



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DES CAMPAGNES
DE PREVENTION CONTRE LE SIDA
EN SUISSE

RAPPORT DE L'ETUDE
LES TOXICOMANES

NOVEMBRE 1987

Hughes Wülser, Blaise Duvanel

Etude faisant partie de
l'évaluation globale des programmes de lutte contre le SIDA en Suisse.
Coordination et synthèse : D. Hausser, Ph. Lehmann,
F. Dubois-Arber, F. Gutzwiller.

Cah Rech Doc IUMSP no 23.7

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

*Adresse pour commande : Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Bibliothèque
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne*

Citation suggérée :

Wülser H., Duvanel B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les Toxicomanes. Novembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 26 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 23.7)

Evaluation des campagnes de lutte contre le SIDA en Suisse.

L'ensemble de l'évaluation, sur mandat de l'Office fédéral de la Santé Publique, comprend les publications suivantes sous forme de Cahiers de Recherches et de Documentation de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive :

- 16s.1 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1987-1988. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1987-1988. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.
19. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.
23. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Décembre 1987. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 96 p.
- 23.1 Zeugin P. Kampagne zur AIDS-Prävention : repräsentative Befragung bei Personen zwischen 17 und 30 Jahren zur Kondom-Benützung (Erst- und Zweitbefragung). November 1987. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.
- 23.2 Gurtner F., Zimmermann H.-P., Kaufmann M., Somaini B. Sexualanamnese bei nicht verheirateten Praxispatienten. Eine Sentinella-Studie. November 1987. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988 (à paraître).
- 23.3 Di Grazia M. Giovani e salute. Fattori di rischio e loro percezione soggettiva. Reclutamento 1987. Novembre 1987. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.

- 23.4. Schröder I, Mathey M.-C.
Befragung von Berufsschülern, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich. November 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.
- 23.5. Masur J.-B.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude du groupe : Dragueurs(euses). Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.
- 23.6. Dubois-Arber F.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les Homosexuels. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.
- 23.7. Wülser H., Duvanel B.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les Toxicomanes. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.
- 23.8. Stricker M.
TROPEX-Studie zur Erfassung des HIV-Risikos bei Tropenreisenden. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988 (à paraître).
- 23.9. Dubois-Arber F.
Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport sur la vente de préservatifs. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.
- 23.10. Schröder I., Mathey M.-C.
Die Präventionskampagne STOP AIDS des Bundesamtes für Gesundheitswesen und der AIDS Hilfe Schweiz im Spiegel der Schweizer Presse. Analyse der Medienreporte. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.
- 23.11. Mathey M.-C., Schröder I.
Kantonale Aktivitäten der Aidsprävention. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.
- 23.12. Zeugin P.
Kampagne zur Aids-Prävention : Befragung von informellen Meinungsbildnern. Novembre 1987.
Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	5
2. METHODE	7
2.1. Echantillon	7
2.2. Biais	8
2.3. L'instrument	9
2.4. Déroulement de l'étude	10
3. DESCRIPTIF	11
3.1. Attitudes	11
3.2. Croyances	12
3.3. Comportements	13
4. ANALYSE	15
5. CAMPAGNES	17
6. TESTS	19
7. CONCLUSIONS	20
8. ANNEXE	22

INTRODUCTION.

Pour planter brièvement le décor dans lequel s'inscrit l'évaluation des résultats de la campagne de prévention STOP-SIDA dans la population toxicomane il est nécessaire de rappeler quelques faits.

En Suisse on estime à 15 à 20.000 personnes la part de population dépendante de produits psychotropes par injection intra-veineuse.

Nous ne pouvons avoir de certitudes quant au nombre car les statistiques sont établies sur la base des chiffres communiqués par les diverses institutions médico-sociales aux autorités cantonales et par les dénonciations judiciaires opérées à l'encontre des toxicomanes. Or il est clair qu'un certain nombre d'individus n'entre dans aucune de ces statistiques.

La toxicodépendance touche, aujourd'hui, toutes les catégories sociales. Si on a mis en évidence le fait qu'un certain nombre de facteurs sociaux, familiaux et individuels favorise le risque de dépendance et le recours aux institutions spécialisées, il est aussi confirmé que la problématique des dépendances n'épargne pas des catégories plus favorisées que l'on croyait étrangères à ce risque.

La proportion entre population masculine et féminine se répartit dans une fourchette 65/35 %. La grande partie des toxicomanes qui ont une "carrière", donc qui font appel aux services d'aide ou qui sont poursuivis pénalement, se situe entre 20 et 35 ans.

Les produits les plus couramment utilisés sont les opiacés, héroïne en tête. Cependant, ces dernières années, la cocaïne a fait un bond considérable. Son mode d'incorporation "classique" (le "sniff") tend de plus en plus à être remplacé par l'injection ("shoot" ou "fix").

D'autres produits sont aussi utilisés tels les amphétamines, la méthadone non prescrite sous contrôle médical et divers médicaments (incorporés ou par voie orale ou par voie intra-veineuse).

De même que les toxicodépendants appartiennent à toutes les couches sociales, mais pas uniformément, ceux-ci sont aussi répartis sur l'ensemble du territoire. Ainsi la campagne, les régions périphériques aux grandes villes sont touchés par la drogue.

Aux divisions linguistiques ne correspondent pas de très grandes différences entre les populations de toxicomanes. Cependant quelques points, notés plus loin dans cette enquête, différencient les personnes sondées à Zürich et à Genève.

Les toxicomanes des régions rurales ou "provinciales" sont, généralement, moins désignés et marginalisés par la population parce qu'ils restent plus longtemps "secrets". Ceci leur permet de rester "intégrés" dans la population dite "normale" tant qu'ils peuvent, tant bien que mal, répondre à un certain nombre de normes sociales (dont la régularité au travail notamment). Les "drogués" des villes vivent soit en solitaires, soit en couples soit en bandes peu structurées qui se font et se défont au hasard des lois du marché et de celui des délits commis par nécessité financière et par angoisse du "manque".

La destructuration sociale, psychique et corporelle est la marque de l'effet des toxicomanies. Ainsi les toxicodépendants, voués au plaisir puissant et éphémère et à son revers l'angoisse du "manque", ont une existence dont les caractéristiques sont la vie dans l'instant, l'impossibilité de projeter leur avenir (donc la disparition ou l'altération de la notion de temps), l'individualisme forcené, une introversion contraire aux relations de la vie sociale (sauf pour les utilisateurs de "coke" en début d'intoxication) et une présence constante dite ou cachée de la mort ou de sa possibilité. Ces spécificités existentielles expliquent plusieurs faits généraux. D'abord des facultés analytiques et un langage souvent peu élaborés, une attention à l'autre réduite au simple rapport utilitaire. Cela explique, avec les déficiences corporelles dues à l'absorption de drogues, la misère affective et sexuelle à laquelle est réduite la plus grande partie des toxicomanes. Ensuite, liée à cette vie dont l'instant est la seule valeur, l'impossibilité de construire des comportements responsables, adaptés à un certain code social et à des normes dont les toxicodépendants sont à la fois les ennemis et les victimes.

Cette catégorie exclue, rejetée par une société dont elle est aussi un reflet simultanément haï et fascinant, a peu de sentiment d'appartenance et peu de solidarité. Capable à la fois de naïveté et de rouerie extrême le toxicomane voyage entre les diverses typologies, utilise les services d'aide mis en place, en voit les failles pour s'y engouffrer. Cependant il se trouve souvent dans la position d'un terroriste dont la charge explosive se retourne contre lui-même.

METHODE

Echantillon.

Nous avons effectué trente-sept interviews dans différentes régions : Bienne, Jura bernois, Delémont en environs, La Chaux-de-Fonds, Genève et Zürich.

Contacté par des collaborateurs d'institutions avec lesquels cet échantillon était en relation, il comprend 14 femmes pour 23 hommes ce qui correspond bien à la répartition générale des toxicomanes en ce qui concerne le sexe dans notre pays. 25 de ces personnes étaient de langue maternelle française, 10 de langue alémanique et 2 de langue italienne (immigré de 2ème génération).

Tous répondaient aux critères pré-établis, à savoir qu'il s'agissait de toxicomanes par voie intraveineuse, de 18 à 35 ans ou plus. Les groupes d'âge se répartissent de la manière suivante : 4 de moins de vingt ans (toutes de sexe féminin),

14 de 20 à 24 ans

10 de 25 à 29 ans

6 de 30 à 34 ans.

3 de plus de 35 ans.

Vu la nature du questionnaire il était nécessaire d'utiliser des interviewers qui jouissaient de la confiance des personnes sondées. C'est la raison pour laquelle quatre personnes, bien acceptées par la population concernée, ont fonctionné comme sondeur. Nous avons évidemment pris contact avec ces intervenants sur leur lieu de travail et discuté du sens du questionnaire (annexé à la fin de ce rapport), de la manière de l'utiliser et des attentes que nous avions. Cela pendant quelques heures.

Dans la mesure où ce questionnaire, touchant à des questions intimes, pouvait susciter des réserves quant à y répondre, nous avons constaté à l'inverse qu'il y a eu très peu de refus d'entrer en matière. Pour les séropositifs notamment, cette enquête a été une occasion de parler de leur quotidienneté et des problèmes qu'ils y rencontrent. Ils ont apprécié de trouver la possibilité de se "décharger", très provisoirement de leurs angoisses.

La proportion de séropositifs avérés et avouée spontanément est de 15, celle de séronégatifs de 16.

6 toxicomanes n'ont pas voulu préciser leur état physique personnel. De ces 6 la moitié n'ont rien laissé entendre du résultat du test qu'ils avaient fait et les 3 autres ne l'avaient pas fait en ne désiraient pas s'y soumettre.

Biais.

Un biais général est le fait qu'une des attitudes dominantes est le déni du sida. Cette maladie est englobée dans la perspective catastrophiste très répandue chez les toxicomanes, à savoir qu'il fait partie, au même titre que d'autres risques, de leur "vécu".

En termes de comportement cela entraîne chez quelques uns une sorte de fatalisme, une résignation à endosser, en plus des dangers habituels, un risque supplémentaire.

Un autre biais vient du fait que les personnes interrogées étaient toutes en réseaux d'aide. Ces circuits peuvent, par ailleurs, être officiels ou parallèles car certaines ont été interrogées par des travailleurs de rue ("streetworkers") qui, au sein de leurs institutions, ont souvent mission de s'occuper de ceux qui ne veulent pas apparaître. Dans les villes d'une certaine importance, des réseaux de ce qu'on appelle aujourd'hui l'aide naturelle, sont suscités par les "streetworkers". Ainsi peut-on espérer une diminution du nombre des personnes sans aucun secours. Des enquêtes précédentes, conduites dans ce domaine, ont montré que les réponses, données par des toxicodépendants hors de tout réseau, sont sujettes à caution et peu fiables. Cela découle principalement de l'état de confusion mentale dans lequel un toxicomane se trouve lorsqu'il est en période de consommation massive et qui se traduit par des pertes de mémoire, de notions temporelles et spatiales, des délires, etc.

Dans les personnes sélectionnées la grande majorité était en phase calme, c'est à dire que les toxicomanes tentaient soit de quitter leur dépendance, soit de la gérer avec plus de mesure. Il s'agit donc de moments de leur vie à la fois douloureux et privilégié car ils souffrent du manque et de troubles physiques mais ils tentent aussi de se redonner une image positive d'eux-mêmes et par là ils se revalorisent.

Seules 4 personnes étaient en phase aiguë, sous l'effet de produits psychotropes lorsque les questions ont été posées. L'interview a alors été interrompu et repris à une autre occasion.

Un biais pourrait être constitué par le fait que l'échantillon a été fonction du sondeur. Celui-ci, connaissant le contenu du questionnaire, pouvait, consciemment ou non, choisir un sujet dont il savait l'aptitude et peut-être l'intérêt à répondre à cette enquête. Mais, par le fait du jeu de la confiance nécessaire à cette population, il était difficile de l'éviter.

Nous signalerons aussi que la campagne STOP-SIDA n'a pas été organisée de façon équivalente partout. Par exemple il semble y avoir plus d'effort dans les grands centres que dans les milieux ruraux. Delémont et le Jura, en septembre 87, n'avaient aucune affiche concernant l'échange de seringues.

Dans les différents services et lieux d'accueil nous avons constaté que les intervenants essayaient d'inciter leurs clients à faire le test. Des affichettes et de l'information générale pouvaient être vues ou emportées. Mais aucune pression ne semblait être utilisée lorsque des réticences se manifestaient.

Nous sommes persuadé que cet échantillon est fiable, avec les réserves faites ci-dessus.

Seul le terme "objectif" utilisé dans une des questions semble avoir posé problème. En effet, les réponses enregistrées ont montré, particulièrement chez les francophones dont le niveau d'instruction est bas, une difficulté de compréhension.

L'instrument

L'enquête a été faite par des entretiens semi-directifs non-enregistrés (car l'appareil est assimilé, dans cette population, à un outil policier). La bonne connaissance des personnes sondées, outre le problème de confiance, était nécessaire pour permettre la différenciation entre discours et comportements.

Le schéma choisi était le suivant :

- réception des témoignages
- évaluation de la proximité des réponses par rapport au support
- investigation des pratiques en matière d'utilisation des préservatifs (chronologiquement)
- évaluation des pratiques en matière d'échange des seringues
- attitudes face au SIDA
- analyse de contenus

L'utilisation de l'interview était, à l'expérience, un choix correct. Le libellé des questions pouvait être éclairé par l'intervenant pour le client. A part l'exception citée ci-dessus la simplicité des termes a rendu opérationnel le questionnaire. Une fois que l'entrée en matière était faite, des développements ultérieurs s'opéraient qui contenaient des informations intéressantes.

Le choix du qualitatif peut aussi se justifier. Outre les très grandes difficultés de réunir un grand nombre de personnes de cette catégorie et de les soumettre à un questionnaire long (souvent plus de nonante minutes), la diversité des lieux d'investigation, la pyramide des âges, les provenances sociales différentes ont constitué un puzzle représentatif d'une très grande part de la population visée.

Il nous apparaît donc que l'instrument est valide et fiable (avec les biais décrits).

Les quatre intervieweurs (qui avaient déjà procédé auparavant à ce genre de

travail) ont répondu, certes, de manière personnelle mais sans jamais interpréter a priori les réponses, donnant parfois des précisions sur la personne ou des faits la concernant, lorsqu'ils en voyaient la nécessité explicative.

Pour appuyer notre thèse nous nous baserons sur les résultats acquis lors de la première phase. A ce moment là il n'y avait que deux intervieweurs et les enquêtes zurichoise et genevoise n'avaient pas commencé. Or les conclusions provisoires n'ont pas été démenties même si certains éléments ont, bien sûr, évolué car la campagne avait, elle aussi, quatre mois de plus.

Déroulement de l'étude.

Nous constatons d'abord un élément important et positif : sentant que cette étude ouvrait des horizons sur des problèmes très importants et durables, tous les services et personnes contactés, ont réagi de manière très ouverte et collaborative. Cela a, sans nul doute, eu des effets sur le sérieux avec lequel a été menée cette enquête.

Il est difficile de mesurer si notre étude a provoqué des effets sur des éventuelles actions nouvelles menées dans les services d'aide cependant il n'est pas inconcevable que cela ait pu être le cas.

Ainsi que nous l'avons signalé plus haut le fait d'avoir choisi des personnes bien implantées dans le milieu a permis une bonne acceptabilité de l'enquête par les toxicodépendants.

Le problème de l'anonymat, pourtant aigu dans cette population en butte à la loi, n'a pratiquement pas été évoqué. La seule restriction étant que le partenaire ni soit pas averti, non pas de la séropositivité mais des éventuelles aventures "extra-conjugales" qui étaient survenues précédemment.

Ainsi les limites que nous pourrions évoquer sont celles des canaux d'accessibilités à la frange de toxicomanes complètement marginalisés par le fait qu'ils ne font appel à aucune structure d'aide et de conseils. Les personnes-ressources travaillent, en général, dans des services ambulatoires ou stationnaires et n'atteignent pas cette catégorie. Pour ce faire seule la collaboration du "milieu" ouvrirait des possibilités. On se heurte là, à des problèmes similaires à ceux qu'il faut résoudre dans le monde de la prostitution.

DESCRIPTIF

Attitudes.

L'enquête a montré que la volonté de s'informer au sujet du SIDA est assez grande. Cela constitue une petite surprise car, en général, cette population se montre assez rétive à l'information diffusée par des réseaux officiels. On constate cependant un certain blocage dû à deux éléments : 1) la quantité de messages diffusés peut, à moyen terme, se révéler contre-opérante et avoir pour suite de banaliser et démotiver ceux à qui ces suggestions s'adressent.

2) Nous avons fait aussi la constatation de l'impossibilité intellectuelle, pour la plus grande part de cette population, de différencier clairement articles d'informations et articles d'opinion. Ainsi certaines données sont apparues contradictoires et ont conduit des individus à adopter une attitude fataliste. Beaucoup de critiques ont été émises en ce qui concerne l'objectivité de la campagne. Les toxicomanes redoutent une sur-marginalisation et ont peur de devoir, encore une fois, endosser la responsabilité de l'épidémie avec les homosexuels.

Sensibilisée au fait d'être désignée comme catégorie "à risques", cette population marque une satisfaction quand elle sait que chacun, peu ou prou, est susceptible d'entrer dans cette classification.

Mais le sentiment général prédominant est, sans conteste, la peur. Une peur ou massive ou plus enfouie mais aggravée par une certaine impuissance scientifique face au problème.

D'autres sentiments sont exprimés par une minorité : le SIDA est un risque comme l'hépatite ou l'overdose. "Lorsque on devient toxico, on sait déjà que tous ces risques existent, qu'on peut mourir, on le sait et on se "pète" quand même". A cette opinion nous rétorquons qu'il est possible de guérir d'une hépatite ou de survivre à une surdose mais qu'il n'est pas possible de redevenir négatif. Cet argument ne semble pas porter de fruits préventifs.

L'attitude des toxicomanes face aux messages préventifs est très claire : tant qu'ils sont séronégatifs (ayant fait le test) ils n'appliquent aucune

consigne et ne manifestent aucune prudence. A contrario, s'ils sont positifs, alors ils adoptent un comportement de protection pour eux et les autres. La crainte de la maladie se double aussi des effets qu'elle peut avoir sur les projets de réintégration, sur les menaces qu'elle fait peser à tout projet d'avenir. "Sortir de la dépendance pour mourir guéri, quel beau projet".

Dans le même ordre d'idée des femmes et des hommes ont exprimé leur tristesse et déploré le fait que leur séropositivité les condamnait à ne pas avoir d'enfants ou tout au moins à mettre en danger une progéniture éventuelle. Cela était aussi ressenti comme une exclusion de plus et une vengeance cruelle de la "normalité".

Enfin il est très intéressant de relever qu'un seul, parmi les personnes sondées, a manifesté une attitude cynique et provocatrice face au SIDA.

A priori, nous pensions que l'amertume et la colère conduiraient plus de gens à se comporter de manière irresponsable dans une population dont l'éthique n'est pas le premier souci.

Une hypothèse possible serait que les séropositifs qui adoptent cette attitude de défi n'iraient plus consulter (et auraient donc échappé à cette enquête).

Croyances

Une idée émise par quelques-uns est la non-certitude que la maladie se transmette par le sperme et les sécrétions vaginales. Cette suspicion est renforcée par le fait que deux femmes interrogées, non-toxicomanes, ayant une relation durable avec des séropositifs (depuis plusieurs années) sont toujours négatives, et ceci après des tests répétés et sans prendre aucune précaution. Il est évident que, pour elles, on assiste à une campagne d'intoxication qui a pour objectif la stigmatisation des toxicomanes. D'autres disent simplement que le SIDA est "dans la tête", qu'il se développe si un terrain propice est présent mais que ce terrain n'est pas fonction des comportements préventifs.

En revanche personne n'a contesté la contagiosité par la seringue.

Nous avons le sentiment que le mode de transmission par l'échange est ressenti comme plus dangereux que celui par voie sexuelle.

Une autre idée s'est exprimée également : l'apparence du partenaire, sa "propreté" semblerait le gage de sa santé. L'aspect extérieur démentirait ainsi la possibilité d'une maladie ("la maladie ça se voit").

Cela nous conduit à penser que la différence entre séropositivité et maladie n'est, pour quelques uns, pas du tout claire.

Le point le plus surprenant est l'extrême résistance manifestée par les femmes séronégatives à l'utilisation du préservatif. Majoritairement elles déclarent que cet objet est une entrave à la liberté de mouvements, diminue leur plaisir, et leur donne l'idée qu'elles se prostituent, plutôt qu'elles font l'amour.

L'une ou l'autre femme séropositive nous disent tenter d'éviter la pénétration en utilisant des "jeux" érotiques autres mais en excluant de ceux-ci le recours au condom.

Les hommes paraissent, paradoxalement, moins opposés à cet objet encore que quelques uns avouent son effet anti-érectile.

Enfin un des points très importants pour les années à venir est le fait que les couples séropositifs n'ont absolument pas intégré l'information de la réactivation du virus par des relations sexuelles sans précautions entre eux. "Je fais l'amour avec une partenaire qui est aussi séropositive donc pas de problème".

Comportements.

Les quinze séropositifs que nous avons interrogés disent utiliser "presque" toujours le préservatif. Qu'en est-il de ce "presque". L'hypothèse la plus vraisemblable est que s'il y a rencontre fortuite de partenaire possible et que la personne n'a pas sur elle une capote ou qu'elle est dans un état de conscience tel qu'elle oublie son état physique, elle peut commettre des imprudences mais pas de façon délibérée.

On peut déduire que, chez les séropositifs, le niveau de précautions monte mais qu'il n'est pas absolu.

Chez les autres, en revanche, l'emploi est très occasionnel et il est plus lié à la demande du partenaire qu'à un autre élément.

Dire sa séropositivité c'est s'exposer à un refus total du partenaire ou à sa fuite même si on propose des précautions. Si bien que, de fait, certains disent être condamnés à l'abstinence. Mais personne n'a émis l'idée de cacher sa séropositivité pour profiter d'une occasion de relations sexuelles. "Je ne suis pas un assassin".

En ce qui concerne l'échange des seringues des modifications plus importantes semblent se dessiner. La pratique, pour tous les toxicomanes, tend à disparaître. Une personne évoque le lavage à l'eau de Javel s'il y a pénurie. A certaines occasions cependant une minorité avoue courir le risque plutôt que de ne pas profiter du produit offert. Le "sniff" est aussi un moyen d'éviter la contagion. Des problèmes pratiques d'approvisionnement de seringues surgissent au cours de la conversation, nous les évoquerons plus loin. Les femmes séropositives disent proposer et imposer systématiquement le préservatif à leurs partenaires, à moins, comme nous l'avons dit plus haut, qu'elles recourent à d'autres pratiques érotiques.

Ce qui semble constituer un facteur motivant le changement est d'avoir, soi étant positif, un proche non contaminé. A ce moment le comportement préventif est adopté. Sauf si le partenaire sain refuse, par preuve d'amour.

On peut dire qu'actuellement les toxicomanes sont en train de changer de comportements mais que cela est très lent et qu'ils prennent, objectivement, encore beaucoup de risques.

ANALYSE

Nous mettons ici en exergue quelques données qui résultent du dépouillement par ordinateur effectué par Eric ZBINDEN de l'unité d'investigation sociologique des Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève (I.U.P.G).

Les canaux informatifs des toxicomanes sont d'abord la presse (78 %), la TV (65%),les discussions (38%),la radio (32%),alors que la connaissance des phénomènes par la littérature spécialisée est minime (10%).

Le 40% des sondés a des relations sexuelles stables,le 14% des relations passagèrement stables alors que 65 % ont des relations occasionnelles (la stabilité d'une relation n'empêchant pas les relations occasionnelles). Peu de personnes ont reconnu qu'elles se prostituaient (11%) ou qu'elles étaient homosexuelles (5,5%).

Le préservatif,connu de tous dès l'adolescence et le plus fréquemment, par le canal des camarades d'école ou des parents est utilisé,par les séropositifs (40,5 % de l'échantillon) pour des raisons sanitaires.Une tendance montre que ce sont les plus âgés qui sont le plus souvent positifs.L'usage contraceptif du préservatif est peu cité et n'est donc pas un motif d'emploi.

Le 75% des séronégatifs n'utilisent pas la capote.

L'utilisation est liée,avant tout,aux résultats du test et,dans un second temps,à la campagne elle-même.

Le préservatif s'achète principalement en pharmacie et dans les grandes surfaces.Les autres possibilités (kiosque,distributeur,par correspondance) ne sont guère citées.Il y a aussi quelques toxicomanes qui le reçoivent des services d'aide qu'ils fréquentent.

38 % des individus (tous séropositifs) pensent que l'emploi des préservatifs change leur vie sexuelle en diminuant le plaisir et modifie leurs pratiques.La diminution du nombre de partenaires est souvent citée. Les négatifs ne changent rien à leurs comportements sexuels.

La campagne nationale est connue de 92% mais les 8% restant y font indirectement allusion par la suite.

Ce sont d'abord les affiches qui ont été remarquées (86%),puis les articles de presse et les spots TV dans une mesure quasi identique (67%).

Les thèmes sont connus de manière inégale : le message au sujet des préservatifs par 62 %, celui au sujet de l'échange de seringues par 35 %, celui de la fidélité (cité surtout par les séronégatifs) par 32%. Cependant, paradoxalement, l'échange de seringues pratiqué par 81% des individus sondés n'est plus pratiqué que par 26 % après la campagne et, avant tout, par les séronégatifs.

Il y avait 38% des toxicomanes interrogés au bénéfice d'un programme de méthadone et 16% l'ont reçu depuis le résultat de leur test, les autres ayant été mis sous programme auparavant. L'analyse ne donne rien de significatif en croisant méthadoniens et séropositifs.

Donc l'usage du préservatif est lié à la séropositivité avérée et la conduite préventive s'installe lorsqu'il est trop tard. Les gens testés et négatifs ne changent pas de comportements.

En ce qui concerne la partition géographique nous avons relevé que la campagne de prévention suscitait plus de réponses dans les grands centres urbains (Genève, Zürich) que dans les autres secteurs; que les Zürichoïses semblaient appliquer plus strictement les consignes que les Romands ; que les Genevoïses font état de l'abandon de pratiques sexuelles précises telles les fellations.

On peut enfin signaler que le SIDA a été cité comme facteur motivant l'abandon ou l'essai de sortie de la toxicomanie pour 38% des toxicodépendants.

CAMPAGNES

En ce qui concerne les divers aspects de la campagne STOP-SIDA on peut dire qu'elle est bien reçue dans l'ensemble, le fait d'être ou non séropositifs n'influençant pas le jugement porté sur elle.

C'est le message véhiculé par les affiches qui persuade le plus.

La raison en est explicable : le toxicomane "zone" souvent dans les rues et les lieux publics. Il est enfant de la civilisation de l'image plus que de celle de l'écrit. Souvent il n'est capable d'intégrer que des messages courts et simplifiés. Les affiches ont ces qualités.

Un élément, cependant, à relever : dans l'affiche à propos des seringues ("danger dès le premier shoot") le "design" est tel que l'une ou l'autre des personnes l'a pris pour un graffiti et ne l'a aucunement intégré aux autres consignes sur l'emploi des préservatifs ou la fidélité.

A propos de la nécessité de rester fidèle nous savons que les toxicomanes sont très négativement sensibilisés à tout discours contenant, peu ou prou, des éléments de répression et de morale. C'est pourquoi le thème passe mal.

Un des facteurs de bonne recevabilité du discours est fonction de la confiance manifestée par le toxicodépendant à son interlocuteur. Ainsi les collaborateurs des services psycho-sociaux, les "street-workers" ou les bénévoles, engagés hors des structures officielles bénéficient, pour autant qu'ils aient fait la preuve de leur intérêt pour cette catégorie, d'une bonne acceptabilité.

La position du médecin est ressentie avec plus d'ambiguïté. En effet, il est celui qui peut faire accéder le toxicomane aux médicaments ou qui refuse d'entrer en matière. Ainsi le toxicomane a, à la fois, une relation contradictoire faite de dépendance et quelquefois de rejet. Mais un fait subsiste : le discours médical a une grande validité pour cette population.

Les spots TV sont souvent cités, ceux des TV étrangères retiennent l'attention, notamment les TV françaises et Sky Channel.

En revanche la radio n'est pas très écoutée et, pour cette catégorie, ne constitue pas un moyen très efficace.

Parallèlement les articles scientifiques, les articles d'opinions journalistiques, les prises de position politiques plus ou moins démagogiques sont mal reçus. Soit que le discours contiennent trop de données un tant soit peu élaborées que le toxicomane n'arrive plus à assimiler, soit qu'ils le ressentent comme un appel à la stigmatisation et à l'exclusion (ce qu'il est parfois).

Pour viser à l'efficacité maximale dans ce milieu, il importe que les messages y soient répercutés par une voix bien acceptée, au crédit intact.

TESTS.

Dans le domaine des tests nous avons eu la surprise de constater que 92% des toxicomanes interrogés l'avaient fait. Seules trois personnes ne s'y étaient pas soumises et ne désiraient pas, probablement par une réaction de panique, l'effectuer.

Plusieurs (environ 25%) avaient également fait des tests multiples. Dans cette catégorie, les femmes séronégatives citées plus haut, qui ont une liaison durable avec un porteur du virus.

D'après la manière que nous avons eu d'approcher le phénomène, il apparaît que les individus négatifs s'assuraient, par ce test répété, un passeport pour continuer de vivre de la même façon qu'auparavant.

Il est probable que l'on peut faire l'hypothèse suivante : dès que la décision de faire le test est prise, le travail d'assimilation du risque est accompli et que la personne (si elle se révèle séropositive) est prête à adopter les comportements préventifs. Mais ce test n'implique pas, pour les autres cas, cette adoption de comportements.

35 % des individus testés ont manifesté l'intention de le refaire *alors* que 56 % (dont les séropositifs avérés) n'y tenaient pas.

La peur du non-anonymat du résultat s'est exprimé, de même que nous avons eu des plaintes concernant le fait que des tests avaient été faits à l'insu de la personne concernée, notamment lors de cures de sevrage en milieu hospitalier ainsi que pendant des séjours en prison.

Aucune remarque, en revanche, en ce qui concerne le prix de ce test. La volonté de savoir s'est donc concrétisée dans la plupart des cas. Cependant, quelques avis nous laissent à penser qu'il serait nécessaire de prévoir une stratégie de conseils aux deux bouts de la chaîne.

Avant d'effectuer le test il faut absolument préparer la personne au verdict en ne la laissant pas seule face à sa réalité. Si elle se révèle dramatique il faut, par anticipation, prévoir les conséquences sur la quotidienneté du "client". Si celui-ci est séronégatif il faut aussi lui donner les moyens d'éviter la contagion et profiter de lui rappeler quelques règles d'hygiène de vie et l'encourager à tenter de sortir de la dépendance.

Après le résultat, et surtout si celui-ci démontre le contact avec le virus, se poseront plusieurs problèmes : faire la différence entre séropositivité et maladie, accompagner, le cas échéant, la personne dans son existence, préparer avec elle les relations avec les proches. Ce post-counselling permettait d'atténuer le choc de la révélation et donnerait à la personne les moyens de réagir de manière proportionnée à sa nouvelle situation.

Or, pour l'instant, on constate un désarroi certain chez les travailleurs sociaux chargés de cette mission.

Il est donc urgent de se donner les moyens d'information et de formation qui apporteront quelques armes aux accompagnants.

C'est une question à la fois technique et éthique.

CONCLUSIONS.

Les éléments cités tout au long de ce rapport permettent de voir que, chez les toxicomanes, et notamment dans l'emploi des préservatifs, de gros risques sont encore pris par la population séro-négative. Nous pouvons aussi conclure que la non-connaissance des risques du SIDA est un facteur d'insécurité. En cela il s'agit de soutenir et de promouvoir les campagnes d'information et d'éducation préventive.

On peut aussi, en vrac, signaler les faits suivants :

- les résistances à l'utilisation de préservatifs peuvent venir de l'association à l'idée de prostitution.
- les informations selon lesquelles des femmes séronégatives le restent malgré leur liaison avec un porteur, décrédibilise les messages. La signification de cela devra être éclairée.
- les femmes sont très opposées à l'emploi de la capote.
- le problème de la distribution de seringues n'est que partiellement réglé. Des difficultés réelles apparaissent dans certains lieux, à certaines heures. La distribution est aussi l'occasion de discours moralisateurs mal ressentis.
- la campagne pourrait être un facteur favorisant l'ostracisme et l'exclusion, la peur en est manifeste.
- il faut aussi penser aux multiplicateurs de messages. Dans ce milieu peu de personnes jouissent de crédit.

L'effet spécifique des produits opiacés, la déconnection spatio-temporelle, l'affaiblissement des facultés intellectuelles rendent difficile l'emprise sur les comportements des toxicomanes. Toute stratégie, pour cette population, doit donc, prioritairement, tenir compte de ces données pour tenter d'induire des modifications de pratiques et d'attitudes.

Cela signifie aussi cette simple réalité : les toxicodépendants se droguent. Ils continueront à la faire quelque soient les menaces. C'est à partir de ce point de vue qu'il faut construire toute intervention s'adressant à une population qui est aussi la nôtre.

ANNEXE

Enquête OFSP/IUMSP (Wülser/Duvanel)
1987/1988

QUESTIONNAIRE SIDA/TOXICOMANES

1. Sexe :

2. Année de naissance :
 - moins de 20 ans
 - 20-24 ans
 - 25-29 ans
 - 30-34 ans
 - 35 ans et plus

3. Domicile (ville) :

4. Comment te définis-tu en tant que consommateur de drogues (produits utilisés, appartenance à un groupe, "style personnel", etc...) ?

5. Comment vis-tu ?
 - seul
 - en couple
 - en communauté
 - chez tes parents

6. Comment t'informes-tu de l'actualité ?
 - par la presse
 - par la radio
 - par la TV
 - par d'autres moyens, lesquels ?

7. As-tu des relations sexuelles :
 - stables
 - occasionnelles
 - les deux
 - autres

8. Utilises-tu des mesures protectrices dans tes relations sexuelles ?
 - oui
 - non
 En demandes-tu à ton(tes) partenaire(s) ?
 - oui
 - non
 Si oui, lesquelles ?

Pourquoi (contraception, sanitaire)

A) POUR CEUX UTILISANT DES PRESERVATIFS (OU LE DEMANDANT A LEUR PARTENAIRE)

9. A quelles occasions utilises-tu des préservatifs ? (toujours, parfois, etc..)

10. Depuis combien de temps ?

11. Achètes-tu toi-même des préservatifs ?

- oui
- parfois
- non

12. Si oui, où ?

- pharmacie
- grande surface
- distributeur automatique
- vente par correspondance
- kiosque
- autres

13. (pour les femmes) Qui prend l'initiative d'employer des capotes ?

14. (pour les hommes) Qui prend l'initiative d'employer des capotes ?

Comment réagis-tu si ta partenaire te demande d'utiliser une capote ?

15. Qui t'a parlé en premier des préservatifs ?

16. Quand était-ce approximativement ?

17. Est-ce que ça change (a changé) quelque chose à tes relations sexuelles ?

B) POUR CEUX QUI N'UTILISENT PAS DE PRESERVATIFS

18. As-tu entendu parler de préservatifs ?

19. Quand approximativement ?

20. Pour quelles raisons est-ce qu'on en utilise ?

21. Pourquoi n'en utilises-tu pas ? (crainte d'une modification des relations) ; -

22. T'est-il arrivé de refuser des relations sexuelles parce que ton/ta partenaire voulait employer une capote ?

TOUS

23. Quel est ton sentiment face au SIDA ?

- as-tu peur
 - es-tu indifférent
 - autre
-

24. Considères-tu que tu es toi-même en danger ?

- oui
- non

pourquoi?

25. Connais-tu la campagne STOP-SIDA ?

- oui
 - non
-

26. As-tu remarqué ou vu :

- des affiches
 - des articles de presse
 - des spots TV
 - autres
-

27. Qu'en penses-tu ? (de ces affiches, de ces articles, etc...)

- est-ce utile
- est-ce objectif
- est-ce inutile
- est-ce nuisible

28. Connais-tu les thèmes principaux de cette campagne ?
si oui, lesquels est-ce ?

29. As-tu pratiqué l'échange de seringues ?
- oui
- parfois
- non

30. Si oui, le fais-tu encore ?
- oui
- non
dans quelles circonstances ?

31. L'existence du SIDA a-t-elle changé quelque chose dans ta vie affective, relationnelle, sociale) ?
- oui
- non
si oui, quoi ?

32. Le SIDA a-t-il changé quelque chose dans ta vie sexuelle ?
- oui
- non

si oui : - diminution du nombre des partenaires
- augmentation du nombre des partenaires
- abstinence sexuelle totale
- conduite(s) érotique(s) nouvelle(s)
- fidélité mutuelle absolue
- autres

33. Es-tu au bénéfice d'un programme méthadone ?
- oui
- non

34. Si oui, depuis quand ?

35. As-tu fait le test SIDA ?

- oui
- non

pourquoi ?

36. Si non, désires-tu le faire ?

- oui
- non

pourquoi ?

37. L'arrivée du SIDA te motive-t-elle à entreprendre quelque chose pour "sortir" de ta toxicomanie ?

- oui
- non

pourquoi ?

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

- 1 s.1 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Analyse de la dotation en lits par groupes diagnostiques : exemple du service d'obstétrique dans les hôpitaux de zone. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 15 p.
- 1 s.2 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de la dotation en lits par groupes diagnostiques et par classes d'âges : hôpitaux de zone, 1990-2010 (version provisoire). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 41 p.
(Remplacé par Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.5)
- 1 s.3 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 13. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 13 p.
- 1 s.4 Grimm R., Paccaud F. - SIMULIT. Un modèle de simulation pour l'analyse et la planification de l'activité hospitalière. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
- 1 s.5 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : hôpitaux de zone, 1990-2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 53 p.
(Remplace Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.2)
- 1 s.6 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 14 (adaptation CHUV, 1ère révision). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 12 p.
- 1 s.7 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : CHUV, 1990 - 2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 34 p.
2. Eggimann B., Gutzwiller F. - Listériose : étude cas témoins en Suisse romande hiver 1984-85. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
3. ROB 1. 2. 3. etc. (ROBETH) : Rapports techniques et documentation relatifs au progiciel d'analyse statistique robuste ROBETH-ROBSYS. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
4. Levi F. - Survie en cas de cancer dans le canton de Vaud. Rapport statistique descriptif. Cas incidents 1974-1980. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 67 p.
5. Paccaud F., Schenker L., Patel M., Grimm R. - Etude Case Mix : une étude intercantonale des clientèles hospitalières (protocole de l'étude). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 22 p.
6. Eggimann B., Paccaud F., Gutzwiller F. - Utilisation de la coronarographie dans la population résidente en Suisse. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 29 p.

7. Hausser D., Lehmann Ph., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
8. Rickenbach M., Wietlisbach V., Berode M., Guillemin M. - La Plombémie en Suisse en 1985 : résultats de l'enquête MONICA pour les cantons de Vaud et Fribourg. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 26 p. + annexes.
9. Patel M., Burnand B., Rickenbach M., Hausser D., Gutzwiller F. - Modification du style de vie, une alternative au traitement pharmacologique lors d'hypertension modérée. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 28 p.
10. Chrzanowski R.S. - Microcomputer Model of Diffusion of New Medical Technologies. Project presented to the Faculty of the University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health, in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Public Health. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 89 p. + annexes.
11. Scheder P.-A., Junod B. - Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et types de boissons alcooliques. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 38 p.
12. Huguenin M., Paccaud F., Gutzwiller F. - Recensement des patients dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans : résultats d'une enquête en 1985. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 83 p. + annexes.
13. Van der Loos M.C. - Prévention de l'ostéoporose post-ménopausique par l'hormonothérapie substitutive : éléments d'analyse coût-bénéfice. (Th. Méd. Lausanne. 1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 127 p.
14. Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 53 p.
15. Gutzwiller F., Glasser J.H., Chrzanowski R., Paccaud F., Patel M. (Eds.) - Evaluation des technologies médicales. Assessment of medical technologies. Travaux présentés pendant le Congrès TEKMED 87. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 165 p.
- 16s.1 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.

17. Dubois-Arber F., Paccaud F., Gutzwiller F. - Epidémiologie de la stérilité. Démographie de la fécondité en Suisse. Revue des enquêtes de prévalence publiées. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 42 p.
18. Scheder P.-A. - Des usagers de médecines alternatives racontent (itinéraires thérapeutiques et conception de la santé). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 45 p.
19. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.
20. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des diagnostics : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 104 p.
21. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des opérations : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 66 p.
22. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 9 p.
23. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p.