soient capables de veiller eux-mêmes à leur santé sexuelle, ils doivent savoir que les droits fondamentaux s'appliquent également dans le domaine de la sexualité, par exemple le droit à l'intégrité physique ou le droit à l'autodétermination. Ils doivent en outre être informés des offres de prévention et de soins et y avoir accès. C'est la raison pour laquelle le nouveau programme souhaite améliorer la sensibilisation aux droits dans le domaine de la santé sexuelle.

Le deuxième accent porte sur la prévention primaire dans des groupes de population particulièrement touchés par le VIH et/ou d'autres infections sexuellement transmissibles : « Put the effort where the virus is » (Il faut mettre l'effort où se trouve le virus), dit le groupe d'experts international sous la direction du Professeur berlinois en santé

publique Rolf Rosenbrock⁴⁴ qui a évalué les travaux suisses sur le VIH. Ce qu'il veut dire est que la prévention doit principalement s'insérer dans l'environnement direct de ces groupes ou personnes, là où elles vivent et aiment et où les interventions de prévention sont particulièrement utiles en raison de la prévalence accrue. Le PNVI suit cette recommandation.

Les progrès de la médecine ont une autre implication pour la prévention. L'identification précoce d'une infection et son traitement approprié ont gagné en importance pour la santé publique. Dans sa déclaration, la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida a démontré que les personnes dont l'infection a été détectée et qui sont traitées en conséquence ne sont plus infectieuses, dans la mesure où elles ne souffrent pas d'une autre IST.⁴⁵ La chaîne de transmission est ainsi brisée quand des personnes dont l'infection a été détectée sont traitées et ne sont plus infectieuses. Aussi, la présente stratégie vise-t-elle à identifier les infections plus tôt et à accroître la qualité des traitements et donc l'adhérence au traitement.

Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 repose sur les principes suivants :

- Protéger (ce qui peut être protégé simplement et efficacement)
- Vacciner (lorsqu'il existe des vaccins et que ceux-ci sont recommandés)
- Dépister précocement
- Apporter un traitement rapide et approprié

La promotion de l'information des partenaires est essentielle à cet égard⁴⁶ : en règle générale, les personnes infectées doivent informer elles-mêmes leur partenaire fixe ainsi que leurs partenaires sexuels ou avoir recours à l'information anonyme des partenaires proposée par une ins-

⁴³ Le 30 janvier 2008, la CFPS a publié la déclaration suivante dans le Bulletin des médecins suisses : « Après avoir pris connaissance des faits scientifiques, à la demande de la Commission d'experts clinique et thérapie VIH et sida (CCT) de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et après avoir longuement délibéré, la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) arrive à la conclusion suivante : Une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral (TAR) avec une virémie entièrement supprimée (condition désignée par « TAR efficace » ci-après) ne transmet pas le VIH par voie sexuelle, c'est-à-dire qu'elle ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels. Cette affirmation reste valable à condition que :

- la personne séropositive applique le traitement antirétroviral à la lettre et soit suivie par un médecin traitant ;
- la charge virale (CV) se situe en dessous du seuil de détection depuis au moins six mois (autrement dit : la virémie doit être supprimée depuis au moins six mois) ;
- la personne séropositive ne soit atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible (MST) » (Vernazza et al. (2008) Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle).

⁴⁴ Rosenbrock R. et al. : Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts, Horgen, septembre 2009.

⁴⁵ Déclaration de la CFPS du 30 janvier 2008, Bulletin des médecins suisses.

⁴⁶ La notion d'information des partenaires en lieu et place de l'expression « Partner notification » utilisée au niveau international souligne le caractère volontaire. L'information des partenaires n'est possible que si la personne infectée l'approuve, conformément au principe du consentement éclairé. Dans un domaine aussi sensible et frappé de nombreux tabous que la sexualité et le VIH/les IST, la contrainte ne constitue pas la solution appropriée pour une prévention durable. Il s'agit plutôt d'instaurer une compréhension sociale pour l'information des partenaires, une culture dans laquelle celle-ci est jugée utile et évidente.

titution.⁴⁷ L'information du partenaire doit cependant être fondée sur le volontariat. Les partenaires informés sont incités à effectuer les tests de dépistage correspondants et, le cas échéant, à se faire traiter rapidement afin d'éviter les réinfections de type ping-pong.

La stratégie d'apprentissage reste valable

Compte tenu de cette évolution, on peut se demander si la stratégie d'apprentissage poursuivie jusqu'à présent est dépassée et si elle doit être remplacée par une stratégie épidémiologique avec screening, par exemple dans certains groupes cibles, et information obligatoire du partenaire. La stratégie épidémiologique classique est régie par cette question fondamentale : « Comment déterminer le plus rapidement possible le plus grand nombre possible de sources d'infection et comment empêcher de nouvelles infections ? » La stratégie d'apprentissage échafaude en revanche des réponses à la question : « Comment organiser le plus rapidement possible des processus d'apprentissage grâce auxquels les individus, les groupes sociaux et l'ensemble de la société pourront s'adapter à une vie avec un virus impossible à éradiquer jusqu'à nouvel ordre en adoptant un comportement préventif, et sans discrimination des personnes atteintes ? »

La stratégie d'apprentissage est fondée sur le volontariat et reste valable, en dépit de l'importance croissante du diagnostic précoce, même pour le VIH. Car dans un domaine aussi intime et entaché de tabous que la sexualité, les mesures contraignantes (telles que les prévoit la stratégie épidémiologique) risquent d'inhiber la prévention qu'elles sont censées encourager. Quiconque redoute de voir sa séropositivité nécessairement révélée à tous ses partenaires sexuels en cas de diagnostic positif, se gardera de passer un test de dépistage, évitera tout screening et s'abstiendra d'informer ses partenaires. Il/elle hésitera à se confier à un médecin reconnu et préférera acheter des médicaments auprès de fournisseurs douteux, même si l'infection lui semble probable. Une prévention efficace dans un domaine aussi sensible que la santé sexuelle ne peut être que facultative, conformément au principe éposé du consentement éclairé (informed consent).

⁴⁷ La responsabilité juridique concernant l'information sur le statut VIH avant le rapport sexuel non protégé incombe en principe au partenaire séropositif. En cas de non-information, il en assumera les conséquences pénales et civiles. Une action responsable requiert en outre de la personne atteinte du VIH qu'elle informe les partenaires sexuels avec lesquels elle a eu des rapports sexuels non protégés avant le diagnostic. L'aide au patient lors de l'information sur la séropositivité au VIH au(x) partenaire(s) sexuel(s) actuel(s) et, le cas échéant, antérieur(s) est sans conteste admissible d'un point de vue juridique et même nécessaire dans l'optique des obligations de diligence envers le patient (information sur les conséquences pénales en cas de non-information). Voir chapitre 15.6.

L'engagement permanent contre la stigmatisation et la discrimination des personnes infectées est essentiel à cet égard et constitue une mission transversale de ce programme.

Les efforts de prévention efficaces reposent sur une surveillance attentive des épidémies de VIH et d'IST. Là encore, le nouveau programme définit une priorité, en prévoyant le développement d'un modèle relatif à la surveillance de troisième génération du VIH et des IST. Ce nouveau modèle de surveillance élargit la surveillance biologique dans le domaine des IST et comble les brèches dans la surveillance comportementale. Il combine dès lors les conclusions de la surveillance du VIH et des IST. Il inclut par ailleurs un monitoring continu des différentes mesures de prévention, y compris une analyse coût-utilité, pour qu'un « evidence-based policy making » soit possible à l'avenir.

7.1 LA PRÉVENTION REQUIERT LA PARTICIPATION ET VISE LA RESPONSABILISATION (« EMPOWERMENT »)

La prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles doit avant tout atteindre les personnes qui sont particulièrement menacées, soit parce que la prévalence du VIH et des IST est accrue dans leur groupe, soit parce qu'il est plus difficile pour elles de préserver leur santé. Tous ces efforts visent à donner à ces personnes les moyens d'acquérir des compétences pour être en mesure de prendre elles-mêmes les décisions en relation avec la santé et la maladie et d'agir sur leur propre santé. Les barrières qui entravent l'auto-détermination doivent être éliminées. En accord avec la stratégie fédérale « Migration et santé 2008–2013 », les interventions en matière de prévention postulées dans ce programme visent à assurer la responsabilisation (l'empowerment) des groupes cibles menacés et tentent ainsi d'améliorer l'égalité des chances.

Une majorité de migrants est particulièrement menacée au sens ci-dessus : d'une part en raison de la prévalence accrue du VIH et/ou des IST dans certains groupes de migrants (par exemple personnes originaires d'Afrique subsaharienne). D'autre part à cause de l'incidence défavorable du contexte migratoire sur la santé ou le comportement en matière de santé. Le monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse⁴⁸ effectué par l'OFSP a en effet montré que la plupart des migrants étaient en moins bonne santé, avaient l'impression d'être en moins

⁴⁸ Office fédéral de la santé publique (2007) Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ? Les principaux résultats du « Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse »

bonne santé et faisaient souvent moins pour leur santé (p. ex. faire du sport) que les Suisses. Cette situation s'explique souvent par le fait qu'ils sont nombreux à appartenir à des couches socialement défavorisées de la population. S'ajoute à cela le fait que les barrières linguistiques ou même les incertitudes concernant le statut de séjour peuvent considérablement entraver l'accès aux services de santé.

Vulnérabilité particulière des migrants d'Afrique subsaharienne

Les risques décrits se cumulent chez les migrants de pays d'Afrique subsaharienne à haute prévalence du VIH, de sorte que ce groupe doit continuer à bénéficier d'une attention particulière. La région subsaharienne est celle qui est la plus touchée par le VIH/sida : deux tiers des personnes infectées par le VIH dans le monde en sont originaires. Parmi les cas nouvellement diagnostiqués en Suisse ces cinq dernières années, entre 16 et 23% concernaient des migrants d'Afrique subsaharienne ; dans ce groupe, la transmission se fait principalement par des contacts hétérosexuels. Le thème du VIH/sida et de la santé sexuelle en général reste souvent tabou de nos jours dans la communauté africaine – comme dans d'autres communautés – et l'infection au VIH est donc stigmatisante : les personnes séropositives risquent d'être discriminées et exclues de leurs groupes sociaux. Il s'ensuit que certaines personnes atteintes cachent leur infection, de peur d'être mises à l'écart, ce qui accroît d'une part le risque d'infecter le partenaire et rend d'autre part plus difficile l'accès aux offres médicales ou de soutien psychosocial.

L'approche transculturelle

Lors de la conception et de la mise en œuvre des offres destinées à différents groupes de migrants, il s'agit de prendre en compte la diversité des influences spécifiques à la migration, mais aussi la composition complexe de la population migrante et la diversité des exigences. Une approche transculturelle est la plus à même d'y parvenir. L'approche transculturelle part du principe que les systèmes culturels sont en constante mutation et qu'il n'existe pas de milieux culturels fermés.⁴⁹ La transculturalité ne se focalise pas sur les différences mais sur les points communs entre personnes ayant un vécu différent. Par rapport à la promotion de la santé, cela signifie que les projets et modèles de prévention devraient être conçus de manière à correspondre en tout temps aux besoins des groupes de migrants ou à pouvoir être adaptés à leurs besoins. La population migrante ne doit donc pas uniquement bénéficier d'interventions spécifiques mais aussi être prise en compte dans

toutes les offres de prévention. Parallèlement, des efforts spécifiques doivent être entrepris lorsque cela est nécessaire afin d'atteindre certaines populations migrantes.

Dans son document de référence relatif à Migration mainstreaming en matière de santé, l'Office fédéral de la santé prône la poursuite d'une double stratégie : il s'agit d'une part de viser l'égalité des chances horizontale qui s'exprime par le fait que la population migrante et la population autochtone (de longue date) profitent des mêmes prestations de santé pour les mêmes besoins. D'autre part, une égalité verticale doit être réalisée : celle-ci se fonde sur l'idée que différents besoins engendrent aussi différentes prestations de santé. Dans la mesure où la population migrante a des besoins différents de ceux de la population autochtone, elle doit donc aussi bénéficier de prestations de santé spécifiques, adaptées à ses besoins.⁵⁰

Des messages et un langage adaptés aux besoins des migrants

Les personnes issues de la migration, qui ont été interrogées sur leurs besoins en matière de prévention et de promotion de la santé, ont exprimé le souhait que les instances de prévention viennent plus souvent vers elles et que le rôle des personnes de confiance soit renforcé.⁵¹ Les informations écrites, ont-elles demandé, devraient être adaptées à leurs besoins linguistiques avec davantage d'illustrations et moins de texte. Les mesures de prévention structurelle ont été saluées dans ces enquêtes. Quiconque souhaite atteindre les groupes de migrants avec des mesures de prévention doit prendre ces déclarations au sérieux. D'autres études ont révélé que les parents et amis jouaient un rôle important dans le travail de prévention au sein de la population migrante.⁵² C'est la raison pour laquelle le travail par le biais des réseaux des groupes de migrants (organisations, associations) et des personnes de confiance (membres de ces organisations ou médiateurs) revêt une grande importance. De même, des personnes-clés peuvent faciliter l'accès à certains groupes de migrants et avoir une grande importance pour la prévention. Sont considérées comme des personnes-clés, les personnes qui informent les spécialistes de la prévention et de la promotion de la santé sur les besoins et les habitudes des migrants. Il peut par exemple s'agir de médiateurs interculturels solidement implantés dans le groupe cible. Sont également considérées comme personnes-clés des personnes qui communiquent des informations sur la san-

⁴⁹ Office fédéral de la santé publique : Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ? Les principaux résultats du « Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse ». Berne, 2007

⁵⁰ Office fédéral de la santé (2008) Migration mainstreaming en matière de santé

⁵¹ Pfluger et al. (2009) Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen

⁵² (notamment) Salis Gross (2010) Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen

té et la prévention aux groupes de migrants, par exemple les médecins de famille, les pharmaciens ou les médiateurs interculturels. L'expérience a montré que le travail des personnes-clés était le plus efficace auprès de nombreux migrants quand elles transmettent l'information oralement et dans un cadre informel. Une bonne communication est essentielle, tant dans l'entretien de conseil individuel que lors de réunions d'information destinées à des groupes entiers.

En termes de communication, il est donc également important d'impliquer dans le travail des représentants des groupes cibles (dans ce cas de certains groupes de migrants). Les informations ne sont en effet crédibles et les conseils de comportement convaincants que s'ils tiennent compte du cadre de vie (du contexte socioculturel) des personnes auxquelles ils sont censés s'adresser. Il ne suffit pas de traduire simplement le matériel écrit d'une campagne ; il devrait également être repensé, remanié en impliquant des membres du groupe cible et si possible diffusé par des personnes de confiance.⁵³ La seule transmission d'informations est par ailleurs insuffisante. Il est tout aussi important de veiller à ce que le groupe cible soit capable d'utiliser cette information (Health Literacy), que les personnes visées établissent le lien avec leur propre santé, qu'elles reconnaissent la valeur et l'utilité de leur propre santé et qu'elles apprennent à la préserver et à l'améliorer. Les projets dans ce domaine doivent toujours viser à améliorer les compétences du groupe cible en matière de santé, de manière qu'il puisse agir sur celle-ci de son propre chef (responsabilisation). En conformité avec la Stratégie Migration et santé (2008–2013) adoptée par le Conseil fédéral en 2007, le présent programme contribue donc à « l'élimination des facteurs évitables susceptibles d'entraîner la santé et, par là, à l'amélioration des conditions de la population migrante. Elle améliore ainsi les chances de la population migrante, par rapport à la population de nationalité suisse, de pouvoir exploiter pleinement son potentiel de santé. »⁵⁴

Prévention spécifique au genre et responsabilisation

Les femmes méritent une attention particulière dans la responsabilisation décrite ci-dessus. Souvent, les femmes se préoccupent davantage des questions de santé et de promotion de la santé que les hommes. Il s'agit donc de les aider à la prévention grâce à des informations appropriées. Elles peuvent également agir en tant que médiatrices dans leur environnement familial.

Il faut toutefois se rappeler que de très nombreuses femmes vivant en Suisse, notamment dans les groupes de migrants, ne sont pas sur un pied d'égalité avec les hommes dans leur environnement socioculturel, que ce soit en raison de structures patriarcales traditionnelles dans le pays d'origine ou parce qu'elles dépendent économiquement de leur mari (qui nourrit la famille). Elles n'ont, de ce fait, souvent pas un pouvoir d'autodétermination absolu sur leur corps et il leur est donc plus difficile de se protéger contre ces infections. De plus, les structures patriarcales exigent souvent une fidélité absolue de la femme, alors qu'une certaine infidélité est autorisée pour l'homme.

Les efforts de prévention dans ce domaine doivent donc toujours s'attacher aussi aux aspects spécifiques au genre : la prévention ne peut contribuer à l'égalité des chances que si elle encourage ou garantit l'égalité et l'autodétermination des femmes. Les hommes ne doivent cependant pas simplement être ignorés : les valeurs et les comportements considérés comme typiquement « masculins » (qu'il s'agisse d'un comportement à risque ou de l'infidélité) sont aussi le résultat de la socialisation. Quiconque veut changer les modèles de masculinité qui menacent la santé sexuelle est donc confronté à toute une série de défis, qui ne seraient pas maîtrisables sans l'implication directe des hommes.⁵⁵

Le concept du Gender Mainstreaming doit s'appliquer dans la même mesure que le concept du Migration Mainstreaming. Autrement dit, l'angle de vue spécifique au genre doit toujours être aussi adopté dans les projets de prévention et ce à tous les niveaux et dans toutes les phases. Tous les projets doivent être contrôlés afin de s'assurer qu'ils encouragent l'autodétermination de la femme et qu'ils se focalisent suffisamment sur sa responsabilisation. Les affirmations tenues à propos du Migration Mainstreaming conservent en effet toute leur validité en ce qui concerne le Gender Mainstreaming : les concepts d'égalité horizontale et verticale sont essentiels pour la défense de l'égalité des chances en matière de santé entre les sexes.⁵⁶

7.2 L'UTILISATION DU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH

La plupart des pays industrialisés utilisent des lignes directrices similaires pour la lutte contre le VIH/sida. De grandes différences subsistent pour ce qui est des stratégies de test utilisées. Des pays tels que les Etats-Unis ou la France

⁵³ Pfluger et al. (2009) Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen

⁵⁴ Office fédéral de la santé publique (2007) Stratégie Migration et santé (phase II : 2008–2013)

⁵⁵ Spencer (2001) « Und Gott schuf die Geschlechter ». Geschlechtsspezifische HIV-Prävention

⁵⁶ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (2008) Fokusbericht Gender und Gesundheit

recommandent depuis longtemps des examens en série (screening) pour l'ensemble de la population qui entre en contact avec le système médical, indépendamment du motif de la consultation médicale. Quiconque ne souhaite pas être testé doit expressément refuser le test de dépistage du VIH (opt-out). La personne testée ne bénéficie d'un conseil que si le résultat est positif.

La stratégie suisse vise en revanche à promouvoir le conseil et le dépistage volontaires concernant le VIH chez les personnes qui prennent des risques et/ou ont des contacts sexuels avec des groupes à prévalence accrue du VIH ou appartenant à de tels réseaux. Les tests sont réalisés à la demande de la personne concernée selon le principe du Voluntary Counselling and Testing (VCT) ou à l'initiative du fournisseur de prestations (généralement le médecin) (Provider-Initiated Counselling and Testing, PICT). Il n'y a que dans certains cas médicaux précisément définis que le test est systématiquement proposé : p. ex. pendant la grossesse, mais là encore avec le consentement éclairé des personnes concernées. Le test est obligatoire pour le don du sang. Un test doit par ailleurs être systématiquement recommandé depuis mars 2010 chez des personnes présentant certains diagnostics (par exemple une IST ou la tuberculose).

Conformément aux explications données dans les chapitres précédents, le diagnostic précoce et le traitement en temps utile du VIH, mais aussi de nombreuses IST, sont devenus prioritaires ces dernières années, tant pour la santé des personnes atteintes que dans la perspective de la santé publique (public health) : l'individu est désavantagé par le diagnostic et le traitement (trop) tardifs d'une infection au VIH (problèmes dus à des infections opportunistes, risque accru de résistances, taux de réponse plus mauvais au traitement). Un diagnostic tardif est en outre une chance ratée pour un conseil et un changement de comportement de la personne séropositive au VIH dans le but de protéger les partenaires sexuels. Ces faits soulèvent la question de savoir dans quelle mesure la stratégie de test suisse actuelle doit être modifiée pour identifier plus tôt le VIH mais aussi d'autres infections sexuellement transmissibles chez les personnes atteintes.

La situation actuelle

Le test des anticorps VIH est largement utilisé en Suisse : les laboratoires reçoivent chaque année plus de 300'000 échantillons sanguins afin de procéder à un test des anticorps VIH. A cela s'ajoutent encore quelques dizaines de milliers de tests VIH rapides, directement réalisés sur sang capillaire dans différents centres de dépistage. Cela signifie que jusqu'à 5% de la population suisse effectue un test VIH chaque année. Avec 600 à 800 résultats positifs au test VIH par an, on peut donc en déduire

qu'une infection au VIH est à peu près découverte pour 500 tests. Ce faible taux de résultat occasionne des coûts élevés par infection diagnostiquée (entre 20'000 et 25'000 francs). En dépit du taux de test élevé, un quart des diagnostics n'a été enregistré ces dernières années qu'à un stade avancé de déficience immunitaire (valeurs CD4 inférieures à 200/ul), soit à un stade où les symptômes cliniques commencent déjà à se manifester. Il faut en déduire que ce ne sont visiblement pas les bonnes personnes qui sont (veulent être) testées.

Aucune généralisation des tests de dépistage du VIH n'est donc requise en Suisse. Eu égard à la faible prévalence du VIH dans la population générale, cela ne serait pas judicieux économiquement. Le défi consiste plutôt à tester les personnes chez lesquelles une infection au VIH est probable.

Le problème des primo-infections au VIH manquées

La primo-infection VIH offre une grande chance de découvrir une infection au VIH. Au moins la moitié de toutes les personnes récemment infectées présentent des symptômes caractérisés par de la fièvre et des symptômes non spécifiques d'une maladie virale dans les premières semaines qui suivent l'infection. Bon nombre de ces personnes consultent un médecin en raison de leur état. Mais bien souvent le diagnostic n'est pas établi, parce que les symptômes eux-mêmes sont certes typiques d'une infection au VIH, mais résultent d'une autre infection dans 99 cas sur 100. Aucun test n'est effectué si le médecin ignore la possibilité d'une infection au VIH. On relève en effet dans l'anamnèse d'au moins un tiers de toutes les infections au VIH nouvellement diagnostiquées ces dernières années un événement problématique ayant entraîné un contact avec un médecin, qui correspondait très probablement à une primo-infection VIH ratée (à l'époque), comme le montre une étude interne réalisée par l'hôpital cantonal de St-Gall (prof. Pietro Vernazza). La primo-infection est un problème d'intérêt public, car les personnes sont beaucoup plus infectieuses durant la primo-infection VIH (25 à 30 fois plus) que par la suite avec une infection chronique.

De nouveaux procédés permettent de calculer la proportion d'infections au VIH récentes dans les cas nouvellement diagnostiqués. Il apparaît ainsi clairement que les diagnostics du VIH sont souvent établis nettement plus tôt chez les HSH et les toxicomanes que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, confirmant ainsi l'hypothèse selon laquelle le diagnostic de la primo-infection au VIH est souvent raté, faute de « présomptions ». Ces occasions ratées pour l'établissement d'un diagnostic en temps utile doivent être évitées.

PICT : Provider-Initiated Counselling and Testing

Un test de dépistage du VIH est donc toujours indiqué chez les personnes ayant de la fièvre et présentant les symptômes d'une pathologie virale. La probabilité d'une infection au VIH est de l'ordre de 1 à 100, ce qui est nettement meilleur que le taux de résultat dans la population générale (1 : 500). Cela signifie toutefois que de nombreuses personnes (99 sur 100) qui n'ont jamais pris le risque de contracter le VIH doivent être testées en présence des symptômes mentionnés. La recommandation de test de l'ancienne Commission d'experts clinique et thérapie VIH/sida (CCT) du 15.3.2010 prône par conséquent de soumettre également à un test de dépistage du VIH toutes les personnes atteintes de maladie qui surviennent fréquemment en relation avec le VIH (p. ex. tuberculose, maladies vénériennes, lymphomes).⁵⁷

Une situation clinique standard est le déclencheur du test VIH dans tous ces cas. Le test est initié par le fournisseur de prestations (médecin, personnel médical) (PICT). La personne concernée doit être informée de la réalisation du test. De rares exceptions sont possibles dans l'intérêt du patient⁵⁸ – mais elles doivent être documentées par écrit. L'exigence selon laquelle il faudrait également déterminer la probabilité d'une infection au VIH au moyen d'une anamnèse des risques dans ces situations cliniques standard avant de recommander un test est dépourvue de tout fondement scientifique correspondant. Comme le montre l'analyse des études de primo-infection, l'anamnèse des risques de VIH était inconnue à la date du test de dépistage du VIH dans la moitié de tous les cas de primo-infection VIH diagnostiqués.⁵⁹ La recommandation de l'ancienne CCT stipule que dans les situations standard évoquées, l'infection au VIH ne peut être exclue que par un test de dépistage du VIH et non par une anamnèse des risques.

Le concept PICT implique en revanche que les médecins et autres fournisseurs de prestations proposent spontanément un conseil et un dépistage relatifs au VIH, même chez des patients sans maladie ni symptômes correspondants, s'ils découvrent un comportement à risque chez le/la patient-e (par exemple dans le cadre de l'anamnèse sexuelle). Les fournisseurs de prestations doivent recommander le dépistage précoce de façon ciblée à des personnes qui s'exposent à des risques ou sont menacées. Dans de tels cas, un conseil aux patients concernés s'impose afin d'induire un changement de comportement, même si le diagnostic est négatif.

Un conseil doit en principe avoir lieu quand il semble utile, c'est-à-dire quand la personne à conseiller a) a pris un risque ou prend souvent des risques ou b) appartient à un groupe de population à prévalence accrue et c) accepte un conseil. Sa santé doit lui permettre de suivre le conseil ; celui-ci n'a en effet pas grand intérêt chez des personnes souffrant de fortes douleurs ou d'autres problèmes de santé graves sans lien avec le VIH ou des IST. Les personnes diagnostiquées séropositives doivent en revanche être conseillées dans tous les cas.

VCT : Voluntary Counselling and Testing

Le Voluntary Counselling and Testing (VCT) correspond à une situation totalement différente : l'initiative du test de dépistage part alors de la personne concernée, le concept repose sur le volontariat et le sens des responsabilités. La majeure partie des tests de dépistage du VIH est toujours demandée par des personnes qui veulent avoir l'assurance qu'elles ne sont pas infectées au VIH en raison d'un comportement à risque ou d'un nouveau partenariat. L'anamnèse des risques semble utile dans une telle situation et le conseil sur de possibles stratégies de réduction des risques ainsi que sur la fiabilité du résultat (sensibilité du test utilisé) est obligatoire. Un test de dépistage du VIH sans conseil individuel sur les risques est une occasion de prévention manquée. C'est la raison pour laquelle une anamnèse du risque et un conseil relatif aux stratégies de réduction des risques (Safer Sex) sont systématiquement réalisés lors du VCT.

Le Counselling après le test contribue de manière déterminante au changement de comportement souhaité chez la personne concernée, que le résultat du test soit positif ou négatif. Un résultat de test négatif n'a pas automatiquement pour effet que la personne concernée se protège à l'avenir, mais peut (en l'absence de conseil) lui donner une fausse impression de sécurité (d'invulnérabilité). Un résultat de test positif a des conséquences psychosociales complexes et la personne séropositive au VIH a généralement besoin d'aide afin de les surmonter. En règle générale, le fait de connaître sa propre séropositivité ne se traduit pas automatiquement par une diminution du comportement à risque. Plusieurs études documentent, en revanche, que le diagnostic d'une infection au VIH assorti d'un conseil et d'un accompagnement correspondants réduit durablement le comportement à risque de la personne diagnostiquée.⁶⁰

Beaucoup trop de tests sont encore effectués en Suisse sans le conseil correspondant. Aussi la stratégie de dépistage suisse vise-t-elle à promouvoir le VCT et le PICT. Les

⁵⁷ Flepp et al. (2010) Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins : recommandations pour les patients adultes

⁵⁸ Une situation médicale délicate peut être un exemple d'exception dans l'intérêt du patient : par exemple quand le patient est intubé.

⁵⁹ Vanhems et al. (1997) Acute human immunodeficiency virus type 1 disease as a mononucleosis-like illness : Is the diagnosis too restrictive ?

⁶⁰ Notamment Weinhardt (2005) The effects of HIV diagnosis on sexual risk behavior

personnes menacées doivent être incitées à solliciter le VCT grâce à des offres ou à des incitations spécifiques. Les offres à bas seuil existantes pour l'autoévaluation du risque (telles que l'outil Internet www.check-your-lovelife.ch) doivent être développées. L'Office fédéral de la santé publique déconseille en revanche toujours vivement les tests VIH à domicile disponibles sur Internet. Même s'ils semblent à première vue encourager le sens des responsabilités et l'autonomie, ils présentent de lourds inconvénients : il manque le soutien lors de l'interprétation du résultat, aucun conseil individuel n'est assuré et la qualité des tests n'est pas garantie.

Pas de screening dans les groupes à risque

La faible prévalence du VIH dans la population générale suisse (comme exposée ci-dessus) n'autorise aucun screening, ne serait-ce que pour des raisons économiques. Un screening pourrait éventuellement être rentable dans les groupes à risque à prévalence accrue (p. ex. HSH, migrants de pays où l'épidémie est généralisée). La stratégie suisse ne recommande pas pour autant de tels examens en série pour les membres des groupes à risque. De nombreux membres des groupes à risque jugeraient sans doute stigmatisant un tel screening et la stigmatisation a tendance à entraver la prévention. De nombreux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes n'ont pas a priori l'impression d'appartenir à une certaine communauté gay et feraient tout leur possible pour ne pas être identifiés en tant que tels et être ensuite « automatiquement » testés dans le cadre du screening. Un screening risquerait en outre de miner le pilier essentiel de la prévention du VIH et des IST, à savoir le sens des responsabilités.

Perspectives

La stratégie de test suisse fondée sur le VCT et PICT doit encore être optimisée : à l'avenir, les centres de conseil en matière de sexualité, de jeunesse, de grossesse et de famille pourraient proposer des tests de dépistage du VIH et des IST, dès lors qu'ils possèdent du personnel formé en conséquence et l'infrastructure nécessaire. Les tests rapides mis à disposition sont de très bonne qualité s'ils sont utilisés par du personnel compétent, dans le cadre d'un système d'assurance qualité. Pour certains groupes cibles, d'autres établissements, par exemple des *Checkpoints*, doivent être ouverts dans les agglomérations d'une certaine importance, afin de faciliter l'accès des groupes vulnérables (p. ex. travailleurs et travailleuses du sexe) à un conseil et à un dépistage à bas seuil. En plus d'une qualité professionnelle du conseil, de tels organes VCT doivent garantir la possibilité de prélever du sang à tout moment. C'est une mesure essentielle chez les personnes pour lesquelles il y a un soupçon d'infection récente et en présence d'un résultat positif à un test rapide.

Parallèlement, les fournisseurs de prestations médicales doivent être sensibilisés, motivés et formés au concept PICT pour que certains symptômes fassent partie intégrante du standard of *good clinical care* des soins médicaux pour la réalisation d'un test de dépistage du VIH.

7.3 LES MESSAGES PRÉVENTIFS (ENCADRÉ RELATIF AUX DÉFIS)

Toutes les personnes vivant en Suisse doivent avoir connaissance des messages clés de la prévention, qui stipulent :

- Chaque personne a la responsabilité, dans la mesure de ses possibilités, de se protéger contre une infection sexuellement transmissible ou contre le VIH.
- Quiconque a des contacts sexuels avec un partenaire occasionnel ou une personne éventuellement atteinte du VIH et/ou d'une IST respecte les règles du *safer sex* afin de se protéger :
 1. Pénétration toujours avec un préservatif
 2. Ni sperme ni sang dans la bouche
 3. Consultation du médecin en cas de démangeaison, d'écoulement ou de douleur dans la région génitale
- Quiconque estime avoir eu un comportement à risque vérifie sa situation à l'occasion d'une consultation ou avec l'outil Internet www.check-your-lovelife.ch
- Le VIH et le sida peuvent être traités, mais non guéris. Le traitement est complexe, difficile, coûteux et peut avoir des effets secondaires. Le préservatif représente la meilleure protection contre le VIH pour les personnes sexuellement actives.
- La plupart des IST se transmettent plus facilement que le VIH. Elles sont souvent dépourvues de symptômes, mais n'en sont pas moins dangereuses. Les personnes entretenant souvent des contacts sexuels à risque avec des partenaires différents passent par conséquent régulièrement des tests de dépistage pour les IST correspondant au risque.
- Une sexualité sans peur implique également la capacité à parler avec ses partenaires sexuels de la santé sexuelle et des infections éventuelles. C'est ce que font les personnes bien informées.

- Les personnes avec un diagnostic de VIH ou porteuses d'une IST partagent l'information avec leur partenaire. En cas de nouveaux contacts sexuels, elles informent leurs partenaires de l'infection ou respectent scrupuleusement les règles du safer sex.
- Les personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST ne doivent être ni stigmatisées, ni discriminées. Le soutien aux personnes concernées et aux personnes menacées ainsi que la solidarité à leur égard sont nécessaires.

8 RESSOURCES NÉCESSAIRES À LA MISE EN ŒUVRE



Crédits de prévention du sida de la Confédération, 1985–2010

1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
3,5 mio.	3,5 mio.	11,8 mio.	12,2 mio.	12,6 mio.	13,1 mio.	12,0 mio.	13,5 mio.	14,3 mio.	16,0 mio.	14,1 mio.	15,0 mio.	14,0 mio.	13,5 mio.
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
11,9 mio.	10,0 mio.	9,5 mio.	9,1 mio.	9,1 mio.	9,1 mio.	9,1 mio.	9,1 mio.	8,1 mio.	8,1 mio.	8,1 mio.	8,1 mio.		

En vertu de la loi sur les épidémies, il incombe à la Confédération et aux cantons de faire baisser le nombre de nouvelles infections au VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). La Confédération et les cantons accomplissent cette mission en étroite collaboration avec les autorités communales ainsi qu'avec les organisations privées actives dans ce domaine (ONG). Dans ce cadre relativement complexe de la lutte contre le VIH et les IST, le Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (2011–2017) définit les objectifs devant être poursuivis en Suisse pour la lutte contre les maladies infectieuses sexuellement transmissibles (VIH compris). La stratégie et les objectifs sont contraignants pour la Suisse.⁶¹ Les différents acteurs décident de la mise en œuvre concrète et de la manière d'utiliser les ressources disponibles. La Confédération a pour mission de coordonner les mesures.

Cette situation de départ fait que les ressources nécessaires à l'ensemble de la lutte contre le VIH et les IST sont très difficiles à chiffrer, d'autant qu'il manque une étude récente évaluant l'utilisation actuelle des moyens aux différents niveaux institutionnels. Une étude⁶² publiée en 2001 évalue le coût global de la prévention du VIH entre 41 et 62 millions de francs en 1998. Aujourd'hui, les dépenses des cantons et des communes peuvent être estimées à 50 millions de francs environs, auxquels s'ajoute le crédit sida de la Confédération d'un montant d'environ 9 millions de francs par an depuis 2002. Environ 15 millions de francs ont été dépensés ces dernières années pour la recherche dans le domaine du VIH/sida, principalement par le Fonds national suisse (FNS) qui finance également l'étude suisse de cohorte VIH (Swiss HIV Cohort Study).

A cela s'opposent les coûts directs du traitement médical, des médicaments, de la psychothérapie et des soins occasionnés par le VIH et le sida, qui se sont élevés à 168 millions de francs en 1998 d'après l'étude évoquée. Si l'on ajoute à cela les coûts indirects causés par l'arrêt de travail et le décès prématuré des personnes concernées, on atteint 443 millions de francs. Les auteurs ont tablé sur un taux de croissance annuel des coûts de 3% et ont pronostiqué des coûts occasionnés par le VIH/sida de 522 millions de francs pour 2005. Les montants ne peuvent être comparés aux estimations de 200 millions de francs à la charge de LAMal car ceux-ci ne comprennent que les coûts des médicaments. Le VIH/sida reste ainsi l'une des maladies infectieuses critiques pour la santé publique, dont les coûts dépassent de très loin les dépenses de prévention, même avec une estimation plus conservatrice des coûts de la maladie et abstraction faite des coûts indirects.

Pas plus de moyens qu'avant ne sont nécessaires

La poursuite des objectifs définis par le présent programme nécessite des moyens de prévention dans le cadre habituel, avec une répartition quelque peu différente des fonds entre les différentes missions. Ainsi, les centres de conseil peu fréquentés doivent être abandonnés au profit des offres de prévention spécifiques pour les groupes cibles particulièrement touchés par le VIH et les IST. Les doublons doivent être éliminés en matière d'éducation sexuelle. Les cantons restent libres d'appliquer les recommandations qui leurs sont adressées (voir également l'annexe 15.1) et accorder les moyens nécessaires pour les mettre en œuvre. Une réduction sensible des crédits de prévention cantonaux aurait cependant pour effet que toutes les mesures requises ne seraient pas prises, mettant ainsi en danger l'objectif du programme.

Depuis 1987, la Confédération met des fonds à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour la prévention du sida (voir le tableau ci-dessus). L'application du PNVI ne requiert pas plus de moyens de la part de la Confédération que ceux utilisés de 2004 à 2006 pour la lutte contre le VIH/sida (avant que le crédit ne soit réduit d'un million de francs au profit de la préparation à la pandémie). Les ressources en personnel nécessaires à la mise en œuvre du programme et à l'accomplissement des missions permanentes au sein de l'OFSP requièrent toujours 8,9 postes.

⁶¹ L'art. 118, al. 2, let. b. de la Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst.) stipule que la Confédération légifère sur la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux. Le VIH et les IST tombent également sous le coup de cet article. La Confédération est donc compétente pour poser un cadre à l'application du Programme national VIH & IST. La loi sur les épidémies (art. 9) lui confère la haute surveillance et la coordination des mesures cantonales. Dans ce sens, ses prescriptions sont contraignantes, et c'est la raison pour laquelle la Confédération joue un rôle prépondérant dans l'élaboration de la stratégie et en surveille la mise en œuvre.

⁶² Zurn et al. (2001) Social cost of HIV infection in Switzerland

9 LA VISION DU PROGRAMME NATIONAL VIH ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES



En Suisse, les conditions sont réunies pour que les gens puissent vivre une sexualité sereinement, à faible risque, librement choisie et dans le respect mutuel. Le Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 y contribue de manière déterminante en permettant à tous les habitants de conserver leur santé sexuelle ou de l'améliorer.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrit la santé comme le bien-être général, tant physique que mental et social, et non pas seulement comme l'absence de maladies ou d'infirmités.⁶³ Cette définition exhaustive de la santé est précisée dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé,⁶⁴ qui qualifie la santé de ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel. La santé sexuelle en fait partie. La capacité de reproduction est en effet une fonction de base du corps humain et donc un élément déterminant du bien-être physique. Une vie sexuelle satisfaisante est un élément essentiel de la qualité de vie et exerce une grande influence sur le bien-être mental.

La santé sexuelle est donc un facteur décisif pour mener une vie sainement. Le Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (2011–2017) s'appuie par conséquent sur une approche globale de la santé, conformément aux documents de principe de l'OMS évoqués et à la stratégie globale de l'OFSP.⁶⁵ Il vise à améliorer les compétences de la population dans le domaine de la santé sexuelle pour que tout un chacun soit en mesure de réaliser pleinement et de son plein gré son potentiel de santé. Il se fonde toutefois sur les principes juridiques de la loi sur les épidémies qui charge la Confédération et les cantons de la lutte contre les maladies transmissibles. La stratégie cherche donc à sensibiliser la population aux risques pour la santé sexuelle ainsi qu'à lui donner les moyens de la préserver et de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles.

⁶³ OMS : Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adopté par la Conférence internationale sur la Santé à New York du 19 au 22 juillet 1946, signé le 22 juillet 1946 par 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948.

⁶⁴ WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion

⁶⁵ Office fédéral de la santé publique (2002) Stratégie générale de l'OFSP

10 QUATRE OBJECTIFS DÉCRIVENT LE CADRE DE LA FUTURE LUTTE CONTRE LE VIH ET LES IST



Trois objectifs principaux concrets peuvent se déduire de la vision du programme, et ce dans les trois domaines suivants : 1. Sensibilisation, 2. Prévention, 3. Conseil diagnostique et traitement. Un quatrième objectif principal définit les conditions-cadres indispensables pour atteindre les trois principaux objectifs, et c'est pourquoi les tâches qui résultent du quatrième objectif principal sont qualifiées de tâches de soutien.

1. Objectif principal en matière de sensibilisation aux droits dans le domaine de la sexualité

En Suisse, les droits de l'homme en matière de sexualité (« droits sexuels ») sont en principe garantis. Néanmoins, tout le monde n'est pas informé de la même manière à cet égard, et n'est pas non plus en mesure d'exercer ses droits. Ainsi, l'éducation sexuelle n'est ni légitimée au plan national ni inscrite obligatoirement dans les plans d'études de tous les cantons, d'où des divergences dans l'accès des enfants et des jeunes aux connaissances en la matière.⁶⁶ Par ailleurs, tout le monde n'a pas les mêmes moyens de se protéger des conséquences non désirées de rapports sexuels. Ainsi, des enquêtes mettent en évidence des différences importantes entre Suissesses et migrantes : le nombre d'interruptions de grossesse chez les migrantes est trois fois plus élevé que chez les Suissesses.⁶⁷ Cela peut être révélateur d'une contraception déficiente, due par exemple à des moyens financiers restreints, à un statut de séjour incertain ou à une appréhension vis-à-vis des moyens contraceptifs. Toutefois, les relations de dépendance au sein des couples ou la difficulté d'accès aux services de conseil, notamment en raison des barrières linguistiques, peuvent aussi expliquer que certaines personnes n'exercent pas leurs droits dans le domaine de la sexualité.⁶⁸

Objectif principal :

Chacun en Suisse connaît ses droits dans le domaine de la sexualité et est en mesure de les exercer.

La connaissance des droits en matière de sexualité débute au sein de la famille, se poursuit à l'école et sert de fondement à la promotion de la santé sexuelle. Elle constitue la condition sine qua non d'une prévention qui ait un impact durable. En effet, seules des personnes informées sont en mesure de veiller à leur santé et de recourir aux services à leur disposition en cas de nécessité. Dans ce contexte, on citera expressément l'égalité devant la loi et l'interdiction de la discrimination (p. ex. en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre), le droit à l'intégrité physique (protection contre les abus sexuels) ainsi que le droit à la liberté personnelle, qui inclut le droit à l'autodétermination de sa sexualité. A cela s'ajoute également le droit de chacun de décider librement de se marier et de procréer, et à quel moment. Ces droits sont garantis par la Constitution fédérale de la Confédération suisse. En matière de politique sanitaire, ils sont spécifiés dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.⁶⁹

Ces principes jouent un rôle déterminant tant dans la lutte contre le VIH et les IST que dans la prévention des grossesses non désirées. Ils doivent garantir à tous les individus l'accès aux services de santé sexuelle, y compris à la prévention, au diagnostic et au traitement. Spécialement les jeunes, les personnes homosexuelles, bisexuelles et transsexuelles, les personnes migrantes et celles souffrant d'un handicap doivent pouvoir mieux exercer leurs droits sexuels. Les connaissances en la matière s'acquièrent d'abord au sein de la famille, ensuite à l'école par le biais de l'éducation sexuelle et enfin par le biais de conseils adéquats. Les services de consultation associent les informations sur les droits sexuels et sur la santé sexuelle et reproductive avec la prévention du VIH et des autres IST ainsi que la contraception. Une consultation proposée par des professionnels qualifiés part toujours du principe que la sexualité constitue une part importante de la personnalité de chaque individu, qu'elle fait partie de l'aspect positif de la vie et qu'elle doit par conséquent reposer sur le libre arbitre et le respect mutuel des partenaires.

⁶⁶ Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (2009) Rapport de la Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse. La sexualité des jeunes au fil du temps. Evolution, influences et perspectives

⁶⁷ Office fédéral de la santé publique (2007) Stratégie Migration et santé (phase II : 2008–2013)

⁶⁸ Bihr (2009) Migration et santé sexuelle et reproductive. Enquête auprès des centres de consultation en planning familial. Rapport définitif pour l'OFSP

⁶⁹ WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion

2. Objectif principal en matière de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles

La santé sexuelle est une composante essentielle du bien-être physique et psychique. Il est important que les individus en prennent conscience et qu'ils veillent à leur santé sexuelle. Cela implique qu'ils évitent une infection par le VIH ou par un autre agent pathogène sexuellement transmissible. En effet, le VIH et d'autres IST peuvent nuire à la santé et péjorer à long terme la qualité de vie des personnes atteintes. Une propagation de l'épidémie du VIH ou de certaines IST mettrait en péril la santé de différents groupes de population. Par ailleurs, le traitement du VIH ou d'autres IST (notamment celui des pathologies subséquentes à une IST comme la syphilis, la gonorrhée ou l'infection à *Chlamydia trachomatis*) entraîne des coûts élevés. Grâce aux efforts menés sans relâche ces dernières décennies en matière de prévention, la Suisse a pu éviter une généralisation de l'épidémie du VIH et de la plupart des IST. Toutefois, le VIH continue à se propager de manière inquiétante dans certains groupes de population et le nombre de nouvelles infections augmente pour certaines IST.

Objectif principal :

Le risque de transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles diminue.

La population suisse est encouragée à continuer d'appliquer scrupuleusement les règles du safer sex dans les situations à risque⁷⁰ afin de se protéger du VIH et autres IST. Grâce à des mesures spécifiques de prévention structurelle et comportementale, à des plans de vaccination ainsi qu'à des programmes de dépistage et de traitement performants, en particulier les personnes présentant un risque d'exposition accru pourront mieux se protéger du VIH à l'avenir et éviter des atteintes à long terme à leur santé en raison d'autres IST.

En conséquence, le nombre de nouvelles infections par le VIH et d'autres IST baisse au sein de la population suisse dans son ensemble tout comme dans les groupes⁷¹ particulièrement touchés par le VIH et les autres IST. On freine au maximum la propagation de l'épidémie du VIH tout en prévenant celle de différentes IST.

⁷⁰ On entend par situations à risque les rencontres à caractère sexuel entre des individus qui ne savent pas si la personne en face d'eux est infectée par le VIH ou par une autre IST.

⁷¹ C'est la période du dernier programme 2004–2008 qui sert de référence : les indicateurs sont, d'une part, les données épidémiologiques à fin 2008 et, d'autre part, les résultats de la surveillance comportementale dans le rapport de monitoring : Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de la lutte contre le VIH/sida en Suisse. Rapport de synthèse 2004–2008.

3. Objectif principal en matière de conseil, diagnostic et traitement

Le sida reste une maladie grave et incurable, mais dans la plupart des cas, l'infection au VIH peut être maintenue sous contrôle grâce à un traitement médicamenteux commencé à temps et suivi à la lettre. Un dépistage précoce et un traitement approprié du VIH ont donc une importance capitale étant donné qu'il en résulte une augmentation de l'espérance de vie des personnes atteintes ainsi qu'une amélioration de leur qualité de vie.

Certaines IST se soignent assez facilement à un stade précoce, ou du moins un traitement approprié peut faire disparaître les symptômes et prévenir des séquelles, telles les maladies chroniques graves ou la stérilité. Par conséquent, dans le cas des IST, le dépistage précoce est aussi essentiel pour éviter une mise en péril de la santé individuelle à plus ou moins long terme. Toutefois, certaines IST peuvent être asymptomatiques et donc difficiles à détecter tôt. Le dépistage précoce d'infections est non seulement légitime et nécessaire sur le plan individuel, mais il revêt également une grande importance sous l'angle de la santé publique : le traitement rapide et efficace des IST juggle leur transmission à d'autres personnes et possède par conséquent un caractère préventif.

Objectif principal :

Le VIH et les autres IST sont dépistés à un stade précoce et traités de manière appropriée.

Cela implique que la population suisse recoure rapidement aux services ad hoc (conseil, dépistage adéquat) après une réelle exposition au risque.⁷² Les personnes présentant des symptômes d'une infection à VIH, d'une IST ou souffrant de troubles indéfinis dans la région génitale doivent consulter sans tarder. Elles reçoivent un diagnostic correct sur la base de programmes de dépistage reconnus. Les personnes infectées bénéficient de conseils, d'un traitement et/ou d'un suivi médical et psychosocial de qualité optimale. Les personnes avec un diagnostic de VIH sont encouragées à commencer le traitement au moment le plus approprié. Elles reçoivent la combinaison de TAR la plus appropriée dans leur cas et sont soutenues afin de suivre ce traitement sur la durée. Les personnes souffrant d'une IST sont traitées immédiatement et guéries dans la mesure du possible. Il y a diminution du nombre de cas de VIH et d'autres IST diagnostiqués tardivement ou non dia-

⁷² On entend par « réelle exposition au risque » des rapports sexuels non protégés avec un ou une partenaire dont on ne sait pas avec certitude s'il/elle est infecté-e par le VIH ou par une IST, et qui pourrait appartenir à un groupe de population à forte prévalence.

agnostiqués ainsi que des effets à long terme qui leur sont associés (tels que décès, sida, maladies chroniques, cancer, stérilité, complications durant la grossesse ou atteintes des nouveau-nés). Le diagnostic précoce et le traitement approprié des infections freinent leur propagation et contribuent de ce fait à la prévention.

4. Objectif principal en matière de conditions sociopolitiques et structurelles

Deux conditions fondamentales doivent être réunies pour assurer le succès de la stratégie de lutte contre le VIH et les autres IST. Pour commencer, les personnes atteintes du VIH ou d'une IST ne doivent être ni stigmatisées ni discriminées, étant donné que la crainte de la stigmatisation empêche d'aborder le sujet en toute franchise. Ensuite, les groupes cibles constitués de personnes atteintes du VIH ou d'une IST doivent être impliqués dans le travail de prévention tant stratégique qu'opérationnel car seules des interventions adaptées aux besoins des destinataires ont un impact durable. Au vu des moyens limités, il est par ailleurs important que les fonds dédiés à la prévention soient affectés là où l'on peut obtenir le meilleur résultat sous l'angle de la santé publique, ce qui requiert une analyse précise de l'épidémie et du comportement de différents groupes de population. Il faut donc tenir compte du fait que la majeure partie des infections a lieu en milieu urbain (pour les HSH comme pour les hétérosexuels).⁷³ De manière générale, les projets et mesures en matière de lutte contre le VIH et les autres IST doivent pouvoir se mesurer à l'aune des critères reconnus : efficacité, adéquation et caractère économique. Si cela n'est pas possible, ils doivent se conformer à des modèles évalués de bonnes pratiques. Toutefois, il doit rester une marge de manœuvre afin de promouvoir les innovations prometteuses.

Objectif principal :

Le travail accompli dans le domaine du VIH et des IST a un impact durable parce qu'il mise sur la participation des groupes cibles, qu'il repose sur l'évidence scientifique et qu'il est soutenu par la population.

La qualité du système de prévention, conseil, diagnostic et traitement fait l'objet d'améliorations constantes, en collaboration avec les personnes atteintes et avec les groupes cibles des interventions.⁷⁴ Les services proposés dans le cadre de ce système visent toujours leur responsabilisation et sont axés sur leurs demandes et leurs besoins.

A l'aide des instruments scientifiques éprouvés de l'assurance qualité (surveillance, monitoring, évaluation et recherche), on veille à une mise en œuvre efficace des ressources à disposition et à l'impact durable des interventions. Il y a coopération entre les fournisseurs de prestations des différents niveaux étatiques et privés pour le travail accompli dans le domaine du VIH et autres IST. Par son activité, la Suisse participe à l'initiative internationale pour la lutte contre le VIH et autres IST. La Suisse se réfère aux modèles internationaux des bonnes pratiques et contribue elle-même au développement de ces dernières.

⁷³ Voir les indications sur le lieu de l'infection au chapitre 4.1 « VIH : épidémiologie en Suisse et en Europe ».

⁷⁴ Cette aspiration se fonde sur le principe GIPA (Greater Involvement of People living with HIV and AIDS). Suivant ce principe, les personnes vivant avec le VIH et le sida doivent être impliquées de manière accrue dans le travail accompli dans le domaine du VIH/sida à tous les niveaux et dans tous les programmes et institutions, et l'on doit, le cas échéant, leur en donner les moyens. Le principe GIPA a été adopté lors du Sommet de Paris en 1994, qui réunissait 42 états, et formulé dans la « Déclaration de Paris ». Cf. p. ex. UNAIDS (2007) The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy Brief.

11 TROIS AXES D'INTERVENTION STRUCTURENT LA LUTTE FUTURE CONTRE LE VIH ET LES IST



Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 regroupe les interventions et les mesures de lutte contre le VIH et les IST en trois axes. Chaque axe d'intervention s'adresse à des catégories de population définies.

La focalisation des interventions selon trois axes aide à structurer la lutte contre le VIH et les autres IST. Elle facilite non seulement la définition des objectifs stratégiques, mais permet aussi de démêler, sur le plan organisationnel, le système de lutte contre le VIH et les autres IST, et de répartir ainsi plus clairement les rôles et les responsabilités entre les différents acteurs.

La prévalence détermine les groupes cibles des différents axes

La définition des trois axes d'intervention est fondée sur des réflexions concernant la prévalence et la vulnérabilité. Le modèle des trois axes repose sur l'idée qu'il doit y avoir une offre de mesures préventives de base pour tous, de sorte qu'ils puissent se protéger efficacement contre le VIH ou une possible menace pour leur santé par des IST ou d'une grossesse involontaire. Le premier axe correspondant à la population générale pose par ailleurs les fondations du travail de prévention. Le deuxième axe s'adresse aux personnes qui adoptent un comportement à risque ou sont vulnérables dans un environnement à forte prévalence et qui ont besoin de mesures spécifiques supplémentaires, car leur risque d'infection est plus élevé. Le troisième axe s'adresse aux personnes infectées et à leurs partenaires. C'est là que le risque est le plus élevé : pour les partenaires négatifs des personnes infectées, mais aussi pour les personnes infectées elles-mêmes, parce qu'elles ont davantage de risques d'être victimes d'une infection supplémentaire par une autre IST (ou le VIH). Le troisième axe nécessite donc un suivi personnalisé particulièrement complet.

Le modèle des axes repose par conséquent sur une approche cumulative : en tant que membre de la population générale, un membre d'une catégorie de population vulnérable de l'axe 2 est doublement concerné et profite donc des mesures destinées à la population générale et des interventions spécifiques pour les groupes de population menacés.⁷⁵

Conformément à cette logique, les trois axes se définissent comme suit :

- **L'axe d'intervention 1** s'adresse à toutes les personnes vivant en Suisse.
- **L'axe d'intervention 2** s'adresse aux personnes sexuellement actives à risque élevé d'exposition, autrement dit aux membres des catégories de population à prévalence ou vulnérabilité accrue.
- **L'axe d'intervention 3** s'adresse aux personnes infectées par le VIH et/ou une IST ainsi qu'à leurs partenaires sexuels (non infectés).

⁷⁵ Grâce aux Gender Studies et à la recherche sur l'intersectionnalité, on sait toutefois que cette représentation schématique ne s'applique pas à tous les cas de figure dans la réalité. Une prudence particulière est de mise avec les personnes victimes de plusieurs discriminations. Ainsi un toxicomane homosexuel pourrait par exemple avoir l'impression de n'être concerné par aucun des axes, car il ne s'identifie pas aux IDU (« je suis homosexuel et pas drogué ») et ne souhaite pas bénéficier des offres destinées aux HSH (« en réalité, je ne suis pas homosexuel, car je ne couche avec des hommes que pour gagner de l'argent »). Une prudence et une sensibilité particulière sont de mise ici lors de l'élaboration de mesures de prévention concrètes, pour que de telles personnes ne glissent pas entre toutes les mailles de la prévention.



- **Axe d'intervention 1** Population vivant en Suisse
- **Axe d'intervention 2** Personnes ayant une exposition au VIH/IST à risque élevé
- **Axe d'intervention 3** Personnes infectées et leur(s) partenaire(s)

Selon l'ONUSIDA,⁷⁶ la Suisse est touchée par une épidémie de VIH concentrée. En d'autres termes, la prévalence du VIH dans la population générale est inférieure à un pour cent.⁷⁷ Il y a toutefois des catégories de population ayant une prévalence du VIH beaucoup plus élevée : les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les personnes migrantes originaires de régions où l'épidémie est généralisée, ainsi que les consommateurs de

drogue par injection (IDU).⁷⁸ Les estimations de prévalence concernant les autres IST sont rudimentaires. Pour certaines IST (syphilis, gonorrhée, lymphogranulomatose, hépatites), on peut également parler d'épidémie concentrée, parfois dans les mêmes catégories de population que pour le VIH (HSH). La prévalence de certaines IST semble accrue dans la population générale.⁷⁹

⁷⁶ « In North America and in Western and Central Europe, national epidemics are concentrated among key populations at higher risk, especially men who have sex with men, injecting drug users and immigrants. » (UNAIDS et al. (2009) AIDS epidemic update : November 2009)

⁷⁷ Selon les calculs de l'OFSP, le nombre de personnes ayant une infection au VIH diagnostiquées en Suisse est compris entre 14'000 et 21'000 personnes. S'y ajoutent les personnes qui sont infectées, mais qui l'ignorent. Une estimation pour la Suisse peut être déduite des études menées dans des pays industrialisés comparables (RU et Canada) : au total, au moins 20'000 personnes seraient atteintes par le VIH/sida. Pour une population de 7,8 millions d'habitants, cela représente une prévalence dans la population globale d'environ 0,3%.

⁷⁸ Sur les personnes chez qui une infection au VIH a été diagnostiquée en Suisse, environ 25% sont des HSH et environ 25% des IDU (soit respectivement entre 3600 et 5500 personnes). Les prévalences dans ces groupes sont donc nettement supérieures que dans la population générale. Chez les HSH sexuellement actifs, des études de prévalences menées ces dernières années et des calculs de l'OFSP permettent de l'estimer autour de 6 à 10%. Chez les IDU, la prévalence atteint même 30% selon des estimations. La prévalence des migrants des pays d'Afrique subsaharienne ne peut pas être estimée avec précision, mais reflète vraisemblablement la prévalence dans le pays d'origine.

⁷⁹ Différentes études laissent à penser que la prévalence de certaines IST virales (papillomavirus humain [HPV] et herpès [HSV 1 + 2]) est supérieure à 5% dans la population générale. Dans le cas de chlamydiae trachomatis, les données disponibles ne permettent pas d'estimer la prévalence, mais les jeunes femmes semblent particulièrement touchées. Krech et al. (2010) Papillomavirus humains et chlamydiae urogénitaux. Épidémiologie chez les femmes suisses en recourant à de nouvelles méthodes de dépistage Office fédéral de la santé publique (2009) Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 2006 à 2008 ASS et al. (2008) Infections sexuellement transmissibles, Informations aux conseillères et conseillers

La répartition entre les axes dépend de la prévalence mais aussi de la vulnérabilité : les personnes qui ont fréquemment des relations sexuelles avec des partenaires changeants ou anonymes (par exemple les femmes et les hommes qui se prostituent) sont particulièrement susceptibles de contracter une IST. Des études et des observations menées ces dernières années suggèrent que les personnes incarcérées sont elles aussi particulièrement menacées par les IST.⁸⁰

La prévalence des différentes IST ne concerne pas systématiquement les mêmes catégories de population que la prévalence du VIH. Pour des raisons de praticabilité, la répartition des axes retenue par le PNVI pour l'ensemble de la prévention des IST est néanmoins la même que pour la prévention du VIH : un modèle d'axes différencié en fonction des différentes IST serait tellement complexe qu'il ne serait plus une aide à la structuration et manquerait donc son principal objectif, à savoir l'instauration de la clarté.

Différents niveaux de communication pour chaque axe

La définition des groupes cibles des différents axes est conforme à l'analyse de la situation actuelle. Selon l'évolution des épidémies, cette analyse peut toutefois changer, ce qui peut éventuellement nécessiter une réévaluation. L'OFSP estime par conséquent que la répartition entre les axes doit être confiée à l'organe qui conseille le Conseil fédéral, en l'occurrence à l'heure actuelle la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) : c'est à elle qu'il revient de veiller à la répartition des groupes cibles dans les axes sur la base des données de la surveillance et, le cas échéant, de procéder à des ajustements.

Eu égard à la situation actuelle des données et aux réflexions précitées, les groupes cibles des différents axes peuvent à ce jour être concrétisés comme suit :

Axe d'intervention 1 :

Toutes les personnes vivant en Suisse. Sont notamment pris en compte :

- les adolescents ainsi que les jeunes femmes et les jeunes hommes,
- les migrants et migrantes de pays où l'épidémie de VIH n'est pas généralisée,
- les clients des prostitué(e)s,
- les voyageurs dans une région endémique

Toutes les personnes vivant en Suisse doivent savoir que le VIH et les IST représentent un problème et se protéger en cas de contacts à risque. L'axe d'intervention 1 met donc l'accent sur la sensibilisation de la population à ses droits en matière de sexualité, aux dangers possibles pour la santé sexuelle, l'éducation sexuelle et la promotion transculturelle de la santé. Concrètement, il s'agit d'inciter les personnes à pratiquer le safer sex même dans des situations exceptionnelles, par exemple en voyage ou en cas d'aventures sexuelles imprévues avec des partenaires occasionnels, ainsi que dans des périodes difficiles de l'existence, où elles rencontrent des problèmes psychosociaux. Les adolescents doivent être incités à adopter un comportement de protection fiable grâce à l'éducation sexuelle. Chez les migrants, le défi consiste à diffuser plus efficacement les messages de prévention qu'auparavant et à les inciter, en cas de besoin, à solliciter les offres de conseil et de soins. Un travail de sensibilisation spécial est requis avec certains groupes de migrants pour qu'ils puissent défendre leurs droits en matière sexuelle et donc préserver leur intégrité et leur santé sexuelle.

Axe d'intervention 2 :

Toutes les personnes ayant une exposition à risque élevé

- hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH),⁸¹
- migrants et migrantes de pays où l'épidémie est généralisée,
- travailleurs et travailleuses du sexe,⁸²
- consommateurs de drogue par injection (IDU),
- personnes incarcérées.

⁸⁰ Au niveau international : Niveau (2006) Prevention of infectious disease transmission in correctional settings : A review. Pour la Suisse : Iten et al. (2005) Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (EPIPS). Deuxième phase de l'étude. Rapport Final

⁸¹ La raison pour laquelle toutes les personnes homosexuelles et bisexuelles ne sont pas désignées comme groupe cible, mais seulement les HSH, s'explique par la menace plus importante à laquelle ils sont exposés : les lesbiennes et autres femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes relèvent de l'axe d'intervention 1, tout comme les transgenres. Si elles se prostituent, elles appartiennent à l'axe d'intervention 2. Il n'y a pas pour l'instant en Suisse d'évidence selon laquelle les lesbiennes et autres femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ainsi que les transgenres présentent un risque d'infection supérieur à celui de la population hétérosexuelle.

⁸² Il faut rappeler la problématique particulière de la traite des êtres humains et en particulier des femmes à propos des travailleuses du sexe : les femmes originaires des régions les plus pauvres d'Europe, d'Afrique, d'Amérique du Sud et d'Asie sont attirées en Suisse par de fausses offres d'emploi ou promesses de mariage, enlevées ou achetées ou arrivent en Suisse en tant que danseuses de cabaret et sont ensuite contraintes à se prostituer. Elles sont dans une situation de dépendance particulièrement marquée (séjour illégal), n'ont aucun accès aux informations et aucune possibilité d'autodétermination sexuelle. Il peut dès lors arriver qu'elles renoncent (soient obligées de renoncer) à l'usage du préservatif. Ces femmes sont très difficiles à atteindre, raison pour laquelle ce groupe mérite une attention particulière.

Le but recherché dans cet axe est que les personnes qui évoluent dans un environnement à prévalence élevée restent séronégatives pour le VIH et ne contractent si possible pas d'IST en dépit du risque accru (même dans des situations exceptionnelles). Des offres supplémentaires adaptées aux besoins spécifiques des groupes cibles sont requises à cet effet. L'accent est mis sur une sensibilisation, information et motivation spécifique en vue d'une protection accrue, mais aussi sur des interventions de prévention comportementale dans l'environnement immédiat des différents groupes cibles.

Axe d'intervention 3 :

Les personnes infectées par le VIH et/ou une autre IST ainsi que leurs partenaires sexuels.

Les personnes séropositives au VIH doivent bénéficier d'un traitement rapide, approprié et stable dans la durée pour que leur charge virale soit inférieure au seuil de détection et qu'elles ne soient donc plus infectieuses. Les personnes atteintes d'une IST doivent, si possible, être traitées (guéries) dans les meilleurs délais. Un autre défi consiste à faire en sorte que les partenaires des personnes infectées ne soient pas infectés à leur tour. Or, ce n'est possible que si les partenaires sont informés de l'infection des personnes concernées. L'effort porte donc sur l'intensification de l'information des partenaires ainsi que sur l'accompagnement individuel médical, curatif et, si nécessaire, psychosocial et juridique (protection contre la discrimination incluse) des personnes atteintes et de leurs partenaires.

Le modèle des axes comme principe de la lutte contre le VIH et autres IST

Les différents groupes cibles d'un axe ne sont toutefois pas homogènes et présentent une forte variabilité. Celle-ci doit être prise en considération dans le travail de prévention : ainsi un homme n'est pas nécessairement menacé d'infection sous prétexte qu'il est homosexuel. Les groupes cibles peuvent également être subdivisés en sous-catégories qui devront éventuellement être incitées à jouer la carte de la prévention grâce à des interventions et messages différents.⁸³

Le modèle des axes structure l'ensemble de la lutte contre le VIH et les IST, et inclut toutes les interventions dans les domaines de la sensibilisation, de la prévention, du diagnostic, de la thérapie et du conseil. Chacun des trois axes prévoit des interventions qui génèrent un effet de masse (par exemple la campagne LOVE LIFE dans l'axe 1 ou les campagnes de sensibilisation pour les HSH dans l'axe 2), des mesures qui transmettent des connaissances approfondies (par exemple l'information sur une menace possible du HPV pour les jeunes femmes ou la sensibilisation des clients de prostitué-e-s dans l'axe 1), ainsi que des offres individuelles de conseil ou de traitement (par exemple les centres de conseil en matière de santé sexuelle dans l'axe 1 ou les offres de conseil et de dépistage spécifiques des check-points pour les HSH dans l'axe 2). Seule cette diversité des interventions permet de lutter durablement contre le VIH et les autres IST.

⁸³ Les travailleuses du sexe ne constituent par exemple pas un groupe homogène, mais, selon des études, se répartissent entre les sous-catégories suivantes : danseuses de cabaret et hôtesses de bar, travailleuses du sexe régulières Indoor ou Outdoor, travailleuses du sexe irrégulières, travailleuses du sexe toxicomanes.

12 LE PRÉAMBULE AUX OBJECTIFS DU PROGRAMME



Les conditions légales du programme

Les valeurs de base du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 reposent sur les droits fondamentaux. Les conditions juridiques suivantes doivent donc être respectées pour atteindre les objectifs du PNVI :

Convention internationale des droits de l'homme : la Déclaration universelle des droits de l'homme de l'ONU (DUDH)⁸⁴ de 1948 constitue la base de la protection internationale des droits de l'homme. La DUDH ainsi que les autres traités dans le domaine des droits de l'homme de l'ONU⁸⁵ et du Conseil de l'Europe⁸⁶ constituent le fondement de ce programme. Celui-ci respecte la dignité humaine ainsi que l'égalité des droits et soutient l'interdiction de toute discrimination, que ce soit en raison de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou d'une infection au VIH ou à une autre IST.

Constitution fédérale : le programme trouve également sa base dans les droits fondamentaux de la Constitution fédérale (Cst.).⁸⁷ En plus de la protection de la dignité humaine (Art. 7 Cst.), l'égalité des droits et l'interdiction de la discrimination (Art. 8 Cst.), mais aussi le droit à la liberté personnelle y compris l'autodétermination sexuelle (Art. 10, al. 2 Cst.), la protection de la sphère privée (Art. 13 Cst.) ainsi que la protection des enfants et des jeunes (Art. 11 Cst.) sont particulièrement importants.

Loi sur les épidémies : le programme se fonde sur la loi fédérale du 18 décembre 1970 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies)⁸⁸ qui charge la Confédération et les cantons de prendre les mesures nécessaires pour lutter contre les maladies transmissibles de l'homme et protéger l'homme contre les agents pathogènes (art. 1). Il appartient à la Confédération d'exercer la haute surveillance sur l'exécution de la loi et de coordonner, s'il est nécessaire, les mesures incombant aux cantons (art. 9). C'est la raison pour laquelle la Confé-

dération joue un rôle prépondérant dans l'élaboration de la stratégie et en surveille la mise en œuvre.

Droits de l'homme concernant la sexualité : le programme vise à mettre en œuvre les droits de la personne morale qui sont liés à la sexualité humaine. Selon le terme anglais « sexual rights », les droits relatifs à la sexualité seront également définis comme « droits sexuels ». L'expression « droits sexuels » se réfère aux normes en vigueur dans le domaine des droits de l'homme et des droits fondamentaux qui sont appliquées à la sexualité – l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) les a définis dans une déclaration.⁸⁹ Ces droits de l'homme en rapport avec la sexualité garantissent la liberté, l'égalité, la sphère privée, l'autodétermination, l'intégrité et la dignité de toutes les personnes. En Suisse, ces droits sont garantis par la Constitution.

Les conditions sociales et politiques du programme

La mise en œuvre des objectifs du PNVI suppose en outre un consensus sur les principes sociopolitiques suivants qui seuls permettront une lutte efficace contre le VIH et les IST :

Egalité des chances : tous les habitant-e-s de Suisse ont un accès équitable à l'information, au conseil, au diagnostic, au traitement et aux soins dans le domaine de la santé sexuelle, indépendamment de leur origine, race, sexe, âge, langue, situation sociale et mode de vie, ainsi que de leur conviction religieuse, philosophique ou politique et de leurs handicaps physiques (cf. l'art. 8, al. 2 Cst.). La pluralité de la société est prise en compte : les mesures et messages de prévention, tout comme les offres de soins tiennent compte des divers besoins des différentes catégories de la population. Si nécessaire, des mesures de prévention ou des offres de soins spécifiques sont mises en place pour des groupes particulièrement vulnérables. Les interventions prennent toujours en compte le contexte socioculturel et linguistique de chaque groupe cible (pour les groupes de migrants, des médiateurs transculturels sont utilisés si nécessaire). Leurs organisations sont, si elles le souhaitent, impliquées dans le travail de prévention.

⁸⁴ ONU (1948) La Déclaration universelle des droits de l'homme

⁸⁵ ONU (1966) Pacte international du 16 décembre 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. RS 0.103.1

ONU (1966) Pacte international relatif aux droits civils et politiques RS 0.103.2

ONU (1965) Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale. RS 0.104

Convention du 18 décembre 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes RS 0.108

ONU (1989) Convention relative aux droits de l'enfant. RS 0.107

UNAIDS (2010) Human rights and HIV

⁸⁶ Conseil de l'Europe (1950) : Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH).

⁸⁷ Confédération suisse (1999) Constitution fédérale de la Confédération suisse (RS 101)

⁸⁸ Confédération suisse (1970) Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies RS 818.101). Un projet de révision de la loi sur les épidémies est en cours.

⁸⁹ International Planned Parenthood Federation IPPF (2009) Déclaration des droits sexuels de l'IPPF

Orientation sexuelle et identités :⁹⁰ l'homosexualité, la bisexualité, les identités transgenres et l'intersexualité sont acceptées et respectées en tant qu'orientation sexuelle, que genre identitaire ou d'intersexualité. Les personnes homosexuelles, bisexuelles, transgenres et intersexuées ont droit, en Suisse, au même respect que les personnes hétérosexuelles. Le PNVI s'appuie à cet égard sur la recommandation adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe à l'intention des Etats membres et qui s'attache à la lutte contre la discrimination en raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. La recommandation constitue le premier instrument de droit qui traite expressément de la discrimination des gays, lesbiennes, bisexuels et transgenres (LGTB).⁹¹ Les personnes intersexuées ne sont pas mentionnées nommément, toutefois elles ont à l'évidence les mêmes droits à l'autodétermination et à la protection contre la discrimination.

Participation des groupes cibles et des personnes concernées (NGIPA) : les groupes cibles ainsi que les personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST, ou leurs organisations sont impliqués dans le travail de prévention stratégique et opérationnel. Ils apportent leurs connaissances ou contribuent activement à la définition d'offres correspondantes. Toutes les offres en faveur des groupes cibles ou des personnes concernées visent à les soutenir et à les conforter dans leur comportement responsable (Empowerment).

Principe de l'autoprotection : depuis 1987, le travail de prévention suisse repose sur le principe de l'autoprotection. Autrement dit, les personnes qui sont physiquement et mentalement en mesure de se protéger du VIH et/ou d'une IST sont elles-mêmes responsables de leur propre protection en cas de contacts sexuels volontaires.⁹² Ce principe ne dégage cependant pas ces personnes de toute responsabilité envers leurs partenaires sexuels. La sexualité dans le respect mutuel n'est possible que si une personne éventuellement infectée pratique le Safer Sex avec son partenaire.

Information du partenaire : les personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST sont conscientes de leur responsabilité envers leurs partenaires (sexuels). Elles soutiennent l'information du partenaire (au besoin anonymement) afin d'empêcher la propagation de l'agent pathogène et de permettre aux partenaires d'accéder à un traitement éventuel. L'information du partenaire intervient toujours dans le cadre du consentement volontaire et éclairé de la personne infectée, qui en comprend l'utilité.

Principe du volontariat (informed consent) : les interventions individuelles dans ce programme sont fondées sur le principe du volontariat. En d'autres termes, les bénéficiaires, les destinataires, les clients ou les patients d'une intervention doivent être informés et consentir à une mesure donnée (par exemple un test de dépistage du VIH ou un traitement). Il est donc indispensable de disposer de leur consentement basé sur l'information et la sensibilisation (informed consent).⁹³

⁹⁰ Contrairement à la directive de l'UE 2000/78/CE, le PNVI n'utilise pas la notion « Préférence sexuelle », mais « Orientation sexuelle » combinée avec « Identité de genre ». Il exprime ainsi le fait qu'il y ait des personnes qui se sentent attirées sur le plan affectif et des pratiques sexuelles par l'autre sexe (hétérosexuelles), le même sexe (homosexuelles) ou les deux sexes (bisexuelles). L'identité de genre décrit la conviction profonde et intime d'une personne de se ressentir en tant qu'homme ou femme. On parle d'identité trans quand l'identité de genre ne coïncide pas avec le sexe biologique.

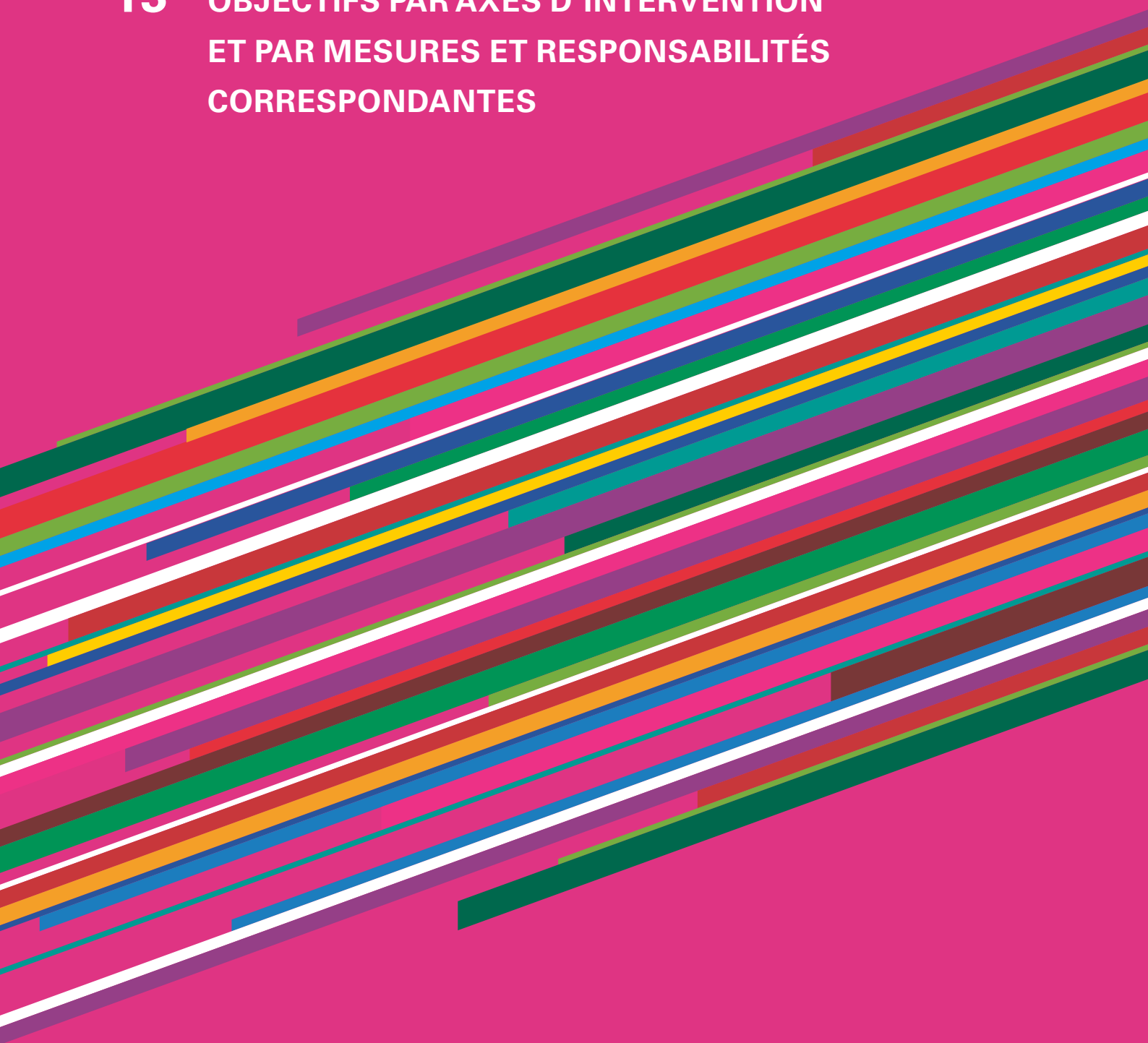
⁹¹ Council of Europe et al. (2010) Recommendation CM/Rec(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity

⁹² La compréhension de l'autoprotection sur laquelle repose le programme est en accord avec l'article 6 de la Constitution fédérale, qui stipule que toute personne est responsable d'elle-même (Confédération suisse (1999) Constitution fédérale de la Confédération suisse (RS 101)).

⁹³ En ce sens, les « interventions individuelles » s'entendent comme des actions qui se déroulent dans le cadre d'un traitement médical. L'obligation de traitement du médecin est ici limitée par le droit d'autodétermination du patient. Ce principe peut toutefois être outrepassé dans le domaine des mesures de prévention collective, par exemple de l'éducation sexuelle ou des campagnes de sensibilisation. Il n'est par ailleurs pas acceptable que des enfants (ou leurs parents) invoquent le principe de l'« informed consent » pour être dispensés des cours d'éducation sexuelle obligatoires.

13

OBJECTIFS PAR AXES D'INTERVENTION ET PAR MESURES ET RESPONSABILITÉS CORRESPONDANTES



Axe d'intervention Objectifs principaux	Population vivant en Suisse ↓ 1	Personnes ayant une exposition au VHI/IST à risque élevé ↓ 2	Personnes infectées et leur(s) partenaire(s) ↓ 3
	Sensibilisation	Sensibilisation	Sensibilisation
Prévention	Prévention	Prévention	Prévention
Diagnostic + conseil	Diagnostic + conseil	Diagnostic + conseil	Diagnostic + conseil

Le tableau offre un aperçu des objectifs principaux pour les différents groupes cibles (axes d'intervention). Chaque objectif principal est assorti de buts à atteindre. Pour chaque axe d'intervention, les priorités ont été hachurées afin de les mettre en évidence. Cela signifie par exemple que pour l'ensemble de la population, il existe des offres en matière de sensibilisation et une offre de prévention. Pour les personnes présentant un risque accru d'infection, il convient de se concentrer sur la prévention. Il existe également des offres en matière de sensibilisation, de diagnostic, de consultation et de thérapie. Pour les personnes infectées et leurs partenaires, les priorités concernent le diagnostic, la consultation et la thérapie. Pour ces personnes, la prévention a également son importance : il s'agit d'inciter les personnes infectées par le VIH à ne pas transmettre le virus et d'encourager les partenaires non-infectés à se protéger.

Axe d'intervention

Population vivant
en Suisse

1

13.1 OBJECTIFS, MESURES ET RESPONSABILITÉS DANS LE PREMIER AXE D'INTERVENTION

Sensibilisation (objectif 1 de l'axe 1)

La population suisse est sensibilisée à la valeur de la santé sexuelle et aux droits de l'être humain en matière de sexualité.

La sensibilisation prépare le terrain pour que les individus exercent leurs droits en matière de sexualité et qu'ils ne discriminent pas leurs semblables en raison d'une infection. Elle a pour effet de leur faire prendre conscience d'une éventuelle mise en danger par le VIH et par d'autres infections sexuellement transmissibles, de les faire se protéger efficacement et de manière autonome contre le VIH et les autres IST ainsi que contre les grossesses non désirées (p. ex. en voyage, sous influence de la drogue ou en cas de problèmes psychologiques) et de les amener à évaluer rapidement le risque encouru en cas d'exposition présumée et à informer leurs partenaires en cas d'infection.

Mesures/responsabilités (la liste ne prétend pas être exhaustive et peut être modifiée en fonction des données scientifiques) : sensibilisation via la campagne LOVE LIFE, les centres de conseil, le corps médical.

Responsabilité : Confédération en collaboration avec les organisations et associations faitières compétentes, ainsi qu'avec leurs membres ; les cantons, le corps médical, d'autres spécialistes (professionnels de soins, assistants sociaux, enseignants, sexologues cliniciens et conseillers conjugaux), organisations de migrants en cas de besoin.

Prévention (objectif 2 de l'axe 1)

La population est informée sur le VIH et les autres IST. L'accès aux services de vaccination ainsi qu'aux moyens de prévention est garanti pour tous.

L'information comprend les droits de l'être humain en matière de sexualité et diffuse les mesures fondamentales pour se protéger contre les grossesses non désirées, le VIH ou les atteintes durables à la santé provoquées par les IST. Ces mesures fondamentales sont les suivantes :

1. prévenir grâce à des mesures de protection (safer sex) ;
2. vacciner (HPV, hépatites) ;
3. dépister rapidement (y compris évaluation individuelle du risque) ;
4. traiter de manière appropriée et au bon moment.

Les individus peuvent facilement se procurer de plus amples informations ou se rendre dans un centre de consultation qualifié.

Mesures : des brochures d'information et dépliants dans différentes langues sont disponibles. La stratégie de protection propagée prône : safer sex avec des partenaires occasionnels, les couples fidèles ne renoncent au safer sex qu'après un test VIH négatif.

Axe d'intervention**Population vivant
en Suisse**

La plate-forme d'information et d'échange de tous les acteurs « isis-info.ch » fournit des informations fiables aux spécialistes et à la population générale.

La santé sexuelle représente une partie des supports d'information généraux proposés aux migrants lors du règlement de leur statut de séjour.

Etendre les informations sur la prévention générale en voyage (vaccination, etc.) à la question du comportement de protection lors de rencontres occasionnelles et de « sexe rémunéré ».

Responsabilité : *Confédération en collaboration avec les organisations et associations faitières compétentes, ainsi qu'avec leurs membres ; les cantons, le corps médical, d'autres spécialistes (professionnels de soins, assistants sociaux, enseignants, sexologues cliniciens et conseillers conjugaux), organisations de migrants en cas de besoin, ainsi que les instituts de la médecine de voyage, le secteur du tourisme.*

Des efforts seront entrepris en collaboration avec les cantons afin d'introduire une éducation sexuelle adaptée aux degrés scolaires. Cette dernière est intégrée d'entente avec ces derniers dans les plans d'études des écoles obligatoires et postobligatoires dans le cadre de la promotion de la santé⁹⁴. Elle transmet des informations, donne les connaissances relatives à la santé sexuelle et prévient la stigmatisation du VIH et des autres IST. Elle traite l'orientation sexuelle et l'identité de genre sans jugement de valeur, permettant ainsi aux jeunes de trouver plus facilement la leur. L'objectif est, qu'en étroite collaboration avec les cantons, l'éducation sexuelle fasse l'objet d'un enseignement dans les cursus des hautes écoles pédagogiques (sous la responsabilité politique des cantons) ainsi que dans certains modules des filières HES en travail social.

Mesures : *la formation continue en matière d'éducation sexuelle, dans les cursus pédagogiques offert aux enseignants, dans la filière travail social des HES est assurée à l'heure actuelle.*

Un renforcement de la thématique de l'éducation sexuelle dans les options obligatoires du Bachelor de la filière HES travail social est en discussion.

Dans le cadre de ce programme, le centre de compétences pour l'éducation sexuelle à l'école de la Haute école pédagogique de la Suisse Centrale à Lucerne (PHZ) établit des standards pour l'éducation sexuelle d'entente avec les cantons intéressés et avec PLANeS.

PLANeS établit des standards pour l'encadrement extrascolaire des jeunes et les met à disposition des acteurs concernés et intéressés. A leur demande, PLANeS peut contrôler le respect de ces standards.

Responsabilité : *Cantons, centre de compétences pour l'éducation sexuelle à l'école et autres centres de formation, PLANeS.*

⁹⁴ Office fédéral de la santé publique (2009) L'éducation sexuelle à l'école ; Haute École Pédagogique de Suisse centrale PHZ (éd.) (2009) Document établissant les bases d'une pédagogie sexuelle à l'école. Bases pour une harmonisation et un ancrage au niveau national de l'éducation sexuelle à l'école et réflexions sur la formation et la formation continue des enseignants dans les hautes écoles pédagogiques.

Axe d'intervention

Population vivant en Suisse



La formation continue permanente et de qualité destinée aux professionnels de la prévention, aux multiplicateurs et au corps médical est garantie.

Mesures : en collaboration avec les instituts et ces offices fédéraux compétents, des projets de formation continue sont créés.

Responsabilité : CFPS, Confédération en collaboration avec le corps médical, les cantons et d'autres spécialistes.

Au sein de la population, jeunes et adultes sont incités à se faire vacciner conformément aux recommandations de la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV).

Mesures : l'information sur la vaccination (par les campagnes ou dans l'école) incite les adolescents à se faire vacciner contre l'hépatite B, une vaccination contre le HPV est suggérée aux jeunes femmes. Les adultes sont incités à se faire vacciner contre l'hépatite B.

Responsabilité : Confédération en collaboration avec la CFV et le corps médical.

Les moyens de prévention et de contraception sont disponibles sur tout le territoire national.

Diagnostic & conseil (objectif 3 de l'axe 1)

En Suisse, l'accès à un réseau complet de services de qualité adapté aux besoins et proposant conseils, dépistage et diagnostic de même qu'interventions d'urgence est garanti.

Suite à une exposition présumée à risque, les personnes évaluent rapidement leur risque individuel par le biais d'une consultation ou de manière anonyme (par exemple à l'aide d'un outil Internet). Les personnes sexuellement actives qui changent de partenaires contrôlent régulièrement leur risque (plusieurs fois par an).

Mesures : l'outil permettant une clarification individuelle des risques (Check your Lovelife) est adapté aux IST et sa diffusion se poursuit.

Responsabilité : Confédération en collaboration avec les organisations et associations faitières compétentes, ainsi qu'avec leurs membres.

Axe d'intervention**Population vivant
en Suisse**

Les femmes et les hommes sexuellement actifs recourent spontanément au système de soins en cas de problème en relation avec leur santé sexuelle.

Les personnes ayant des problèmes de santé sexuelle bénéficient d'un soutien si elles le souhaitent (par exemple dans un centre de conseil).

Les personnes recevant un résultat de test négatif pour une IST ou le VIH sont informées dans le détail et individuellement sur les stratégies de protection.

La profession médicale et les centres de test disposent de programmes reconnus pour dépister le VIH et les autres IST. Le « Provider-Initiated Counselling and Testing (PICT) » est renforcé en collaboration avec les partenaires compétents. Les programmes incluent le dépistage de certains groupes de population (p. ex. les femmes enceintes) et l'information des partenaires. Ils ont pour but de réduire le nombre d'infections au VIH et d'IST non diagnostiquées. Il ne doit plus y avoir, en Suisse, de transmission verticale du VIH ou d'IST dangereuses pour la santé.

Mesures : élaboration de concepts de dépistage. Des projets pilotes portant sur la prévention de Chlamydia trachomatis sont mis au point.

Responsabilité : Confédération en collaboration avec le corps médical et CFPS.

Les grandes villes disposent autant que possible de structures à bas seuil (« walk-in ») sous surveillance médicale dans le domaine du VIH et des IST où les personnes peuvent être conseillées suivant le principe du test et du conseil volontaires (VCT), effectuer un test si c'est indiqué et être traitées en cas de nécessité ou encore bénéficier d'une intervention d'urgence (par exemple contraception après rapport). La prise en charge des coûts de ces services devrait être réglée de manière à ne pas en entraver l'accès.

Responsabilité : cantons en collaboration avec les villes concernées, en cas de besoin avec les organisations et associations faîtières pertinentes, assureurs (assurance-maladie).

La prévention du VIH et des IST fait partie intégrante des services de consultation en matière de santé sexuelle et reproductive. Les médecins sont compétents pour procéder à des anamnèses sexuelles minutieuses et mener des entretiens-conseil de qualité.

Mesures : des offres spécifiques sont créées pour certains groupes cibles du premier axe, notamment pour les jeunes et les groupes de migrants vulnérables, ou les offres régulières sont aménagées de manière à couvrir leurs besoins spécifiques (par exemple prestations médicales adaptées au contexte de la migration).

Responsabilité : cantons, villes, organisations et associations faîtières compétentes, organisations de migrants.

Axe d'intervention

Personnes ayant une exposition au VIH/IST à risque élevé

2

13.2 OBJECTIFS, MESURES ET RESPONSABILITÉS DANS LE DEUXIÈME AXE D'INTERVENTION

Sensibilisation (objectif 1 de l'axe 2)

Les groupes cibles de l'axe d'intervention 2 sont particulièrement sensibilisés de manière spécifique.

La sensibilisation supplémentaire et spécifique renforce au sein des groupes cibles la prise de conscience qu'ils évoluent dans un environnement à forte prévalence du VIH et/ou d'autres IST et qu'ils sont exposés par conséquent à un risque accru.

Mesures/responsabilités (la liste ne prétend pas être exhaustive et peut être modifiée en fonction des données scientifiques) :

- Brochures, dépliant, actions/campagnes, Internet – spécifiques pour les membres des groupes cibles
- Actions avec des leaders d'opinion des différents groupes cibles
- Lignes téléphoniques séparées/conseil téléphonique pour les membres des groupes cibles

Responsabilité : Confédération en collaboration avec les organisations et associations faitières compétentes, ainsi qu'avec leurs membres, les cantons, les villes, le corps médical, d'autres spécialistes (assistants sociaux, enseignants, sexologues cliniciens et conseillers conjugaux), organisations de migrants en cas de besoin.

Les professionnels et intervenants (par exemple corps médical, employés de prison) qui ont affaire à des personnes issues de ces groupes cibles sont sensibilisés à la prévention du VIH et des IST.

Mesures : le personnel soignant et spécialisé reçoit les informations nécessaires, des documents de formation postgraduée sont élaborés en collaboration avec tous les partenaires compétents.

Responsabilité : Confédération en collaboration avec les organisations et associations faitières compétentes, ainsi qu'avec leurs membres, les cantons, les villes, les offices fédéraux compétents, les directeurs de prison et les médecins de prison.

Prévention (objectif 2 de l'axe 2)

Des programmes spécifiques destinés à l'information et à la prévention structurée dans les différents groupes cibles réduisent le risque d'infection. La Confédération et les cantons jugent prioritaire la prévention spécifique aux groupes cibles de l'axe d'intervention 2.

Responsabilité : Confédération en collaboration avec les organisations et associations faitières compétentes, ainsi qu'avec leurs membres, les cantons, les villes, les offices fédéraux compétents, les directeurs de prison et les médecins de prison.

Axe d'intervention

Personnes ayant une exposition au VIH/IST à risque élevé

2

L'information supplémentaire pour les individus des groupes cibles inclut :

- facteurs/contextes/comportements favorisant les risques
- différentes stratégies de protection et de réduction du risque ainsi que leur fiabilité
- vaccins recommandés
- signes d'identification possibles du VIH et des autres IST (par exemple primo-infection)
- centres de consultation spécifiques pour le dépistage et le conseil

Mesures : des recommandations spécifiques pour les groupes cibles dans leur langue et contexte.

Responsabilité : La CFV, Confédération en collaboration avec les organisations et associations faitières appropriées.

Des programmes spécifiques sont conçus en faveur des différents groupes cibles pour la prévention structurelle dans leur environnement. Ils rappellent la nécessité des mesures de protection et facilitent leur application. Les acteurs se fixent pour objectif de sensibiliser également à la prévention du VIH et des IST les personnes qui se trouvent dans des situations entravant la prévention (personnes étant dans des rapports de dépendance).

Les réseaux et organisations des groupes cibles développent une culture favorable à la prévention au sein de leur communauté et luttent contre la discrimination et la stigmatisation des personnes touchées par le VIH ou les IST.

Mesures :

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) :

- Offres d'information et matériel de prévention spécifiques pour les différents sous-groupes des HSH
- Outil Internet spécifique pour l'anamnèse du risque avec incitation au conseil/test en cas d'indication correspondante
- Les entreprises et organisateurs dont les manifestations accroissent le risque de transmission mettent à disposition du matériel de prévention et d'information et/ou laissent entrer des spécialistes de la prévention dans leur établissement
- Offre de vaccination à bas seuil pour les HSH dans les lieux qu'ils fréquentent (hépatite A et B, HPV chez les HSH de moins de 20 ans)

Migrants de pays où l'épidémie est généralisée :

- Promotion cross-médias
- Travail des médiateurs
- Proposer du matériel d'information spécifique avec les adresses des services spécialisés quand le statut de séjour est réglé à l'office des étrangers
- Outil Internet spécifique pour l'anamnèse du risque avec incitation au conseil/test en cas d'indication correspondante
- Inciter les requérants d'asile de pays où l'épidémie est généralisée à consulter
- Assurer la formation transculturelle des centres de consultation

Axe d'intervention

Personnes ayant une exposition au VIH/IST à risque élevé

2

Travailleurs et travailleuses du sexe :

- Outil Internet spécifique pour l'anamnèse du risque avec incitation au conseil/test en cas d'indication correspondante
- Les entreprises et organisateurs dont les manifestations accroissent le risque de transmission devraient mettre à disposition du matériel de prévention et d'information et/ou laisser entrer des spécialistes de la prévention dans leur établissement
- Les offices des étrangers conseillent aux danseurs/danseuses de cabaret d'assister à une séance d'information sur les IST et le VIH
- Travail de prévention sur place
- Offre de vaccination à bas seuil pour les travailleurs et travailleuses du sexe dans les lieux qu'ils fréquentent

Consommateurs de drogue par voie intraveineuse (IDU) :

- Les mesures de réduction des risques (Harm Reduction) sont maintenues et adaptés aux besoins
- Les centres destinés aux IDU assurent également la prévention du VIH et d'autres IST
- Matériel de prévention, informations spécifiques pour les IDU qui se prostituent
- Sensibilisation au risque et à la forte prévalence de l'hépatite C

Personnes incarcérées :

- Poursuivre le développement du projet LuMMic⁹⁵
- Offres de prévention, de vaccination, de dépistage et de traitement des maladies infectieuses ainsi que de toxicothérapie ; les offres respectent le postulat de l'équivalence (équivalence des soins dans le système carcéral et dans le reste de la société).

Les offres de prévention pour les groupes cibles dans l'axe d'intervention 2 peuvent aussi comprendre des mesures qui ne sont pas directement liées à la prévention VIH et IST, mais qui ont des effets positifs sur la santé.

Responsabilité : Confédération en collaboration avec les organisations et associations faitières compétentes, ainsi qu'avec leurs membres, les offices fédéraux concernés, les cantons, les villes, le corps médical, les antennes de prévention, les propriétaires d'établissements pratiquant la prévention contextuelle, d'autres spécialistes et acteurs.

⁹⁵ Le projet « Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral (LuMMic) » est réalisé conjointement par la Confédération (Office fédéral de la santé publique (OFSP), Office fédéral de la justice (OFJ) et la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP). Le projet poursuit les objectifs suivants :

1. risques minimaux de transmission des maladies infectieuses dans le système carcéral ;
 2. risques minimaux de transmission des maladies infectieuses du système carcéral au monde extérieur et inversement ;
 3. dépistage, prévention, conseil et soins concernant les maladies infectieuses dans le système carcéral équivalents à ceux du monde extérieur ;
 4. toxicothérapie dans le système carcéral équivalente à celle du monde extérieur ;
- garantie de la durabilité des mesures et instruments développés.

Axe d'intervention

Personnes ayant une
exposition au VIH/IST
à risque élevé

**Diagnostic & conseil (objectif 3 de l'axe 2)**

Les personnes rattachées aux différents groupes cibles disposent de services spécifiques pour le conseil, l'intervention d'urgence, le dépistage (VCT) et le traitement.

En cas d'indication, elles obtiennent rapidement les tests adéquats et bénéficient, le cas échéant, d'une intervention d'urgence appropriée (p. ex. la prophylaxie post-exposition, PEP). On encourage les centres intégrés qui proposent des services combinés.

Il existe des programmes de dépistage spécifiques aux différents groupes cibles (qui se fondent essentiellement sur PICT et VCT). Ces programmes ont pour objectif de promouvoir le diagnostic précoce du VIH et des autres IST au sein des groupes cibles de l'axe d'intervention 2. Le dépistage s'effectue à prix abordable ; l'accès et la procédure sont aisés. On déconseille les tests du VIH à domicile car ils ne sont pas effectués dans le cadre d'un conseil professionnel de dépistage et de prévention. Les programmes de dépistage incluent également des standards relatifs à l'information des partenaires. Le corps médical et les institutions qualifiées connaissent ceux-ci et agissent en conformité avec eux.

Mesures : concept de laboratoire, PICT et VCT pour les IST différencié selon les différents groupes cibles. Clarification des problèmes concernant les tests VIH à domicile (mauvaise interprétation, aucun contrôle de la qualité des tests, etc.)

Développer les offres de test dans les lieux de rendez-vous (travailleurs et travailleuses du sexe ou clients) et dans les lieux offrant des possibilités de rencontres sexuelles sur place (points de dépistage mobiles « mobile checkpoints »).

Responsabilité : Confédération en collaboration avec les organisations et associations faîtières compétentes, CFPS, le corps médical, les centres régionaux de lutte contre le VIH et les IST.

Les personnes ayant obtenu un résultat de test négatif au VIH et/ou à d'autres IST sont motivées à ne pas s'infecter à long terme.

Les personnes dont la santé sexuelle et la capacité à se protéger sont menacées par des problèmes psychiques bénéficient au besoin d'un soutien.

Axe d'intervention

Personnes infectées
et leur(s) partenaire(s)

3

13.3 OBJECTIFS, MESURES ET RESPONSABILITÉS DANS LE TROISIÈME AXE D'INTERVENTION

Sensibilisation (objectif 1 de l'axe 3)

Les personnes ayant reçu un diagnostic d'infection au VIH ou d'IST ainsi que leurs partenaires sont en mesure d'améliorer ou de maintenir leur état de santé en fonction de leur situation.

Les personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST sont sensibilisées aux facteurs déterminants en relation avec leur infection, notamment au comportement de protection adéquat ainsi qu'aux risques de co-infection et d'interruption de traitement. Elles sont conscientes de l'utilité d'informer les partenaires.

Les partenaires non infectés de personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST sont sensibilisés à leur situation spécifique associée à un risque accru.

Prévention (objectif 2 de l'axe 3)

Les personnes ayant reçu un diagnostic d'infection au VIH ou d'IST obtiennent et comprennent toutes les informations importantes pour elles en relation avec leur infection. Les partenaires des personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST sont informés de l'infection de leur partenaire.

Mesures/responsabilités (la liste ne prétend pas être exhaustive et peut être modifiée en fonction des données scientifiques) : directives et recommandations élaborées pour le corps médical, les spécialistes et les instituts de prévention.

Responsabilité : Confédération en collaboration avec les organisations et associations faitières compétentes, p.ex. ASS, Planes.

Les personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST sont soutenues dans leurs efforts afin de se protéger elles-mêmes d'autres agents pathogènes et sont encouragées à éviter de transmettre leur maladie à leur partenaire. Les personnes séropositives au VIH appliquent les règles du safer sex tant que leur charge virale est détectable. Elles sont informées des détails figurant dans la déclaration de la CFPS⁹⁶.

Les femmes enceintes atteintes du VIH et/ou d'une IST reçoivent toutes les informations nécessaires et profitent de toutes les mesures médicales requises afin d'éviter la transmission de l'agent pathogène au fœtus ou au nouveau-né.

⁹⁶ Voir le chapitre 7 : Le travail de prévention fait face à de nouveaux défis.

Axe d'intervention**Personnes infectées
et leur(s) partenaire(s)****Mesures :***Les informations sont :*

- *collectives (outils, sites Internet, brochures). L'information collective permet aux individus de faire valoir des exigences qualitatives à l'égard des fournisseurs de prestations*
- *individuelles. Les fournisseurs de prestations informent en détail les personnes pour qui le traitement du VIH et/ou d'une IST est indiqué sur toutes les questions liées à la thérapie individuelle (effets secondaires, possibilités alternatives, importance de l'adhésion à cause de la formation de résistances)*

Responsabilité : *Confédération en collaboration avec le corps médical, les fournisseurs de prestations et les organisations et associations faitières compétentes.*

Les partenaires de personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST sont informés de l'infection de leur partenaire avec leur consentement. Les fournisseurs de prestations abordent la question de l'information des partenaires à chaque diagnostic positif ; ils encouragent les personnes infectées à informer leurs partenaires et les soutiennent dans cette démarche. Le principe du libre arbitre et la protection des données restent garantis.

Responsabilité : *Confédération et cantons en collaboration avec les organisations et associations faitières compétentes et avec les spécialistes de la protection des données ainsi qu'avec les organisations des personnes concernés par le VIH/IST.*

Les partenaires de personnes infectées sont informés dans le détail des stratégies dont ils peuvent faire usage pour se protéger de l'agent pathogène. Ils doivent être associés à la consultation du partenaire infecté – avec le consentement de ce dernier – ou consulter de leur côté et faire rapidement les tests nécessaires. Des mesures incitatives permettent de faire en sorte que les fournisseurs de prestations qualifiés assurent une information optimale des partenaires et à ce que les partenaires non infectés le restent durablement.

Responsabilité : *Confédération et cantons en collaboration avec les centres régionaux de test.*

Axe d'intervention

Personnes infectées
et leur(s) partenaire(s)

3

Diagnostic & traitement (objectif 3 de l'axe 3)

Les personnes infectées sont traitées à temps, de manière appropriée et complète, leurs partenaires étant, le cas échéant, inclus dans le traitement.

Les personnes souffrant d'une IST curable sont traitées et guéries dès que possible. Les fournisseurs de prestations qualifiés se conforment aux lignes directrices des bonnes pratiques ou envoient les patients chez des spécialistes. La réussite du traitement est contrôlée systématiquement.

Les partenaires des personnes souffrant d'une IST sont traités rapidement après une réelle exposition au risque ou en présence d'un résultat de test positif (dans la mesure du possible en même temps que la personne infectée).

On recommande aux personnes avec un diagnostic de VIH ou d'IST de procéder à d'autres tests conformément au programme de dépistage et en fonction de leur exposition individuelle au risque.

Les patients séropositifs au VIH bénéficient d'un conseil professionnel et, au besoin, d'un accompagnement visant à préserver une qualité de vie aussi grande que possible.

Les patients séropositifs au VIH chez qui un traitement est indiqué sont encouragés à le commencer rapidement. Ils atteignent l'objectif thérapeutique d'une charge virale indétectable et le maintiennent en permanence et sans interruption. Ils bénéficient d'un accompagnement complet afin de renforcer leur disposition et leur adhésion au traitement. Si besoin est, ils ont accès à des prestations d'aide paramédicale ou juridique visant leur responsabilisation (« Empowerment »).

Mesures : examiner sur la base d'un projet pilote, si un système de gestion des maladies (« Disease Management⁹⁷ ») dans le domaine VIH/IST peut être mis en place.

Responsabilité : le corps médical, réseaux de soins intégrés (« Managed Care ») dans le cadre du système de santé.

Le traitement du VIH se fonde sur des données scientifiques. Des médecins spécialisés veillent au traitement approprié des patients séropositifs au VIH. Les médecins de premier recours traitent ces derniers en collaboration avec des spécialistes ou des centres spécialisés. Les patients séropositifs au VIH disposent également de modèles de soins intégrés qui garantissent à long terme la qualité d'un traitement adapté à l'individu et qui assurent des fonctions préventives (par exemple prévenir les comorbidités). Ces modèles de soins utilisent des mesures incitatives adéquates pour atteindre l'objectif thérapeutique.

Mesures : élaborer et modifier des directives de traitement pour le VIH et les IST pertinentes.

Responsabilité : CFPS et Confédération.

⁹⁷ La notion de « Disease Management » représente un système qui permet d'améliorer la gestion globale des traitements de certaines maladies, en particulier des maladies chroniques particulièrement coûteuses, en stimulant la mise en réseau des différents intervenants et en prêtant une attention particulière à l'information du patient.

Axe d'intervention**Personnes infectées
et leur(s) partenaire(s)**

Les fournisseurs de prestations suivent les recommandations de traitement de l'OFSP.

Les patients atteints du VIH et/ou d'une IST gravement malades ou mourants, sur lesquels tout traitement reste désormais sans effet, disposent de soins palliatifs.⁹⁸

⁹⁸ Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des personnes souffrant de maladies incurables, mortelles et chroniques évolutives. Ils englobent tous les traitements médicaux, les soins ainsi que le soutien psychique, social et spirituel aux personnes en fin de vie. La personne concernée décide elle-même, dans la mesure du possible, comment et où elle souhaite passer la dernière phase de sa vie. La Confédération et les cantons entendent intégrer les soins palliatifs dans les domaines de la santé, des affaires sociales, de la formation et de la recherche, en collaboration avec les principaux acteurs. Voilà pourquoi ils ont lancé la « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012 ». Voir également : Office fédéral de la santé publique et al. (2009) Stratégie nationale en matière de soins palliatifs.

14

LES TÂCHES DE SOUTIEN PERMETTENT D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS



Les tâches de soutien contribuent de façon décisive à la réussite des trois objectifs principaux (1. Sensibilisation, 2. Prévention, 3. Conseil, diagnostic et thérapie). Elles forment par ailleurs les conditions-cadres sociopolitiques et structurelles qui permettent une lutte efficace et durable contre le VIH et les autres IST. Les travaux en suspens dans le domaine des tâches de soutien sont décrits dans les chapitres suivants et pourvus d'indicateurs et d'étapes à l'instar des objectifs du programme.

14.1 ENGAGEMENT À L'ENCONTRE DE LA DISCRIMINATION ET DE LA STIGMATISATION DES PERSONNES ATTEINTES DU VIH ET/OU D'UNE IST ET DES PERSONNES VULNÉRABLES

« Les droits de l'homme constituent le fondement de toute politique destinée à endiguer le VIH et les IST. Le Programme national doit s'appuyer sur eux. Le respect des droits de l'homme doit être encouragé notamment dans le cadre du travail de prévention et du soutien aux personnes séropositives, tant en Suisse qu'au niveau international. »⁹⁹

« La discrimination des personnes concernées nuit à la prévention. La discrimination des personnes concernées doit donc être combattue et la solidarité avec elles doit être encouragée. »¹⁰⁰

L'engagement contre la discrimination : une mission transversale importante du programme

La discrimination des personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST est inacceptable : tant la Déclaration universelle des droits de l'homme,¹⁰¹ que de nombreuses autres conventions et déclarations internationales,¹⁰² ainsi que la Constitution fédérale de la Confédération suisse¹⁰³ inter-

disent la discrimination des personnes, par exemple en raison d'un handicap physique. Par le passé, la Suisse s'est toujours engagée pour le respect de ce droit fondamental, dans le cadre de la lutte internationale contre le VIH/sida.

L'engagement contre la discrimination des personnes atteintes du VIH et d'IST et contre la stigmatisation autour du VIH/des IST reste une obligation en Suisse et constitue une mission transversale importante de cette stratégie, d'autant que les efforts de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH et des IST ne peuvent réussir si les personnes atteintes craignent d'être exclues ou mises au ban de la société dès lors qu'elles sont identifiées comme porteuses d'une telle infection. La peur de la stigmatisation et de la discrimination peut dissuader les personnes atteintes de divulguer une IST ou une infection au VIH à leurs partenaires (sexuels) et de discuter avec eux des mesures de protection appropriées. Elle peut en outre empêcher les gens d'effectuer un test en temps utile ou de recourir à un traitement, ce qui est en contradiction avec l'objectif stratégique visant à encourager la détection et la thérapie précoces des IST. Cette problématique peut tout particulièrement se poser dans les groupes de migrants dans lesquels la sexualité et la santé sexuelle sont traditionnellement des sujets tabous et où la peur d'une stigmatisation est donc particulièrement forte, si ce n'est existentielle.

Il s'agit de conforter en Suisse le consensus au sein de la société selon lequel les personnes atteintes, concernées ou susceptibles de contracter le VIH/sida ou une IST sont des membres à part entière de cette société, et qu'elles ont des droits et devoirs identiques à ceux des personnes non atteintes et ce à tous les niveaux. Il faut en outre promouvoir le soutien aux personnes atteintes du VIH ou d'une autre IST ainsi que la compréhension du fait qu'elles se trouvent dans une situation particulière, susceptible d'engendrer certains problèmes et donc de générer des besoins spécifiques.

Situation plutôt satisfaisante en Suisse mais susceptible d'être améliorée

La situation des personnes atteintes du VIH/sida en Suisse est jugée satisfaisante dans une comparaison internationale. La Suisse figure ainsi en troisième place dans l'étude comparative « Euro HIV Index 2009 »¹⁰⁴ publiée sous les auspices de la Présidence suédoise de l'UE et conduite par un institut de recherche indépendant, visant à classer 29 pays européens selon la qualité de leur réponse à l'épidémie du VIH. Cette bonne position est due notamment à

⁹⁹ Thèse 1.1 extraite de : OFSP et al. (2009) Les thèses pour le développement du programme national VIH et IST 2011–2017

¹⁰⁰ Thèse 1.6 extraite de : OFSP et al. (2009) Les thèses pour le développement du programme national VIH et IST 2011–2017

¹⁰¹ « Tous sont égaux devant la loi et ont droit sans distinction à une égale protection de la loi. Tous ont droit à une protection égale contre toute discrimination qui violerait la présente Déclaration et contre toute provocation à une telle discrimination. » ONU (1948) La Déclaration universelle des droits de l'homme, article 7

¹⁰² Voir notes de bas 83 et 84 de page 78

¹⁰³ « Nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique. » Confédération suisse (1999) Constitution fédérale de la Confédération suisse (RS 101), article 8, alinéa 2

¹⁰⁴ Les données, couvrant une trentaine d'indicateur de base, ont été recueillies auprès des représentants des Ministères de la santé ou des ONG nationales. <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20Euro%20HIV%20index%20091008-3.pdf>

l'étude de cohorte VIH suisse et à son caractère exemplaire. L'étude a cependant décelé des problèmes en matière de discrimination/stigmatisation. En Suisse aussi, les personnes atteintes du VIH ne bénéficient pas toujours du même traitement que les personnes non infectées. Elles sont toujours exclues de certaines prestations d'assurance. Toute discrimination non justifiée, que ce soit dans le domaine des assurances ou dans d'autres domaines, doit être évitée. Selon l'Aide Suisse contre le Sida, dans de nombreux cas, une exclusion ne se justifie pas au vu des nouvelles possibilités de traitement existantes. Les discriminations au travail des personnes atteintes du VIH sont également monnaie courante, comme le montre le monitoring correspondant de l'Aide suisse contre le sida effectué à la demande de la CFPS. Les discriminations portent sur l'ensemble des rapports de travail, de l'engagement jusqu'au licenciement, en passant par les assurances des employés. Plusieurs pays appliquent par ailleurs des restrictions de voyage pour les personnes atteintes du VIH qui rendent impossible leur entrée sur le territoire ou leur séjour.

L'étude citée critique notamment le fait qu'un nombre comparativement élevé de personnes atteintes du VIH fasse l'objet de poursuites pénales et de condamnations en Suisse pour avoir exposé d'autres personnes au virus. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral¹⁰⁵, une personne atteinte du VIH qui risque la propagation du VIH ou du sida lors de contacts sexuels non protégés se rend punissable, même quand l'autre personne participe volontairement et est au courant de la maladie de son partenaire sexuel. La responsabilité est ainsi imposée unilatéralement aux personnes atteintes du VIH. Ceci dégage les personnes négatives de l'obligation d'assumer leur propre responsabilité dans le cadre de la protection contre le VIH. Au niveau international, on peut assister à des efforts accrus en vue de décriminaliser la transmission du VIH, dans la mesure où celle-ci n'aurait pas de caractère intentionnel. Un des principaux acteurs de ces efforts est l'ONUSIDA¹⁰⁶. Notons que des pays tel que la France, l'Italie, l'Espagne, les Pays-Bas ou encore le Royaume-Uni ne connaissent pas d'articles spécifiques dans le code pénal visant le VIH ou les

autres IST, mais peuvent poursuivre des transmissions intentionnelles et malveillantes sur la base des normes pénales générales.

Selon l'ONUSIDA, la pénalisation d'une transmission du VIH peut miner la prévention : elle peut empêcher des personnes de passer un test VIH en temps utile, si elles pensent que l'ignorance de leur propre infection constituerait la ligne de défense la plus convaincante dans une procédure pénale. La pénalisation peut en outre saper la confiance entre les personnes atteintes du VIH et les fournisseurs de prestations professionnels, si les personnes atteintes craignent que des informations relatives à leur état ne soient utilisées à leur encontre dans une procédure pénale.

Les poursuites pénales et la perspective auteur-victime sur laquelle se fonde le droit pénal sont en outre en contradiction avec l'esprit fondamental de la stratégie de prévention du VIH et des IST en Suisse, qui impose une responsabilité individuelle aux personnes sexuellement actives : elles doivent être elles-mêmes responsables de la préservation de leur santé (sexuelle) et la prévention vise à leur en donner les moyens.

Toutes les prestations reposent sur le principe de l'égalité

La prévention ne peut réussir que si la discrimination et la stigmatisation sont dépassées. C'est ce qui explique l'engagement en faveur de l'égalité des personnes atteintes du VIH et d'IST dans le cadre de la stratégie. Il s'agit de sensibiliser la population, mais aussi les assurances, les employeurs et les autres acteurs. Le principe de l'égalité doit constituer le fondement de toutes les prestations fournies dans le cadre de la lutte contre le VIH et les autres IST. Toutes les mesures de prévention doivent être conçues de façon à ne pas discriminer les personnes atteintes du VIH ou d'IST chroniques.

En matière de lutte contre la discrimination/stigmatisation, le programme n'énonce pas d'objectifs à proprement parler, mais il définit les conditions qui doivent être réunies pour que la stratégie soit couronnée de succès. Les conditions sont également associées à des indicateurs mesurables et leur respect sera contrôlé de façon régulière et obligatoire.

¹⁰⁵ Voir à ce propos : Code pénal du 21 décembre 1937 (CP, RS 311.0), article 122 ss. (Lésions corporelles) et 231 (Propagation d'une maladie de l'homme)

¹⁰⁶ Dans son « Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health », présenté devant le Conseil des droits de l'homme de l'ONU, le 4 juin 2010, le rapporteur spécial Anand Grover a particulièrement analysé dans quelle mesure la criminalisation de la transmission du VIH va contre les principes des droits humains. (cfr. : <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf>) Une nouvelle initiative des Nations Unies, par le biais de UNPD et UNAIDS, Global Commission on HIV and the Law (<http://www.hivlawcommission.org>) va dresser un bilan des relations entre réponses juridiques, droits de l'homme et lutte contre le VIH.

Tâches :**1. Égalité et non discrimination**

Les personnes atteintes ou concernées par le VIH ou par une IST chronique ont les mêmes droits et les mêmes responsabilités que les personnes non infectées dans tous les domaines de l'existence. Les acteurs de la lutte contre le VIH et les IST veillent à ce que ce consensus social perdure et que la population soit sensibilisée au principe de l'égalité. L'engagement contre la discrimination des personnes atteintes du VIH et d'IST, et contre la stigmatisation autour du VIH/des IST est intégré de façon contraignante dans la pédagogie sexuelle et dans l'éducation sexuelle en milieu scolaire.

Les personnes atteintes du VIH ou d'une autre IST ne sont pas discriminées ni stigmatisées en raison de leur infection dans le travail, l'éducation, le domaine pénal et l'assurance. Les discriminations et les stigmatisations continuent, comme auparavant, à être identifiées par l'ASS et communiquées à la CFPS, dans le respect des dispositions en matière de protection des données. Des mesures concrètes garantissent que de telles discriminations et stigmatisations seront efficacement combattues et empêchées¹⁰⁷. Il existe des mesures spécifiques pour les groupes de migrants où la discrimination et la stigmatisation des personnes concernées sont particulièrement répandues. La recherche dans ce domaine étudie les raisons de la discrimination.

2. Participation et responsabilisation

Les personnes atteintes du VIH sont impliquées dans la lutte contre le VIH et les IST. Autrement dit, elles participent à l'élaboration de la stratégie, à la définition de mesures appropriées et contribuent à leur mise en œuvre et à leur évaluation¹⁰⁸. Les activités en faveur des personnes atteintes du VIH et d'IST visent toujours leur responsabilisation. La Confédération encourage la création et la mise en réseau d'organisations représentatives des personnes atteintes.

Étapes importantes :

1. Sur la base des états des lieux, la CFPS proposera pour la première fois fin 2012 puis régulièrement par la suite des contre-mesures adaptées aux collectivités qui discriminent des personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST.
2. D'ici fin 2013, la CFPS ordonnera un rapport qui rendra compte du respect des principes GIPA par les ONG/organisations à but non lucratif.

Responsabilités

- En collaboration avec la CFPS, la Confédération fera régulièrement contrôler la situation en matière d'égalité et veillera à ce que les résultats soient communiqués et publiés de façon appropriée. La Confédération et la CFPS veilleront en outre à ce que des contre-mesures appropriées soient proposées aux organisations qui enfreignent le principe d'égalité.
- La Confédération, en collaboration avec les cantons, veille à ce que les thèmes de la non-discrimination et de l'anti-stigmatisation soient intégrés dans la pédagogie sexuelle et l'éducation sexuelle en milieu scolaire.
- La Confédération soutient la création et la mise en réseau d'organisations représentatives des personnes atteintes du VIH.
- La CFPS contrôle périodiquement l'implication des organisations représentatives des personnes atteintes du VIH dans le travail de prévention du VIH et des IST.
- L'OFSP exige de ses mandataires dans le domaine VIH/IST que leurs produits et prestations favorisent l'égalité des personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST chronique.

¹⁰⁷ L'ONUSIDA a identifié dix domaines de discrimination :

I. Santé
II. Emploi
III. Justice/procédures judiciaires
IV. Administration
V. Protection sociale
VI. Logement
VII. Education
VIII. Vie familiale et reproductive
IX. Assurances et autres services financiers
X. Accès à d'autres services publics (par exemple, services funéraires)
UNAIDS (2000) Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV

¹⁰⁸ L'idée selon laquelle les expériences personnelles des personnes atteintes du VIH devraient et pourraient être mises à profit afin d'organiser une réponse à l'épidémie de VIH a été formellement acceptée lors du Paris AIDS Summit 1994, lorsque 42 pays ont fait du « Greater Involvement of People Living with HIV and AIDS (GIPA) » un critère pour la planification de réponses éthiques et efficaces à l'épidémie. UNAIDS (2007) The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy Brief

- Les *organisations de personnes atteintes du VIH* sont impliquées de façon ferme dans la mobilisation contre la discrimination des personnes atteintes du VIH et d'IST et la stigmatisation autour du VIH/des IST. Elles contribuent largement aux projets correspondants.
- L'ASS centralise les discriminations pour tous les organismes qui conseillent des personnes atteintes du VIH. Elle met ces informations à la disposition de la CFPS et se tient à sa disposition lors du développement et de la mise en œuvre de mesures appropriées pour éviter la discrimination.
- L'ASS contribue à la sensibilisation de la population à la discrimination et à la stigmatisation.

14.2 GOUVERNANCE – UNE COLLABORATION COORDONNÉE EN TANT QU'ÉLÉMENT-CLÉ D'UNE LUTTE RÉUSSIE CONTRE LE VIH ET LES AUTRES IST

« Le programme définit les objectifs des différents axes de prévention et clarifie les compétences des associations faitières. Il prévoit qu'elles tirent parti des synergies et coordonnent leurs activités. »¹⁰⁹

Collaboration avec les acteurs

Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (2011–2017) est une œuvre commune de la Confédération, des cantons et des principaux acteurs de la lutte contre le VIH et les IST. Conformément au mandat accordé par la loi sur les épidémies, la Confédération assume un rôle prépondérant lors de l'élaboration de la stratégie et sa coordination. Sa mise en œuvre s'effectue de manière partenariale, les cantons et d'autres parties prenantes jouant un rôle décisif. La coordination de cette collaboration sera aussi décrite comme «gouvernance».¹¹⁰

Cette collaboration entre les différents acteurs qui s'est développée au fil du temps se traduit par une certaine complexité du système de lutte contre le VIH/sida. Cette collaboration constitue cependant aussi une force depuis toujours : des spécialistes des domaines les plus variés s'engagent au service d'une même cause avec leurs compétences différentes. C'est pourquoi le nouveau programme a vu le jour dans cet esprit et renoue avec la tradition du travail commun.

Par le biais d'une enquête menée auprès des parties prenantes pendant la phase de conception du programme, l'OFSP voulait non seulement déterminer les forces et les faiblesses du programme national VIH/sida 2004–2008, mais aussi identifier les souhaits à l'égard du programme à développer (PNVI 2011–2017). C'est la raison pour laquelle il a chargé le Swiss Tropical and Public Health Institute de mener une enquête via le web parmi les acteurs de la lutte contre le VIH et les IST. Une centaine de parties prenantes y ont participé et sont parvenus à une conclusion évidente : le programme aurait réussi à définir une orientation commune pour la lutte contre le VIH/sida, mais la coordination entre les acteurs serait insuffisante. Les parties prenantes ont souhaité que la Confédération améliore cette coordination, que les rôles des différents acteurs soient par ailleurs décrits plus clairement et que les responsabilités soient définies de façon plus précise.¹¹¹

Un panel international d'experts qui a évalué le programme actuel sous la houlette du spécialiste de la santé publique Rolf Rosenbrock est également parvenu à une évaluation plutôt critique des structures du système suisse de lutte contre le VIH/sida. Celui-ci se caractériserait par un immobilisme structurel, et la dynamique de l'épidémie de VIH n'aurait pas suffisamment été prise en compte ces dernières années. Contrairement à la tendance internationale, la prévention du VIH n'aurait pas non plus été suffisamment abordée dans le contexte de la santé sexuelle.¹¹²

Le nouveau programme intègre les autres IST. Par conséquent, le passage de la prévention du VIH à la prévention VIH/IST devrait être reproduit dans les structures. Une répartition claire des rôles et des ressources selon des considérations de santé publique doit par ailleurs accroître l'efficacité future de la lutte contre le VIH et les IST. Les interventions doivent être basées sur des données scientifiques, l'adéquation et l'économicité. Il doit en outre y avoir de la place pour les innovations.¹¹³

¹⁰⁹ Thèse 1.7. extraite de : OFSP et al. (2009) Les thèses pour le développement du programme national VIH et IST 2011–2017

¹¹⁰ La notion de gouvernance désigne un système de conduite et de régulation au sens de structures (organisation structurelle et fonctionnelle) d'une unité politico-sociétale telle que l'Etat, l'administration, la commune, une organisation privée ou publique. Voir le glossaire pour un complément d'information à ce sujet.

¹¹¹ Kessler et al. (2009) Programme national VIH/sida et IST : Enquête en ligne auprès des parties prenantes 2009

¹¹² Rosenbrock et al. (2009) Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Expert Report.

¹¹³ Ibidem ; voir aussi : Kessler (2009) International Context Analysis. HIV & STI Strategies and Programmes : The European and International Reference

Tâches :**1. Coordination**

Il existe un concept de répartition des rôles et des tâches dans le travail de prévention du VIH et des autres IST en Suisse. L'élaboration de la stratégie nationale est placée sous la houlette de l'OFSP qui coordonne sa mise en œuvre au niveau fédéral. Le PNVI est en outre intégré dans un système mondial de prévention du VIH et des autres IST et s'appuie sur les recommandations, directives et critères de qualité des organisations spécialisées internationales (p. ex. OMS, ONUSIDA).

Le PNVI représente l'unité de doctrine largement acceptée pour tous les acteurs (Confédération, cantons, ONG, autres parties prenantes).

2. Qualité

Afin de garantir la grande qualité de la lutte contre le VIH et autres IST en Suisse et une utilisation efficace des moyens, l'accomplissement et l'attribution des tâches ainsi que l'affectation des ressources sont régulièrement surveillés et, le cas échéant, adaptés en relation avec les facteurs suivants : évolution épidémiologique¹¹⁴, importance pour la santé publique, qualité des différentes mesures de prévention, analyse coût-utilité.¹¹⁵

3. Extension aux IST

Les centres VCT et centres VIH régionaux ainsi que d'autres fournisseurs de prestations importants de la prévention du VIH étendent leur offre de conseil et de dépistage aux IST critiques pour la santé publique.

4. Surveillance de la stratégie :

Il incombe à la commission extraparlamentaire responsable qui conseille le Conseil fédéral (aujourd'hui la CFPS) de surveiller les évolutions dans le domaine de la prévention, du diagnostic et de la thérapie ainsi que les progrès médicaux. La Commission décide si la nouvelle évidence scientifique induit des ajustements du Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017. Le cas échéant, elle recommande à l'Office fédéral de la santé publique d'engager les modifications correspondantes.

5. Innovation

Un pool de financement des projets pour la promotion des projets innovants est créé. Il alimente des projets qui séduisent par leurs approches nouvelles, utilisent des méthodes inédites ou introduisent des mesures innovantes.

Etapas importantes

1. D'ici le 1^{er} janvier 2012, à savoir le début de la nouvelle période de quatre ans des commissions extraparlamentaires, le mandat de l'actuelle Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) sera redéfini conformément à la description des rôles du PNVI 2011–2017 en tenant compte de l'inclusion des IST. La question des groupes de travail constitués, le cas échéant en faisant appel à des experts supplémentaires, a également été clarifiée.
2. Un pool de financement des projets est en place jusqu'à la fin 2011 pour la promotion des projets innovants. Le programme correspondant sera élaboré par l'OFSP avec le concours des associations et organisations faîtières importantes.

Annexe

Les rôles des différents acteurs dans le cadre de la mise en œuvre du PNVI 2011–2017 sont proposés dans l'annexe 15.2. Cette clarification des rôles tient également lieu d'aperçu de la lutte contre le VIH et les IST en Suisse.

¹¹⁴ L'étendue de la propagation de tel ou tel agent pathogène n'est pas seule à entrer en ligne de compte. La dimension locale est également importante : elle permet par exemple de savoir si la plupart des nouvelles infections ont lieu en milieu urbain ou rural ou si certaines régions sont particulièrement touchées par un agent infectieux.

¹¹⁵ Voir également chapitre 14.3 « La surveillance de troisième génération »

14.3 LA PLANIFICATION DES MESURES (DE PRÉVENTION) S'APPUIE SUR L'ÉVIDENCE SCIENTIFIQUE

« Les mesures du nouveau programme VIH et autres IST doivent reposer sur des données scientifiques, être opportunes et avoir un caractère économique. »¹¹⁶

Besoin d'innovation dans le domaine de la surveillance

Le travail suisse de prévention se fonde sur des données scientifiques : la base des interventions repose sur la surveillance des transmissions du VIH et des IST ainsi que sur la surveillance des interruptions de grossesses. De même, le comportement de la population générale et de certains groupes de population davantage touchés par le VIH est surveillé.

Au moment de l'élaboration du programme, les décisions stratégiques en matière d'allocation des ressources dans la prévention du VIH et des autres IST sont difficiles à prendre dans la mesure où les différentes mesures de prévention ne peuvent pas être comparées en termes d'efficacité et de coûts. Pour faciliter les comparaisons, le programme prévoit l'analyse coûts-utilité par des indicateurs appropriés. Les lacunes qui affectent les données de la surveillance doivent être comblées à cet effet.

Dans le cadre du PNVI, un système complet de **surveillance de troisième génération** doit donc être formulée et appliquée.¹¹⁷ D'une part, il s'agit de mieux reconnaître les changements dans le nombre de nouveaux diagnostics ainsi que les changements des comportements de chacun, en particulier dans certains groupes de population particulièrement touchés. D'autre part, les décideurs politiques doivent par ailleurs disposer d'instruments plus précis afin de pouvoir évaluer les interventions qui pourraient être payantes. La surveillance de troisième génération représente donc un instrument important pour l'assurance qualité et l'évaluation de l'efficacité de la prévention.

Les agents pathogènes du VIH et des IST ne s'arrêtant pas aux frontières nationales, il est nécessaire que la Suisse

s'intègre également dans un système européen avec sa surveillance VIH/IST. Un système de surveillance européen est en cours de constitution depuis 2008 sous l'égide de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control).¹¹⁸ Pour l'essentiel, les indicateurs proposés par l'ECDC pour la surveillance comportementale sont dès à présent compatibles avec les indicateurs suisses, de sorte qu'une intégration du système suisse dans le système européen ne devrait pas rencontrer d'obstacles insurmontables.

La surveillance en Suisse (situation 2010)

Avec une prévalence du VIH inférieure à 0,5% dans la population générale et supérieure à 5% dans les groupes à risque (HSH, migrants de pays où l'épidémie est généralisée, consommateurs de drogue par injection), la Suisse présente une épidémie de VIH concentrée selon la définition de l'ONUSIDA.¹¹⁹ Selon des estimations, la prévalence de la plupart des autres IST dans la population générale est également inférieure à 1%. Les exceptions sont constituées par trichomonas, HSV 1+2, chlamydia (particulièrement chez les jeunes femmes) et HPV, où la prévalence dans la population générale devrait être nettement plus élevée. Pour ce qui est des autres IST, les agents pathogènes sont également particulièrement répandus dans certains groupes de population, notamment chez HSH dans le cas de la syphilis et de la gonorrhée et en partie chez les travailleurs et travailleuses du sexe.

S'agissant des pays touchés par une épidémie de VIH concentrée, l'ONUSIDA¹²⁰ recommande les mesures suivantes :

- Système de déclaration pour les nouveaux diagnostics du VIH/sida et des autres IST
- Enquête sur les dons de sang
- Surveillance des IST et des autres facteurs de risque biologique
- Surveillance biologique dans les groupes menacés ou dans les groupes ayant des comportements à risque
- Collecte de données comportementales dans les groupes à comportement à risque (étude transversale)
- Collecte de données biologiques et comportementales dans des groupes dits « Bridging Groups » (personnes ayant des comportements à risque *et* un contact avec la population générale)

¹¹⁶ Thèse 1.4. extraite de : OFSP et al. (2009) Les thèses pour le développement du programme national VIH et IST 2011–2017

¹¹⁷ La surveillance de troisième génération (Third Generation Surveillance, TGS) désigne un système de surveillance complet, où les différentes mesures de prévention et offres de suivi sont soumises à un monitoring afin d'en déterminer l'efficacité, parallèlement à la surveillance biologique et à la surveillance comportementale. Le monitoring inclut également une analyse coût-utilité. L'objectif de la surveillance de troisième génération consiste à faire en sorte que les mesures de prévention puissent être comparées en termes de coûts et d'utilité afin de définir des priorités.

¹¹⁸ European Centre for Disease Prevention and Control ECDC (2009) Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Technical Report

¹¹⁹ Office fédéral de la santé publique (2010) Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS. Suisse. Période considérée : janvier 2008–décembre 2009

¹²⁰ UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2000) Guidelines for Second generation HIV Surveillance. Second generation surveillance for HIV : The next decade

- Enquêtes transversales portant sur le comportement dans la population générale, notamment chez les jeunes (il s'agit de démontrer les liens entre des personnes ayant des comportements à faible risque et des groupes à prévalence accrue du VIH) ; il est conseillé de réitérer ces enquêtes transversales tous les 4 à 5 ans
- Surveillance sentinelle du VIH dans la population générale (p. ex. chez les femmes enceintes), notamment dans les zones urbaines

La Suisse respecte en principe les recommandations de l'OMS, mais le système de surveillance n'en présente pas moins quelques lacunes. Etant donné que l'obligation de déclarer le VIH (et depuis 2008 la gonorrhée) fonctionne relativement bien, l'évolution épidémiologique de ces infections peut être décrite et analysée par rapport aux groupes concernés. Le retour des déclarations complémentaires des médecins est moins important dans le cas de la syphilis, d'où la difficulté de tirer des conclusions différenciées (par exemple à propos du mode de transmission). Pour d'autres IST, les déclarations complémentaires font entièrement défaut (*Chlamydia trachomatis*), ou il n'y a aucune obligation de déclarer (c'est p. ex. le cas du HSV), rendant impossible toute évaluation fiable du nombre de cas pour ces agents pathogènes.

La surveillance comportementale est établie et parfois exemplaire dans les domaines de la population générale, des jeunes, des HSH, des IDU et des personnes atteintes du VIH/sida. Dans d'autres groupes menacés, la surveillance comportementale vient tout juste d'être amorcée (par exemple chez les migrants) ou ne repose que sur des déclarations d'experts (dans le cas des travailleuses du sexe).¹²¹

En Suisse, il manque également une sérosurveillance globale. Par conséquent, des efforts sont nécessaires pour obtenir des valeurs mesurables permettant d'estimer la prévalence et l'incidence dans la population générale et chez les groupes vulnérables. Au moment de l'élaboration du programme, les questions sur l'incidence ou la prévalence ne trouvent que des réponses rudimentaires.

L'épidémiologie moléculaire apporte en outre une contribution essentielle à la compréhension de l'épidémie de VIH. Elle permet en effet de savoir quelles souches du virus VIH se diffusent par quelles chaînes de personnes. La méthode de l'épidémiologie moléculaire permet d'identifier des « clusters » ou groupes de personnes qui se sont toutes infectées avec la même souche du virus. L'épidémiologie moléculaire peut ainsi apporter un soutien déter-

minant à la prévention ciblée (toujours dans le respect des droits de la personnalité et de la protection des données) et déterminer l'effet de certaines mesures de prévention (par exemple la distribution de matériel d'injection stérile à des consommateurs de drogue). Les possibilités de l'épidémiologie moléculaire n'ont pas encore été épuisées.

Monitoring/Evaluation

De nombreuses mesures de prévention ont fait l'objet d'une évaluation qualitative en Suisse et les enquêtes précitées donnent des indices de leur efficacité. Mais les analyses coût-utilité systématiques des différentes mesures de prévention qui relèveraient d'un système de surveillance de troisième génération font défaut.

L'étude suisse de cohorte VIH fournit des données fiables quant à la qualité du traitement et de la thérapie des patients séropositifs. En matière d'IST, il n'y a en revanche aucune étude systématique de la qualité du diagnostic et du traitement.

Tâches

1. Evidence scientifique

La surveillance, le monitoring, l'évaluation et la recherche constituent la base d'une lutte efficace contre le VIH et les autres IST : les interventions dans les domaines de la prévention ainsi que du diagnostic et du traitement s'appuient sur les données scientifiques ainsi collectées. Les enseignements tirés des données scientifiques (nationales et internationales) sont à la disposition de tous les acteurs. La Confédération et ses partenaires déterminent des modèles de bonnes pratiques et les mettent en œuvre.

2. Surveillance de troisième génération

Un système fiable, coordonné et complémentaire de surveillance de troisième génération est créé en Suisse pour le VIH et certaines IST.¹²² Les données sont collectées en accord et avec la participation des parties concernées. La protection des données et les droits de l'homme sont ainsi garantis.

¹²¹ Jeannin et al. (2010) Système de suivi de la stratégie de la lutte contre le VIH/sida en Suisse. Rapport de synthèse 2004–2008

¹²² Le concept définit et hiérarchise la pertinence des différentes IST pour la santé publique.

Sous-tâches

a) Surveillance

La déclaration obligatoire du VIH et du nombre total de tests VIH est maintenue, la grande qualité est préservée et optimisée.

La déclaration obligatoire dans le domaine des IST pertinentes pour la santé publique sera révisée. Le concept correspondant sera élaboré conjointement par l'OFSP et ses partenaires. Les données sont compatibles avec les données de déclaration du VIH, le concept s'inspire de la synergie potentielle avec le concept de déclaration du VIH. Il est accepté par les acteurs participant au système.

L'OFSP évalue régulièrement et systématiquement les données obtenues par le biais des déclarations complémentaires, les transmet aux comités internationaux pertinents et les porte à la connaissance des acteurs de la lutte contre le VIH et les IST.

Dépistage précoce : Un système sentinelle servant de système d'alerte est mis en place dans des centres choisis (p. ex. checkpoints, centres de dépistage spécifiques pour les travailleurs/travailleuses du sexe et centres gynécologiques des hôpitaux universitaires) afin d'obtenir des informations plus détaillées sur l'évolution du nombre de cas et des tendances du VIH et des IST dans les groupes de population plus touchés ou vulnérables (notamment chez les HSH, les travailleurs et travailleuses du sexe et les migrants). Ces centres s'occupent de la surveillance permanente et forment ensemble et avec l'OFSP un cercle de qualité qui assure l'échange régulier. Les centres doivent remplir la fonction d'alerte précoce.

Premier axe de surveillance : La Confédération ordonne régulièrement des enquêtes sur le comportement sexuel dans la population générale par le biais de l'enquête suisse sur la santé ou d'enquêtes spécifiques.

Deuxième axe de surveillance : A la demande de la Confédération, les groupes de population particulièrement touchés par le VIH ou des IST sont systématiquement surveillés grâce à des enquêtes sur le comportement et, si nécessaire, par des études de prévalence.

Troisième axe de surveillance : L'état de santé physique et psychique des personnes séropositives est régulièrement et systématiquement déterminé dans le cadre de l'étude de cohorte et elles sont interrogées sur leur satisfaction à l'égard des prestations (médicales et psychosociales) proposées et sur leur comportement en termes d'adhésion et de santé sexuelle.

Chez les personnes qui ont été traitées pour une IST, des enquêtes ultérieures par échantillonnage renseignent sur l'efficacité du traitement dont ont bénéficié les patients.

Les résistances aux médicaments sont documentées ; il existe un monitoring fiable des résistances.

b) Monitoring/Evaluation

Les mesures effectuées dans le cadre de la prévention des IST et du VIH sont soumises à un monitoring professionnel ; leur efficacité est régulièrement évaluée. L'évaluation inclut une analyse coût-utilité de mesures, notamment des mesures pour les membres des groupes cibles désignés.

Analyse coût-utilité : les mesures de prévention et les offres de prise en charge sont régulièrement contrôlées grâce à des indicateurs clés et soumises à une analyse coût-utilité. Un indicateur approprié (p. ex. QALY) doit être défini.

c) Epidémiologie moléculaire

Des études au niveau moléculaire (au moyen d'analyses phylogénétiques) renseignent sur les chaînes de transmission par lesquelles le virus IH se propage en Suisse. Ces études sont régulièrement réalisées avec le consentement des personnes concernées. La protection des données et les droits de la personnalité sont respectés. Les études ont pour objectif de déterminer les mesures de prévention appropriées ou particulièrement importantes.

d) Mise en réseau/transfert de connaissances :

1. Des spécialistes et des institutions travaillant en Suisse dans le domaine de la surveillance, du monitoring, de l'évaluation et de la recherche échangent régulièrement leurs conclusions entre eux et avec les institutions et spécialistes importants à l'étranger. Les canaux pour l'échange régulier ont été mis en place (p. ex. plateforme Internet).
2. Une meilleure collaboration avec le corps médical permet d'augmenter le nombre et la qualité des déclarations complémentaires.
3. Les données recueillies en Suisse sont harmonisées. Les indicateurs sont compatibles avec les indicateurs européens.

e) Analyse/Evaluation

Un groupe de spécialistes appropriés sous la houlette de la commission extraparlamentaire compétente (aujourd'hui la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida, CFPS) est responsable de l'analyse complète et cohérente des données et enseignements obtenus au cours de la surveillance. L'analyse et l'évaluation se basent sur le concept élaboré conjointement. Le groupe rédige au moins une fois par an une description de la situation actuelle. Cette mission inclut :

1. Une évaluation de l'évolution de l'épidémie de VIH et de l'épidémie d'IST ainsi que des risques dans différents groupes de population.
2. La communication des conclusions et recommandations à la commission extraparlamentaire compétente et à l'OFSP, pour que les corrections nécessaires des interventions ou des interventions supplémentaires puissent être mises en œuvre.

Étapes importantes

1. Un concept incluant une étude de faisabilité sur l'introduction d'un système de surveillance efficace de troisième génération (« Third Generation Surveillance System ») s'applique jusqu'en 2012. Ses indicateurs sont compatibles avec les indicateurs de l'ECDC et de l'UNGASS. Le concept inclut une définition et une hiérarchisation de la pertinence des différentes IST pour la santé publique (VIH compris).
2. Un concept incluant un avant-projet clarifiant les questions ouvertes pour un système de déclaration moderne et efficace dans le domaine des IST critiques pour la santé publique sera en place d'ici fin 2011. Les partenaires sont associés à l'élaboration du concept.
3. Fin 2013, le système de déclaration sera évalué pour la première fois. Ensuite, une évaluation périodique aura lieu pouvant aussi révéler l'importance du taux d'erreur du système de déclaration.

14.4 UNE RECHERCHE CIBLÉE COMBLE LES DÉFICITS DE CONNAISSANCES

Les besoins en recherche dans le domaine de la santé sexuelle

Conjointement avec les données du système d'annonce, du monitoring et de l'évaluation et avec le concours des enseignements tirés de la pratique, les résultats des recherches forment la base d'une lutte efficace contre le VIH et les IST.

La recherche en matière de VIH est très développée et doit conserver une grande importance dans le cadre de la recherche et de la lutte contre le VIH. Durant l'élaboration du PNVI, il est en effet apparu qu'il existait un important déficit de connaissances dans le domaine de la santé sexuelle et des IST. C'est pourquoi les membres de la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) ont suggéré à maintes reprises de combler ces déficits et d'établir les données scientifiques requises pour une future stratégie innovante pour la promotion de la santé sexuelle. Par la suite, l'OFSP a mandaté une spécialiste externe de la recherche¹²³ pour qu'elle analyse le panorama de la recherche en Suisse dans le domaine du VIH, des IST et de la santé sexuelle et soumette à l'OFSP des recommandations en vue de la promotion de la recherche (cf. l'annexe 15.6). Le chapitre suivant se base sur son étude.¹²⁴

Différents accès à la recherche

À l'instar de nombreux domaines de la recherche sanitaire, les thèmes de la santé sexuelle mais aussi du VIH et des autres IST se fondent sur trois accès à la recherche :

■ **Recherche fondamentale biomédicale** : la recherche fondamentale biomédicale recherche les causes biologiques et génétiques des maladies afin de soigner ces causes ou de les prévenir efficacement. Une collaboration étroite entre la recherche fondamentale et la recherche clinique est incontournable, car en l'absence de recherche fondamentale appropriée, il est impossible de quantifier les effets cliniques du traitement. Les plus gros efforts en matière de recherche biomédicale sont fournis par les entreprises pharmaceutiques. Le Fonds National Suisse ainsi que plusieurs hôpitaux universitaires et facultés de médecine des universités font cependant aussi de la recherche dans le domaine de la santé sexuelle et des IST.

¹²³ Il s'agit de Madame Barbara Haering, ancienne Conseillère nationale, experte de différentes commissions et membre de différents comités dans le domaine de la politique de recherche, par exemple du Conseil des EPF et du Comité de l'Espace européen de la recherche (ERAB) de l'Union européenne.

¹²⁴ Haering et al. (2010) Forschung zu Sexual Health/STI : Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Rapport final à l'intention de l'OFSP

■ **Recherche clinique** : la recherche clinique cherche des moyens de guérir les maladies ou d'en atténuer les symptômes. La recherche clinique et thérapeutique couvre les aspects de la recherche axée sur les maladies et les patients, l'épidémiologie et la prévention. Dans ce contexte, on étudie l'influence d'un traitement médical sur l'évolution d'une maladie. L'étude suisse de cohorte VIH (Swiss HIV Cohort Study, SHCS)¹²⁵ représente actuellement le principal vecteur de recherche actif dans la recherche clinique. Différentes études cliniques et de surveillance s'appuient sur la SHCS¹²⁶, la plupart des études cliniques ainsi que certaines études épidémiologiques et en sciences sociales se basent sur les données de la SHCS. Parallèlement à ce gros projet, différents instituts des hôpitaux universitaires et universités s'intéressent encore à des projets de recherche clinique de moindre envergure. De nombreuses sociétés pharmaceutiques pratiquent également une recherche clinique poussée.

■ **Recherche sur la santé publique et en sciences sociales** : la recherche en santé publique ou recherche sanitaire s'intéresse aux conditions individuelles, économiques, juridiques et sociétales dans lesquelles la population peut atteindre et préserver un bon niveau de santé (OFSP 2003). Les questions axées sur la pratique et les problématiques dans les domaines de recherche « Disease Management » (gestion du traitement) et « Disease Prevention » (prévention de la maladie) sont prioritaires pour le PNVI en matière de recherche sur la santé publique et en sciences sociales. La recherche se consacre aux thèmes suivants : prévention primaire, secondaire et tertiaire du VIH/sida, vivre avec le VIH dans la perspective des personnes concernées et avec les aspects sociaux, économiques, juridiques et politiques afférents ainsi que la recherche sur le système de traitement et de suivi. Certaines universités et hautes écoles spécialisées étudient des problématiques scientifiques concernant la question de la santé sexuelle et des IST. Dans le cadre de projets de recherche sectorielle, des entreprises de recherche privées effectuent de temps à autre des recherches dans ce domaine.

L'évolution de l'encouragement de la recherche dans le domaine de la santé sexuelle en Suisse

A ce jour, les pouvoirs publics en Suisse n'ont pratiquement encouragé que la recherche sur le VIH dans le domaine de la santé sexuelle. Début 1990, le Conseil fédéral a décidé d'encourager la recherche sur le VIH/sida de façon spécifique. Un programme national fut alors initié, donnant le coup d'envoi de la première phase de l'encouragement de

la recherche sur le VIH/sida. La direction de ce programme fut confiée à la Commission fédérale extraparlamentaire de contrôle de la recherche sur le sida (CCRS). Cette dernière a occupé une place particulière dans l'histoire de l'encouragement de la recherche en Suisse. A ce jour, l'encouragement de la recherche fondamentale par une commission multidisciplinaire indépendante, mise en place par le Conseil fédéral, affiliée à un Office fédéral du point de vue organisationnel et assurant non seulement le financement de la recherche, mais aussi l'animation, le contrôle de qualité et la coordination est resté un cas unique.

La CCRS fut dissoute début 2000 et la recherche spécifique sur le VIH/sida intégrée dans le Fonds national suisse (FNS). Le FNS a créé la Commission sida et nommé les membres de la CCRS dans cette nouvelle commission. A l'expiration du mandat de la Commission sida en 2004, la totalité de l'encouragement de la recherche dans le domaine de la santé sexuelle, VIH/sida compris, fut intégré dans l'encouragement normal des projets FNS (Division I pour les sciences humaines et sociales et Division III pour la biologie et la médecine). Il n'existe par conséquent plus de structures spécifiques pour le VIH/sida ou la santé sexuelle au sein du FNS, que ce soit au plan national ou international.¹²⁷

Alors que le VIH/sida faisait l'objet de recherches intensives depuis les années 1980, les autres infections sexuellement transmissibles ont suscité peu d'intérêt et ont été négligées. Il existe aujourd'hui des déficits de recherche et de connaissances dans pratiquement tous les domaines liés à la thématique des IST, car dans beaucoup d'instituts de recherche publics (principalement les universités) l'accent est encore souvent mis sur la recherche sur le VIH/sida. Par ailleurs, la mutation des structures de recherche décrite plus haut a mis sous pression financière la recherche en santé publique dans tout le domaine de la santé sexuelle (IST et VIH), car elle ne dispose plus d'aucun instrument d'encouragement dédié. Les deux autres axes de recherche (recherche fondamentale biomédicale et recherche clinique) ont pu compenser la dissolution de la Commission VIH/sida grâce à d'autres instruments d'encouragement. Dans le cas de la recherche clinique, ce fut possible grâce à la Commission spécialisée « Recherche clinique orientée vers les patients » (PaKliF) et dans celui de la recherche biomédicale grâce à des fondations privées ainsi qu'à la pratique en matière d'encouragement de la Division III du FNS. L'économie privée a par ailleurs un intérêt marqué pour la recherche dans le domaine clinique et biomédical. Les trois axes de recherche ne bénéficient donc pas aujourd'hui d'une attention égale.

¹²⁵ Complément d'information sur la SHCS : Glossaire.

¹²⁶ Exemples dans : Haering et al. (2010), annexe A3

¹²⁷ Pour une description détaillée, voir Haering et al. (2010) Forschung zu Sexual Health/STI : Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Rapport final à l'intention de l'OFSP

Encouragement de la recherche sur la santé sexuelle

L'analyse de la situation en Allemagne montre que la recherche dans le domaine de la santé sexuelle, notamment de la recherche sur la santé publique, s'étiole en l'absence d'encouragement spécifique.¹²⁸ A l'avenir, les entreprises pharmaceutiques n'accorderont pas non plus la priorité à la recherche en santé publique dans le domaine de la santé sexuelle mais à la recherche sur les médicaments et les vaccins dans le domaine du VIH. Les autres instituts de recherche ressentiront fortement la pression de la concurrence et auront beaucoup de mal à lancer des projets de recherche. Les projets de recherche prévus sont souvent trop modestes ou trop axés sur une application pour l'encouragement classique de la recherche par le FNS.

Le PNVI vise à encourager la recherche dans le domaine de la santé sexuelle, notamment la recherche fondamentale et clinique dans le domaine des IST et la recherche en santé publique dans le domaine du VIH et des IST. Il manque en effet les données scientifiques garantissant une action publique efficace.

L'étude ordonnée par l'OFSP¹²⁹ afin de déterminer quel serait le moyen le plus efficace pour encourager cette recherche dresse en conséquence le bilan suivant :

Il ne suffit pas de déposer des projets de recherche concrets auprès des institutions d'encouragement pour encourager efficacement la recherche dans le domaine de la santé sexuelle/des IST ainsi que la recherche en matière de santé publique. Il est au contraire indispensable d'ancrer le domaine de recherche de la santé sexuelle/des IST dans les concepts stratégiques de ces institutions et de sensibiliser l'opinion à ce thème.

Les tâches pour le PNVI se déduisent de cette conclusion :

Tâches

1. De la recherche sur le sida à la recherche en matière de VIH/IST/santé sexuelle :

- La recherche accorde une plus grande importance aux IST et à la santé sexuelle. Les besoins importants et imminents en matière de recherche sont déterminés et la remise des projets aux institutions correspondantes en vue d'un encouragement de la recherche est soutenue.
- Des projets consacrés à la santé sexuelle sont mis au concours dans le domaine de la recherche sectorielle de l'OFSP.
- Il est tenu compte des spécificités, interdépendances et recoupements des domaines de recherche VIH, autres IST et santé sexuelle dans les mises au concours et les dépôts de projet.

2. Renforcement de la recherche sur la santé publique :

- La recherche sur la santé publique devient une partie prenante indépendante au service de l'assurance qualité de l'action publique dans le domaine VIH, autres IST et santé sexuelle, parallèlement à la recherche fondamentale et clinique.

3. Une plate-forme de recherche en santé publique sur VIH/IST/santé sexuelle alimente et organise en réseau tous les acteurs importants de la recherche.

4. Etude suisse de cohorte VIH (SHCS) :

- Le financement de l'étude suisse de cohorte VIH doit être assuré.
- Elle s'ouvre à la recherche sur la santé publique et participe personnellement à une plate-forme de recherche en santé publique.

Etape importante

Une plate-forme de recherche en santé publique prendra ses fonctions dès 2012 comme instance de coordination et de contact pour les acteurs de la recherche focalisés sur l'action.

¹²⁸ Frey et al. (2006) Sozialwissenschaftliche HIV/Aids-Forschung in der Schweiz 1987–2006. Förderung, Vermittlung und zukünftige Entwicklung. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 4

¹²⁹ Haering et al. (2010)

14.5 INSERTION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LES IST DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL

La thèse :

« Le nouveau programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 est intégré dans un système mondial de prévention du VIH/sida et des IST. Cette intégration porte sur trois dimensions différentes :

- La Suisse fonde son programme de lutte contre le VIH et les IST sur les recommandations, directives et critères de qualité des organisations spécialisées internationales (p. ex. OMS, ONUSIDA) et respecte les engagements et traités conclus avec d'autres Etats et organisations supranationales (p. ex. UNGASS).
- Compte tenu de sa grande expérience dans la lutte contre le VIH/sida et de ses ressources suffisantes, la Suisse doit apporter la preuve de sa solidarité avec les nations concernées en s'engageant à collaborer au développement. Or, c'est justement dans la collaboration au développement que le lien entre SSR et VIH/STI est essentiel pour un ancrage durable. Les compétences correspondantes sont définies dans le programme.
- Une collaboration de qualité avec les partenaires européens contribue à l'amélioration de la qualité du programme. »

Situation initiale

Les maladies transmissibles ne respectent aucune frontière nationale. Forte de ce constat évident, la lutte contre le VIH et les autres IST prend logiquement une dimension internationale. Eu égard à l'imbrication internationale, à la mobilité et à la migration, les mesures mondiales sont non seulement une question de solidarité mais sont aussi dans l'intérêt le plus profond de la Suisse.

La « déclaration d'engagement sur le VIH/sida »¹³⁰ (2001) et l'objectif n° 6 des « Objectifs du Millénaire pour le développement » (2000) de l'Assemblée générale des Nations

Unies¹³¹ orientent la lutte contre le VIH/sida au niveau international.

Ces engagements mondiaux furent réitérés et confortés en 2006 à l'occasion de l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies d'une nouvelle déclaration politique qui donne la priorité au concept d'accès généralisé à la prévention, au diagnostic, au traitement et au suivi.¹³²

La Suisse s'implique dans la responsabilité pour la lutte contre le VIH/sida au niveau mondial. Elle assume ses engagements internationaux activement et avec cohérence – grâce à son engagement technique et financier dans la collaboration bilatérale et multilatérale, p. ex. dans des organisations non gouvernementales internationales, telles que Aidsfocus et IPPF ou à des organisations internationales telles que ONUSIDA, OMS, GFATM (The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria), UNFPA (United Nations Population Fund), la Banque mondiale et au transfert de technologie et de connaissances. La Suisse contribue également au dialogue international en apportant son expertise ainsi que ses expériences et bonnes pratiques de la lutte nationale contre le VIH/sida.

La Suisse donne en outre régulièrement une réponse favorable aux demandes de monitoring de l'UNGASS sur l'état de la lutte contre le VIH/sida en Suisse et participe de différentes manières aux grandes conférences internationales sur le VIH/sida. Depuis l'adoption du programme antérieur (PNVS 04–08)¹³³, on enregistre également des évolutions majeures dans la coordination de la lutte contre le VIH/sida au niveau européen.

Le 24 février 2004, tous les Etats membres de la région européenne de l'OMS ont adopté à Dublin une déclaration intitulée « Faire tomber les barrières : partenariat pour lutter contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale », qui appelle à renforcer la capacité des pays de la région à lutter contre la propagation du VIH/sida.¹³⁴ Cette déclaration a permis pour la première fois la coordination de la lutte contre le VIH/sida au niveau européen et la mise en place des structures correspondantes.

¹³⁰ La « déclaration d'engagement sur le VIH/sida » fut adoptée en 2001 lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. Elle décrit l'étendue de l'épidémie de VIH, ses conséquences et les réponses appropriées à cette épidémie. Elle reflète également l'engagement correspondant des Etats participants. La Suisse y a participé et a signé cette déclaration dite UNGASS (ONU [2001] Declaration of Commitment on HIV/AIDS).

¹³¹ Les « Objectifs du Millénaire pour le développement » qui doivent être mis en œuvre d'ici 2015 font partie de la Déclaration du Millénaire adoptée lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2000. L'objectif n° 6 inclut notamment la lutte contre le VIH/sida. (United Nations [2000] United Nations Millennium Development Declaration)

¹³² ONU (2006) Political Declaration on HIV/AIDS

¹³³ Office fédéral de la santé publique (2003) Programme national VIH/sida 2004–2008

¹³⁴ Member States of the WHO European Region (2004) Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia

L'Union européenne a engagé des mesures concrètes à l'issue de cette Déclaration, en donnant naissance dans un premier temps au Think Tank VIH. Les autres pays européens (dont la Suisse) appartiennent également à ce forum de discussion qui se réunit deux fois par an.

En 2005, l'Union européenne a également fondé l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), une agence spécialisée ayant son siège à Stockholm, dont la mission consiste à renforcer la coordination européenne dans la lutte contre les maladies transmissibles, y compris le VIH et les autres IST. Une adhésion de la Suisse à l'ECDC a rencontré un écho très positif auprès d'une grande majorité des acteurs de la lutte contre le VIH/sida, à l'occasion des consultations en vue de la préparation du présent programme. Une telle adhésion dépend toutefois des négociations en cours sur un accord santé entre la Suisse et l'Union européenne.

La mobilité et la migration conditionnent la coordination et coopération internationale

En Suisse, les migrants originaires de certains pays d'Afrique subsaharienne représentent toujours un groupe cible, compte tenu de la prévalence accrue dans leurs pays d'origine (voir également le chapitre 6.1 La prévention requiert une participation et vise la responsabilisation).

Les flux migratoires entre l'Afrique et l'Europe devraient se maintenir et même augmenter au cours des prochaines années. Cette situation concerne non seulement la Suisse mais aussi de nombreux autres pays européens. La mobilité intereuropéenne de ces catégories de population a augmenté depuis l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes. On constate également une mobilité croissante entre le pays d'accueil et le pays d'origine chez les migrants au bénéfice d'un statut de séjour régulier en Suisse.

Cette situation requiert la collaboration et la mise à profit de synergies, notamment avec les pays européens voisins. L'administration fédérale, représentée par l'OFSP, la DDC et l'OFM, ainsi que les ONG telles que l'ASS et celles qui se concentrent sur les migrants d'Afrique subsaharienne doivent rechercher des possibilités d'échange, de dialogue et de coordination. Des stratégies innovantes ainsi que des projets et méthodes de prévention transfrontaliers doivent être examinés à cette occasion.

La situation des épidémies de VIH et autres IST en Europe de l'Est est également intéressante pour la Suisse, non seulement à cause de la possibilité d'introduire des expériences suisses dans la lutte contre ces épidémies, mais aussi dans la perspective de l'épidémie nationale. Les flux migratoires mais aussi la forte mobilité induite par les rela-

tions économiques, le tourisme et le commerce du sexe dans des pays à prévalence croissante peuvent avoir une incidence sur la situation nationale. La Suisse suit cette évolution dans le cadre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles et anticipe si nécessaire des mesures de prévention appropriées.

Répartition des rôles

Les instruments internationaux et la position internationale de la Suisse impliquent différentes responsabilités concernant nos relations internationales, qu'il convient de préciser.

Les efforts doivent d'une part se poursuivre dans le cadre de l'aide internationale au développement de la Suisse, conformément aux instruments de notre politique extérieure et principalement sous la houlette de la DDC, qui assume un rôle de coordination.

D'autre part, la lutte nationale doit s'appuyer sur les directives prescrites par les instruments internationaux et les engagements contractés. Les développements importants de la coordination européenne de la lutte contre le VIH et les IST enregistrés depuis 2004, la situation géographique de la Suisse au cœur de l'Europe ainsi que la mobilité accrue des gens et les données de référence épidémiologiques comparables en Suisse et dans les autres pays industrialisés d'Europe nécessitent une coopération plus intense qu'avant au niveau européen. La responsabilité en incombe pour l'essentiel à l'OFSP en coordination avec l'OFM et la DDC.

Les deux aspects internationaux de la lutte contre le VIH et les autres IST impliquent évidemment une coordination de qualité entre les différents acteurs. Depuis 2006, il existe à cet effet une convention d'objectifs entre le DFI et le DFAE, qui vise une politique extérieure cohérente de la Suisse dans le domaine de la santé (politique extérieure en matière de santé, GAP¹³⁵). Une étroite collaboration et coordination entre le DFAE (DDC et Direction politique) et l'OFSP est possible grâce à la politique extérieure en matière de santé. Elle réunit par ailleurs régulièrement les autres parties prenantes de l'administration fédérale concernées par la santé au sein d'une conférence interdépartementale et d'un groupe de travail interdépartemental. La lutte contre le VIH/sida constitue expressément l'un des objectifs de la politique extérieure en matière de santé.

¹³⁵ Département fédéral de l'intérieur DFI et al. (2006) Politique extérieure suisse en matière de santé. Convention d'objectifs pour la politique extérieure en matière de santé

Tâches

1. Coordination

La Suisse coordonne le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles avec les efforts entrepris dans le domaine du VIH et des IST ainsi que de la santé sexuelle et reproductive dans le cadre de la collaboration internationale

Sous la houlette de la DDC, la Suisse contribue à la lutte contre le VIH et les autres IST et à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive dans les pays en développement et émergents, dans le but de réduire la pauvreté et de renforcer la solidarité internationale. Au sens de la politique extérieure en matière de santé de la Suisse, le présent programme joue un rôle complémentaire dans le domaine de la coordination internationale et vise une approche cohérente avec la coopération internationale. Le dialogue entre les acteurs suisses de la réponse nationale et internationale au VIH et autres IST est renforcé. L'OFSP, la DDC et les autres offices fédéraux coordonnent régulièrement leurs contributions et veillent très tôt à s'impliquer mutuellement dans la consultation des nouveaux développements de programmes et de stratégies. La CFPS soutient notamment cet objectif et garantit également l'implication des acteurs non-étatiques dans le processus d'échange et d'apprentissage (société civile, ONG, clinique et recherche, etc.). Le mandat, les principaux principes de coopération de la collaboration internationale et la stratégie de travail VIH de la DDC sont connus des acteurs suisses et des principales associations faitières exerçant des activités internationales. Les « lessons learned » du programme national et la contribution suisse à l'UNGASS et au sixième objectif du Millénaire pour le développement sont diffusés aux plans national et international. La DDC tient compte des expertises établies de la réponse nationale au VIH, par exemple la lutte contre la stigmatisation et la discrimination de certaines catégories vulnérables (toxicomanes, HSH, travailleurs et travailleuses du sexe, populations mobiles, etc.) ou les approches de Harm Reduction, lorsque cela s'avère utile dans le contexte respectif et apparaît comme une priorité dans le dialogue avec les partenaires dans les pays de coopération.¹³⁶

Eu égard à la mobilité intra-européenne croissante, l'évolution des épidémies dans les pays émergents d'Europe de l'Est est particulièrement intéressante et importante pour la Suisse.

2. Coopération

Le programme national suisse fait partie intégrante de la réponse européenne au VIH et aux autres IST

Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 est jugé exemplaire au plan international et l'expertise suisse en matière de VIH est mondialement recherchée. Une mise en réseau et collaboration satisfaisante avec les partenaires européens accroît l'efficacité du présent programme et contribue à l'amélioration de la qualité. Le PNVI est élaboré et mis en œuvre en étroite collaboration avec les instances européennes importantes.

La Suisse respecte les accords internationaux dans le domaine du VIH et des autres IST et apporte activement ses compétences et ses ressources dans le dialogue européen et international afin de contribuer au renforcement des approches et instruments européens/internationaux. La Suisse poursuit la collaboration avec les comités européens et l'OMS Europe et renforce sa représentation nationale et ses contributions aux comités internationaux. Les directives suisses se fondent sur les recommandations et stratégies européennes, au développement desquels contribue la Suisse. Alors que la coordination internationale de la Suisse est bien établie dans le domaine du VIH, elle doit être encouragée et renforcée pour le domaine contrôle, surveillance et recherche en matière d'IST. La surveillance et les indicateurs utilisés pour le monitoring du PNVI sont adaptés aux normes européennes afin de générer des données comparables.¹³⁷

¹³⁶ Voir aussi : Kessler (2010) Expertensicht – die internationalen Bezüge des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017. Rapport à l'intention de l'OFSP

¹³⁷ Voir aussi : Kessler (2010) Expertensicht – die internationalen Bezüge des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017. Rapport à l'intention de l'OFSP

Étapes importantes

1. Un échange permanent doit être garanti entre les offices afin d'intensifier l'information et la concertation mutuelles. Il doit être rendu compte des résultats de cet échange au sein du groupe de travail interdépartemental sur la politique extérieure en matière de santé (IdAG GAP).
2. La prochaine évaluation externe du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017 comprend également l'évaluation des progrès réalisés dans le sens d'une cohérence accrue de la réponse nationale et internationale de la Suisse en matière de VIH et d'IST (partie intégrante du cahier des charges). Les critères d'évaluation de cette étape seront définis début 2011 par les principaux acteurs du programme.

D'autres étapes importantes du programme appuient en outre les deux objectifs précités, par exemple les données scientifiques (voir aussi la tâche de soutien Données scientifiques) : un concept incluant une étude de faisabilité sur l'introduction d'un système de surveillance efficace de troisième génération est en place jusqu'à fin 2011. Ses indicateurs sont eurocompatibles.

3. La Suisse organise sous la houlette de l'OFSP une réunion entre les acteurs importants de Suisse, dans le but d'intensifier d'ici début 2012 l'échange et la coopération avec les réseaux européens dans le domaine de la migration, par exemple « Aids&Mobility Europe ».¹³⁸

Responsabilités

La Confédération coordonne son action nationale et internationale de lutte contre le VIH/sida & STI avec les engagements internationaux qu'elle a contractés et les actions des organismes internationaux compétents.

La Confédération intègre le VIH/sida & STI dans ses efforts d'harmonisation de la lutte contre les épidémies au niveau européen.

L'ONUSIDA soutient le principe des « Three ONES »¹³⁹ qui prévoit les points suivants :

1. Il existe un cadre d'action sur lequel repose la lutte contre le sida de tous les acteurs impliqués et qui en coordonne le travail.
2. Il existe une autorité de coordination au mandat étendu dans la lutte contre le sida : la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) instituée par le Conseil fédéral conseille le Conseil fédéral et plus particulièrement l'OFSP sur les questions d'actualité concernant le VIH/sida. En ce sens, elle fait office d'instance supérieure indépendante pour l'ensemble du système.
3. Il existe un système national de monitoring et d'évaluation.

L'OFSP est responsable des activités de suivi et de monitoring internationales (par ex. la « Déclaration d'engagement sur le VIH/sida » adoptée en 2001 par l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS)¹⁴⁰ et la Déclaration de Dublin sur le VIH/sida¹⁴¹ de 2004) pour la Suisse. Elle remplit cette tâche en collaboration avec toutes les autres institutions compétentes.

L'OFSP collabore le plus étroitement possible avec toutes les instances européennes compétentes dans le domaine (UE, ECDC, WHO Europe, etc.) afin de coordonner de la meilleure manière possible les réponses européennes et suisses au VIH/sida & STI.

¹³⁸ The main aim of Aids&Mobility Europe is to reduce HIV vulnerability of migrant and mobile populations in Europe, through the development, implementation and promotion of appropriate policies and measures within a European-wide network. <http://www.aidsmobility.org/114.0.html>

¹³⁹ UNAIDS (2004) « Three Ones » key principles. « Coordination of National Responses to HIV/AIDS ».

¹⁴⁰ United Nations (2001) Declaration of Commitment on HIV/AIDS

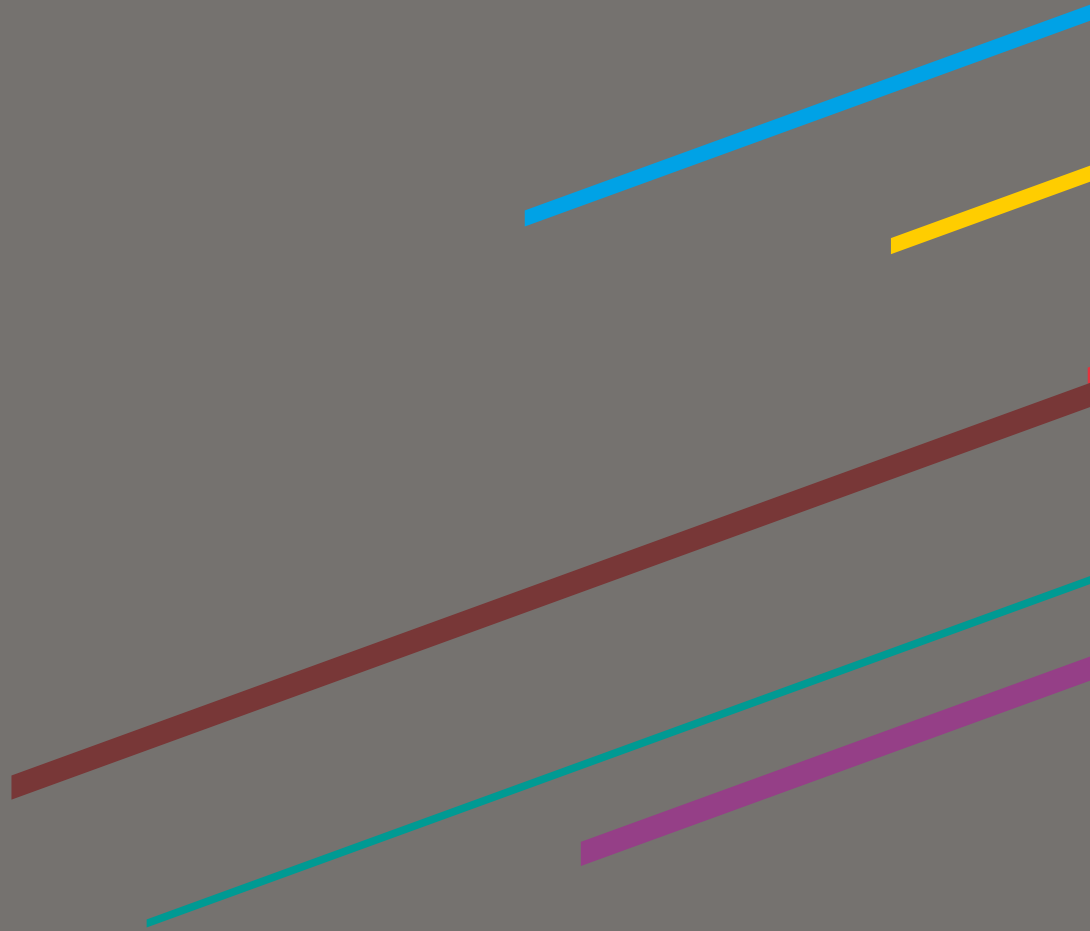
¹⁴¹ Member States of the WHO European Region (2004) Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia

Conformément à son mandat, la DDC s'engage, en matière de coopération au développement et d'aide humanitaire, à concrétiser le sixième des « objectifs du Millénaire pour le développement »¹⁴² des Nations Unies dans les pays en développement (du Sud) et en transition (de l'Est), et ce, tant au niveau bilatéral que multilatéral. Elle représente notre pays dans les instances internationales compétentes et fournit l'aide financière consentie par notre pays à ce titre.

La recherche dans le domaine de la santé sexuelle contribue également à combler le déficit de connaissances sur ce thème au niveau mondial. Les efforts de recherche doivent viser des résultats internationaux comparables, notamment dans les domaines peu explorés jusqu'à présent : par exemple la recherche comportementale et la recherche narrative chez des personnes ayant des liens culturels avec deux pays, la recherche sur la participation des personnes séropositives au VIH à la prise de décision (GIPA), la recherche sur les droits de l'homme et la criminalisation de la transmission du VIH, la recherche sur la sexualité humaine et ses conséquences sur la santé publique. Ce faisant, la Suisse doit faire connaître activement ses expériences et bonnes pratiques et les rendre accessibles au plan international.

¹⁴² United Nations (2000) United Nations Millennium Development Declaration

15 ANNEXE



15.1 PARTIES PRENANTES AYANT CONTRIBUÉ À L'ÉLABORATION DU PROGRAMME

Confédération (organes paraétatiques compris)

Administration fédérale des douanes AFD
Administration fédérale des finances AFF
Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG
Chancellerie fédérale ChF
Commission fédérale pour les problèmes liés au sida CFPS
Direction du développement et de la coopération DDC
Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle IFFP
Office fédéral des assurances sociales OFAS
Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie OFFT
Office fédéral de la justice OFJ
Office fédéral des migrations ODM
Office fédéral du personnel OFPER
Office fédéral de la statistique OFS
Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence PFPDT
Secrétariat d'Etat à l'économie SECO
Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche SER
Secrétariat général DDPS
Secrétariat général DETEC
Secrétariat général DFAE
Secrétariat général DFE
Secrétariat général DFF
Secrétariat général DFI
Secrétariat général DFJP
Surveillant des prix SPPr
Swissmedic

Organisations cantonales et intercantionales

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), Genève
Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kantonsärztlicher Dienst
Gesundheitsdepartement St. Gallen, Kantonsärztlicher Dienst
Hôpital de l'île Berne
Hôpitaux Universitaires de Genève
Institut Central des Hôpitaux Valaisans
Istituto Cantonale di Microbiologia, Tessin
Kantonaler Schulärztlicher Dienst Zürich
Kanton Glarus, Finanzen und Gesundheit
Kantonsarzt Luzern (Stv.)

Kantonsarzt Solothurn
Kantonsärztin Basel
Kantonsspital St. Gallen
Kommission für Aidsfragen des Kantons Zürich
Médecin cantonal Genève
Médecin cantonal Tessin (suppléant)
Medizinisch-soziale Dienste Zürich
Office du médecin cantonal Berne
Städtische Gesundheitsdienste Zürich
Universitätsspital Zürich
Universitätsspital Basel

Organisations non gouvernementales

Aids-Hilfe Aargau
Aids-Hilfe beider Basel
Aide Sida Berne
Aids-Hilfe Graubünden
Aids-Hilfe Luzern
Aids-Hilfe Oberwallis
Aide suisse contre le sida
Aids-Hilfe TG/SH
Aids-Hilfe Zug
Aids-Infostelle Winterthur
Aidspfaramt Zürich
Alpagai
Antenne Sida du Valais romand
Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen ARUD, Zürich
ARTANES Association romande et tessinoise des éducatrices/teurs, formatrices/teurs en santé sexuelle et reproductive
Association Aspasia Genève
Association Dialogai
Association pour le label de qualité des préservatifs
Association Solidarité Femmes Africaines de Genève ASFAG
Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualität, Schwangerschaft & Partnerschaft Graubünden
Centre Empreinte, Fribourg
Checkpoint Genève
Checkpoint Zürich
Centre Jurassien de Planning Familial
Fachzentrum eff-zett Zug, Fachstelle Sexual- und Schwangerschaftsberatung
Fachstelle Behinderung und Sexualität
Fachstelle für Aids- und Sexualfragen, St. Gallen
Fédération valaisanne des centres SIPE
FMH
Fondation Agnodice
Fondation Le sida & l'enfant
Fondation Profa
Gesundheit Schwyz, Fachbereich Sexualität/Aids
Groupe information sexuelle et prévention à la santé GIS, Neuchâtel

Groupe SIDA Jura

Homosexuelle Arbeitsgruppen beider Basel HABS

Imbarco Immediato, associazione gay lesbica Ticino

Isla Victoria (Zürcher Stadtmission)

Juragai

LHIVE

Lestime

Ligues de la santé, Vaud

Loge 70

LOS, Organisation suisse des lesbiennes

Medicus Mundi Suisse

Medigay

Personnes Vivant Avec (Genève)

Pink Cross

PLANeS

Planning familial Bienne

Planning familial et Information Sexuelle, Fribourg

Planning familial, Genève

Planning familial, La Chaux-de-Fonds

Planning familial, Moutier

Planning familial, Neuchâtel

Radix Gesundheitsförderung

Santé PluriELLE

SEDES (Vereinigung der SexualpädagogInnen der deutschen Schweiz)

Sexualité et handicaps pluriels

Sida Information Suisse

SID'Action

SID'Actuel

Société Suisse de Dermatologie et Vénéréologie

Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique

Swiss Centre for International Health (SCIH)

Swiss Transgender Network

UBPRESS

Vogay

VEGAS

Zürcher Aids-Hilfe

Organisations à but lucratif

Interpharma

Janssen-Cilag AG

Life Science Communication

Merck Sharp & Dohme Chibret MSD

Organismes de recherche

Ecole professionnelle artisanale et industrielle, Fribourg

Fachhochschule Nordwestschweiz

Haute Ecole de Santé La Source, Lausanne

Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universität Basel

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

IUMSP, Lausanne

Kompetezzentrum Sexualpädagogik und Schule,

PHZ Luzern

Swiss HIV Cohort Study

Unité d'évaluation de programmes de prévention, IUMSP

Lausanne

International

World Bank, UNAIDS : AIDS Service Action Plan

15.2 OPÉRATIONNALISATION DU PNVI PAR LES DIFFÉRENTS ACTEURS : CLARIFICATION DES RÔLES

OFSP

Pilotage du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : l'OFSP dirige et coordonne la mise en œuvre du PNVI 2011–2017, définit des priorités thématiques et dirige les projets conformément à ses responsabilités. Il invite les parties prenantes à planifier leur mise en œuvre du programme et à en faire état auprès de l'OFSP et de la CFPS. Conformément à son rôle de direction, l'OFSP est également responsable de l'assurance qualité (rapport intermédiaire et évaluation) du programme ainsi que de la préparation du programme subséquent. L'OFSP est en outre responsable de la mise en œuvre des objectifs relevant de la compétence de la Confédération.

Coordination, coopération : l'OFSP collabore étroitement avec d'autres services fédéraux, avec les autorités cantonales et les organisations et associations faitières des ONG. Il assure la coordination avec les autres services fédéraux, évite les doublons et veille à une utilisation efficace des ressources. Il se concerte avec les autorités cantonales sur la mise en œuvre du présent programme. Conjointement avec des organisations et associations faitières privées, l'OFSP développe des mesures appropriées et offre son soutien lors de la mise en œuvre.

Information : l'OFSP informe les spécialistes de l'épidémiologie et de la prévention sur différents aspects du VIH et des IST dans des médias choisis (Bulletin¹⁴³, Spectra¹⁴⁴, SAN¹⁴⁵).

Prévention : l'OFSP soutient une information massive et cohérente de la population.

Surveillance du VIH et des IST : l'OFSP garantit la surveillance épidémiologique du VIH et des IST critiques pour la santé publique et recueille en outre des données dans le sens de la surveillance de deuxième et de troisième génération (voir le chapitre Données scientifiques).

Directives et recommandations : conjointement avec les comités spécialisés correspondants (CFV, CFPS, sociétés médicales/FMH ; autres acteurs importants), l'OFSP élabore des directives et des recommandations concernant la vaccination ainsi que le diagnostic, le conseil et la thérapie des personnes atteintes du VIH et/ou d'une IST, sur la base

des données nationales et internationales. L'OFSP encourage la formation continue concernant la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH et des IST.

Pédagogie sexuelle : il appartient aux cantons, en collaboration avec la Confédération de veiller à ce que les conditions d'une pédagogie sexuelle suffisante soient réunies sur l'ensemble du territoire suisse.

Gestion des connaissances : l'OFSP base son travail sur les données scientifiques générées par le système de déclaration, le monitoring, l'évaluation et la recherche. Il s'appuie sur les modèles de bonnes pratiques. Il consolide systématiquement ces connaissances et communique régulièrement les conclusions importantes. La Confédération coordonne les différents forums et plates-formes disponibles concernant la gestion des connaissances sur le VIH et autres IST en Suisse.

Sécurité des produits : l'OFSP est responsable des laboratoires de dépistage du VIH, en collaboration avec l'Institut suisse des produits thérapeutiques Swissmedic. Swissmedic est responsable de la sécurité des produits sanguins et de la surveillance du marché pour les tests de dépistage du VIH et les préservatifs.

Coordination internationale : l'OFSP encourage la coopération avec des organismes internationaux (ONU, OMS, ONUSIDA, ECDC) et l'application des directives et déclarations correspondantes en matière de prévention, de conseil, de diagnostic et de thérapie ainsi que de l'égalité des personnes séropositives au VIH.

Missions de l'administration fédérale

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : l'administration fédérale soutient la mise en œuvre du PNVI 2011–2017. Les différents offices fédéraux apportent leur contribution, conformément aux missions et responsabilités définies dans les objectifs correspondants.

Cantons

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : les autorités cantonales sont responsables de la mise en œuvre et de la coordination des mesures sur leur territoire cantonal. Grâce au financement et au controlling des institutions locales (p. ex. centres de traitement régionaux du VIH et autres IST ou centres de prévention et de conseil), elles assurent des offres VIH et IST spécifiques et qualitativement appropriées dans les domaines de la prévention, du conseil, du diagnostic et de la thérapie.

Coordination, coopération : il existe une collaboration structurelle, financière et thématique entre la Confédération et

¹⁴³ OFSP (éd.) (2011) Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique

¹⁴⁴ OFSP (éd.) (2011) spectra – Promotion de la santé et prévention

¹⁴⁵ Aide suisse contre le sida (éd.) (2011) Swiss Aids News – SAN

les cantons dans les domaines VIH et autres IST et ils engagent (ou préservent) des mesures de coordination correspondantes. Lorsque les dépenses des cantons pour la prévention du VIH et des IST ne correspondent pas à la situation épidémiologique, la Confédération est tenue de constater ces dysfonctionnements et de rechercher des solutions conjointement avec le canton.

Education sexuelle à l'école : les autorités cantonales assurent l'introduction et la mise en œuvre de l'éducation sexuelle à l'école. Elles garantissent une intégration de la thématique par niveaux dans les programmes d'enseignement et définissent, en accord avec des spécialistes, des critères de qualité pour l'éducation sexuelle à l'école.

Contribution au système de déclaration : les autorités cantonales sont responsables de la déclaration des diagnostics du VIH et des IST ainsi que des cas de sida, conformément à l'ordonnance sur la déclaration¹⁴⁶.

Formation et formation continue : les autorités cantonales s'engagent à ce que les standards de formation définis au plan national dans le domaine du VIH et des IST soient appliqués dans les institutions cantonales.

Assurance qualité : le corps médical surveille la formation et la formation continue du personnel médical, en collaboration avec la Confédération. L'assurance qualité incombe aux cantons.

Centres de formation

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : les centres de formation contribuent à la mise en œuvre du PNVI 2011–2017 grâce à la recherche ainsi qu'à la formation et formation continue dans les hautes écoles spécialisées et les universités. L'éducation sexuelle est intégrée par niveaux dans les programmes d'enseignement à l'école.

Coordination, coopération : selon les besoins, les centres de formation collaborent avec des acteurs à vocation pratique et/ou stratégique sur les contenus, les structures et les finances.

CFPS

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida apporte son soutien tant stratégique que technique ; elle assume une fonction de conseil auprès du Conseil fédéral, de l'OFSP et des acteurs concernant la planification, les étapes importantes et

les questions particulières lors de la mise en œuvre du programme et vérifie l'application des directives stratégiques.

Directives et recommandations : la CFPS formule et diffuse des directives et des recommandations en matière de conseil, de diagnostic en soutien des mesures thérapeutiques et de thérapie des personnes atteintes du VIH/sida et/ou d'une IST.

Dialogue avec les experts : la CFPS entretient un dialogue permanent avec des experts du domaine du VIH et des IST et assure ainsi sa sensibilité aux thèmes et développement actuels.

Promotion de la compréhension politique : la CFPS s'engage pour la compréhension politique de la problématique du VIH et des IST.¹⁴⁷ Elle prépare des thèmes pertinents pour la prise de décision politique au niveau national et veille à créer les marges de manœuvre nécessaires.

CFV

Directives et recommandations : en collaboration avec l'OFSP et d'autres partenaires importants, la CFV contribue à l'élaboration de directives et de recommandations relatives aux vaccinations.

ONG nationales (organisations et associations faitières)

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : conformément à leurs chartes et contrats, les ONG nationales mettent à disposition une offre professionnelle d'information, de prévention et de conseil :

■ PLANeS

PLANeS est essentiellement responsable de la prévention (sensibilisation, information, prévention et conseil) dans le premier axe d'intervention.

■ Organisations et associations faitières qui défendent les intérêts de la jeunesse

elles contribuent à la réalisation des objectifs du premier axe d'intervention.

¹⁴⁶ Le Conseil fédéral Suisse (1999) Ordonnance sur la déclaration des maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur la déclaration). RS 818.141.1

¹⁴⁷ Dans le cadre des « Three Ones », l'ONUSIDA recommande à chaque pays de mettre en place une autorité de coordination de la lutte contre le VIH/sida disposant d'un mandat étendu : dans le cas de la Suisse, il s'agissait jusqu'à présent de la CFPS instituée par le Conseil fédéral, qui conseillait l'OFSP et le Conseil fédéral sur des questions d'actualité concernant le VIH/sida. A propos de « Three Ones », voir également : UNAIDS (2004) « Three Ones » key principles. « Coordination of National Responses to HIV/AIDS ». Guiding principles for national authorities and their partners

■ **Organisations et associations faïtières qui défendent les intérêts des gays, lesbiennes, bisexuels et transgenres** : elles contribuent à la réalisation des objectifs du premier et du deuxième axe d'intervention.

■ **ASS**

L'ASS est essentiellement responsable du deuxième axe d'intervention (sensibilisation, information, prévention et conseil) pour les groupes cibles : HSH, travailleurs et travailleuses du sexe, migrants originaires de pays à prévalence accrue, autres groupes de migrants vulnérables, IDU (l'ASS soutient le système de prise en charge de la dépendance lors de la sensibilisation, de l'information, de la prévention et du conseil aux IDU), détenus.

■ **Organisations et associations faïtières qui représentent des entreprises gays** : elles contribuent à la réalisation des objectifs du deuxième axe d'intervention.

■ **Organisations et associations faïtières qui représentent les personnes séropositives au VIH** : elles contribuent à la réalisation des objectifs du premier, du deuxième et du troisième axe d'intervention.

Coordination et coopération : outre la coordination et la coopération dans le cadre de leur fonction d'organisation ou d'association faïtière, les ONG nationales entretiennent des contacts entre elles et coopèrent avec d'autres acteurs au gré des exigences en matière de synergies.

Promotion de la compréhension politique et lobbying : au niveau national, les ONG s'engagent pour la compréhension politique de la problématique du VIH et des IST et collaborent à la mise en place d'un lobby en charge de la question du VIH et des IST (et des personnes atteintes) ainsi que de la santé publique.

Gestion des connaissances : les ONG contribuent à la consolidation systématique des connaissances dans le domaine du VIH et des autres IST. Elles communiquent régulièrement les enseignements importants aux plateformes et forums prévus à cet effet.

Assurance qualité : en collaboration avec les ONG régionales, les cantons et les villes, les ONG nationales veillent aux possibilités de formation et de formation postgraduée pour les spécialistes de la prévention, dans le domaine de la santé publique.

ONG cantonales, régionales et locales (membres des organisations et associations faïtières) :

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : conformément à leurs chartes et contrats, les ONG cantonales, régionales et locales mettent à disposition une offre professionnelle d'information, de prévention et de conseil. Dans la limite de leurs possibilités, elles contribuent aux tâches pilotées à l'échelle nationale mais mises en œuvre au niveau cantonal, régional ou local.

Coordination et coopération intra- et intercantonale : les ONG régionales et nationales coordonnent leur activité au plan intra- et intercantonal, conformément aux exigences en matière de synergies. Dans la limite de leurs possibilités, elles mettent à disposition des connaissances et un savoir-faire pour les projets et les missions des organisations et associations faïtières et entretiennent les échanges correspondants.

Promotion de la compréhension politique et lobbying : au niveau régional, les ONG s'engagent pour la compréhension politique de la problématique du VIH et des autres IST et accomplissent un travail de relations publiques correspondant.

Autres ONG

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : les autres ONG actives dans le domaine du VIH et des IST contribuent à la réalisation des objectifs du PNVI conformément à leurs chartes.

Coordination et coopération : les ONG coopèrent avec d'autres acteurs au gré des exigences synergétiques.

Centres régionaux de lutte contre le VIH et les IST

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : les centres régionaux de lutte contre le VIH et les autres IST s'engagent dans leur région géographique respective pour le respect et la mise en œuvre des standards en matière de conseil, de diagnostic et de prise en charge clinique du PNVI 2011–2017 et assistent l'OFSP de leurs conseils dans le cadre de la CFPS.

Conseil individuel et offres de dépistage anonyme : les centres régionaux de lutte contre le VIH entretiennent une offre de conseil et d'information concernant le VIH et les IST et effectuent le cas échéant des tests de dépistage du VIH et/ou des autres IST.

Surveillance épidémiologique/système de déclaration : les centres régionaux de lutte contre le VIH soutiennent les cantons et l'OFSP dans le respect de l'ordonnance sur la déclaration. Dans le cadre de leurs travaux cliniques et de la SHCS, ils assument une fonction de capteur pour les nouvelles découvertes de la science.

Collaboration avec l'étude suisse de cohorte VIH (SHCS) : dans le cadre de l'étude suisse de cohorte VIH et avec l'accord des patients concernés, les centres régionaux de lutte contre le VIH collectent des données cliniques et épidémiologiques qui font l'objet d'une analyse centralisée. Ces analyses complètent les enquêtes épidémiologiques de l'OFSP. Conjointement avec la SHCS, les centres constituent la plate-forme pour la recherche clinique sur le VIH et les IST en Suisse.

Directives et recommandations : en collaboration avec l'OFSP et d'autres partenaires importants, les représentants des centres régionaux de lutte contre le VIH établissent des directives et des recommandations relatives au diagnostic, au conseil et à la thérapie. Ils s'engagent pour la diffusion et le respect de ces directives dans leur région.

Centres spécialisés et de conseil

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : conformément à leurs chartes et contrats, les centres spécialisés et de conseil mettent à disposition une offre professionnelle d'information, de prévention et de conseil.

Coordination et coopération intra- et intercantonale : les centres spécialisés et de conseil coordonnent leur activité au plan intra- et intercantonal, conformément aux exigences en matière de synergies.

Sociétés médicales/FMH

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : les sociétés médicales et la FMH conseillent la Confédération sur des questions techniques et apportent leur savoir-faire dans la formulation de directives et de recommandations relatives à la prévention, au diagnostic et au traitement du VIH et des IST et au conseil y relatif.

Assurance qualité : le corps médical (par le biais de ses associations professionnelles) surveille la formation et la formation continue du personnel médical, en collaboration avec la Confédération. Dans la collaboration avec la Confédération, la FMH veille à ce qu'il y ait un personnel médical spécialisé suffisant disponible pour le domaine VIH et autres IST.

Spécialistes médicaux du VIH et des IST

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : dans le cadre de leur activité, les spécialistes médicaux du VIH et des IST contribuent à la mise en œuvre du PNVI 2011–2017. Des instruments appropriés sont mis à leur disposition à cet effet par la Confédération (directives et recommandations).

Directives et recommandations : les spécialistes médicaux du VIH et des autres IST apportent leur savoir-faire dans la formulation de directives et de recommandations relatives à la prévention, au diagnostic et au traitement du VIH et des IST et au conseil y relatif.

Collaboration avec l'étude suisse de cohorte VIH (SHCS) : dans le cadre de l'étude suisse de cohorte VIH et avec l'accord des patients concernés, les spécialistes médicaux du VIH et des autres IST collectent des données cliniques et épidémiologiques qui font l'objet d'une analyse centralisée. Ces analyses complètent les enquêtes épidémiologiques de l'OFSP.

Centres VCT/centres de dépistage

Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : les centres VCT et de dépistage contribuent à la mise en œuvre du PNVI 2011–2017. Les centres VCT s'en tiennent aux recommandations publiées par l'OFSP à propos du conseil et du dépistage volontaire du VIH (VCT) en utilisant des tests VIH rapides et χ BerDa. Ils assument une fonction de capteur pour l'OFSP et soutiennent le système de déclaration. L'utilisation de l'outil Internet BerDa facilite ce soutien.

Conseil individuel et offres de dépistage anonyme : les centres VCT entretiennent une offre de conseil et d'information concernant le VIH et les IST et effectuent le cas échéant des tests de dépistage du VIH et/ou des autres IST.

Surveillance épidémiologique/système de déclaration : les centres VCT et de dépistage soutiennent les cantons et l'OFSP dans le respect de l'ordonnance sur la déclaration.

Assureurs-maladie

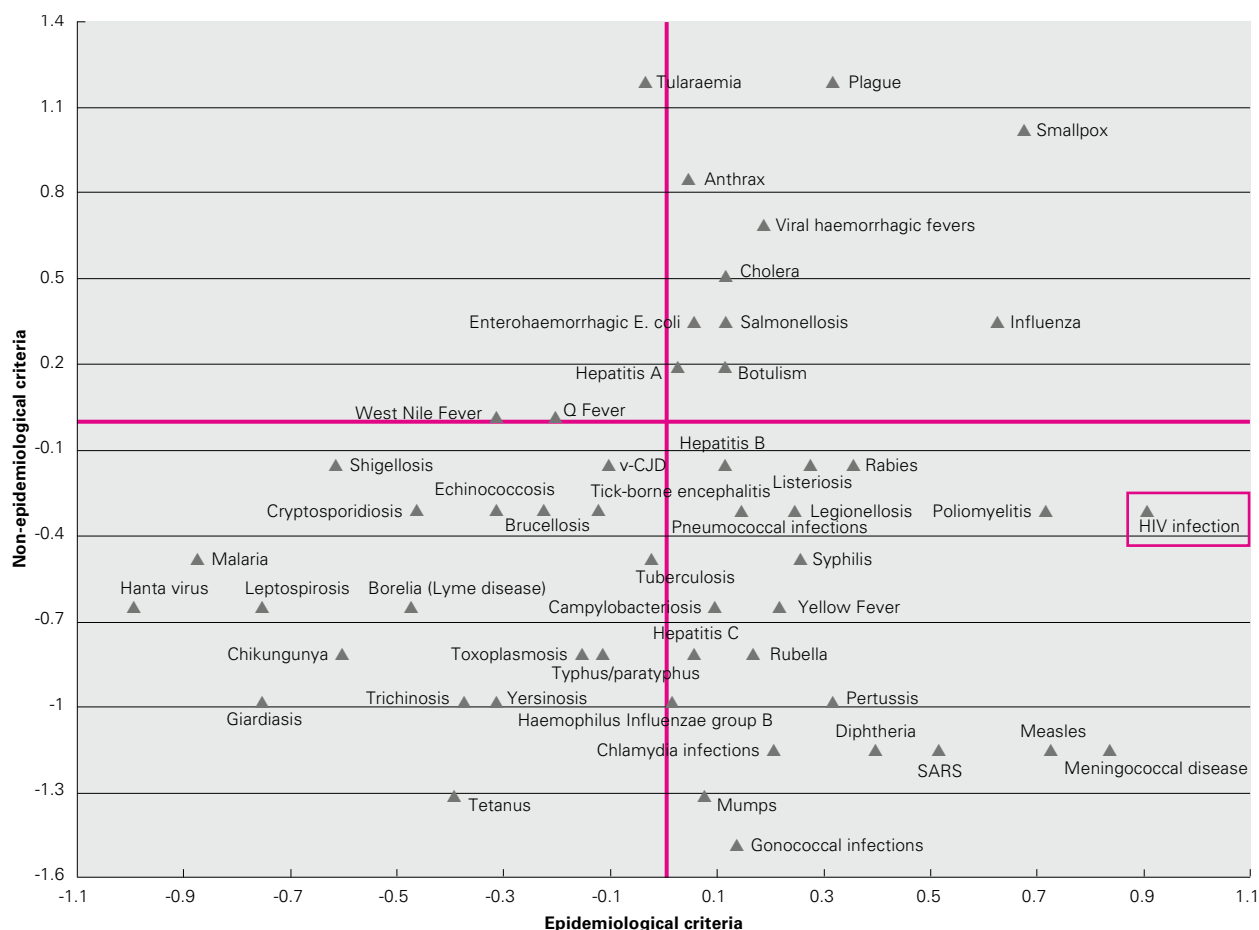
Mise en œuvre du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles : la Confédération et les assureurs-maladie collaborent sur un plan thématique, structurel et financier dans la lutte contre le VIH et les autres IST.

Ensemble des acteurs

Ils planifient périodiquement la mise en œuvre du programme et coordonnent régulièrement leurs travaux dans le sens du PNVI grâce aux outils de coordination prévus à cet effet.

15.3 IMPORTANCE DES AGENTS INFECTIEUX SUR LA BASE DE CRITÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET NON-ÉPIDÉMIOLOGIQUES (ANNEXE AU CHAPITRE 3)

Le graphique détaillé ci-dessous montre les maladies transmissibles en fonction de leur importance en santé publique selon le « Priority Setting Tool » présenté au chapitre 3, p. 14 (Base de données : CH 2005/2006 ; source : OFSP).



15.4 TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

IST	Symptômes	Complications	Prévalence/Incidence	Modes de transmission
Chlamydiose – Bactérie <i>Chlamydia trachomatis</i>	En général, l'infection à Chlamydia est asymptomatique ou se manifeste par des symptômes minimes, chez 70% des ♀ et chez 25% des ♂. Sinon : écoulement purulent, brûlures en urinant, douleurs dans le bas-ventre (♀), inflammation de l'urètre (♂). Lorsqu'il y a des symptômes, ils apparaissent généralement 1 à 3 semaines après l'exposition chez les ♂, et ne sont pas différenciés des symptômes d'une gonorrhée.	Sans antibiothérapie, 20–40% des ♀ infectées développent une maladie inflammatoire pelvienne pouvant entraîner l'infertilité ou des grossesses extra-utérines. Pour les ♂ (2%) épididymites et autres complications locales. Chez les nouveau-nés : conjonctivite, pneumonie.	3–10% de la population active sexuellement selon la classe d'âge et le groupe de population. Les ♀ touchées 2 fois plus (70% vs 30%). ♀ : 87% concernent les 15–34 ans et ♂ les 20–34 ans ; prévalence chez les ♂ hétérosexuels 3 fois plus élevée que chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). Hausse des cas déclarés en 2008 particulièrement marquée chez les ♀ de 20–24 ans. Le risque d'infection est plus élevé chez les personnes sexuellement actives de moins de 25 ans.	Contact des muqueuses (génital, anal, oral) et contact avec les sécrétions génitales ; transmission verticale de la mère à l'enfant lors de l'accouchement.
Gonorrhée – Bactérie <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Les premiers symptômes apparaissent 1 à 7 jours après l'infection. Souvent asymptomatiques chez les ♀. Sinon : écoulement purulent, brûlures en urinant, inflammation de l'urètre, rougeurs et irritations dans la région anale, conjonctivite, symptômes non spécifiques dans la gorge.	Non traitée, elle peut entraîner la stérilité tant chez les ♀ que les ♂. Inflammations des articulations, de la peau, du cœur sont des complications plus rares. Chez les nouveau-nés : conjonctivite, atteinte de la cornée, cécité.	Env. 800 nouveaux cas confirmés/année en Suisse. 85% des cas concernent les ♂. 75% d'entre eux appartiennent à la classe d'âge 20–44 ans. 28% concernent des relations homosexuelles et 48% des relations hétérosexuelles. 37% dans le cadre de relations occasionnelles et 29% stables. ♀ : 70% ont entre 20–39 ans (62% dans le cadre d'une relation stable et 16% occasionnelle).	Contact des muqueuses (génital, anal, oral) et contact avec les sécrétions génitales ; transmission verticale. La transmission peut durer des mois chez des individus non traités.
Hépatite A (VHA) – Virus	Période d'incubation de 5 à 50 jours (4 semaines en moyenne). Symptômes : maladie aiguë, associant fièvre, malaise, ictère, anorexie et nausées. Chez les enfants de moins de 6 ans, l'infection n'est symptomatique que dans 30% des cas, et souvent sans ictère. Chez les enfants plus âgés et les adultes, l'infection est généralement symptomatique et la maladie dure typiquement plusieurs semaines (jusqu'à 6 mois), avec un ictère dans 70% des cas. La guérison spontanée est la règle. L'infection n'est jamais chronique et ne laisse pas de séquelles.	Hépatite fulminante (rare : <0,1%) : concerne plus fréquemment des personnes avec une maladie hépatique sous-jacente.	Moins de 200 cas déclarés d'hépatite A aiguë depuis 2001. Le groupe d'âge le plus concerné sans distinction de sexe est les 20–30 ans. Les ♂ sont plus touchés que les ♀ (renvoie aux groupes à risque dans lesquels dominent les ♂ : consommateurs de drogue par intraveineuse, HSH).	Transmission féco-orale, par ingestion d'aliments ou de boissons contaminés, ou par contact interpersonnel. Transmission par le sang possible mais extrêmement rare.

	Prévention	Tests	Traitement	Vaccination	Coûts		Commentaires
					Test*	Traitement**	
	Les préservatifs/Fémidom protègent à environ 80%, mais pas pour le sexe oral.	Prélèvement (échantillonnage de la zone infectée), test d'urine (PRC) et test antigène. Jusqu'à présent, pas de test de routine pour les femmes enceintes.	Souvent guérison spontanée (♀ : 80%, ♂ : 50%). Se soigne par antibiotiques : azithromycine ou doxycycline. Sans traitement l'infection peut persister des mois. Un traitement ne peut réussir que si tous les partenaires sexuels sont également traités.	Pas de vaccin.	♂ : PCR 181.– ♀ : PCR 95.–***	45.–	Selon l'OMS : « Le risque de grossesses extra-utérines est 6 à 10 fois plus élevé chez les femmes qui ont eu une infection génitale haute et de 40 à 50% des grossesses extra-utérines sont consécutives à une infection génitale haute ».
	Les préservatifs/Fémidom protègent de manière fiable (s'ils sont aussi utilisés pour les rapports oraux).	Prélèvement, test d'urine.	Se soigne par antibiotiques : cefixime. Un traitement ne peut réussir que si tous les partenaires sexuels sont également traités.	Pas de vaccin.	♂ : PCR 181.– ♀ : PCR 95.–	15.–	
	En Suisse, le VHA n'existe plus. L'infection n'est ainsi possible aujourd'hui que dans les pays avec de mauvaises conditions sanitaires. Principal moyen de prévention de la transmission de l'hépatite A : respect des règles élémentaires d'hygiène, lavage des mains, particulièrement après utilisation des toilettes, avant la préparation d'aliments et avant de manger, usage non partagé de linge à usage intime (serviettes de toilette, literie...), lavage à l'eau chaude du linge et des ustensiles de cuisine, séparation des aliments crus potentiellement contaminés et des aliments cuits, etc. Vaccination recommandée pour certaines situations ou groupes à risque.		Vaccination dans les 7 jours après l'exposition (un contact avec une personne infectée par exemple) permet d'empêcher l'apparition de la maladie dans 85% des cas.	Différentes recommandations pour la vaccination contre le VHA (cf. Plan de vaccination de l'OFSP). En ce qui concerne le programme national VIH&IST : consommateurs de drogues, HSH, personnes en contact avec consommateurs de drogues ou avec des personnes venant de zones d'endémie, personnes co-infectées par le VIH, VHB et VHC. Pour les personnes non vaccinées contre le VHB, il est recommandé de faire le vaccin combiné VHA&VHB qui a une meilleure efficacité.	♂ : 35.–/45.–	–	

* Selon la situation, les tests et les traitements peuvent différer ; une variation des prix est donc possible. L'OFSP a fixé des prix de base, aussi bien pour les tests que pour les traitements. A ces prix s'ajoutent cependant les honoraires du personnel médical (Tarmed) ainsi que les coûts en relation avec la surveillance (p. ex. au laboratoire). Les prix appliqués par le Checkpoint (centre VCT pour les HSH) ont été utilisés pour une estimation des coûts. Ces informations proviennent de Benedikt Zahno du Checkpoint Zurich et du Dr Pietro Vernazza.

** idem.

*** Pour les femmes, les prix indiqués correspondent aux coûts des analyses de laboratoire (une taxe administrative de CHF 24.– par mandat doit également être prise en compte). Ces informations proviennent du Dr Lorenz Risch (spécialiste en médecine de laboratoire) sur demande du Dr Christiane Roth, Secrétaire générale de gynécologie suisse.

IST	Symptômes	Complications	Prévalence/Incidence	Modes de transmission	
Hépatite B (VHB) – Virus	Période d'incubation entre 1 à 6 mois (en moyenne entre 2 et 3 mois). Chez un tiers des adultes, les symptômes peuvent être : maladie aiguë, associant fièvre, malaise, ictère, anorexie et nausées. L'infection est très rarement symptomatique chez les nouveau-nés, cependant devient chronique dans 70 à 90% des cas.	Risque de chronicité. 1/10–20 personnes infectées n'arrivent pas à éliminer le virus et restent contagieuses toute leur vie et risquent des complications graves (destruction progressive du foie, cirrhose, cancer).	Moins de 5% de la population, dont 5% des cas deviennent chroniques. Le groupe le plus à risque est celui des personnes ayant des rapports sexuels non protégés (aussi bien hétérosexuels qu'homosexuels). Le nombre de nouvelles infections par année est estimé entre 300 et 500.	Contact sanguin ; contact des muqueuses (génital, anal, oral) et contact avec les sécrétions génitales ; transmission verticale ; transmission horizontale non sexuelle (contact étroit avec une personne infectée). 10 fois plus contagieux que le VIH.	
Hépatite C (VHC) – Virus	Période d'incubation entre 20 jours et à 6 mois. Une infection au VHC conduit rarement à une hépatite aiguë (10–20%) et est plus souvent cliniquement silencieuse (la moitié des personnes infectée n'a pas connaissance de son infection).	Elle induit une infection chronique dans plus de 50 à 80% des cas. Chez 5 et 50% des personnes chroniquement infectées, elle conduit à une cirrhose en l'espace de 5 à 50 ans, avec un risque important de développer un cancer du foie.	60–80% des nouveaux cas sont liés à la consommation de drogues par voie intraveineuse. 60% sont des hommes généralement âgés de 25 à 29 ans. Env. 60 cas déclarés/année depuis 2003.	Contact sanguin ; rapports anaux (rare) ; transmission verticale.	
Herpès génital – Virus (HSV-1 et HSV-2)	Maladie caractérisée par l'apparition de vésicules qui brûlent et démangent au niveau des muqueuses de tout le corps. Le HSV-1, type le plus fréquent, se limite généralement à la bouche et aux lèvres. Le HSV-2 touche particulièrement la région génitale. Chez environ 80% des personnes infectées par le HSV-2, l'infection reste asymptomatique. Episodes récurrents. En général, le premier épisode survient 2 à 12 jours suivant le 1er contact avec le HSV.	Une primo-infection grave chez la ♀ pendant les 12 premières semaines de grossesse peut conduire à une fausse couche. Dans les pays industrialisés, l'herpès néonatal est extrêmement rare. Dans de rares cas, le virus peut causer une méningite ou une encéphalite.	Environ 20% de la population.	Contact des muqueuses ; contact avec une peau infectée ; infection par contact avec des selles infectées ; transmission verticale ; risque de contamination durant les intervalles asymptomatiques. Possible transmission du HSV-1 au niveau des parties génitales.	
Papillomavirus humain (HPV, verrues) – Virus Human papilloma-virus	2/3 des infections sont asymptomatiques. Symptômes : altérations de la peau (verrues/condylomes). La durée médiane d'une nouvelle infection à HPV est de 8 mois. Dans 70% des cas, le virus disparaît durant l'année qui suit l'infection et dans 90% des cas après 2 ans.	Chaque année : environ 5000 femmes présentent une dysplasie du col de l'utérus et 250 un cancer du col de l'utérus. Ainsi, chez une femme sur 4 ou 5, une infection par un virus HPV 16 ou 18 dégénère en dysplasie ou en cancer. Les HPV 16 et 18 sont responsables de 70% des cancers de l'utérus (les HPV sont responsables de presque 100% des cas de cancer).	Environ 15% de la population. On estime que 70% à 80% des ♀ et ♂ sexuellement actifs contracteront des HPV au cours de leur vie. Estimation du taux annuel d'infection aux HPV chez les ♀ : 2% (HPV 16/18 : 1%) chez les 12–14 ans : 14–16% (HPV 16/18 : 7–9%) chez les 16–25 ans : 8% (HPV 16/18 : 2%) chez les ≥ 50 ans.	Contact des muqueuses ; contact avec une peau infectée ; infection par contact avec des selles infectées (rare) ; transmission verticale.	
Syphilis (chancres indurés) – Bactérie <i>Treponema pallidum</i>	Manifestation 10 jours à 3 mois après la contamination. 1 ^{er} stade : chancre indolore au point d'entrée de la bactérie (région génitale, bouche). 2 ^e stade : diffusion dans le sang : gonflement des ganglions lymphatiques ; altérations de la peau et des muqueuses. Phase latente : phase de longue durée (quelques mois voire des années), asymptomatique, propagation continue jusqu'au système nerveux. 3 ^e stade : divers organes atteints, lésions irréversibles.	Nouveau-nés : mort à la naissance, syphilis congénitale.	84% des cas concernent des ♂. 60% ont entre 30 et 49 ans. En majorité des HSH (53.5% des ♂ situent l'infection dans le cadre d'une relation homosexuelle), personnes ayant des partenaires multiples et dans le milieu de la prostitution. Env. 670 cas déclarés/année en Suisse.	Contact direct (pas seulement génital) avec des altérations de la peau dues à la syphilis ; transfusion sanguine ; transmission verticale.	

	Prévention	Tests	Traitement	Vaccination	Coûts		Commentaires
					Test*	Traitement**	
	Les préservatifs/Fémidom diminuent le risque ; safer use. Vaccination recommandée pour certaines situations ou groupes à risque.	Test sanguin.	Le traitement de l'infection aiguë n'est pas indiqué, car une majorité des patients guérit spontanément. L'infection chronique peut être soignée avec des médicaments antiviraux tels que lamivudine et interféron (succès limité 20–30%). Le traitement sert à contrôler la multiplication du virus.	Différentes recommandations pour la vaccination du VHB (cf. Plan de vaccination de l'OFSP). En ce qui concerne le programme national VIH&IST : tous les adolescents entre 11 et 15 ans, personnes changeant souvent de partenaires sexuels et personnes venant de zones d'endémies. 3 doses réparties sur 6 à 12 mois.	♂ : 35.–/45.– ♀ : 20.–	Prix varie d'un cas à l'autre (= VIH. Env. 30'000.–)	
	Matériel d'injection stérile et mesures d'hygiène rigoureuses.	Test sanguin.	Si instauration d'un traitement antiviral précoce à la ribavirine en combinaison avec de l'interféron pégylé, le taux de guérison atteint 50–90%.	Pas de vaccin.	♂ : 45.– ♀ : 1740	15'–30'000.–	
	Les préservatifs/Fémidom ne permettent pas de se protéger contre l'herpès génital à cause de la transmission cutanée.	Prélèvement en cas de lésions, test sanguin.	Seuls les symptômes peuvent être traités. Un traitement antiviral oral continu au valaciclovir peut diminuer la fréquence des récurrences et la durée des poussées.	Pas de vaccin.	♂ : Test sanguin : 105.– ; Frottis : 205.– ♀ : PCR 180.– culture 74.–	6720	Co-infection type 1 et 2. Selon le document stratégique de prévention et contrôle des IST 2006–2015 de l'OMS, le HSV-2 peut être responsable dans certains cas d'une infection au VIH. Pour les personnes séronégatives, l'infection à HSV-2 multiplie par plus de deux le risque d'infection au VIH.
	Les préservatifs/Fémidom diminuent le risque. Vaccination recommandée chez les filles.	Examen médical, éventuellement avec test au vinaigre (acide acétique) et anoscopie/colposcopie.	Traitement chirurgical et/ou médicaments appliqués localement, souvent de longue durée.	Vaccination préventive (pour les personnes non encore infectées) contre les HPV 16 et 18, recommandée pour toutes les filles entre 11–14 ans.	♂ : 205.–		Le vaccin contre les HPV peut être administré en même temps que celui contre l'hépatite B. Limite d'âge pour la vaccination fixé à 26 ans. Cette vaccination n'est pas remboursée à partir du 20 ^e anniversaire. Pour les jeunes femmes de 15 à 19 ans, le remboursement est prévu jusqu'en 2012.
	Les préservatifs/Fémidom diminuent le risque ; gants en latex en cas de fist-fucking.	Prélèvement, test sanguin. Pour les femmes enceintes : tests de routine.	Aux deux premiers stades, se soigne aux antibiotiques : avec de la benzylpénicilline ou Penicilline G ; au troisième stade, il reste des séquelles (organes atteints).	Pas de vaccin.	♂ : 60.– Test rapide 20.–/♀ : 42.–	Env. 10.–	

IST	Symptômes	Complications	Prévalence/Incidence	Modes de transmission
Trichomonase – Protozoaire <i>Trichomonas vaginalis</i>	Aucun symptôme typique chez la moitié des ♀ ; ♂ en général aucun. Symptômes : écoulement purulent, brûlures en urinant, démangeaisons ; douleurs lors de rapports sexuels (♀). Souvent non diagnostiquée car pas de symptômes aigus.	Non traitée, une infection peut entraîner la stérilité des ♀ mais aussi des ♂. Inflammations atypiques du bassin. Chez les femmes enceintes : fausse couche, poids réduit du nouveau-né à la naissance et risque accru d'endodermie.	L'IST la plus fréquente ; avec 5 mio. de nouveaux cas par an, dans le monde ; touche plus particulièrement les ♀ et les jeunes.	Contact avec des sécrétions génitales et d'autres liquides infectieux ; infection par contact avec des selles infectées ; transmission verticale.
Lymphogranulomatosé vénérienne (LGV) – Bactérie <i>Chlamydia trachomatis</i> (sérotypes L1-L3)	Période d'incubation de 2 à 60 jours. Souvent asymptomatique. Symptômes : 1 ^{er} stade : inflammation indolore au point de contamination. 2 ^e stade : gonflement des ganglions lymphatiques provoquant douleurs et fièvre ; saignements, écoulement purulent, constipation et/ou abcès et ulcères anaux accompagnés de fièvre.	Si l'infection n'est pas traitée à temps, elle peut causer de graves lésions (cicatrices et contractions) dans l'anus qui peuvent nécessiter une intervention chirurgicale. Egalement important gonflement du gland et des testicules.	Très rare dans la population générale, mais en augmentation chez les HSH et HSH VIH+ (supposée, pas de chiffres).	Contact des muqueuses (génital, anal, oral)

Références

- Aide suisse contre le sida, Office fédéral de la santé publique, Infections sexuellement transmissibles. Informations destinées aux conseillères et conseillers, 2007.
- Jaton K., Greub G., « Chlamydia : signes d'appel, diagnostic et traitement », Revue médicale suisse, Nr. 13, März 2005, <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=30280>.
- Menzi P., Leu M. C., Galgado M. L., Handbuch Prävention und Therapie, Infodrog, Office fédéral de la santé publique, 2008.
- Nau J.-Y., « Nouvelle alerte à la lymphogranulomatose vénérienne rectale », Revue médicale suisse, décembre 2009, <http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2404>.
- Office fédéral de la santé publique, Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 1988 à 2006 : Situation actuelle et perspectives, Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 2008 ; 8 :140–149.
- Office fédéral de la santé publique, Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 2006 à 2008, juin 2009 (Complément à Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 1988 à 2006 : Situation actuelle et perspectives, 2008).
- Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations, Plan de vaccination suisse 2010, janvier 2010.
- Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations, groupe de travail « Vaccin HPV », Recommandations concernant la vaccination contre le virus du papillome humain (HPV), février 2008.
- Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations, Groupe suisse d'experts pour l'hépatite virale, Recommandations pour la vaccination contre l'hépatite B, décembre 1997.
- Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations, Groupe suisse d'experts pour l'hépatite virale, Hépatite B : ses causes, ses conséquences, sa prévention, 2006.
- Van de Laar MJ, « The emergence of LGV in Western Europe : what do we know, what can we do ? », Euro Surveill., 2006 ;11(9) : pii=641, <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=641>.
- World Health Organization, Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections : 2006–2015 : breaking the chain of transmission, 2007.
- Fritz H. Kayser, Kurt A. Bienz, Johannes Eckert, Rolf M. Zinkernagel, Microbiologie médicale, 10^e édition

	Prévention	Tests	Traitement	Vaccination	Coûts		Commentaires
					Test *	Traitement **	
	Préservatifs/Fémidom.	Prélèvement et examen direct au microscope.	Se soigne avec des médicaments antiparasitaires tels que l'antibiotique métronidazole. Un traitement ne peut réussir que si tous les partenaires sexuels sont également traités.	Vaccin disponible pour une immunisation active (chez les personnes déjà infectées : succès pas établi)	105.–		Le parasite peut survivre et proliférer pendant plusieurs heures (mains, objets de toilettes, maillot de bain utilisé). Milieu humide et alcalin propice. Souvent associée à une infection par le gonocoque.
	Préservatifs/Fémidom, gants en latex en cas de fist-fucking, digues dentaires.	Prélèvement, test sanguin.	Se soigne par antibiotiques : azithromycine ou doxycycline.	Pas de vaccin.	♂ : 385.–	30.–	Souvent co-infection avec HSV et VIH.

15.5 LA DISTRIBUTION DE SERINGUES NE PROFITE PAS QU'AUX TOXICOMANES



FONDS NATIONAL SUISSE
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Berne, le 6 mai 2010

Propagation du VIH, l'agent infectieux du sida, en Suisse

Pour la première fois, des chercheurs de l'Etude suisse de cohorte VIH ont reconstitué au plan moléculaire la façon dont le VIH s'est propagé en Suisse au cours des trente dernières années. Leurs données montrent que l'introduction, en 1986, de la distribution de seringues stériles a préservé de nombreuses personnes d'une contamination, et pas seulement les toxicomanes. Un signal important, surtout pour les pays n'ayant toujours pas introduit la distribution de seringues stériles.

Depuis l'apparition des premiers cas au début des années 1980, la Suisse continue de subir cette vague infectieuse. Chaque année, plusieurs centaines de personnes contractent le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à l'origine du sida. La propagation de ce virus obéit-elle à certains schémas ? Ces mêmes schémas diffèrent-ils selon les groupes de personnes contaminées, comme les toxicomanes, les homosexuels ou les hétérosexuels ?¹⁴⁸

Des chercheurs soutenus par le Fonds national suisse (FNS) ont examiné ces questions en s'appuyant sur des méthodes moléculaires dernier cri. Dans leur analyse¹⁴⁹, qui vient d'être publiée par la revue spécialisée *The Journal of Infectious Diseases*, ils se sont concentrés sur le sous-type B du VIH-1, qui représente 70% des cas en Suisse. Les chercheurs ont déterminé le génotype du VIH chez 5700 personnes anonymisées ayant contracté le virus entre 1981 et 2007. Leur idée : plus les virus de deux patients présentent des similitudes, plus la probabilité est grande que l'un ait contaminé l'autre. En collaboration avec leurs collègues de l'ETH Zurich, les chercheurs ont ainsi établi les chaînes de contamination par le biais desquelles le virus s'est transmis d'un patient à l'autre.

¹⁴⁸ na Presseportal. Medienmappe. Schweizerischer Nationalfonds

¹⁴⁹ Roger D. Kouyos, Viktor von Wyl, Sabine Yerly, Jürg Böni, Patrick Taffé, Cyril Shah, Philippe Bürgisser, Thomas Klimkait, Rainer Weber, Bernard Hirschel, Matthias Cavassini, Hansjakob Furrer, Manuel Battegay, Pietro L. Vernazza, Enos Bernasconi, Martin Rickenbach, Bruno Ledergerber, Sebastian Bonhoeffer, Huldrych F. Günthard and the Swiss HIV Cohort Study (2010). Molecular Epidemiology Reveals Long-Term Changes in HIV Type 1 Subtype B Transmission in Switzerland. *The Journal of Infectious Diseases* 201(10) : 1488–1497 (peut être obtenu au format PDF auprès du FNS ; e-mail : pri@snf.ch)

Deux différentes voies de transmission

En tout, les chercheurs ont découvert soixante chaînes de contamination, au sein desquelles au moins dix personnes avaient contracté le VIH. Mais ces chaînes étaient toutes soit d'un type soit de l'autre : certaines comportaient essentiellement des toxicomanes qui s'injectaient de l'héroïne ou d'autres drogues par voie veineuse, ainsi que des hétérosexuels ; alors que dans les autres chaînes, la transmission du virus s'était surtout faite entre hommes homosexuels. Les chaînes avec toxicomanes et hétérosexuels comprenaient en moyenne 144 patients ; au sein du plus grand groupe de contamination, 1051 personnes ont même été infectées. Pour le directeur de l'étude, Huldrych Günthard de l'Hôpital universitaire de Zurich, ce résultat s'explique par la facilité avec lequel le virus se transmettait dans le milieu de la drogue au début de l'épidémie : « Avec l'échange de seringues souillées, le virus passait rapidement du sang d'un toxicomane à celui d'un autre », dit-il. Chez les homosexuels, en revanche, comme le virus se transmet par contact sexuel, la propagation s'est faite dans le cadre de chaînes beaucoup plus courtes, de 29 personnes en moyenne.

Le rôle central de la prostitution liée à la drogue

« Il est intéressant de relever que nous n'avons pas trouvé de chaînes de transmission au sein desquelles le virus aurait été diffusé avant tout par des hétérosexuels », relève Huldrych Günthard. En d'autres termes, la propagation de l'épidémie en Suisse s'est faite grâce à deux moteurs. D'un côté par le biais des chaînes infectieuses mises en évidence chez les homosexuels et les toxicomanes. Toutefois, le virus a toujours débordé d'un groupe vers un autre. Chez les hétérosexuels, un VIH sur neuf est originaire, par exemple, des chaînes de transmissions homosexuelles. Alors qu'il n'y a pratiquement pas eu de contaminations entre homosexuels et toxicomanes, il était très fréquent, au début des années 1980, que des hétérosexuels soient infectés par des toxicomanes. « La prostitution dans les scènes de la drogue a certainement joué un rôle important dans ce processus », explique Huldrych Günthard.

Les chiffres des chercheurs montrent néanmoins que les contaminations entre hétérosexuels et toxicomanes ont beaucoup diminué par la suite. Une évolution probablement due au lancement, en 1986, de la distribution de seringues stériles en échange des seringues usagées. Cette mesure a permis d'endiguer l'épidémie chez les toxicomanes. Du coup, les hétérosexuels ont été moins nombreux à contracter le VIH. Les programmes de distribution de seringues ont donc protégé l'ensemble de la société. D'après Huldrych Günthard, ce résultat constitue un signal international important. En effet, si des programmes de distribution de seringues existent dans 77 pays, de nombreux autres – comme l'Islande, la Turquie et le Kosovo – ne les ont toujours pas introduits.

15.6 PRISE DE POSITION DE LA CFPS SUR DES QUESTIONS JURIDIQUES CHOISIES CONCERNANT L'INFORMATION DES PARTENAIRES DANS LE PNVI

I. La transmission du VIH dans la perspective du droit pénal et civil :

1. Au regard de la pratique du Tribunal fédéral, celui qui, en tant que personne atteinte du VIH a des rapports sexuels non protégés avec un partenaire séronégatif, se rend coupable de lésions corporelles graves intentionnelles (art. 122 CP) s'il y a transmission, ou de tentative de lésions corporelles graves. Le partenaire séropositif au VIH est en outre puni pour propagation ou tentative de propagation d'une maladie de l'homme dangereuse (art. 231 CP). Au regard du droit civil, il y a également une atteinte à la personnalité susceptible d'entraîner une demande de dédommagement et de réparation de la personne ayant subi l'atteinte.
2. Au regard de la pratique du Tribunal fédéral, la responsabilité pénale pour (tentative de) lésions corporelles graves est supprimée si la personne atteinte du VIH a informé son partenaire sexuel de l'infection et que celui-ci donne néanmoins son accord pour avoir des rapports sexuels non protégés. La responsabilité pénale pour violation de l'art. 231 CP n'est toutefois pas supprimée, même en cas d'accord du partenaire séronégatif.
3. Au regard de la pratique du Tribunal fédéral, est également punissable aux termes de l'art. 122 et de l'art. 231 CP, celui qui ne sait pas qu'il est atteint du VIH, mais a cependant des raisons concrètes de croire qu'il l'est et a néanmoins des rapports sexuels non protégés (lésion corporelle involontaire et propagation involontaire d'une maladie de l'homme, cf. ATF 134 IV 193).
4. N'est pas punissable quiconque n'informe pas son partenaire sexuel alors qu'il se sait atteint du VIH, mais respecte les *règles du safer sex* de l'Office fédéral de la santé publique.

L'information du partenaire sexuel par la personne atteinte du VIH n'est pas juridiquement nécessaire dès lors que les règles du *safer sex* sont respectées. La non-information du partenaire sexuel séronégatif au VIH par le partenaire sexuel séropositif peut (en cas d'investigation pénale) avoir des conséquences pénales et civiles (si la personne lésée intente une action correspondante).

A ce jour, la question de savoir si une personne qui vient d'être diagnostiquée séropositive au VIH est tenue d'informer de l'infection au VIH, qui existait peut-être déjà à l'époque, les partenaires de contacts sexuels non protégés antérieurs n'a pas fait l'objet de procédures pénales ou civiles. A la lumière de la jurisprudence actuelle, on ne peut exclure qu'il y ait un jour une condamnation pour avoir omis cette information.

II. Questions liées à la protection des patients et des données :

1. Les lois sur la protection de la personnalité et des données, et la protection du secret des patients selon l'art. 321 CP interdisent au personnel médical de transmettre des informations sur le patient à des tiers, sauf consentement du patient ou présence d'une autre justification.
2. En l'absence de consentement et lorsque la non-information du partenaire sexuel séronégatif au VIH induit un risque inévitable pour sa santé, le médecin peut demander au médecin cantonal de le délier du secret professionnel et informer le partenaire sexuel séronégatif.

Quelles conclusions peut-on tirer des informations ci-dessus pour le présent programme ?

La responsabilité juridique concernant l'information sur le statut VIH avant le rapport sexuel non protégé incombe en principe au partenaire séropositif. En cas de non-information, il en assumera les conséquences pénales et civiles. Une action responsable requiert en outre de la personne atteinte du VIH qu'elle informe les partenaires sexuels avec lesquels elle a eu des rapports sexuels non protégés *avant* le diagnostic.

L'aide au patient lors de l'information sur la séropositivité au VIH au(x) partenaire(s) sexuel(s) actuel(s) et, le cas échéant, antérieur(s) est sans conteste admissible d'un point de vue juridique et même nécessaire dans l'optique des obligations de diligence envers le patient (information sur les conséquences pénales en cas de non-information).

CFPS, juillet 2010

15.7 EXTRAIT DU RAPPORT « FORSCHUNG ZU SEXUAL HEALTH/STI¹: ÜBERSICHT UND MÖGLICHKEITEN DER FÖRDERUNG »

Recommandations relatives à l'encouragement de la recherche en matière de santé sexuelle/IST

Pour un renforcement réussi de l'encouragement de la recherche sur le thème Santé sexuelle/IST, il est important de ne pas uniquement déposer des projets de recherche concrets auprès des institutions d'encouragement, mais aussi d'ancrer le thème et les besoins correspondants en matière de recherche dans des bases stratégiques de l'encouragement de la recherche et d'y sensibiliser le public. Ce chapitre contient des recommandations et propositions de mesures en ce sens, sachant que nous différencions les mesures générales des mesures opérationnelles. Les principales recommandations sont synthétisées ci-après.

Mesures générales

Les mesures générales ou stratégiques que nous proposons créent les fondations et légitiment un encouragement accru de la recherche dans le domaine Santé sexuelle/IST. Trois approches stratégiques devraient être poursuivies à cet égard :

- *Documents de base stratégiques* : Pour commencer, le thème et la nécessité d'un encouragement accru de la recherche dans le domaine Santé sexuelle/IST devraient être intégrés dans les documents de base stratégiques sur l'encouragement de la recherche. L'intégration de la thématique dans ces stratégies de recherche doit également être prioritaire en termes de délais, car les stratégies périodiques correspondantes sont en cours de traitement au niveau fédéral ces mois-ci.
- *Relations publiques* : Dans un deuxième temps, un travail de relations publiques ciblé devrait sensibiliser les milieux spécialisés ainsi qu'un large public aux besoins de la recherche dans le domaine Santé sexuelle/IST, par le biais d'articles dans différents types de médias et de réunions d'informations destinées aux spécialistes.

- *Extension du mandat de la CFPS* : parmi les autres mesures importantes, nous recommandons l'extension du mandat de la CFPS dans le sens d'une approche élargie de la santé sexuelle et des IST. La CFPS aurait l'expertise et la légitimité pour assumer la conduite de la recherche dans le domaine sur la santé sexuelle et les IST. Une institution capable d'élaborer des perspectives à long terme dans ce domaine et d'en accompagner la mise en œuvre est requise même après le « processus dit de normalisation » dans le domaine VIH/sida. Nous recommandons une extension horizontale et verticale du mandat de la CFPS à cet effet. L'extension horizontale permet à la commission de s'ouvrir à d'autres IST et thèmes dans le domaine de la santé sexuelle. L'extension verticale change l'étendue des missions de la CFPS. La CFPS remplit aujourd'hui deux missions essentielles, à savoir le soutien et le conseil de l'OFSP lors de la mise en œuvre du programme national VIH/sida d'un point de vue stratégique et technique ainsi que le contrôle et l'évaluation de la planification et des étapes importantes dans le domaine du VIH/sida. A cela s'ajouterait une nouvelle mission, l'élaboration stratégique de perspectives pour l'encouragement de la recherche dans le domaine de la santé sexuelle et des IST.

¹ Haering et al. (2010) Forschung zu Sexual Health/STI : Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Schlussbericht z.H. BAG.

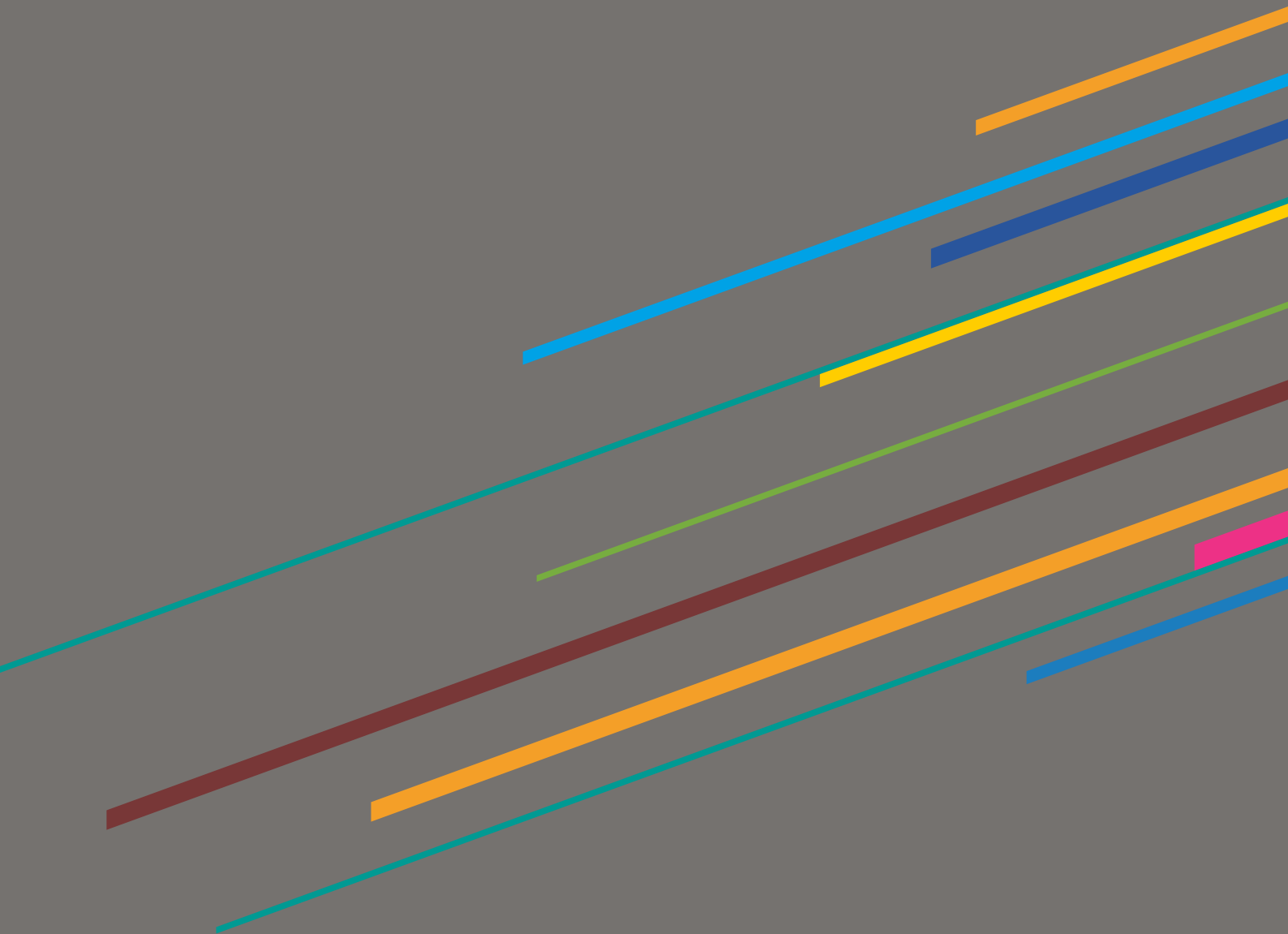
Niveau	Vecteurs	Mesures	Délai	Lead	Remarques
Mesures générales					
Intégrer la santé sexuelle/ les IST dans les stratégies de recherche	Programme de recherche sectorielle de l'OFSP	Ancrage des besoins de recherche en matière de santé sexuelle/d'IST dans le programme de recherche sectorielle 2012–2016	D'ici mi 2010	OFSP	L'ancrage des besoins de recherche en matière de santé sexuelle/d'IST dans le programme de recherche sectorielle de l'OFSP est une condition essentielle à toutes les autres mesures.
	Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation (message FRI)	Ancrage des besoins de recherche en matière de santé sexuelle/d'IST dans le message FRI 2012–2016	D'ici fin 2010	SER	L'ancrage dans le message FRI suppose une mention correspondante dans le programme de recherche sectorielle et nécessite parallèlement une prise d'influence par la direction de l'OFSP.
	Mandat de prestations FNS	Ancrage des besoins de recherche en matière de santé sexuelle/d'IST dans le mandat de prestations FNS 2012–2016	D'ici fin 2011	SER	L'ancrage des besoins de recherche en matière de santé sexuelle/d'IST dans le mandat de prestations FNS est une condition essentielle à la prise d'influence par le FNS lors des dépôts de projets relatifs à des études de cohorte ainsi que pour la fixation éventuelle de priorités concernant l'octroi de fonds dans le cadre de l'encouragement des projets des services 1–3.
	Programme pluriannuel FNS 2012–2016	Ancrage des besoins de recherche en matière de santé sexuelle/d'IST dans le programme pluriannuel FNS 2012–2016	D'ici fin 2011	FNS	Le plan pluriannuel vise déjà l'augmentation de la compétitivité de la recherche sur la santé en sciences sociales et humaines ainsi que médicale-clinique. Une mention spéciale de la recherche en santé sexuelle serait souhaitable.
Public	Presse spécialisée	Articles spécialisés	2010	OFSP	L'objectif de cette mesure est de sensibiliser le public aux besoins de la recherche dans le domaine Santé sexuelle/IST.
	NZZ/Le temps	Articles grand public	2010	OFSP	
	Radio/télévision	Reportage dans « DOK » ou « PULS »	2011	OFSP	
	Groupe parlementaire Politique de santé	Réunion d'information avec le Groupe parlementaire Politique de santé	2011	OFSP	Contact via le président du Groupe parlementaire
	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS)	Information dans le cadre d'un thème approprié de la CSSS	2011	OFSP	Contact via le Secrétariat de la CSSS
	Académie Suisse des Sciences médicales (ASSM)	Réunion d'information dans le cadre de l'ASSM	2010	OFSP	Contact via le Secrétariat général
	Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH)	Réunion d'information dans le cadre de l'ASSH	2011	OFSP	Contact via le Secrétariat général
Extension du mandat de la CFPS	CFPS	La Commission fédérale pour les problèmes liés au sida étend ses thématiques à d'autres maladies sexuellement transmissibles et assume davantage la direction stratégique et la conduite de la recherche dans le domaine Santé sexuelle et IST.	Dès la législation 2012	CFPS	Comme indiqué dans le rapport annuel de la CFPS, le mandat de la CFPS devrait s'étendre à d'autres IST dès la législature 2012.

Niveau	Vecteurs	Mesures	Délai	Lead	Remarques
Mesures opérationnelles					
Plate-forme	FNS, instituts universitaires	Soutien de la mise en place et de la réactivation d'une plate-forme de recherche interdisciplinaire agissant en tant que centre de compétence pour la recherche.	Début 2011	OFSP/ instituts universitaires	La réactivation du colloque de Thoune et une ouverture de celui-ci aux autres IST permettrait la mise en place d'un centre de compétence. La SHCS devrait impérativement être représentée dans cette plate-forme.
Monitoring, Information	FNS, instituts universitaires	Le secrétariat de la plate-forme recueille les résultats et projets de recherche dans le domaine de la santé sexuelle et des IST et établit une documentation pour les personnes intéressées.	Début 2011	OFSP/ instituts universitaires	Ce centre de compétence devrait également avoir la responsabilité d'un monitoring de la recherche dans le domaine de la santé sexuelle et des IST. La documentation et la préparation des résultats de la recherche les rendent plus accessibles pour la pratique. Un site web actualisé et une newsletter semestrielle devraient être mis à la disposition des personnes intéressées.
Simplification de l'accès à la SHCS	PaKliF, SHCS	Des interrogations concernant les comportements (comportement à risque, comportement préventif) devraient être étudiées dans le cadre de l'étude suisse de cohorte VIH.	2011	OFSP commission spécialisée PaKliF	Une évaluation de la politique suisse en matière de VIH par des experts internationaux (Rosenbrock et al. 2009) recommande l'intégration de chercheurs en sciences sociales et de représentants des groupes concernés dans la structure organisationnelle de l'étude suisse de cohorte VIH. Cette décision incombe à la PaKliF, qui est tenue par son règlement de poursuivre une approche intégrative de la recherche. La collaboration de la SHCS avec la pratique (OFSP, centres de prévention) doit par ailleurs être améliorée. Ce n'est qu'ainsi que ces institutions pourront également profiter du savoir de l'étude de cohorte.
Capitaux d'amorçage	Choix des instruments d'encouragement selon le projet de recherche	Concrétisation des interrogations en matière de recherche Conception de projets de recherche concrets Financement de départ par l'OFSP afin de préparer le dépôt de projets	Dès 2010	OFSP/ partenaires	Une partie des fonds de recherche sectorielle est mise à la disposition de chercheurs intéressés afin de leur permettre de déposer des projets de grande qualité.
Recherche sectorielle	Recherche sectorielle de l'OFSP	Des projets de recherche sectorielle plus nombreux sont mis au concours, afin de combler les principales lacunes de l'administration concernant la connaissance des IST.	Dès 2010	OFSP	Il s'agit de définir les connaissances dont on estime qu'elles sont requises de toute urgence afin de permettre à l'OFSP d'agir efficacement (p. ex. pour une prévention effective il faut savoir qui a une IST et pourquoi).
Information des groupes cibles	Lettre d'information	Toutes les institutions qui accomplissent des recherches dans le domaine de la santé sexuelle et des IST sont informées sur les possibilités de promotion de la recherche dans ce domaine.	Dès 2010	OFSP	

Recommandations de mise en œuvre : mesures stratégiques et opérationnelles

(Haering, et al. : Forschung zu Sexual Health/STI : Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Schlussbericht z.H. BAG)
http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=de

16 GLOSSAIRE



Adhésion	Littéralement attachement : terme technique désignant le respect des prescriptions thérapeutiques par le patient et le médecin pour que le traitement soit couronné de succès. Dans le cadre d'une thérapie antirétrovirale de l'infection au VIH, l'adhésion est importante afin de garantir une prise régulière des médicaments et d'éviter le développement de résistances. Le soutien de l'environnement social, l'information et la sensibilisation exercent une influence positive. Les crises psychiques (p. ex., dépressions) ainsi que la consommation d'alcool et de stupéfiants peuvent avoir des effets négatifs. <i>Pages 8, 105 f., 118</i>
Anamnèse	Antécédents d'une maladie selon les indications fournies par le patient. Les antécédents d'un patient sont examinés à la lumière de ses troubles actuels dans le cadre de l'anamnèse. Une anamnèse rigoureuse inclut les aspects biologiques, psychiques et sociaux. Les informations individuelles obtenues à cette occasion permettent souvent de tirer des conclusions quant aux facteurs de risque et aux liens de causalité (voir également l'anamnèse sexuelle). <i>Pages 31 f., 65</i>
Anamnèse sexuelle	L'anamnèse sexuelle est la partie de l'anamnèse qui rassemble de manière systématique la symptomatique et le contexte des troubles et problèmes sexuels. <i>Pages 66, 99</i>
Axes	Voir Axes d'intervention
Axes d'intervention	Le PNVI regroupe les interventions et les mesures de la lutte contre le VIH et les autres IST en trois axes. Chaque axe d'intervention s'adresse à certains groupes de la population et cherche à atteindre des objectifs différents. Le regroupement des interventions en trois axes aide à structurer la lutte contre le VIH et les autres IST. Elle facilite non seulement la définition des objectifs stratégiques, mais permet aussi de différencier le VIH et les IST sur un plan organisationnel et de répartir ainsi plus clairement les rôles et les responsabilités entre les différents acteurs. <i>Pages 7 f., 85 ff., 95 ff., 132 f.</i>
BerDa	Outil Internet mis au point par l'OFSP afin de garantir un niveau de conseil de grande qualité dans les centres de dépistage VCT en Suisse. S'appuyant sur un questionnaire, BerDa établit un profil de risque automatique de la personne à tester afin de fournir aux collaborateurs du centre de dépistage une série de recommandations pertinentes relatives au comportement de la personne dépistée et permettant une structuration correspondante du conseil ou du traitement. BerDa sert également à récolter automatiquement des données statistiques participant à la surveillance et à l'observation des différentes tendances en Suisse. De plus, BerDa contribue à assurer la qualité des tests rapides. <i>Page 134</i>
Bisexualité, bisexuel(le)	Ce terme exprime le fait qu'il y a des personnes qui se sentent attirées au plan affectif et sexuel par les deux sexes (bisexuelles). <i>Pages 36 f., 41, 79, 87, 92, 133</i>
Charge virale (viral load)	Quantité de virus dans le sang, exprimée sous la forme d'un nombre naturel ou logarithmique de copies du virus/ml. En cas d'infection aiguë au VIH, la charge virale est initialement très élevée avant de diminuer au fil du temps puis de s'accroître à nouveau au fur et à mesure de l'amplification de la déficience immunitaire. Des variations individuelles et des hausses passagères sont possibles (p. ex., en cas d'infections, de vaccinations). Le risque de progression de la maladie est accru lorsque la charge virale est élevée. <i>Pages 19, 25, 61, 88, 104, 106</i>

Checkpoint	Les checkpoints sont des centres de santé à bas seuil pour les HSH qui proposent des offres sur mesure avec un suivi complet dans le domaine du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, du diagnostic avec conseil en amont et en aval jusqu'aux vaccinations, en passant par le traitement. Les centres sont conformes à une vision moderne et intégrée de la prévention et de la réduction des dommages. A la date de l'adoption du programme, il existe un checkpoint à Zurich et à Genève, un troisième est en planification à Lausanne. <i>Pages 67, 88, 103, 118, 129, 137</i>
Check-Your-Loveline (CYLL)	Check-Your-Loveline (CYLL) est un outil d'évaluation des risques disponible sur Internet : les personnes ayant eu des rapports sexuels non protégés peuvent vérifier le risque encouru sur www.check-your-lovelife.ch et déterminer si un test de dépistage du VIH est utile et où celui-ci peut être pratiqué. <i>Pages 67, 98</i>
Co-infection	Une co-infection désigne une infection simultanée avec deux agents pathogènes. Au sens large, elle s'applique également à des infections existantes, contractées à des dates différentes. <i>Pages 104, 137, 139, 141</i>
Comorbidité	Présence simultanée de plus d'un trouble, d'une maladie ou d'une anomalie. <i>Page 106</i>
Déclaration de la CFPS	Déclaration de la CFPS publiée le 30 juin 2008 dans le Bulletin des médecins suisses : « Après avoir pris connaissance des faits scientifiques, à la demande de la Commission d'experts clinique et thérapie VIH et sida (CCT) de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et après avoir longuement délibéré, la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFPS) arrive à la conclusion suivante : Une personne séropositive au VIH ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral (TAR) avec une virémie entièrement supprimée (condition désignée par « TAR efficace » ci-après) ne transmet pas le VIH par voie sexuelle, c'est-à-dire qu'elle ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels. Cette affirmation reste valable à condition que : ■ la personne séropositive au VIH applique le traitement antirétroviral à la lettre et soit suivie par un médecin traitant ; ■ la charge virale (CV) se situe en dessous du seuil de détection depuis au moins six mois (autrement dit : la virémie doit être supprimée depuis au moins six mois) ; ■ la personne séropositive au VIH ne soit atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible (MST). » <i>Pages 61, 104</i>
Déclaration complémentaire	La surveillance épidémiologique (système de déclaration) a pour objectif d'identifier rapidement les problèmes de santé pour que les mesures nécessaires à la lutte contre les maladies infectieuses puissent être engagées en temps utile. En présence de plusieurs agents infectieux, la déclaration initiale ne couvre pas encore les besoins épidémiologiques. Des informations supplémentaires adaptées à l'infection spécifique sont requises, par exemple à propos du statut vaccinal et de l'exposition. Le médecin cantonal demande ces « déclarations complémentaires » au médecin déclarant ou chargé du suivi. Ces informations supplémentaires permettent notamment d'engager les mesures nécessaires. Le médecin cantonal transmet la déclaration complémentaire à l'OFSP. <i>Pages 31, 34, 36, 38, 117 f.</i>

Déclaration obligatoire	En Suisse, le VIH, le sida, la gonorrhée, la syphilis et les infections à chlamydia doivent obligatoirement être déclarées par les laboratoires et (à l'exception de chlamydia) par les médecins. Des données sociodémographiques ainsi que des informations sur l'exposition supposée sont collectées dans le cadre de l'obligation de déclarer, en plus des paramètres biologiques. <i>Pages 25, 34, 44, 118</i>
Diagnostic	Identification d'une maladie et désignation de celle-ci par le terme scientifique correspondant, conformément à une classification existante des diagnostics (ICD 10 de l'OMS ou, p. ex., DSM IV de l'Association américaine de psychiatrie). Les diagnostics constituent toujours des hypothèses de travail et ne sont souvent que provisoires. Il arrive même qu'ils ne soient définitivement établis qu'après un certain temps. En règle générale, le diagnostic n'a d'intérêt en tant qu'hypothèse de travail que s'il permet de proposer une intervention ou un traitement. <i>Pages 7 ff., 13, 20, 29 ff., 38, 44, 57 f., 62 f., 65 ff., 79 ff., 86, 91, 95, 98 f., 103 f., 106, 111, 115 ff., 122, 131 ff., 140, 143</i>
Discrimination	On qualifie de discrimination au sens large toutes les formes illégitimes de désavantages imposés à des catégories sociales. Certains motifs de discrimination sont plus évidents que d'autres (sexe, ethnie, origine, langue, âge, état de santé, etc.). D'autres sont toutefois moins transparents (comportement, statut social, faible niveau d'éducation, etc.). <i>Pages 32, 62 f., 68, 79, 81, 85, 88, 91 f., 96, 101, 111 ff., 124</i>
Disease management (gestion de la maladie)	Le disease management correspond au traitement structuré, continu et interdisciplinaire de groupes de patients atteints de maladie chronique selon des méthodes scientifiquement reconnues (généralement avec un guide thérapeutique). L'implication active des patients est une composante essentielle du programme. A titre de système en constante évolution, le disease management inclut l'évaluation régulière des programmes. Contrairement au case management, il s'agit d'identifier tous les groupes de patients à risque élevé de maladie dont le traitement est coûteux et de les traiter conformément au programme. Des mesures de prévention et de détection précoce sont également de plus en plus utilisées dans le cadre du traitement global du patient. Grâce à la formation, le patient doit apprendre à mieux gérer sa maladie (« empowerment » ou responsabilisation) et à coopérer avec le personnel soignant (compliance). Le disease management requiert un système de soins intégré exempt des barrières traditionnelles ainsi qu'une connaissance étendue de la prévention, du diagnostic, de la thérapie et des possibilités d'influencer le cours d'une maladie. Des incitations appropriées doivent être introduites pour les fournisseurs de prestations respectant les méthodes de traitement définies. <i>Pages 8, 106, 120</i>
Données scientifiques	Les données scientifiques se fondent sur les connaissances acquises dans le cadre du monitoring, de l'évaluation, de la surveillance et de la recherche. Les mesures basées sur les données scientifiques sont décidées au vu des informations scientifiques disponibles. Les données scientifiques fournissent en permanence aux responsables de programmes et aux décideurs politiques en charge de la santé publique, des bases de décision pour la gestion, le développement et le financement adapté aux besoins des interventions. Dans la perspective du PNVI 2011–2017, elles constituent donc des instruments indispensables pour l'assurance qualité et l'amélioration qualitative du programme et de l'ensemble de la lutte contre le VIH et les autres IST. <i>Pages 7, 9, 15, 19, 47, 96, 100, 104, 106, 114, 116 ff., 121, 125, 131</i>

Education sexuelle	L'éducation sexuelle confère aux (jeunes) gens les connaissances de base et les capacités, les compétences et les valeurs dont ils ont besoin pour expérimenter leur sexualité au plan tant physique, que psychique et émotionnel. <i>Pages 54, 58, 71, 79, 87, 92, 97, 113, 132</i>
« Empowerment » (responsabilisation)	Littéralement pouvoir ou procuration en anglais : on qualifie d'« empowerment » des stratégies et des mesures propres à accroître le degré d'autonomie et d'autodétermination d'une personne ou d'un groupe afin de leur permettre de défendre et de concevoir (à nouveau) leurs intérêts, en toute autonomie, responsabilité et de leur propre chef. L'« empowerment » désigne aussi bien le processus d'autodétermination que l'assistance professionnelle aux personnes pour qu'elles assimilent et mettent à profit leurs ressources et marges de manœuvre. <i>Pages 62 ff., 81, 92, 106, 113, 123</i>
Endémie	Terme technique désignant les maladies transmissibles dont le schéma de propagation se caractérise par une présence constante dans une zone géographique limitée ou dans une certaine catégorie de population. <i>Pages 87, 137, 139</i>
Epidémie	Terme technique désignant les maladies dont le schéma de propagation se caractérise par une présence croissante dans une région, une zone étendue ou une catégorie de la population (épidémie concentrée). <i>Pages 7 f., 13 f., 19, 25, 28 ff., 34, 44, 47 f., 57, 61 f., 71, 75, 80 f., 86 f., 91, 101, 111, 114 ff., 122 ff., 131 f., 134 f., 142</i>
Eradication	Terme technique signifiant l'élimination complète des agents pathogènes dans l'organisme, les tissus ou les organes. Dans de nombreuses infections, elle est rendue possible par la réponse immunitaire ou par une thérapie (p. ex. antibiothérapie ou chimiothérapie). Les tentatives antérieures d'élimination du VIH de l'organisme, p. ex. grâce à une thérapie antirétrovirale combinée, à une activation immunitaire ou à des mesures de thérapie génique ont échoué, car les virus IH latents présents dans les réservoirs de virus n'ont pas été atteints. <i>Pages 8, 13</i>
Evaluation	L'évaluation est plus particulièrement utilisée comme instrument pour l'appréciation de l'efficacité des mesures étatiques. Les évaluations sont des enquêtes ciblées et limitées dans le temps. Elles ont pour but d'identifier le concept, l'exécution et les effets de l'action étatique et, si possible, de les mesurer. Il s'agit également à chaque fois de déterminer dans quelle mesure ils contribuent au bien-être collectif. Les évaluations ont pour but (1) de rendre compte de l'action de l'Etat, (2) de présenter des pistes pour des améliorations et de déclencher des processus d'apprentissage, (3) de fournir des connaissances en vue de l'organisation et de l'adaptation des mesures étatiques et de leur planification et (4) d'enrichir de façon générale la connaissance des mesures étatiques et des facteurs de succès de ces mesures. Les critères d'évaluation les plus fréquents pour l'appréciation des mesures étatiques sont l'adéquation, l'efficacité et l'économicité. L'évaluation peut tenir compte dans ses enquêtes des données de « monitoring » ainsi que des résultats de la surveillance. <i>Pages 15, 34, 40, 61, 67, 71, 81, 87, 96, 98, 113 ff., 117 ff., 125, 131, 144, 146</i>

Gestion des connaissances	La gestion des connaissances correspond à l'ensemble des stratégies et processus pour l'utilisation et le développement du savoir aux différents niveaux de l'institution. La gestion des connaissances ne se réfère pas tant aux contenus du savoir qu'à la mise en place des conditions-cadres, structures, processus et méthodes. Dans la pratique, la gestion des connaissances comporte deux orientations différentes : la « gestion de la connaissance » et la « gestion pour la connaissance ». La première se concentre sur la gestion des connaissances. La seconde se réfère à la qualité dynamique, implicite et équivoque de la connaissance et se focalise sur les conditions-cadres et les règles du jeu déterminantes pour l'utilisation et le développement du savoir. <i>Pages 131, 133</i>
GIPA : Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida	Le principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida (GIPA) a été formalisé dans la « Déclaration de Paris 1994 » lors du sommet de 42 Etats. La règle veut que les personnes séropositives au VIH et malades du sida soient fortement impliquées dans la lutte contre le VIH/sida, à tous les niveaux et dans tous les programmes et institutions, et soient le cas échéant habilitées en conséquence. <i>Pages 81, 92, 113, 126</i>
Gouvernance	La gouvernance désigne un système de conduite et de régulation en termes de structures (organisation structurelle et fonctionnelle) d'une entité politico-sociale telle que l'Etat, l'administration, la commune, une organisation privée ou publique. Dans le cadre politique, cette expression a alternativement donné naissance à la notion de gouvernement et signifie qu'à l'intérieur de l'entité politico-sociale respective, la conduite et la régulation ne sont pas uniquement assumées par l'Etat (« premier secteur »), mais aussi par l'économie privée (« deuxième secteur ») et par le « troisième secteur » (associations, fédérations, groupements d'intérêts). De façon plus générale, cette notion symbolise toutes les formes et tous les mécanismes de coordination entre des acteurs plus ou moins autonomes, dont les actions sont interdépendantes et peuvent donc se gêner ou se soutenir mutuellement. <i>Pages 114 f.</i>
Groupe cible	Groupe de personnes (présentant des caractéristiques similaires) qui doivent être approchées ou atteintes de manière ciblée dans un but précis. <i>Pages 7 f., 13, 57 f., 62 ff., 66 f., 71, 81, 85, 87 f., 91 f., 95, 99 ff., 103, 118, 123, 133, 146</i>
Harm reduction (réduction des dommages)	Expression née dans le cadre de la lutte acceptée contre la toxicomanie désignant l'utilisation de drogues (illégales) qui vise à éviter ou à réduire le risque de dommages psychiques, sociaux et pour la santé causés par la consommation de drogues. Cette notion inclut les informations sur les produits stupéfiants et certaines substances, sur les processus physiques et psychiques qu'ils déclenchent, les connaissances concernant la gestion des risques (p. ex., les mesures visant à éviter les surdosages) ainsi que les modes d'utilisation les moins risqués (p. ex., safer use ou usage à moindre risque). <i>Pages 58, 102, 124</i>
Hétérosexualité, hétérosexuel(le)	L'hétérosexualité correspond à une orientation sexuelle où l'on éprouve de l'amour, de l'attraction et du désir sexuel pour des personnes du sexe opposé. <i>Pages 20, 25 f., 28 ff., 37 ff., 44, 50 f., 57, 63, 65, 81, 87, 92, 136, 138, 142</i>
Homophobie	L'homophobie désigne principalement une aversion sociale ou une hostilité dirigée contre les homosexuels ou « la peur irrationnelle car impossible à justifier objectivement des homosexuels et de leurs modes de vie. Dans les sciences sociales, l'homophobie est regroupée avec des phénomènes tels que le racisme, la xénophobie ou le sexisme sous la notion de « misanthropie à l'égard de groupes ». <i>Page 32</i>

Homosexualité, homosexuel(le)	L'homosexualité correspond à une orientation sexuelle où l'on éprouve de l'amour, de l'attraction et du désir sexuel pour des personnes du même sexe. Les femmes homosexuelles sont également qualifiées de lesbiennes et les hommes homosexuels de gays. L'adjectif homosexuel s'applique également à des actes sexuels entre personnes du même sexe qui ne sont ni gays ni lesbiennes. <i>Pages 32, 36 ff., 41, 48 f., 54, 57, 79, 85, 87 f., 92, 136, 138, 142</i>
HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes)	En anglais : MSM (men who have sex with men). Il s'agit non seulement des hommes avec une identité homosexuelle qui entretiennent des relations sexuelles avec des hommes, mais aussi des hommes avec des tendances bisexuelles et hétérosexuelles qui ont parfois des pratiques homosexuelles. <i>Pages 25, 27 ff., 47 ff., 57 f., 65, 67, 81, 85 ff., 101, 116 ff., 124, 133, 136 ff., 140</i>
Identité de genre	L'identité de genre est l'expérience intime et personnelle de chacun/chacune de se sentir et d'interagir en tant qu'homme ou femme, ceci de manière indépendante de sa réalité biologique. <i>Pages 79, 91 f., 97</i>
Identités transgenres (personnes transgenres/transsexuels)	Personnes dont l'identité de genre ressentie ne correspond pas au genre assigné à leur naissance. Elles peuvent éprouver le besoin, parfois impératif, de procéder à des modifications corporelles (traitement hormonal/chirurgie). <i>Pages 87, 92, 133</i>
Incidence	Du latin « incidere » = se produire : l'incidence désigne le nombre de nouveaux cas/événements (maladie, trouble, infection) dans une population définie pendant une période déterminée. <i>Pages 13 ff., 34, 40, 44, 62, 117, 123, 136, 138, 140</i>
Indication	Du latin « indicare » = indiquer : on qualifie d'indication en médecine la raison de l'utilisation d'une mesure thérapeutique ou diagnostique dans un cas de maladie défini. <i>Pages 99, 101 ff.</i>
Information du partenaire	Transmission d'informations sur les bilans médicaux, l'état de santé ou le statut sérologique d'une personne à son partenaire, qui peut être assurée par la personne concernée ou par un tiers (p. ex., médecins). <i>Pages 8, 61 f., 88, 92, 96, 99, 103 ff.</i>
Intersexuation	L'intersexuation signifie qu'il est impossible de déterminer de manière sûre le sexe d'un nouveau-né, car ses caractéristiques sexuelles internes et externes sont en contradiction. Les individus extérieurement de sexe féminin sont par exemple de sexe masculin au plan génétique (chromosomes XY) et présentent des testicules à la place des trompes de Fallope et de l'utérus. Des enfants déclarés en tant que garçons au vu de leur appareil génital peuvent posséder des organes reproducteurs et des chromosomes féminins (XX). Dans de tels cas, on parle d'intersexuation, sachant que ce ne sont que deux exemples parmi de nombreuses formes d'intersexuation. Le caractère hors norme de l'appareil génital suggère fréquemment l'intersexuation. Cela peut aller du clitoris agrandi, voire d'aspect similaire à un pénis, jusqu'au micropénis. <i>Page 92</i>
Isis-Info	Le site Internet Isis-info.ch renseigne sur les offres de tous les centres de conseil en matière de grossesse, de planning familial, de sexualité et d'aides contre le sida mandatés en Suisse par les cantons. Il représente donc la plate-forme d'information des centres de conseil suisses dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (SSR). <i>Page 97</i>

IST (infection sexuellement transmissible)	STI (sexually transmitted infections), en anglais. Expression introduite par l'OMS pour désigner des infections pouvant être transmises par contact sexuel, qu'elles provoquent une maladie ou non.
LOVE LIFE	Depuis 2005, l'OFSP et l'ASS informent régulièrement toute la population suisse sur le VIH/sida dans le cadre de la campagne LOVE LIFE STOP SIDA (anciennement STOP SIDA). Cette campagne est un élément essentiel de la stratégie nationale de prévention du VIH menée par l'OFSP. Elle doit permettre à la population de se protéger contre une infection au VIH. <i>Pages 13, 88, 96</i>
Microbicides	Les microbicides sont des substances chimiques qui tuent les microbes. L'une des utilisations possibles d'un microbicide consiste à prévenir une infection au VIH ou à une autre IST pendant l'acte sexuel. <i>Page 21</i>
Modèles de soins intégrés (Managed care)	Système de gestion dans le domaine de la santé : Managed Care désigne un concept de soins médicaux censé garantir des soins globaux, d'un seul tenant, tout au long de la chaîne des prestations et pour l'ensemble des secteurs de soins. Le but consiste à organiser les processus de soins de manière efficace et efficiente. L'assurance qualité des soins et la coresponsabilité budgétaire des fournisseurs de prestations Managed Care en sont des composantes essentielles. <i>Page 106</i>
Monitoring	Le monitoring représente la collecte de routine, permanente et systématique de données comparables. Son but consiste à aider les différents acteurs des mesures étiatiques à constater les changements et/ou les tendances concernant la mise en œuvre, le comportement des groupes cibles ou les effets. L'accent est essentiellement mis sur les processus, les résultats et les effets, des données biologiques et comportementales pouvant être utilisées. <i>Pages 47, 49, 62, 81, 112, 117 ff., 122, 124 f., 131, 146</i>
Orientation sexuelle	Cette notion exprime le fait qu'il y a des personnes qui se sentent attirées au plan affectif et sexuel par l'autre sexe (hétérosexuelles), le même sexe (homosexuelles) ou les deux sexes (bisexuelles). <i>Pages 79, 91 f., 97</i>
Partie prenante	Stakeholder en anglais. Une partie prenante (participant à un projet, groupe d'intérêts, partie intéressée) est : ■ une personne, un groupe de personnes ou une organisation, ■ qui participe activement au projet ou est influencée par le déroulement du projet ou son résultat, et ■ qui peut éventuellement influencer sur le déroulement du projet ou son résultat. <i>Pages 7, 14 f., 114 f., 121, 123, 129 f., 131</i>
PICT : Provider-Initiated Counselling and Testing (Conseil et dépistage du VIH/sida à l'initiative du médecin)	Le concept PICT complète le programme VCT (conseil et dépistage volontaire du VIH/sida), où l'initiative du dépistage VIH vient du client. La différence essentielle entre ces deux approches provient du fait que c'est un médecin qui propose le dépistage à la personne qui le consulte (généralement pour d'autres raisons). Les deux procédés doivent en principe satisfaire aux critères des trois « C » : consentement (pas de dépistage sans approbation explicite et librement consentie), confidentialité (test et résultat inaccessibles aux tiers) et conseil (avant et après le test). <i>Pages 65 ff., 99, 103</i>

Prévalence	La prévalence indique combien de personnes appartenant à un certain groupe de la population, de taille définie, ont été infectées par un agent pathogène précis ou souffrent d'une certaine maladie. A la différence de l'incidence, les cas nouvellement diagnostiqués sont comptabilisés avec les personnes déjà malades (ou infectées) à la date de l'examen dans le cadre de la prévalence. <i>Pages 7 f., 19, 25, 32, 34, 44, 48, 57, 61 ff., 65 ff., 85 ff., 100, 102, 116 ff., 123, 133, 136, 138, 140</i>
Prévention	Terme générique regroupant toutes les mesures contribuant à réduire l'apparition, la propagation et les effets négatifs des maladies ou des troubles de la santé. On entend par mesures de prévention, les interventions médicales, psychologiques et éducatives, le contrôle environnemental, les mesures législatives, le lobbying et les campagnes médiatiques. La « prévention comportementale » s'adresse directement aux personnes, alors que la « prévention structurelle » vise essentiellement les structures (société/politique/législation et cadres de vie). Celles-ci s'entendent comme une variable entre l'intervention préventive et le comportement individuel.
Prévention structurelle	Stratégie consistant à empêcher les maladies et autres problèmes de santé et qui vise la création d'un climat propice à la prévention avec un accès à bas seuil généralisé aux offres d'information et de prévention afin de faciliter le recours aux mesures de protection et de prévention individuelles. <i>Pages 7, 63, 80, 100 ff.</i>
Prévention comportementale	Désignation des stratégies préventives dans le but de réduire les comportements individuels à risque grâce à la modification de certains comportements. <i>Pages 7, 80, 88</i>
Primo-infection	Infection initiale par un agent pathogène. Dans le cas du VIH, le virus se propage en général rapidement dans le corps dans un délai de trois à dix jours et s'installe définitivement. Cette phase se caractérise souvent par des symptômes de type grippal, de la fièvre, des ganglions lymphatiques, des maux de gorge, etc. Pendant la primo-infection, la charge virale augmente fortement dans le sang et dans le sperme, ce qui signifie que la personne atteinte est hautement contagieuse. <i>Pages 19, 25, 30, 65 f., 101, 138</i>
Prophylaxie post-expositionnelle (PEP)	Expression technique désignant les mesures prophylactiques secondaires après une exposition supposée ou effective à un agent pathogène, dans le but d'empêcher une infection ou une maladie. Lors d'une exposition dans un cadre professionnel ou non professionnel (p. ex., sexuel), il est conseillé pour une PEP VIH de débiter immédiatement une thérapie antirétrovirale combinée (si possible dans les 24 heures et pas au-delà de 72 heures). En cas de blessure causée par une aiguille, la plaie doit par ailleurs être lavée et nettoyée, lorsqu'il s'agit d'une exposition orale (contacts sexuels bucco-génitaux avec éjaculation), un bain de bouche doit être pratiqué. La réalisation d'un test rapide visant à déterminer le statut sérologique et l'évaluation du risque d'infection est utile dans la mesure du possible, après information et consentement de la personne présentant un éventuel risque d'infection. La PEP est généralement réalisée sur une période de 28 jours ; engagée dans les meilleurs délais, elle permet de réduire le risque d'infection au VIH. <i>Page 103</i>
Public health (santé publique)	Selon la définition de l'OMS (1998), la santé publique est un concept social et politique qui vise l'amélioration de la santé, l'allongement de la durée de vie ainsi qu'une meilleure qualité de vie de la population, grâce à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à d'autres interventions concernant la santé. <i>Pages 7 f., 13 ff., 19 ff., 48, 61, 65, 67, 71, 80 f., 114 f., 118 ff., 121, 126, 131, 133, 135</i>

Recherche	Par recherche, nous entendons la quête de nouveaux enseignements fondée sur certaines méthodes. Nous distinguons la recherche fondamentale et la recherche appliquée. Alors que la première tente d'enrichir les connaissances scientifiques sans aucune autre finalité, la recherche appliquée cherche à mettre au point des connaissances concrètes, directement applicables dans la pratique. La « surveillance » est une forme particulière de recherche appliquée. <i>Pages 13, 21, 71, 81, 88, 111, 113, 117f., 119ff., 123f., 126, 130ff., 144ff.</i>
Reproductive health (santé reproductive)	Selon la définition du programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994, la santé reproductive signifie que des « personnes peuvent avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans danger et qu'elles ont la capacité de procréer et de décider librement si, quand et comment elles veulent en faire usage. » <i>Pages 79, 99, 124</i>
Safer sex (sexe à moindre risque)	Formule née dans les années 1980 pour désigner des pratiques sexuelles où la transmission du VIH (et parfois d'autres infections sexuellement transmissibles) est très peu probable. Elle exprime l'idée qu'une réduction du risque est possible, mais que son élimination complète (safe sex) n'est réaliste que dans des cas exceptionnels (p. ex., en cas de limitation exclusive à la masturbation). En substance, les règles de safer sex stipulent : pas de pénétration sans préservatif, pas de sperme ni de sang dans la bouche, consultation du médecin en cas de démangeaison, d'écoulement ou de douleur dans la région génitale. <i>Pages 7, 14, 19, 40, 66f., 80, 87, 92, 96, 104, 139, 143</i>
Screening (dépistage)	Le dépistage permet de déceler les anomalies ou les facteurs de risque grâce à des tests simples, des examens ou d'autres procédés pouvant être menés rapidement à une assez grande échelle. Il ne remplace pas le diagnostic. Les personnes dont les résultats d'examen sont positifs ou suspects doivent être orientées vers des institutions de santé en vue d'un diagnostic et d'un traitement. Un dépistage sélectif s'adresse à un groupe dont on suppose qu'il est davantage exposé à une certaine maladie ou à un certain trouble. <i>Pages 38, 62, 65, 67</i>
Sérodiférent (ou sérodiscordant)	La sérodifférence (autrefois sérodiscordance) désigne des résultats différents lors de l'étude sérologique de couples, par exemple, la présence d'anticorps du VIH chez un seul partenaire. <i>Page 49</i>
Sexual health (santé sexuelle)	La santé sexuelle décrit un état (ou même des conditions-cadres) de l'évolution humaine où la sexualité peut être vécue de façon subjective, satisfaisante et sans dommage pour les autres. L'OMS définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal lié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun (OMS 2002). <i>Pages 7f., 14, 61f., 63f., 67, 75, 80, 87f., 91, 96f., 99, 103, 111, 114, 118ff., 144ff.</i>

SHCS (Swiss HIV cohort study), Etude suisse de cohorte VIH	Grâce à la création d'une vaste cohorte de patients atteints du VIH, l'étude suisse de cohorte VIH a permis de mettre en place un pool de données représentatif accessible à tous les chercheurs intéressés (dans le cadre de la recherche biomédicale et clinique). En tant que réseau de coopération interdisciplinaire, la SHCS couvre les aspects de la recherche axée sur les maladies et les patients. <i>Pages 13, 49f., 57, 71, 112, 117f., 121, 134, 142, 145f.</i>
Sida	SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise (AIDS en anglais : Acquired Immune Deficiency Syndrome). Le sida est la phase ultime d'une infection par le virus IH. La science divise l'évolution d'une infection au VIH en différents stades. Le sida désigne le stade où le système immunitaire est fortement atteint et où surviennent les maladies mortelles qui caractérisent le SIDA, telles que les infections opportunistes (p. ex., pneumonie à Pneumocystis, toxoplasmose), les maladies tumorales (p. ex., carcinome cervical, sarcome de Kaposi, lymphome malin), les symptômes généraux graves (p. ex., syndrome de cachexie, fièvre d'origine indéterminée, affections neurologiques). L'introduction des thérapies anti-rétrovirales combinées a permis de faire reculer le nombre de cas de sida depuis 1997 dans les pays où les médicaments antirétroviraux sont accessibles en quantité suffisante.
Statut sérologique	Le statut sérologique correspond à l'état du sérum sanguin (composante liquide du sang). Deux états sont possibles : on qualifie de séropositifs les individus lorsque des anticorps contre un certain antigène ont été décelés. En cas de constat négatif, l'individu est séro-négatif. Le procédé visant à déceler les anticorps présente toutefois des limites en raison de deux facteurs temporels : d'une part l'organisme infecté doit déjà avoir commencé à former des anticorps, d'autre part, ceux-ci doivent être présents dans une concentration suffisante. <i>Pages 48, 62, 143</i>
Stigmatisation	Le terme stigmat désigne une caractéristique physique, psychique, sociale ou un trait de caractère d'une personne que lui prêtent des tiers. Le stigmat suscite rejet, inhibition ou malaise auprès des tiers et nuit au porteur des stigmates. <i>Pages 62f., 67f., 81, 97, 101, 111ff., 124</i>
Surveillance	Désigne la collecte régulière et/ou continue et systématique de données épidémiologiques et autres (avec des indicateurs comparables) ainsi que leur interprétation selon des critères pertinents (par exemple, l'âge, le sexe, le mode de transmission, etc.) en vue de l'observation cohérente d'une maladie. Dans la lutte contre le VIH et les autres IST, il s'agit notamment de données relatives aux infections nouvellement diagnostiquées au VIH et aux IST ainsi que de données sur les personnes atteintes du sida et les décès attribués au sida. La surveillance est donc un instrument important pour la maîtrise des enjeux dans le domaine de la santé publique d'un pays. En Suisse, le VIH, le sida, la gonorrhée, la syphilis et les infections à chlamydia doivent obligatoirement être déclarées par les laboratoires et (à l'exception de chlamydia) par les médecins. Des données sociodémographiques ainsi que des informations sur l'exposition supposée sont collectées dans le cadre de l'obligation de déclarer, en plus des paramètres biologiques. <i>Pages 9, 14, 15, 19, 81, 87, 115ff., 124, 131</i>

Surveillance biologique	La surveillance biologique consiste à collecter et à analyser des données relatives au statut infectieux du VIH et des autres IST déterminantes ainsi que des comorbidités pertinentes. La collecte des données s'effectue généralement à l'aide d'un dépistage de la population générale ou de catégories de personnes définies. En Suisse, la surveillance biologique se pratique dans le cadre des examens de dépistage des dons du sang (pour le VIH, les hépatites B et C, la syphilis) mais aussi, en règle générale, chez les femmes enceintes (VIH et syphilis) ainsi que chez les personnes atteintes d'une IST (VIH). <i>Pages 9, 15, 25 ff., 62, 116</i>
Surveillance comportementale	La surveillance comportementale consiste en une collecte et une analyse régulières de données importantes pour la prévention portant sur le comportement des personnes appartenant à certains groupes de la population. L'intensité et l'orientation de la surveillance comportementale dépendent des groupes particulièrement atteints par le VIH et/ou une autre IST dans un pays et de l'étendue de l'épidémie. La surveillance des comportements en matière de protection et de risque par rapport au VIH et aux IST représente un instrument complémentaire précieux de la santé publique, parce qu'elle permet de surveiller la répartition du risque de transmission dans la population générale et dans les groupes menacés ainsi que son évolution dans le temps. <i>Pages 9, 15, 47 ff., 62, 116 f.</i>
Surveillance de troisième génération	Le présent programme PNVI a repris le concept d'un document OMS daté de 2002¹⁵⁰ et le complète de la manière suivante : Third generation surveillance (TGS), en anglais. Système de surveillance complet, où les différentes mesures de prévention et offres de suivi sont soumises à un monitoring afin d'en déterminer l'efficacité, parallèlement à la surveillance biologique et épidémiologique et à la surveillance comportementale. Le monitoring inclut également une analyse coût-utilité. L'objectif de la surveillance de troisième génération consiste à faire en sorte que les mesures de prévention puissent être comparées en termes de coûts et d'utilité afin de définir des priorités. Les décideurs disposent ainsi des bases nécessaires pour une affectation optimale des ressources limitées aux différentes mesures de prévention. La surveillance de troisième génération représente donc un instrument important pour l'assurance qualité et l'évaluation de l'efficacité de la prévention. <i>Pages 9, 62, 116 ff., 131</i>
Symptôme	Terme technique médical désignant les manifestations d'une maladie. <i>Pages 19, 25, 34, 36, 38, 40, 42, 65 ff., 80, 120, 136, 138, 140</i>
Système de déclaration sentinelle (« Sentinella » en Suisse)	Le système de déclaration Sentinella utilisé en Suisse permet de recueillir des données épidémiologiques, de surveiller les maladies infectieuses et autres affections aiguës et de conduire des recherches en médecine de famille. Des systèmes de déclaration sentinelle de ce type existent dans différents pays européens, parfois depuis des années, par exemple en Grande-Bretagne, en France, aux Pays-Bas, en Belgique, en Allemagne, en Italie, au Portugal et en Espagne. Le réseau « Sentinella » fut créé en Suisse en 1986, après une expérimentation dans un projet pilote régional pour la surveillance des maladies infectieuses fréquentes. La gamme des thèmes étudiés s'est depuis étendue également aux maladies non infectieuses. Outre les registres spécifiques, tels qu'ils existent par exemple pour le cancer, Sentinella est le seul instrument en Suisse qui permet de visualiser la situation de la population générale en termes de maladies non soumises à déclaration ainsi que de soins de premier recours dispensés par les médecins de famille. <i>Pages 44, 117, 118</i>

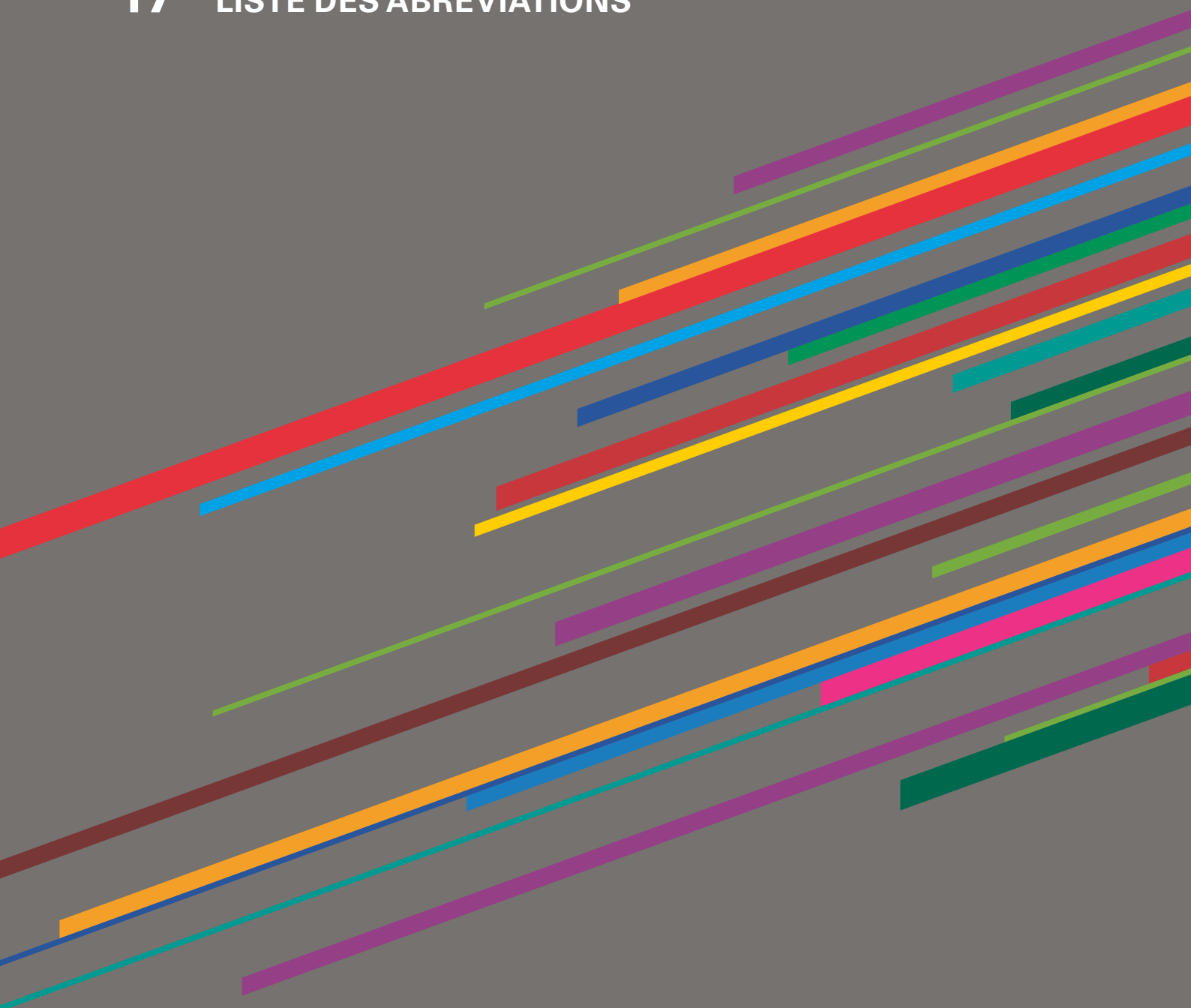
¹⁵⁰ WHO (2002) Guidelines for the Upgrading of HIV/AIDS/STI Surveillance in the Caribbean (2002). The Third Generation Surveillance of HIV/AIDS/STI. Linking HIV, AIDS and STI Case-Reporting Behavioural and Care Surveillance.

Système de surveillance de deuxième génération	La surveillance de deuxième génération (second generation surveillance, SGS) désigne une surveillance où des données biologiques et des déclarations de diagnostics de VIH et d'IST sont associées à des données comportementales, p. ex., le comportement sexuel, le comportement en matière de protection ou de risque. Ces données sont régulièrement et systématiquement collectées et analysées. Le SGS permet non seulement d'évaluer le degré de gravité d'un problème de santé publique, mais aussi d'en analyser les causes et de pronostiquer l'évolution future d'une épidémie. <i>Page 131</i>
Thérapie antirétrovirale combinée (TAR)	Traitement antirétroviral (généralement contre le VIH) associant plusieurs médicaments qui ont des mécanismes d'action ou angles d'attaque différents et qui inhibent la multiplication du virus. L'objectif thérapeutique consiste à abaisser la charge virale en-dessous du seuil de détection. <i>Pages 13, 25, 26f., 29, 31, 57, 61, 71</i>
VIH	VIH : abréviation de virus de l'immunodéficience humaine (Human Immunodeficiency Virus [HIV] en anglais) ; lentivirus de la famille des rétrovirus. Le VIH-1 a été identifié en 1983 comme agent infectieux du SIDA (initialement qualifié de LAV-1, Lymphadenopathy Associated Virus ou ARV, AIDS-related Virus, ou de HTLV-III). Un nouveau type de virus, le VIH-2, est connu depuis 1986. Ces deux types de virus se sont propagés dans le monde entier, le VIH-1 étant beaucoup plus fréquent que le VIH-2, qui n'a pratiquement été décelé que dans certaines régions d'Afrique de l'Ouest. Le VIH-1 est subdivisé en trois catégories VIH-1 M (main, groupe principal), VIH-1 N (non-M, non-O) et VIH-1 O (outlier, cas particulier). Plus de 90% des infections sont causées par des virus de la catégorie VIH-1 M, dans laquelle on peut distinguer au moins dix sous-types (A à K). Les sous-types les plus fréquents sont le B (notamment en Amérique du Nord, du Sud et en Europe), le A et le D (principalement en Afrique) et le C (essentiellement en Afrique méridionale et en Asie).
Voluntary counselling and testing (VCT)	Le VCT, conseil et dépistage volontaire du VIH, désigne une intervention de prévention du VIH éprouvée au plan international. La combinaison bien structurée de conseil et de dépistage du VIH est censée réduire les risques de transmission du VIH grâce à de meilleurs comportements en matière de protection. La confidentialité est garantie. Le dépistage du VIH n'est pratiqué qu'en cas de consentement volontaire et éclairé du client. <i>Pages 65 ff., 99, 103, 115, 134</i>
Vulnérabilité	La vulnérabilité (lat. vulnus, blessure) désigne la probabilité de souffrir d'une certaine maladie. <i>Pages 7, 85, 87</i>

Sources :

Last J. Mast, A Dictionary of Epidemiology, New York, Oxford University Press 2005.
Duden : Universalwörterbuch, Fremdwörterbuch
Dr. Stephan Dressler, HIV/Aids Taschenlexikon, Berlin 2008.
Glossaire de l'Aide suisse contre le sida, www.aids-moodle.ch
www.wikipedia.com, 12.04.2010.
www.public-health.ch, 12.04.2010
Dictionnaire suisse de politique sociale : www.socialinfo.ch, 12.04.2010

17 LISTE DES ABRÉVIATIONS



ASS	Aide suisse contre le sida
BerDa	Beratungsleitfaden und Datenverarbeitungssystem für VCT-Stellen
CCT	Commission d'experts clinique et thérapie VIH/sida
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
CDIP	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
CFPS	Commission fédérale pour les problèmes liés au sida
CFV	Commission fédérale pour les vaccinations
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CLD	Commission laboratoire et diagnostic VIH/sida
CYLL	Check your Lovelife
DDC	Direction du développement et de la coopération
DFI	Département fédéral de l'Intérieur
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
FMH	Fédération des médecins suisses
FNS	Fonds National Suisse
FRI	Bildung, Forschung und Innovation
FSW	Travailleuses du sexe (Female Sex Workers)
GAP	Politique extérieure en matière de santé
GIPA	Greater Involvement of People Living with HIV/Aids
HPV	Papillomavirus humains
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IDU	Consommateurs de drogue par voie intraveineuse (Injecting Drug Users)
ILO	International Labour Organisation
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infections sexuellement transmissibles (Sexually transmitted infections)
LEp	Loi sur les épidémies
LGBT	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender
LGV	Lymphogranuloma venerum
LuMMic	Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral
MSW	Travailleurs du sexe (Male Sex Workers)
NZR	Centre national pour les rétrovirus
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé (World Health Organisation)
ONG	Organisation non gouvernementale (Non-Governmental Organisation)
ONUSIDA	Programme VIH/Sida des Nations Unies (The Joint United Nations Programme on HIV/Aids)
PEP	Prophylaxie post expositionnelle
PHZ	Haute École Pédagogique de Suisse centrale
PICT	Provider-Induced Counselling and Testing
PLANeS	Fondation Suisse pour la santé sexuelle et reproductive
PNVI	Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles
PNVS	Programme national VIH et sida
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
SAN	Swiss Aids News
SCIH	Swiss Centre for International Health
SGS	Second Generation Surveillance System
SGGG	Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
SHCS	Etude suisse de cohorte VIH (Swiss HIV Cohort Study)
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise (Acquired immune deficiency syndrome)
SSDV	Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie
TAR	Thérapies antirétrovirales
TGS	Third Generation Surveillance

UEPP/IUMSP	Unité d'évaluation de programmes de prévention/Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population (United Nations Population Fund)
UNGASS	Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (United Nations General Assembly Special Session on Aids)
VCT	Conseil et dépistage volontaires (Voluntary Counselling and Testing)
VEGAS	Association d'entreprises gay Suisse
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine (Human Immunodeficiency Virus)
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

18 LISTE DES RÉFÉRENCES



- Aide suisse contre le sida (éd.) (2011) : Swiss Aids News – SAN. Zurich : Aide suisse contre le sida. <http://www.aids.ch/f/information/newsletter.php>
- aids&mobility europe (2010) : Hanovre : aids&mobility europe. <http://www.aidsmobility.org/114.0.html>
- ASS, PLANeS & OFSP (2008) : Infections sexuellement transmissibles. Informations destinées aux conseillères et conseillers. Zurich, Berne : ASS, OFSP. http://www.aids.ch/shop/produkte/fuerfachleute/pdf/1371_STI_conseillers.pdf
- Baillif, A. & Low, N. (2010) : Diagnosed bacterial sexually transmitted infections in Switzerland : analysis of notifications data, according to physician specialty and setting. Document non publié. Berne : Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM).
- Benz, A., Lütz, S., Schimank, U., Simonis, G. & (Hrsg.) (2007) : Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bihl, S. (2009) : Migration et santé sexuelle et reproductive. Enquête auprès des centres de consultation en planning familial. Rapport définitif pour l'OFSP. Berne : PLANeS. http://www.plan-s.ch/IMG/pdf_PLANeS_resume_migration_et_ssr_f-2.pdf
- CAPRISA – Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa (2010) : The CAPRISA 004 tenofovir gel trial results. Congella : Nelson Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal. <http://www.caprisa.org/joomla/>
- Cebolla, B. & Björnberg, A. (2009) : The Euro HIV Index 2009 – a reality check of public policy and best practice in 29 countries. Report. Stockholm/Brussels/Winnipeg : Health Consumer Powerhouse. <http://www.healthpowerhouse.se/files/Report%20Euro%20HIV%20index%20091008-3%20with%20cover.pdf>
- Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (2009) : Rapport de la Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse. La sexualité des jeunes au fil du temps. Evolution, influences et perspectives. Berne. http://www.ekkj.admin.ch/c_data/f_09_Jugendsexualitaet.pdf
- Commission Fédérale pour les Vaccinations (CFV) Office fédéral de la santé publique et SEVHep (Swiss Experts in Viral Hepatitis) (2006) : Hépatite B : ses causes, ses conséquences, sa prévention. Berne : Office fédéral de la santé publique. <http://www.bag.admin.ch/shop/00047/00199/index.html?lang=fr>
- Commission laboratoire et diagnostic du VIH/sida de l'OFSP (CLD) (2006) : Concept suisse de test VIH – récapitulatif actualisé du concept technique et du concept de laboratoire. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 51 : 1022–1034. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/01795/index.html?lang=fr>
- Confédération suisse (1970) : Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies) (RS 818.101). Berne : Les autorités fédérales de la Confédération suisse. http://www.admin.ch/ch/f/rs/c818_101.html
- Confédération suisse (1999) : Constitution fédérale de la Confédération suisse (RS 101). Berne : Assemblée fédérale de la Confédération suisse. <http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/index.html>
- Conseil de l'Europe (1950) : Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH). RS 0.101. Berne. <http://www.admin.ch/ch/f/rs/i1/0.101.fr.pdf>
- Council of Europe & committee of ministers (2010) : Recommendation CM/Rec(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity. Strasbourg Cedex : Council of Europe. [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec\(2010\)5&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec(2010)5&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)
- Département fédéral de l'Intérieur DFI et Département fédéral des affaires étrangères DFAE (2006) : Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik. Aussenpolitische Zielvereinbarung im Bereich Gesundheit. Bern : EDI, EDA. <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11523/index.html?lang=de>
- European Centre for Disease Prevention and Control & WHO Regional Office for Europe (2009) : HIV/AIDS surveillance in Europe 2008. Stockholm : ecdc and WHO Europe. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0912_SUR_HIV_AIDS_surveillance_in_Europe.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control ECDC (2009) : Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Technical Report. Stockholm : ECDC. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_Mapping_of_HIV_STI_Behavioural_Surveillance_in_Europe.pdf

Flepp, M., Cavassini, M., Vernazza, P. L., Furrer, H. pour la Commission d'experts clinique et thérapie VIH/Sida (2010) : Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins : recommandations pour les patients adultes. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 11 : 364–366. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=fr>

Flepp, M., Jost, P., Vernazza, P. L., Hirschel, B., Bernasconi, E., Office fédéral de la santé publique, Sous-commission « Clinique » (SKK) de la Commission fédérale pour les questions liées au sida (CFPS) (1999) : Les recommandations pour la réduction du risque de transmission du VIH lors de pratiques orogénitales restent valables. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 11 : 210–211. www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05494/index.html

Frey, K. & Kübler, D. (2006) : Sozialwissenschaftliche HIV/Aids-Forschung in der Schweiz 1987–2006. Förderung, Vermittlung und zukünftige Entwicklung. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 4. Zürich : Universität Zürich, Institut für Politikwissenschaft. <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02062/03524/index.html?lang=fr>

Haering, B. & Lothar, M. (2010) : Forschung zu Sexual Health/STI : Übersicht und Möglichkeiten der Förderung. Schlussbericht z.H. BAG. Zürich : econcept AG. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=fr

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (2008) : Rapport d'approfondissement Genre et santé. Berne : OFSP. http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_207.pdf

International Planned Parenthood Federation IPPF (2009) : Déclaration des droits sexuels de l'IPPF. Londres : IPPF. http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/A19D8FFD-55A8-4E74-8D9F-560B4EF6F17E/0/Declaration_French.pdf

Iten, A. & Gravier, B. (2005) : Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (EPIPS). Deuxième phase de l'étude. Rapport Final. Lausanne : Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Canton de Vaud.

Jaton, K. & Greub, G. (2005) : Chlamydia : signes d'appel, diagnostic et traitement. Revue Médicale Suisse 13. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=30280>

Jeannin, A., Meystre-Agustoni, G., Locicero, S. & Dubois-Arber, F. (2010) : Système de suivi de la stratégie de la lutte contre le VIH/sida en Suisse. Rapport de synthèse 2004–2008. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds155a_fr.pdf

Kayser, F. H., Böttger, E. C. & Zinkernagel, R. M. (2005) : Medizinische Mikrobiologie. Stuttgart-Feuerbach : Thieme.

Kessler, C. (2009) : International Context Analysis. HIV & STI Strategies and Programmes : The European and International Reference. Bâle et Berne : SCIH et OFSP. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=fr

Kessler, C. (2010) : Expertensicht – die internationalen Bezüge des Nationalen HIV- und STI-Programms 2011–2017. Bericht z.H. BAG. Basel : Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=fr

Kessler, C., Weiss, S. & Stucki, C. (2009) : Programme national VIH/sida et IST : Enquête en ligne auprès des parties prenantes 2009. Bâle et Berne : Swiss Center for International Health (SCIH) et OFSP. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=fr

Kouyos, R. D., Von Wyl, V., Yerly, S. & Böni, J. (2010) : Molecular Epidemiology Reveals Long-Term Changes in HIV Type 1 Subtype B Transmission in Switzerland. The Journal of Infectious Diseases 201 : 1488–1497. http://www.usz.ch/SiteCollectionDocuments/Medienmitteilungen/MM_2010/100507_Spritzenabgabe_SNF-Studie_Kouyos_JID_Mol_Epi_Subtyp_B_SHCS_May_2010.pdf

Krech, T., Cassinotti, P., Deseö, N., Biegert, A., Gesenhues, T. & Käppeli, F. (2010) : Papillomavirus humains et chlamydies urogénitales. Epidémiologie chez les femmes suisses en recourant à de nouvelles méthodes de dépistage. Forum Med Suisse 10 : 230–232. http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2010/2010-12/2010-12-285.PDF

Le Conseil fédéral Suisse (1999) : Ordonnance sur la déclaration des maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur la déclaration). RS 818.141.1. Berne : Les autorités fédérales de la Confédération suisse. <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/818.141.1.fr.pdf>

- Les autorités fédérales de la Confédération suisse (1970) : Loi fédérale du 18 décembre 1970 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies). RS 818.101. Berne : Confédération suisse. http://www.admin.ch/ch/f/rs/c818_101.html
- Locicero, S., Dubois-Arber, F. & Jeannin, A. (2010) : Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2009. Raisons de santé 163. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds163_fr.pdf
- Member States of the WHO European Region (2004) : Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Copenhagen : WHO Europe. http://www.unicef.org/ceecis/The_Dublin_Declaration.pdf
- Menzi, P., Leu, M. & Galgado, M. (2008) : Handbuch Prävention und Therapie. Bern : infodrog, Office fédéral de la santé publique.
- Nau, J.-Y. (2009) : Nouvelle alerte à la lymphogranulomatose vénérienne rectale. Revue Médicale Suisse Décembre. <http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=2404>
- Niveau, G. (2006) : Prevention of infectious disease transmission in correctional settings : A review. Journal of the Royal Institute of Public Health 120 : 33–41. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B73H6-4H0BT2F-1-1&_cdi=11546&_user=7305403&_pii=S003335060500154X&_origin=search&_coverDate=01%2F31%2F2006&_sk=998799998&view=c&wchp=dGLbVlW-zSkzV&md5=b0341dc3823cf43ddb845abb8623ce98&ie=/sdarticle.pdf
- Office fédéral de la santé publique (2002) : Stratégie générale de l'OFSP. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique (2003) : Programme national VIH et sida 2004–2008. Berne : Office fédéral de la santé publique. <http://www.bag.admin.ch/shop/00032/00038/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique (2004) : Vaccination des adolescents contre l'hépatite B en Suisse : impact important sur l'incidence de la maladie dans le groupe d'âge concerné. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 49 : 923–931. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/01798/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique (2007) : Stratégie Migration et santé (phase II : 2008–2013). Berne : OFSP. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique (2007) : Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ? Les principaux résultats du « Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse ». Berne : OFSP. <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00242/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique (2008) : Migration mainstreaming en matière de santé. Berne : OFSP. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07694/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique (2008) : Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 1988 à 2006 : Situation actuelle et perspectives. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 8 : 140–149. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/04412/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique (2009) : L'éducation sexuelle à l'école. Berne : OFSP. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05470/05482/index.html?lang=fr
- Office fédéral de la santé publique (2009) : Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 2006 à 2008. Berne : OFSP. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01071/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique (2010) : Statistiques trimestrielles VIH au 31 mars 2010. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 18 : 480–483. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique (2010) : Mise à jour du concept de laboratoire VIH. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 35 : 791. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05494/index.html?lang=fr
- Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) (2010) : Plan de vaccination suisse 2010. Directives et recommandations. Berne : OFSP. <http://www.bag.admin.ch/ekif/04423/04428/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) et groupe de travail « Vaccin HPV » (2008) : Recommandations concernant la vaccination contre le virus du papillome humain (HPV). Directives et recommandations. Berne : Office fédéral de la santé publique. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) et Groupe suisse d'experts pour l'hépatite virale (SEVHEP) (1997) : Recommandations pour la vaccination contre l'hépatite B. Directives et recommandations (précédemment Supplément II). Berne : Office fédéral de la santé publique. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02114/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2009) : Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012. Berne : B. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique (2010) : Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS. Suisse. Période considérée : janvier 2008–décembre 2009. Berne : OFSP. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/05468/index.html?lang=fr

OFSP, ASS, PLANeS, LHIVE, CFPS, SGGG & SSDV (2009) : Les thèses pour le développement du programme national VIH et IST 2011–2017. Berne : OFSP. Non publié.

OFSP (éd.) (2011) : Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique. Berne : Office fédéral de la santé publique. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=fr>

OFSP (éd.) (2011) : spectra – Promotion de la santé et prévention. Berne : Office fédéral de la santé publique. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=fr>

ONU (1948) : La Déclaration universelle des droits de l'homme. New York : ONU. <http://www.un.org/fr/documents/udhr/index.shtml>

ONU (1965) : Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale. RS 0.104. Berne. <http://www.admin.ch/ch/f/rs/i1/0.104.fr.pdf>

ONU (1966) : Pacte international relatif aux droits civils et politiques. RS 0.103.2. Berne. http://www.admin.ch/ch/f/rs/0_103_2/index.html

ONU (1966) : Pacte international du 16 décembre 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. RS 0.103.1. Berne. <http://www.admin.ch/ch/f/rs/i1/0.103.1.fr.pdf>

ONU (1989) : Convention relative aux droits de l'enfant. RS 0.107. Berne. http://www.admin.ch/ch/f/rs/0_107/index.html

Pädagogische Hochschule Zentralschweiz (éd.) (2009) : Document établissant les bases d'une pédagogie sexuelle à l'école. Bases pour une harmonisation et un ancrage au niveau national de l'éducation sexuelle à l'école et réflexions sur la formation et la formation continue des enseignants dans les hautes écoles pédagogiques. Lucerne : PHZ. http://www.wbza.luzern.phz.ch/fileadmin/media/wbza.luzern.phz.ch/gesundheitsfoerderung/Grundlagepapier_Version4.1_F_DEF_01.pdf

Paget, J. W., Zbinden, R., Ritzler, E., Zwahlen, M., Lengeler, C., Stürchler, D., Matter, H. C. & Swiss Sentinel Surveillance Network of Gynecologists (2002) : National laboratory reports of Chlamydia trachomatis seriously underestimate the frequency of genital chlamydial infections among women in Switzerland. Sex Transm Dis. 29 : 715–720. http://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2002/11000/National_Laboratory_Reports_of_Chlamydia.16.aspx

Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009) : Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Zurich : Research Institute for Public Health and Addiction. <https://www.zora.uzh.ch/28145/>

Rosenbrock, R., Almedal, C., Elford Jonathan, Kübler, D., Lert, F. & Matic, S. (2009) : Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Horgen : Syntagma. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=fr

Rosenbrock, R., Almedal, C., Elford Jonathan, Kübler, D., Lert, F. & Matic, S. (2009) : Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Expert Report. Horgen : Syntagma. http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/07563/index.html?lang=fr

Salis Gross, C. (2010) : Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. SuchtMagazin 1 : 18–21. http://www.isgf.ch/fileadmin/downloads/SuMag_01_2010_gross.pdf

- Spencer, B. (2001) : « Und Gott schuf die Geschlechter ». Geschlechtsspezifische HIV-Prävention. AIDS INFOTHEK 2 : 4-9. http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_132.pdf
- UNAIDS (2000) : Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV. Geneva : UNAIDS. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC295-Protocol_en.pdf
- UNAIDS (2004) : « Three Ones » key principles. « Coordination of National Responses to HIV/AIDS ». Guiding principles for national authorities and their partners. Genf : UNAIDS. http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones_KeyPrinciples_en.pdf
- UNAIDS (2007) : The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy Brief. Geneva : UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1299-Policy-Brief-GIPA_en.pdf
- UNAIDS (2008) : Criminalization of HIV Transmission. Policy Brief. Geneva : UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf
- UNAIDS (2009) : Scientists come together for the AIDS Vaccine Conference 2009. Geneva : UNAIDS. http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20091015_AIDS_Vaccine.asp
- UNAIDS (2010) : Human rights and HIV. Geneva : UNAIDS. <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/HumanRights/default.asp>
- UNAIDS & WHO (2009) : 2009 AIDS epidemic update. Geneva : UNAIDS. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>
- UNAIDS & WHO (2009) : AIDS epidemic update : November 2009. Geneva : UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf
- UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2000) : Guidelines for Second generation HIV Surveillance. Second generation surveillance for HIV : The next decade. Geneva : UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epiworkinggrp.asp>
- United Nations (2000) : United Nations Millennium Development Declaration. New York : UNO. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
- UNO (2001) : Declaration of Commitment on HIV/AIDS. New York : UNO. United Nations General Assembly Special Session UNGASS. Dok. Nr. A/RES/S-26/2 01 43484 <http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf>
- UNO (2006) : Political Declaration on HIV/AIDS. New York : UNO. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf
- Van de Laar, M. J. (2010) : The emergence of LGV in Western Europe : what do we know, what can we do ? Euro-surveillance 11 : pii=641. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=641>
- Vanhems, P., Allard, R., Cooper, D. & et al. (1997) : Acute human immunodeficiency virus type 1 disease as a mononucleosis-like illness : Is the diagnosis too restrictive ? Clin.Infect.Dis. 24 : 965–970.
- Vernazza, P. L. (2009) : Endlich : Zum ersten Mal ein erfolgreiches Resultat einer HIV-Impfung. St. Gallen : Fachbereich Infektiologie & Spitalhygiene Kantonsspital St.Gallen. <http://www.infekt.ch/kategorien/lehreforschung/literaturscreen/hiv/1901-endlich-zum-ersten-mal-ein-erfolgreiches-resultat-einer-hiv-impfung.html>
- Vernazza, P. L., Hirschel, B., Bernasconi, E. & Flepp, M. (2008) : Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Bulletin des médecins 89 : 165–169. http://www.saez.ch/pdf_f/2008/2008-05/2008-05-089.PDF
- Weinhardt, L. S. (2005) : The effects of HIV diagnosis on sexual risk behavior. In : Kalichman, S. C. (Ed.) : Positive Prevention : Reducing risk among people living with HIV. New York : Kluwer.
- WHO (1986) : Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Geneva : WHO. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- WHO (2002) : Guidelines for the Upgrading of HIV/AIDS/STI Surveillance in the Caribbean (2002). The Third Generation Surveillance of HIV/AIDS/STI. Linking HIV, AIDS and STI Case-Reporting Behavioural and Care Surveillance. Geneva : WHO. <http://www.who.int/hiv/strategic/pubcarecspsti/en/index.html>

WHO (2006) : Defining sexual health : report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva : WHO.

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

WHO & UNAIDS (2007) : New Data on Male Circumcision and HIV Prevention : Policy and Programme Implications. Geneva : UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf

Wolff, H., Lourenço, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Uny, M., Andreoli, N., Irion, O., Gaspoz, J.-M. & Dubuisson, J.-B. (2008) : Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy : a prospective cohort study. BMC Public Health 8 : 10.1186/1471-2458-8-391. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/391>

World Health Organization, D. o. R. H. a. R. (2007) : Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections : 2006–2015. Breaking the chain of transmission. Geneva : WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/print.html>

Zurn, P., Taffé, P., Rickenbach, M. & Danthine, J.-P. (2001) : Social cost of HIV infection in Switzerland. Lausanne : Institut d'économie et management de la santé (IEMS). <http://www.hec.unil.ch/jdanthine/other%20reports/hiv.pdf>