

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DES ACTIVITES DE
PREVENTION DU VIH/SIDA DANS
LE CANTON DE GENEVE, 2005

*Thérèse Huissoud, Hugues Balthasar,
Sanda Samitca, Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par

Département de l'Action Sociale et de la Santé
Le Conseiller d'Etat, Genève

Citation suggérée

Huissoud T, Balthasar H, Samitca S, Dubois-Arber F.
Evaluation des activités de prévention du VIH dans
le canton de Genève, 2005. Lausanne : Institut universitaire de
médecine sociale et préventive, 2006 (Raisons de santé, 120).

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à cette
évaluation, pour leur disponibilité et leur intérêt. Merci
particulier à Martin Gebhardt (OFSP) et Martin Rickenbach
(Swiss HIV cohort study) pour nous avoir transmis une partie
des données épidémiologiques présentées dans ce rapport.

Nom fichier : RdS 120.doc

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	Objectifs généraux	5
1.2	Contrats de partenariat	5
1.3	Objectifs d'évaluation pour 2005	6
1.4	Définition du concept de prévention	7
2	Méthode	8
2.1	Etat de la situation épidémiologique et comportementale	9
2.2	Monitoring des activités des associations	10
2.3	Focus group migrants	11
3	Epidémiologie	12
3.1	Tests VIH positifs à Genève	12
3.1.1	Evolution du nombre de test VIH positifs selon le groupe de transmission	13
3.1.2	Nationalité des personnes testées VIH-positives	14
3.1.3	Stade clinique au moment du diagnostic de séropositivité	15
3.2	Comportements face au VIH/sida	15
3.2.1	HSH	16
3.2.2	Consommateurs de drogues	18
3.2.3	Personnes séropositives	21
3.2.4	Jeunes 16-20 ans	25
3.2.5	Migrants subsahariens	27
3.3	Conclusions	27
4	Activités des associations	29
4.1	Groupe Sida Genève (GSG)	29
4.1.1	Activités de la permanence téléphonique	29
4.1.2	Activités du secteur prévention	31
4.1.3	Activités de soutien/conseil	36
4.1.4	Secteur de la formation	39
4.1.5	Trousse femme	40
4.1.6	Conclusions	42
4.1.7	Recommandations	42
4.2	Dialogai	43
4.2.1	Monitoring de l'accueil	44
4.2.2	Le travail de prévention générale et d' <i>outreach</i>	46
4.2.3	Activités de conseil	49
4.2.4	Groupe 'jeunes gays'	49
4.2.5	Dialogai – Checkpoint	50
4.2.6	Conclusions	60
4.2.7	Recommandations	61
4.3	L'association Première ligne	61
4.3.1	L'activité de Quai 9 en quelques chiffres	62
4.3.2	Description des nouveaux usagers de Quai 9	67
4.3.3	Le projet "Nuit blanche ?"	70
4.3.4	Conclusions	70
4.3.5	Recommandations	71

4.4	Association Solidarité Femmes Africaines de Genève ASFAG	71
4.4.1	Activités de prévention	72
4.4.2	Activités d'accueil et de soutien	73
4.4.3	Activités mixtes soutien / prévention : les ateliers	74
4.4.4	Conclusions	74
4.4.5	Recommandations	75
4.5	Association genevoise des personnes vivant avec le VIH/sida (PVA)	75
4.5.1	Accueil et contacts à PVA	75
4.5.2	Activités thérapeutiques	76
4.5.3	Activités de prévention	77
4.5.4	Conclusions	78
4.5.5	Recommandations	78
4.6	Les prestations de prévention du VIH/sida auprès des migrants et en particulier des migrants subsahariens	78
4.6.1	Activités de prévention : sensibilisation, information et contacts	79
4.6.2	Soutien individuel et counselling	80
4.6.3	Coordination et formation	81
4.6.4	Lacunes et besoins concernant les migrants sub-sahariens	82
4.6.5	Conclusions	83
4.6.6	Recommandations	83
4.7	Contexte : les activités de prévention / réduction des risques non incluses dans les contrats de partenariat du Département de la santé	84
4.7.1	Ecole	84
4.7.2	Prisons	85
4.7.3	Prévention auprès des travailleurs(euses) du sexe	86
5	Conclusions et recommandations générales	89
5.1	Conclusions	89
5.1.1	Situation épidémiologique	89
5.1.2	Comportements à risque dans divers sous-groupes de la population ..	89
5.1.3	Dispositif général	89
5.2	Recommandations	90
5.3	Bibliographie	92
6	Annexes	93
6.1	Annexe au chapitre 4.1 GSG	93
6.2	Annexe au chapitre 4.2 Dialogai	94
6.3	Annexe au chapitre 4.3. Première ligne	98
6.3.1	Description des nouveaux usagers de Quai 9	98

1 INTRODUCTION

L'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne a obtenu le mandat d'évaluation des actions de prévention du VIH/sida de la Direction générale de la santé (DGS) du canton de Genève.

Dans le Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la politique de l'Etat de Genève en matière de VIH/sida, les objectifs de la politique de lutte contre le sida du canton en 2003-2005 – déterminés après une analyse de la situation épidémiologique – sont présentés comme suit :

1.1 OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Poursuivre les actions de prévention pour toute la population et en particulier ceux qui ont des comportements à risque.
- Permettre à chacune et chacun de développer des comportements sexuels à moindre risque et responsables.
- Porter une attention particulière aux groupes vulnérables : les jeunes, en particulier les jeunes homosexuels, les personnes prostituées, les usagers de drogues, les migrants, les personnes en détention. Cette liste n'est pas exhaustive et doit être adaptée selon les besoins ; chaque personne peut se trouver dans une situation de vulnérabilité vis-à-vis du VIH.
- Améliorer la détection précoce des infections à VIH afin de permettre une prise en charge adéquate.
- Préserver et, si nécessaire, accroître l'accessibilité aux moyens de prévention (préservatifs, matériel d'injection) et à l'information nécessaire pour se protéger du VIH.
- Promouvoir des politiques qui diminuent la discrimination, la stigmatisation, l'exclusion des personnes vivant avec le VIH/sida et qui favorisent leur intégration.
- Améliorer, pour toutes les personnes vivant avec le VIH/sida, la prise en charge thérapeutique et psychosociale en fonction des progrès réalisés. Leur donner les moyens de choisir, en connaissance de cause, entre les alternatives thérapeutiques, en particulier en prenant en compte leur efficacité, leurs coûts, leurs effets secondaires, leur impact sur l'amélioration de la qualité de vie, etc.
- Favoriser la responsabilité des personnes vivant avec le VIH/sida sur leur risque de transmission.

1.2 CONTRATS DE PARTENARIAT

Une série de mesures ont été proposées en lien avec ces objectifs et, pour assurer leur mise en œuvre, des contrats de partenariat pour la période 2005-2007 ont été établis avec les associations/organisations suivantes :

1. Groupe sida Genève (GSG), Antenne de l'Aide Suisse contre le Sida (ASS)
2. Dialogai, association homosexuelle et Antenne de l'ASS
3. Association Première Ligne
4. Association Personnes vivant avec le VIH/sida (PVA Genève)
5. Ministère Sida y inclus ASFAG (Association Solidarité Femmes Africaines Genève)

Chaque contrat contient un tableau de bord fixant des objectifs d'intervention, les activités prévues, ainsi que des indicateurs d'activité et de résultats. Chaque contrat de partenariat prévoit en outre une commission de suivi de l'évolution des activités comprenant à parts égales des personnes issues de l'administration mandante et de la structure mandataire. Cette commission se réunit au moins une fois par an.

1.3 OBJECTIFS D'ÉVALUATION POUR 2005

Le cahier des charges de l'évaluation défini par la DGS et l'IUMSP portait sur les points suivants :

1. Quantifier les activités des organisations de lutte contre le sida subventionnées par l'Etat de Genève (monitoring, évaluation des processus).
2. Evaluer la pertinence et l'impact des activités de prévention du VIH/sida (y compris la réduction de risque et le soutien/accompagnement) déployées en direction des populations et groupes cibles. Par évaluation d'impact, on entend les conséquences des actions en termes de réduction des pratiques et comportements à risques, l'amélioration des connaissances, et, dans la mesure du possible, la réduction de la morbidité et de la mortalité (évaluation de pertinence, de résultats et d'impact).
3. **Une priorité – pour 2005 – est donnée à l'évaluation des actions dirigées vers les femmes africaines et les homosexuels dans la mesure où des activités nouvellement mises en œuvre en direction de ces personnes pourraient rendre nécessaires des ajustements rapides.**
4. L'évaluation doit également contribuer à l'harmonisation des indicateurs et à l'amélioration des contrats de partenariat établis à la fin de l'année 2004 avec les associations actives dans le domaine de la prévention du VIH/sida. Ces contrats incluent des tableaux de bord (indicateurs, valeurs cibles) dont certains devront probablement évoluer.

Dans le cadre de ce mandat d'évaluation, les priorités d'évaluation^a étaient pour 2005 :

1. L'établissement d'un état de la situation épidémiologique et comportementale dans toutes les populations pertinentes (jeunes, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes – HSH, migrants, consommateurs de drogues, PVAs de ces différents groupes) à fin 2004 en procédant à une synthèse des données disponibles et à certaines analyses secondaires de données existantes. Ceci inclut les données disponibles sur d'autres populations mentionnées dans le document du Conseil d'Etat (p.ex. personnes qui se prostituent).
2. La mise en place du système de monitoring des activités en tendant à l'harmonisation des indicateurs de processus utilisés par les divers projets.
3. Un bilan des 9 premiers mois de mise en œuvre des activités des différentes associations sous contrat, avec une attention particulière sur les HSH et les femmes africaines.
4. L'exploration des possibilités de mesurer des résultats d'intervention dans la période 2006-2007 dans les populations de référence (jeunes, HSH, consommateurs de drogues, femmes migrantes, PVAs dans ces diverses populations) et la planification d'une éventuelle suite de l'évaluation^b.

^a Esquisse de protocole du 28 janvier 2005, lettre du Département. de l'Action Sociale et de la Santé du 22 avril 2005.

^b En incluant dans la discussion d'éventuelles autres populations (cf. document du Conseil d'Etat).

1.4 DÉFINITION DU CONCEPT DE PRÉVENTION

Dans ce rapport les activités de prévention sont abordées en distinguant trois niveaux :

- la prévention en population générale (niveau 1) avec des activités d'information et de sensibilisation (p.ex. distribution de matériel tout public, campagnes) ;
- la prévention adressée à des groupes spécifiques plus particulièrement affectées par le VIH/sida (HSH, IDU) ou plus à risques (sous-information, population précarisée) avec des messages et des canaux de diffusion adaptés (niveau 2) ;
- des interventions en profondeur, inscrites dans la durée et reposant sur l'interaction individuelle (conseil, transmission d'informations). Elles font appel à des personnes dont la situation ou le rôle en font des multiplicateurs potentiels de messages de prévention (médecins, intervenants spécialisés, etc.) (niveau 3).

2 METHODE

L'évaluation fait appel à la fois à des méthodes qualitatives et quantitatives. Elle utilise une approche centrée sur l'utilisation, c'est-à-dire qu'elle vise à fournir des données utiles au développement des projets et à la prise de décision. L'objectif est également de soutenir le projet d'autonomisation des associations/ institutions dans le monitoring continu de leur activité.

Différents instruments de recueil d'information et diverses sources de données pertinentes ont été utilisés et combinés pour répondre aux objectifs de l'évaluation (cf. Tableau 2.1).

On peut classer les données existantes ou récoltées en trois catégories :

- les données épidémiologiques recueillies de routine (système de déclaration du VIH/sida) ;
- les données comportementales dans diverses populations de personnes séropositives recueillies périodiquement par questionnaire dans la cohorte VIH (SHSC – pour les patients de GE) ou dans le cadre d'enquêtes existantes ou prévues dans certaines populations particulières (jeunes, consommateurs de drogues, HSH) ;
- les données de monitoring recueillies dans le cadre des activités des associations/ institutions ;
- les données plus qualitatives d'entretiens avec les associations.

Tableau 2.1 Instruments d'évaluation, 2005

Priorités	Nature des instruments/données
<p>Etat de la situation épidémiologique et comportementale</p> <p>Une synthèse des données existantes pour chacune des populations de référence a été établie sur la base</p> <p>a) de la revue des données disponibles et</p> <p>b) d'analyses secondaires (en particulier de l'étude HSH 2004 sur les questionnaires de la région genevoise, de l'étude SMASH 2002 sur Genève, et des données comportementales recueillies dans le cadre de la cohorte en 2004 pour les patients de la région genevoise).</p> <p>Il s'agit d'établir une sorte de "<i>baseline</i>".</p>	<p>Revue de données existantes, analyses secondaires</p> <p>Quantitatif</p>
<p>Mise en place du système de monitoring</p> <p>Revue avec les responsables de chaque association/projet des indicateurs mis/à mettre en place (pertinence, systématisation et qualité du recueil, possibilités d'harmonisation, mise à disposition pour analyse)</p> <p>Analyse des données récoltées sur les 9 premiers mois de 2005</p> <p>Rencontre des autres partenaires du réseau (école, prison, Aspasie)</p>	<p>Interviews, revue d'instruments</p> <p>Quantitatif</p>
<p>Bilan des 9 premiers mois de mise en œuvre</p> <p>Des réunions régulières avec les responsables/équipes des 5 associations ont été menées sur la base d'une grille de discussion.</p> <p>Un focus group thématique a été organisé réunissant les divers acteurs oeuvrant dans le milieu des migrants sub-sahariens.</p>	<p>Interviews individuels ou de groupe</p> <p>Qualitatif</p> <p>Focus group</p> <p>Qualitatif</p>

2.1 ETAT DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET COMPORTEMENTALE

Le chapitre "Epidémiologie" repose sur des analyses secondaires ou des synthèses de données existantes, notamment celles menées dans le cadre des travaux de surveillance menés pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) par l'IUMSP ou celles de la SHCS et de l'OFSP^a. Lorsque cela a été possible une exploitation de ces données pour la comparaison avec des données recueillies antérieurement à Genève a été faite. Le Tableau 2.2 décrit les différentes données utilisées pour ce volet.

Tableau 2.2 Descriptif des données utilisées

Dénomination (+ références)	Population	Périodicité	Couverture	Détenteur des données
Epidémiologie du VIH en Suisse ¹ • Déclaration des laboratoires de confirmation • Déclaration complémentaire des médecins traitants	Nouveaux tests VIH positifs	En continu depuis 1985	Suisse	OFSP
Gaysurvey ^{2,3}	HSH Echantillon auto-sélectionné recruté via la presse, les associations, les saunas et des sites Internet gays (en 2004)	Tous les 3 à 4 ans ; dernière vague en 2004	Suisse	IUMSP/OFSP
Santé gaie ⁴	HSH	2003	Genève et région	Dialogai ISPM Zurich
Etude clientèle SBS ⁵⁻⁷	Usagers de drogues	1993, 1996, 2000, 2002	Suisse et Genève	IUMSP/OFSP
Swiss HIV Cohort Study ⁸	Personnes séropositives	De routine	Patients domiciliés à Genève	SHCS
Swiss multicenter adolescent study on health ⁹	Etudiants et apprentis de 16 à 20 ans	Décennale, dernière vague en 2002	Suisse	IUMSP Universität Bern Sezione sanitaria (Tessin)

^a Nous remercions Martin Gebhardt (OFSP) et Martin Rickenbach (SHCS) de nous avoir transmis les analyses nécessaires pour ce chapitre.

2.2 MONITORING DES ACTIVITÉS DES ASSOCIATIONS

Cette première année d'évaluation a été consacrée à la mise en place du système de monitoring des activités en tendant à l'harmonisation des indicateurs de processus utilisés par les divers projets. C'était également une phase de récolte de données. Ces deux aspects sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 2.3 Description des instruments d'évaluation utilisés, par association, 2005

Partenaire	Secteur	Monitoring
GSG	Permanence	Utilisation progressive des nouveaux outils de monitoring mis en place par le GSG avec la collaboration de la firme "et alii"
	Conseil	Utilisation progressive des nouveaux outils de monitoring mis en place par le GSG avec la collaboration de la firme "et alii"
	Juridique	Utilisation progressive des nouveaux outils de monitoring mis en place par le GSG avec la collaboration de la firme "et alii"
	Prévention	Fiche d'activité des actions sur le terrain Fiche sur les séances d'information
Dialogai	Accueil	Bref questionnaire pour tout contact, un masque de saisie Epidata a été élaboré et proposé aux intervenants qui ont fait la saisie
	Checkpoint	Questionnaire d'accueil avec questions permettant la comparaison clientèle Checkpoint-étude HSH Genève 2004 (santé gaie)
	Programme MSM de l'ASS	Fiche d'activité des actions sur le terrain
1^{ère} ligne	Quai 9	Statistiques de routine, y c. questionnaire aux nouveaux clients. Travail d'amélioration du questionnaire en vue notamment de son informatisation
	Boulevards	Statistiques de routine
	Seringues	Statistiques de remise de Quai 9, Boulevards, BIPS
ASFAG	Accueil	Statistiques de routine
	Trousse femme	Questionnaire pour la remise de trousse (aussi fait par le GSG et le Ministère Sida). Un masque de saisie Epidata a été élaboré et l'UEPP a effectué la saisie.
PVA	Accueil	Questionnaire d'accueil pour tout contact reçu au secrétariat.
Partenaire	Secteur	Autres instruments
GSG	Général	Entretiens avec les responsables de secteur (2-3 fois cette année)
Dialogai	Checkpoint	Comparaison clientèle Checkpoint-étude Gaysurvey Genève 2004
	Général	Entretiens avec les responsables (2-3 fois cette année)
1^{ère} ligne	Général	Entretiens avec les responsables de secteur (2-3 fois cette année)
ASFAG	Général	Entretiens avec les responsables (2-3 fois cette année)
PVA	Prévention	Entretien avec les responsables 2 entretiens de groupe sur l'activité de prévention : bénévoles de l'accueil et thérapeutes.

2.3 FOCUS GROUP MIGRANTS

Pour le domaine « migrants » un focus group a été organisé avec des intervenants (8) représentant des associations travaillant dans le domaine de la prévention VIH/Sida et plus spécifiquement auprès des migrants subsahariens à Genève. Le groupe était composé de :

- la directrice de l'ASFAG, appartenant à la communauté subsaharienne ;
- la coordinatrice de l'ASFAG appartenant à la communauté subsaharienne ;
- la secrétaire de l'ASFAG ;
- une médiatrice d'Afrimedia appartenant à la communauté subsaharienne ;
- une pasteure (anciennement Ministère Sida), responsable de l'axe médiation auprès des personnes d'origine africaine aux HUG et de la supervision de l'ASFAG ;
- une infirmière responsable du Centre Migration et Santé des HUG ;
- deux intervenants du GSG dans le domaine de la prévention, dont un appartenant à la communauté subsaharienne.

L'objectif de cette rencontre était de connaître la situation en matière de prévention auprès de la population, très hétérogène, des migrants subsahariens avec les associations/institutions impliquées dans ce travail. Les questions posées aux participants étaient les suivantes :

- Quelle est la place particulière que vous occupez par rapport à la prévention auprès des migrants et des subsahariens en particulier et, le cas échéant, quelles sont vos activités spécifiques ?
- Quelles sont selon vous les lacunes et les besoins non couverts en termes de prévention auprès des migrants subsahariens ?
- Comment faudrait-il organiser le dispositif pour répondre à ces lacunes ?

3 EPIDÉMIOLOGIE

Ce chapitre a pour objectif de présenter l'épidémiologie du VIH dans le canton de Genève, ainsi que de fournir des indications sur le niveau des comportements préventifs dans certains segments de population, à savoir les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les usagers de drogues par injection (UDI), les jeunes de 16 à 20 ans, les personnes migrantes, ainsi que les personnes vivant avec le VIH/sida.

Les données présentées dans ce chapitre sont issues de dispositifs de surveillance et d'enquêtes diverses dont les principales caractéristiques sont indiquées dans la méthode (2.1)^a.

3.1 TESTS VIH POSITIFS À GENÈVE

La surveillance de la situation épidémiologique du VIH en Suisse, ainsi que dans les cantons est assurée en continu par l'Office fédéral de la santé publique (division des maladies infectieuses). Depuis 1985, les nouveaux diagnostics de séropositivité font l'objet d'une déclaration obligatoire par les laboratoires de confirmation. Ces déclarations fournissent des indications sur le sexe, l'âge et le canton de domicile des personnes nouvellement diagnostiquées. Les médecins traitants sont, quant à eux, tenus de remplir une déclaration complémentaire qui donne des indications sur le mode d'infection probable, la nationalité et le stade de la maladie. Les déclarations complémentaires ne sont pas disponibles pour tous les nouveaux diagnostics.

Nouvelles déclarations de tests VIH-positifs

Le canton de Genève est l'un des cantons où le taux annuel de nouveaux tests VIH-positifs est le plus élevé. Les projections établies par l'OFSP¹ pour 2005 font ainsi état, dans le canton de Genève, d'un taux de 22.5 tests positifs pour 100'000 habitants. A titre de comparaison, ce taux s'élève à 16.9 dans le canton de Vaud, 15.4 à Zurich, 20.2 à Bâle-Ville et 6.7 à Berne (Suisse romande : 6.2).

La Figure 3.1 décrit l'évolution du nombre de nouveaux diagnostics déclarés par les laboratoires de confirmation depuis 1990. Au commencement des années 1990^b, le canton de Genève comptait annuellement plus de 300 nouveaux tests VIH positifs. Le nombre de nouveaux cas a ensuite fortement diminué et s'est stabilisé, à partir de 1997, autour de 80 par an (2005 : 88 cas).

On note que le pourcentage de femmes a régulièrement augmenté depuis 1998 : il est passé de 32% à 46% entre 1998 et 2004^c. Il a diminué en 2005 (35%).

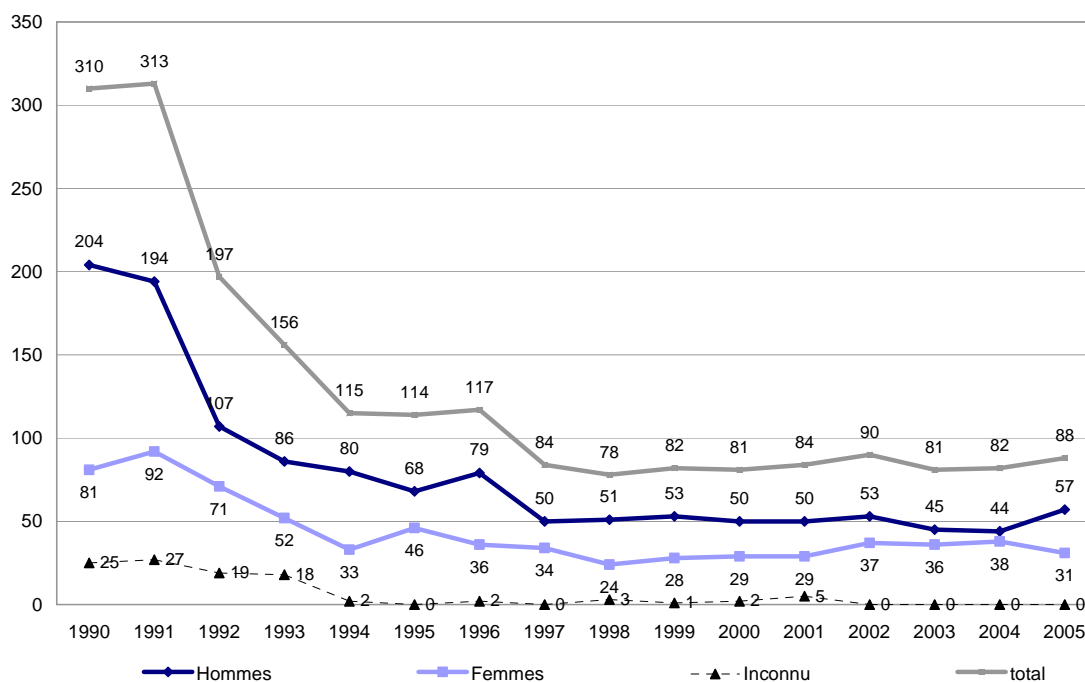
En ce qui concerne la répartition par âge, la majorité des diagnostics sont établis chez des patients âgés de 20 à 49 ans. Dans la classe 20-29 ans, le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté entre 2001 et 2003, pour ensuite diminuer. Le nombre de cas suit, en revanche, une tendance ascendante dans les classes d'âge 30-39 ans et 40-49 ans. Dans chacune des autres classes d'âge, le nombre de nouveaux diagnostics ne dépasse guère 10 cas par année.

^a Les données du laboratoire Perrin ne nous pas été communiquées, malgré les demandes qui lui ont été adressées.

^b Etat de la déclaration au 27 février 2006.

^c Les diagnostics de sexe inconnu sont exclus du dénominateur.

Figure 3.1 Nombre de tests VIH positifs par année de déclaration et par sexe dans le canton de Genève (situation au 27 février 2006)



Source : OFSP, division des maladies infectieuses

3.1.1 Evolution du nombre de test VIH positifs selon le groupe de transmission

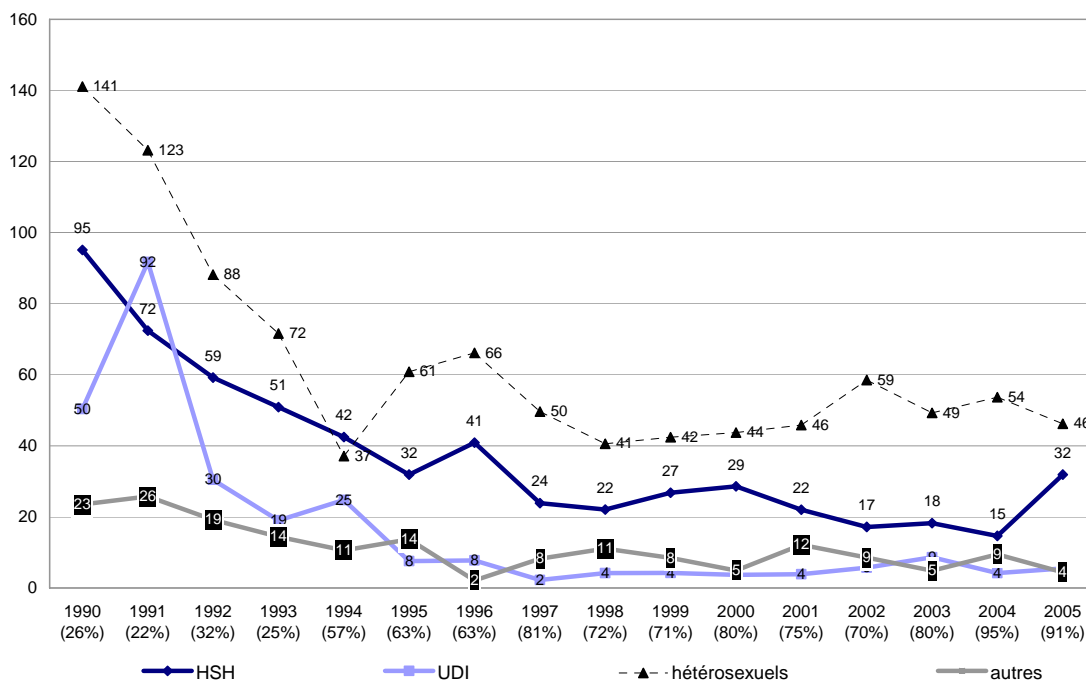
Comme le groupe de transmission probable n'est documenté qu'à partir des déclarations complémentaires, les informations disponibles à ce sujet restent lacunaires. La couverture des déclarations complémentaires s'est néanmoins améliorée avec le temps : au début des années 1990, pour le canton de Genève, elles couvraient environ un quart des déclarations de laboratoires ; elles en couvrent actuellement plus de 80%.

Etablie sur la base d'estimations^a, la figure ci-dessous décrit l'évolution du nombre de tests positifs, attribués à des résidents genevois, entre 1990 et 2005 (état au 27 février 2006), par groupe de transmission. Le nombre d'infections a plus ou moins fortement chuté dans tous les groupes de transmission jusqu'au milieu des années 1990. Dans le groupe HSH, le nombre de tests annuels a lentement diminué, jusqu'en 2005, année marquée par une augmentation de 113%. Dans la catégorie 'transmission hétérosexuelle', le nombre d'infections diagnostiquées a cessé de diminuer au milieu des années 1990 et a suivi une légère tendance à la hausse jusqu'en 2004, pour diminuer à nouveau en 2005. S'agissant des consommateurs de drogues par voie intraveineuse, un nombre relativement marginal de tests positifs leur est associé annuellement depuis le milieu des années 1990.

Les tendances récentes observées à Genève vont dans le sens de celles observées au niveau suisse¹, soit une diminution des nouveaux cas par transmission hétérosexuelle et une augmentation du nombre de nouveaux tests positifs dans le groupe HSH, dont une partie est probablement attribuable à l'augmentation de l'activité de dépistage entraînée par l'ouverture de "Checkpoint". Toutefois, cette explication n'est pas la seule au vu de l'augmentation constatée des prises de risques dans ce groupe spécifique.

^a Application de la distribution (en %) des nouveaux cas selon le groupe de transmission au nombre annuel de diagnostics déclarés par les laboratoires pour l'année correspondante (méthode indiquée par l'OFSP).

Figure 3.2 Estimation du nombre de tests VIH positifs par groupe de transmission de 1990 à 2005, estimations à partir des déclarations complémentaires des médecins (situation au 27 février 2006, canton de Genève)



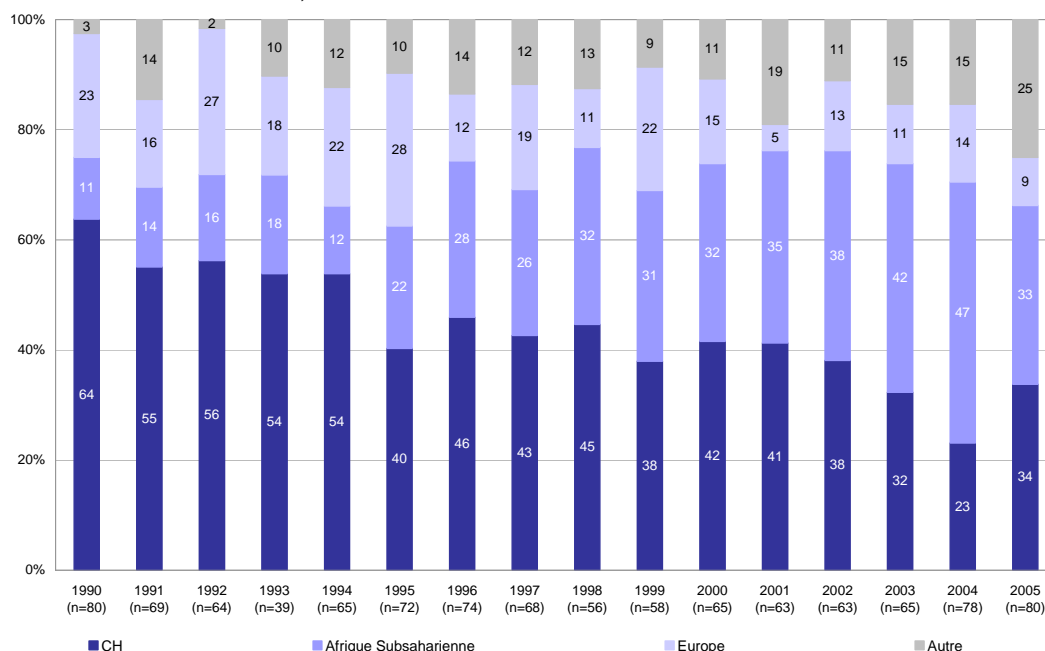
Source : OFSP, division des maladies infectieuses

Note : Le rapport entre le nombre de déclarations complémentaires et le nombre de déclarations des laboratoires de confirmation est indiqué, en pour-cent, sur l'abscisse.

3.1.2 Nationalité des personnes testées VIH-positives

La nationalité des personnes diagnostiquées séropositives est connue à partir des déclarations complémentaires des médecins. L'information n'est donc pas exhaustive. Comme le montre la Figure 3.3, la proportion de personnes de nationalité suisse a progressivement diminué au cours de la dernière décennie, passant de 84% à environ un tiers lors de la première moitié des années 2000. Parallèlement, la proportion de migrants subsahariens a régulièrement augmenté jusqu'en 2004 (près de la moitié des déclarations). Elle a diminué en 2005 (33%). La part des ressortissants d'autres pays d'Europe s'est, quant à elle, réduite au cours du temps, alors que la catégorie 'autres' tend à augmenter.

Figure 3.3 Nationalité des personnes dépistées VIH-positives d'après les déclarations complémentaires des médecins (Déclaration complémentaire ; situation au 27 février 2006)

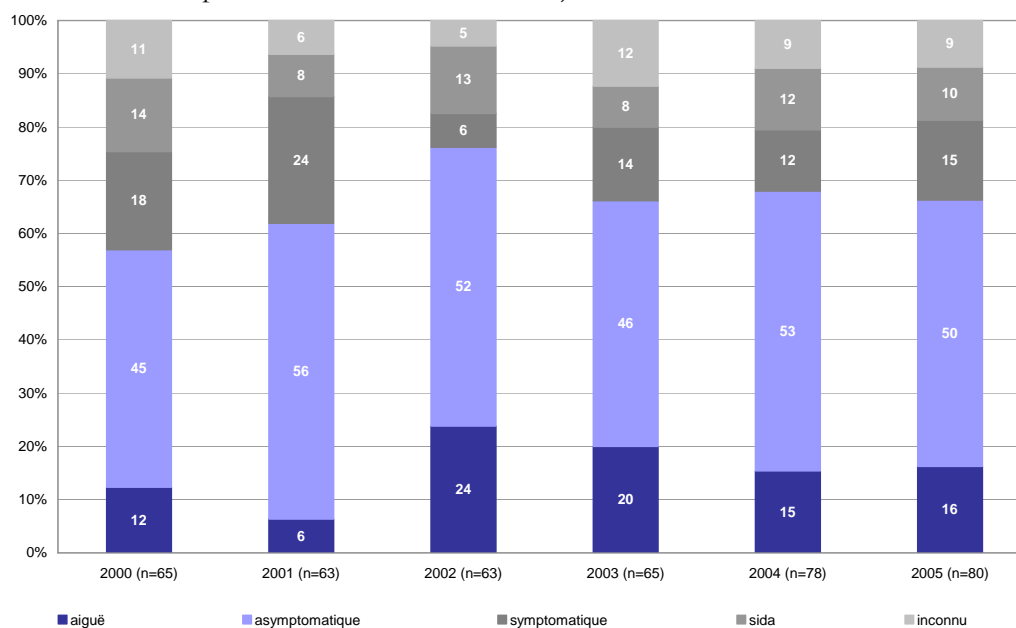


Source : OFSP, division des maladies infectieuses

3.1.3 Stade clinique au moment du diagnostic de séropositivité

Les déclarations complémentaires des médecins fournissent une indication sur le stade clinique de l'infection à VIH au moment du diagnostic. Pour près des deux tiers des patients, le diagnostic survient à un stade où l'infection est asymptomatique. La proportion de patients dépistés au stade de la primo-infection est plus faible; en 2004 et 2005 un cas sur six est dans cette situation. Un peu plus de 20 cas sont diagnostiqués à un stade clinique avancé (infection symptomatique et sida).

Figure 3.4 Stade clinique au moment du diagnostic de séropositivité (Déclaration complémentaire ; état au 27.02.2006)



Source : OFSP, division des maladies infectieuses

3.2 COMPORTEMENTS FACE AU VIH/SIDA

Cette section passe en revue les différentes données disponibles dans le cadre de la surveillance comportementale dans les principaux segments de population d'intérêt pour la prévention du VIH/sida, à l'exception de la population générale.

3.2.1 HSH

L'enquête nationale Gaysurvey (2004^a) et l'enquête genevoise Santé gaie (2003) fournissent de nombreuses indications sur les comportements sexuels et les comportements préventifs des HSH face au VIH. L'enquête Santé gaie est donnée pour représentative des HSH qui fréquentent la scène homosexuelle genevoise, tandis que les résultats de Gaysurvey reposent sur un échantillon auto-sélectionné de HSH, recrutés via la presse et les organisations homosexuelles, ainsi que la plupart des saunas fréquentés par cette population. Pour la première fois en 2004, le questionnaire de Gaysurvey pouvait être rempli en ligne, sur Internet, à partir de bannières placées sur les sites gays les plus fréquentés en Suisse.

Caractéristiques socio-démographiques

Les deux échantillons n'ont pas la même structure du point de vue de l'âge et de la formation (Tableau 3.1). Les répondants genevois de Gaysurvey sont sensiblement plus âgés et ont, en moyenne, un niveau de formation plus élevé que les répondants de Santé gaie. Le constat est identique lorsque l'on compare les répondants genevois de Gaysurvey aux répondants suisses de cette enquête.

Tableau 3.1 Age et formation des répondants de Santé gaie 2003 et Gaysurvey 2004

	Santé gaie 2003	Gaysurvey GE 2004	Gaysurvey CH 2004
	n=571	n= 166	n=2228
Age moyen	35.3	38.4	35.4
>25	17.2	10.2	18.3
25-34	31.0	28.3	31.0
35+	52.0	61.5	50
Non réponse		0.0	0.3
Formation			
Primaire	5.6	1.2	6.2
Apprentissage	26.4	23.5	29.1
Ecole sans maturité	22.9	9.6	15.1
Ecole avec maturité	6.7	18.7	20.4
Université	38.4	47	29.0
Non réponse		0.0	0.3

Test VIH

La grande majorité des répondants des deux enquêtes ont déjà recouru au test VIH au cours de la vie (Tableau 3.2). Parmi les répondants genevois des deux enquêtes, environ un sur sept est séropositif, contre moins d'un sur dix dans l'échantillon suisse de Gaysurvey.

^a La prochaine édition de l'enquête Gaysurvey est prévue pour 2007.

Tableau 3.2 Recours au test de dépistage et prévalence rapportée du VIH, Santé gaie 2003 et Gaysurvey 2004

	Santé gaie 2003	Gaysurvey GE 2004	Gaysurvey CH 2004
	n=571	n= 166	n=2228
Test VIH au cours de la vie	84.0	91.6	75.8
% séropositifs parmi les répondants testés	13.4	14.5	8.1

Activité sexuelle

Le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois constitue le principal indicateur de l'activité sexuelle. A ce titre, on observe d'importantes différences entre les répondants de Santé gaie et ceux de Gaysurvey. Pour les premiers, la valeur médiane du nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois s'élève à 10. C'est quasiment le double des valeurs observées dans l'enquête Gaysurvey (GE : 5.5 ; CH : 6.0).

Le nombre de partenaires diminue fortement – ainsi que l'écart entre les deux enquêtes – lorsque l'on considère uniquement le nombre médian de partenaires avec lesquels les répondants ont pratiqué la pénétration anale (3 versus 2, Tableau 3.3). Parmi les répondants genevois de Gaysurvey, 16% environ ont déclaré plus de 10 partenaires avec lesquels ils ont eu cette pratique sexuelle (12% au niveau national).

Tableau 3.3 Nombre de partenaires masculins avec lesquels les répondants ont pratiqué la pénétration anale au cours des 12 derniers mois, Santé gaie 2003 et Gaysurvey 2004

	Santé gaie 2003	Gaysurvey GE 2004	Gaysurvey CH 2004
	n=571	n= 166	n=2228
Médiane	3	2	2
0	na	14.5	18.9
1	na	26.5	26.7
2-5	na	30.7	30.5
6-10	na	9.6	10.5
10+	na	15.6	12.2
Non réponse	na	0.3	1.2

Comportements préventifs avec le partenaire stable et les partenaires occasionnels

La majorité des répondants des trois échantillons considérés ont eu au moins un partenaire stable au cours des 12 derniers mois et environ 80% ont eu des partenaires occasionnels (Tableau 3.4).

Environ 40% des répondants des échantillons genevois ne se sont pas systématiquement protégés avec leur partenaire stable, contre près de 50% dans l'échantillon suisse de Gaysurvey. Les comportements préventifs avec les partenaires occasionnels sont très homogènes d'un échantillon à l'autre, ce malgré de notables différences, comme on l'a vu plus haut, au niveau de l'activité sexuelle et des caractéristiques socio-démographiques. Une minorité déclare avoir eu des relations non protégées avec des partenaires occasionnels (entre 15% et 19%, suivant les enquêtes).

A l'échelle nationale, les comportements à risque, notamment avec les partenaires occasionnels, suivent une tendance ascendante depuis le milieu des années 1990³.

Tableau 3.4 Comportements préventifs avec les partenaires stable et occasionnels au cours des 12 derniers mois, Santé gaie 2003 et Gaysurvey 2004

	Santé gaie 2003	Gaysurvey GE 2004	Gaysurvey CH 2004
	n=571	n=166	n=2228
Partenaire stable au cours des 12 derniers mois	75.7	66.9	61.8
Comportements préventifs avec le partenaire stable			
Pas de pénétration anale	18.2	13.5	17.6
Toujours préservatifs	40.4	37.8	32.1
Parfois/jamais de préservatifs	41.4	42.0	48.9
Non réponse	-	2.7	1.5
Partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois	83.4	77.1	77.2
Comportements préventifs avec les partenaires occasionnels			
Pas de pénétration anale	23.0	19.5	23.4
Toujours préservatifs	58.1	64.1	56.6
Parfois/jamais de préservatifs	18.9	14.8	16.2
Non réponse		1.6	3.8

3.2.2 Consommateurs de drogues

Les données relatives aux consommateurs de drogues proviennent d'une enquête répétée à plusieurs reprises auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès (SBS) mettant à disposition du matériel d'injection. A ce jour, quatre vagues d'enquêtes ont été réalisées à l'échelle nationale (1993, 1994, 1996, 2000^a), auxquelles s'ajoute l'enquête genevoise, réalisée en 2002 au Bus Itinérant Prévention Sida (BIPS) et à Quai 9, dans le cadre de l'évaluation de Quai 9. Cette enquête permet de caractériser la situation sociale et sanitaire des consommateurs de drogues, d'évaluer leur niveau d'exposition aux risques et de protection face au VIH et aux hépatites. Il s'agit d'une enquête anonyme par questionnaire, réalisée partiellement en face-à-face. Seules les questions relatives aux comportements préventifs et aux statuts sérologiques (VIH et hépatites) sont directement remplies par les répondants. Les données genevoises, récoltées au BIPS et à Quai 9, sont comparées à la moyenne suisse. Compte tenu de la petite taille des échantillons genevois, les données présentées ci-après n'ont qu'une valeur indicative.

Caractéristiques socio-démographiques

Au début des années 2000, on compte environ 20% de femmes parmi la clientèle des SBS genevoises (Quai 9 et BIPS) (Tableau 3.5), soit une proportion nettement inférieure à celle observée au début des années 1990 (1993 : 33%). L'âge moyen des usagers a, quant à lui, fortement augmenté ; il est passé de 26.9 ans à 33.6 ans entre 1993 et 2002.

Tableau 3.5 Sexe et âge de la clientèle des SBS genevoises, 1993-2002

	1993		1994		1996		2000		2002
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE
Effectifs	n=132	n=1119	n=66	n=907	n=53	n=944	n=59	n=924	n=100
Sexe									
% femme	33	27	29	27	26	27	20	27	22

^a Il est prévu de reconduire l'étude Clientèle en 2006.

	1993		1994		1996		2000		2002
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE
Effectifs	n=132	n=1119	n=66	n=907	n=53	n=944	n=59	n=924	n=100
Age									
Moyenne	26.9	26.6	27.3	27.8	28.2	29.0	31.0	32.0	33.6
Médiane	26		27		27		30		33.5

Evolution de la consommation

La grande majorité (plus de 80%) des usagers des SBS, à Genève comme dans le reste de la Suisse, se sont injectés des drogues au cours des douze derniers mois (Tableau 3.6). En 2002, les injecteurs des structures genevoises, rapportaient un nombre moyen de 15 injections au cours de la semaine précédant la passation du questionnaire, soit une valeur proche de la moyenne nationale mesurée en 2000 (14 injections).

La proportion de consommateurs d'héroïne réguliers a augmenté jusqu'à 1996, à Genève comme dans le reste de la Suisse, pour ensuite diminuer brutalement. Entre 1993 et 2002, la proportion de consommateurs réguliers de cocaïne a doublé à Genève passant de 23% à 48%. Elle est restée plus stable au niveau national, notamment depuis 1994 (entre 27% et 30% des usagers). La proportion de consommateurs réguliers de "cocktails" (héroïne et cocaïne) demeure marginale à Genève, alors qu'elle est plus importante au niveau national. On notera ici que les données relevées au local d'injection (cf. 4.3.2, p. 62) en 2004 et 2005, montrent une reprise de la consommation d'héroïne et une diminution de la consommation de cocaïne, ainsi qu'une baisse relativement importante du nombre de passages en salle d'injection et du nombre de seringues remises.

Depuis 1996, près des deux tiers des usagers des SBS genevoises suivent un traitement de substitution à la méthadone.

Tableau 3.6 Evolution de la consommation de drogues chez les usagers des SBS, 1993-2002

	1993		1994		1996		2000		2002
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE
Effectifs	n=132	n=1119	n=66	n=907	n=53	n=944	n=59	n=924	n=100
Injection									
% injecteurs vie	100	89	100	89	100	96	92	90	97
% injecteurs 6 derniers mois	96	85	89	85*	96	86	88	79	94
nb injections dernière semaine					10	18	12	14	15
Fréquence de consommation									
% régulier* héroïne	58	61	53	63	70	67	36	54	27
% régulier* cocaïne	3	23	14	27	11	31	36	27	48
% régulier* cocktail	2	14	0	30	4	37	3	25	6
Substances durant le mois									
% multiconsommateurs	38	71	48	75	40	77	62	68	47
Traitement									
% en traitement	50		51		68		64		69

* Consommation régulière=plusieurs fois par semaine

VIH et hépatites

La proportion d'usagers rapportant avoir été testés pour le VIH avoisine les 100%. En 2000 et 2002, un peu moins de 80% des usagers ont été testés durant l'année. Parmi les répondants testés au cours de la vie, la prévalence du VIH est restée relativement haute : près de une personne sur cinq en 2000 ; une sur six en 2002. Le pourcentage de personnes dépistées positives pour l'hépatite C, parmi les personnes testées est élevé. Plus d'un quart des usagers testés pour l'hépatite B en sont atteints.

Tableau 3.7 Prévalences rapportées aux VIH et hépatites, chez les usagers des SBS, 1993-2002

	1993		1994		1996		2000		2002
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE
Effectifs	n=132	n=1119	n=66	n=907	n=53	n=944	n=59	n=924	n=100
Test VIH et résultat									
% consommateurs testés	96	88	95	91	98	93	98	95	97
% séropositifs parmi les testés	14	10	16	8	8	11	19	11	17
Hépatite C									
% testés hépatite C							83	77	90
% test positif							44	59	59
Hépatite B									
% testés hépatite B							88	82	87
% test positif							27	40	26
% ayant été vacciné							57	36	63

Evolution de l'exposition au VIH et de la protection chez les clients de SBS

A Genève, la proportion d'usagers ayant récemment – dans les six mois précédant l'enquête – utilisé une seringue/aiguille déjà utilisée par quelqu'un d'autre est restée relativement basse et stable entre 1994 (14%) et 2000 (12%) (Tableau 3.8). Elle tend à augmenter entre 2000 et 2002, passant de 12% à 16%. A Genève, le don de seringue par l'utilisateur a fortement régressé entre 2000 (22%) et 2002 (7%). En moyenne nationale, le taux de partage est resté stable, mais cette moyenne peut cacher d'importantes variations locales.

Le partage de matériel servant à préparer l'injection est une pratique nettement plus répandue que le partage de la seringue. En 2002, près d'un répondant sur deux a partagé sa cuiller avec un/des congénère(s) durant les 6 derniers mois, deux sur cinq ont utilisé le même filtre et près d'un sur trois la même eau. Ces pratiques représentent un risque de transmission des hépatites.

S'agissant des comportements préventifs face à la transmission sexuelle du VIH, on observe que le niveau d'utilisation du préservatif demeure globalement stable, aussi bien à Genève qu'en moyenne suisse. A Genève, un peu plus d'un quart des usagers ont utilisé systématiquement des préservatifs avec leur partenaire stable au cours des 6 mois précédant l'enquête ; près des deux tiers l'ont également toujours utilisé avec leurs partenaires occasionnels. On note une augmentation du pourcentage de répondants ayant protégé leur dernier rapport sexuel.

Tableau 3.8 Evolution des comportements préventifs chez les usagers des SBS, 1993-2002

	1993		1994		1996		2000		2002
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE
Effectifs	n=132	n=1119	n=66	n=907	n=53	n=944	n=59	n=924	n=100
Utilisation de matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre									
% durant la vie	71	40	59	*37	51	44	61	45	54
% durant les 6 derniers mois	31	17	14	9	14	11	12	12	16
Don de seringue usagée									
% durant les 6 derniers mois				*9	18	9	22	9	7
Partage autre matériel injection*									
durant les 6 derniers mois									
% utilisé même cuillère							49	51	49
% utilisé même filtre							33	38	43
% utilisé même coton							4	7	14
% utilisé même eau							16	26	30
Utilisation du préservatif									
durant les 6 derniers mois									
% ayant eu un (des) partenaire(s) stable(s)	65	60	54	56	77	53	49	56	53
% toujours utilisé préservatif	27	26	20	*24	31	27	21	29	32
% jamais utilisé préservatif	66	55	60	*62	59	58	45	55	33
% partenaire non-consommateur			59	*50	56	52	48	52	54
% ayant eu des partenaire(s) occasionnel(s)	33	34	34	*29	28	31	22	32	30
% toujours utilisé préservatif	67	61	82	*71	67	67	92	72	66
% jamais utilisé préservatif	17	14	5	*14	13	13	8	15	10

	1993		1994		1996		2000		2002
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE
Effectifs	n=132	n=1119	n=66	n=907	n=53	n=944	n=59	n=924	n=100
% Prostitution				10		8		8	
% toujours utilisé préservatif				87		85		67	
% jamais utilisé préservatif				5		5		9	
Utilisation du préservatif									
durant dernier rapport sexuel			52	*46	35	51	45	48	62

* Sans Zurich

3.2.3 Personnes séropositives

Les données relatives aux personnes séropositives proviennent de la Swiss HIV cohorte study (SHCS). Cette cohorte est composée de personnes séropositives âgées de 16 ans ou plus, recrutées, pour la majeure partie d'entre elles, dans les centres hospitaliers universitaires. Tous les 6 mois, les participants sont vus et interviewés sur différents thèmes en lien avec le VIH/sida. En avril 2000, un nouveau questionnaire a été intégré à l'étude, lequel comporte des questions touchant spécifiquement aux com-

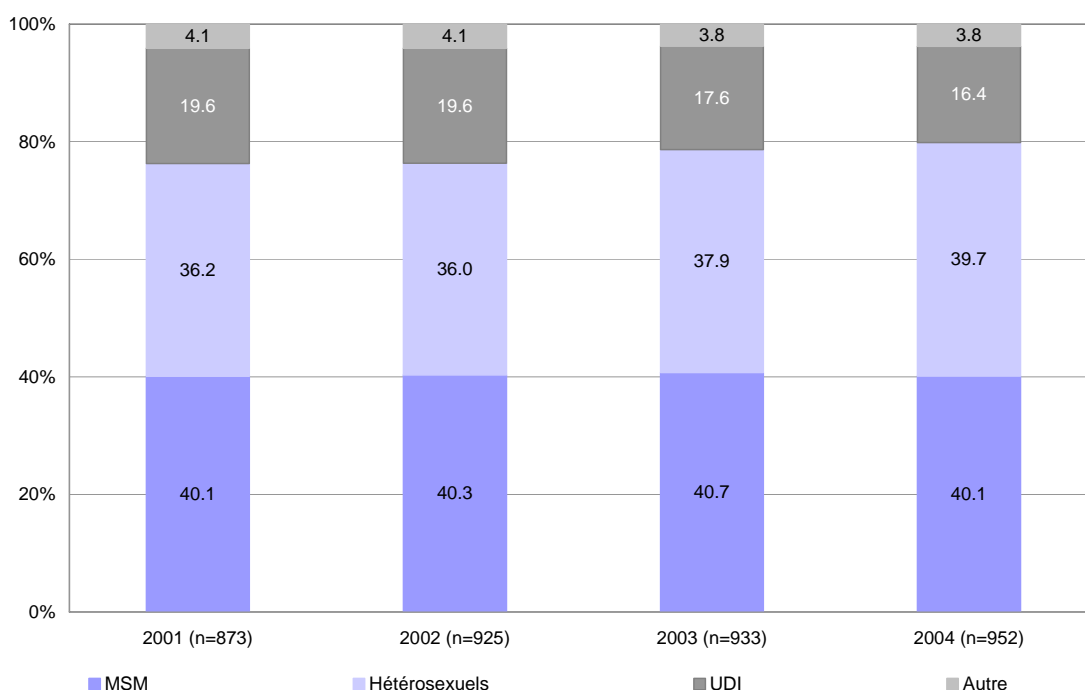
portements préventifs face au risque de transmission sexuelle du VIH avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels. Les premiers résultats ont fait l'objet d'une publication en 2003⁸.

Les données présentées dans ce rapport se rapportent aux répondants genevois de cette étude. Comme les questions relatives aux partenaires occasionnels ne sont apparemment pas systématiquement posées par les médecins à leurs patients – le pourcentage de données manquantes est en effet très élevé (plus de 70%) – les indicateurs qui y sont afférents ne sont pas présentés ici.

Caractéristiques socio-démographiques

La cohorte genevoise est composée de plus de 900 participants (2004 : 952), dont 31% de femmes. L'âge moyen des hommes s'élève, en 2004 à 45.9 ans ; celui des femmes à 40.8 ans. La distribution des participants selon leur groupe de transmission est restée stable entre 2001 et 2004 (Figure 3.5) : 40% ont été infectés par contact homosexuel, 40% environ par contact hétérosexuel et un peu moins de 20% par injection de drogues.

Figure 3.5 Distribution (%) des patients de la cohorte VIH selon leur groupe de transmission, cohorte genevoise SHCS, 2004



Comportements préventifs

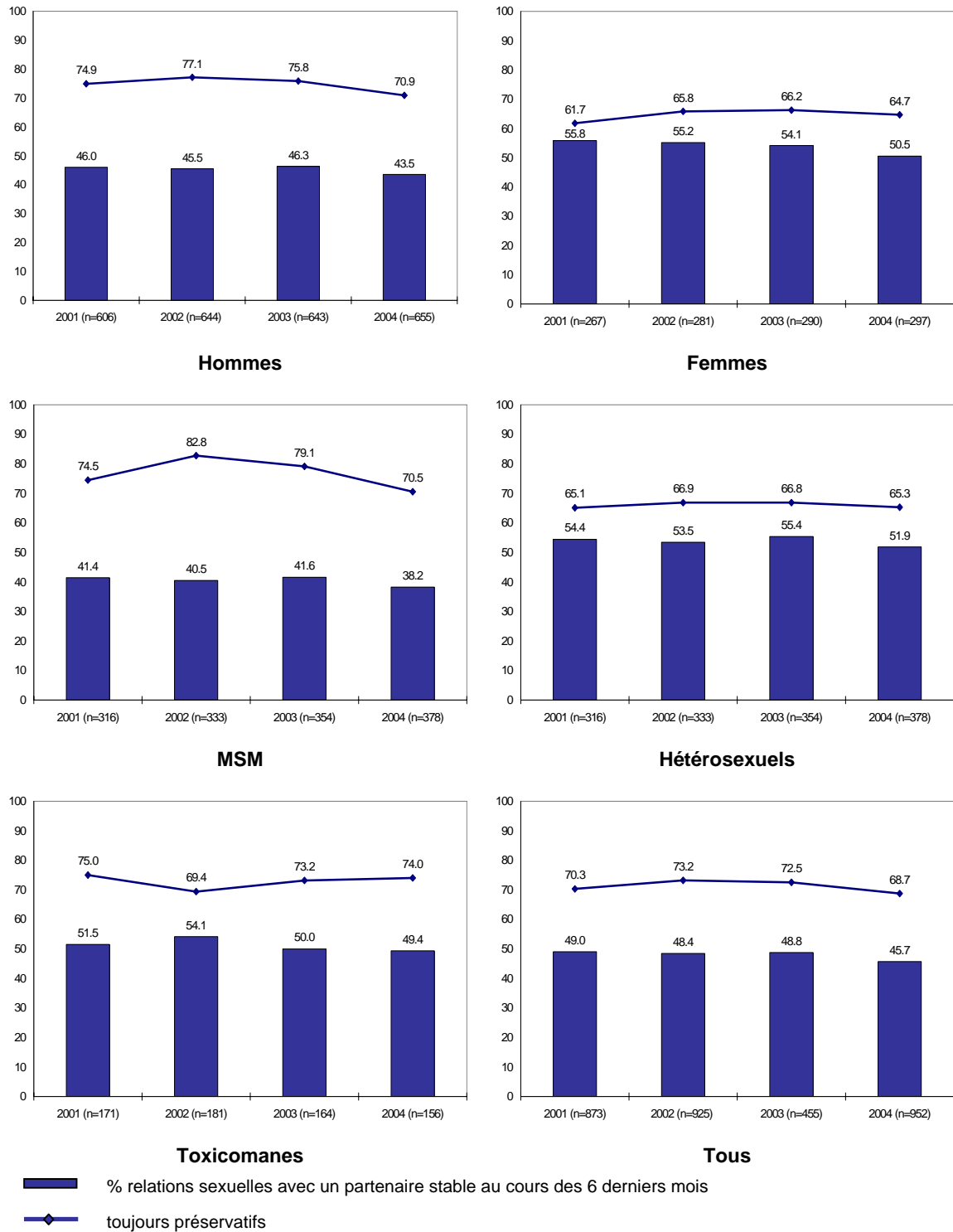
■ Avec le partenaire stable

L'évolution des comportements préventifs avec le partenaire stable suit une évolution contrastée suivant le sexe et les groupes de transmission des patients. Dans l'ensemble un peu moins de la moitié des patients (2004 : 46%) ont eu dans les six derniers mois des relations sexuelles avec pénétration (anale ou vaginale) avec un/une partenaire stable. Avec ces partenaires, près des deux tiers des répondants affirment avoir systématiquement utilisé des préservatifs.

Le niveau des comportements préventifs est légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En revanche, il tend à diminuer chez les hommes alors qu'il est resté relativement stable chez les femmes. La diminution des comportements préventifs apparaît très nettement parmi les patients infectés par contact homosexuel. Chez ces derniers, le taux d'utilisation systématique du préservatif est passé de 83% à 71%.

C'est cependant parmi les répondants infectés par contact hétérosexuel que le pourcentage de 'sexuellement actifs' est le plus élevé et que le niveau de protection est le plus faible.

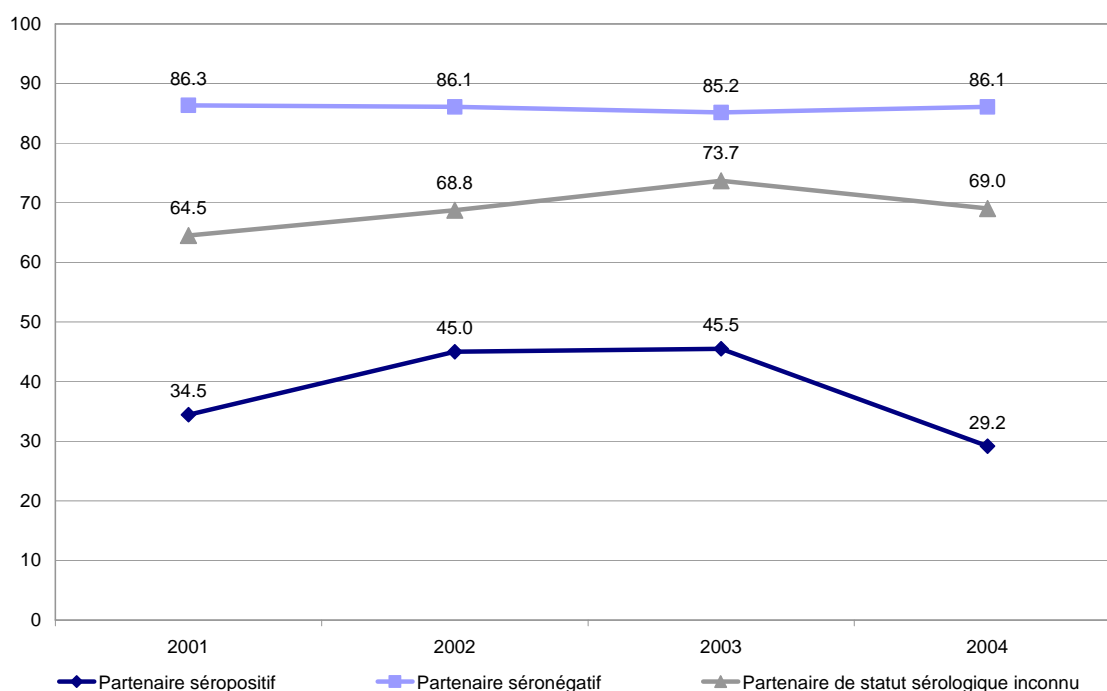
Figure 3.6 Evolution des comportements préventifs avec le partenaire stable selon le sexe et selon le groupe de transmission des patients, cohorte genevoise SHCS, 2001-2004



Le niveau de protection varie également considérablement en fonction du statut sérologique du partenaire stable. Parmi les répondants ayant un partenaire stable séronégatif – situation rapportée en 2004 par 63% des répondants ayant un partenaire stable – 86% affirment toujours utiliser le préservatif lors de rapports pénétratifs. Cette proportion est restée stable au cours de la période de référence.

Le niveau de protection est nettement inférieur lorsque le partenaire stable est de statut sérologique inconnu (9% des répondants ayant un partenaire stable sont dans cette situation). Il s'était amélioré entre 2001 et 2003 passant de 65% à 74%, et a cessé d'augmenter en 2004 (69%). C'est dans les couples séro-concordants positifs (28% des relations stables rapportées) que l'utilisation systématique de préservatifs concerne une proportion plus faible de répondants, avec une forte baisse entre 2003 (46%) et 2004 (29%).

Figure 3.7 Utilisation systématique du préservatif avec le partenaire stable selon le statut sérologique de ce partenaire, cohorte genevoise SHCS, 2001-2004



■ Avec les partenaires occasionnels

En 2004, un peu moins d'un répondant sur cinq déclare avoir eu un ou plusieurs partenaires occasionnels au cours des six derniers mois. Cette proportion est restée relativement stable au cours de la période de référence. Elle est nettement plus élevée chez les hommes – a fortiori ceux infectés par contact homosexuel – que chez les femmes. On ignore quelle est l'évolution des comportements préventifs avec ces partenaires, car cette question n'est apparemment pas posée par les médecins alors qu'elle figure dans le questionnaire. Le pourcentage de données manquante est particulièrement élevé (plus de 70%).

Tableau 3.9 Proportion de répondants ayant eu un ou des partenaire(s) occasionnels au cours des six derniers mois, cohorte genevoise SHCS, 2001-2004

	2001		2002		2003		2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	873		925		933		952	
Tous	171	19.6	201	21.7	201	21.5	167	17.5
Hommes	153	25.2	175	27.2	162	25.2	148	22.6
Femmes	18	6.7	26	9.3	39	13.4	19	6.4
HSH	112	32.0	132	35.4	121	31.8	107	28.0
Hétérosexuels	31	9.8	41	12.3	52	14.7	40	10.6
IDU	26	15.2	25	13.8	23	14.0	15	9.6

3.2.4 Jeunes 16-20 ans

Les données relatives aux jeunes de 16 à 20 ans sont issues de l'enquête sur la santé et les styles de vie des adolescents, dont la dernière édition remonte à 2002. Il s'agit d'une enquête multicentrique, représentative – au niveau des régions linguistiques – des jeunes engagés dans des filières scolaires et professionnelles d'Etat. L'échantillon ne comprend donc pas les jeunes inscrits dans des établissements privés, ni les jeunes ayant rejoint le marché du travail (avec ou sans emploi). Le questionnaire comportait plusieurs questions sur l'activité sexuelle et les comportements préventifs. Il est important de souligner ici que l'échantillon genevois, de par sa taille réduite, n'est pas représentatif des jeunes de 16 à 20 ans habitant le canton ; les données présentées ci-après n'ont donc qu'une valeur indicative.

Caractéristiques socio-démographiques

Les répondants genevois ne se distinguent pas de la moyenne romande du point de vue du sexe et de l'âge (Tableau 3.10). En revanche, on observe une inversion des proportions sur le plan de la situation professionnelle ou scolaire. A Genève, 60% des répondants sont inscrits dans une école du secondaire supérieur, contre 37% en moyenne parmi l'ensemble des répondants résidant en Suisse francophone. Cet écart reflète le caractère essentiellement urbain du canton de Genève.

Compte tenu de l'importante différence de structure des deux échantillons et de la forte variabilité induite par le facteur 'genre', la suite de l'analyse est stratifiée selon la filière de formation et le sexe. Ce choix a pour effet de réduire fortement la taille des effectifs. Aussi les données présentées ci-après n'ont qu'une valeur indicative.

Tableau 3.10 Caractéristiques socio-démographiques des jeunes de 16 à 20 ans, ESS 2002

	Genève	Suisse romande ⁽¹⁾
	n=397	n=2346
Age moyen	17.7 ans	17.8 ans
Sexe		
Filles	51.6	50.4
Garçons	48.4	49.6

	Genève	Suisse romande ⁽¹⁾
	n=397	n=2346
Situation professionnelle ou scolaire		
En apprentissage ou école de métier	37.0	61.6
A l'école : lycée-collège, école technique, école de commerce, etc.	60.5	37.0
Non réponse	1.4	1.4

⁽¹⁾ GE, VD, VS, FR, BE francophone, JU, NE

Activité sexuelle

La proportion de répondants ayant déjà eu un rapport sexuel au cours de la vie varie fortement en fonction de la filière de formation (Tableau 3.11). Parmi les apprenties, la proportion de filles ayant déjà eu un rapport sexuel avec pénétration s'élève à environ 75%, contre un peu plus de 50% parmi les filles du secondaire supérieur. Parmi les garçons, la proportion de 'sexuellement actifs' est légèrement plus faible que parmi les filles, mais l'écart est tout aussi important entre les deux principales filières de formations. Les données genevoises se différencient peu de la moyenne romande.

Parmi les répondants sexuellement actifs, l'âge moyen au premier rapport sexuel est proche de 16 ans, soit la valeur de la médiane. On n'observe que peu de différences selon les catégories de référence.

Par rapport à leurs pairs du secondaire supérieur, les apprentis ont eu, au cours de la vie, un nombre plus important de partenaires sexuels. Les garçons déclarent en moyenne davantage de partenaires que les filles.

Tableau 3.11 Entrée dans la sexualité, âge au premier rapport sexuel et nombre de partenaires au cours de la vie, jeunes de 16 à 20 ans, ESS 2002

	Genève				Suisse romande			
	Apprentis		Elèves		Apprentis		Elèves	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
	n=53	n=94	n=147	n=93	n=619	n=881	n=544	n=357
% Sexuellement actifs ⁽¹⁾	75.5	72.3	55.1	51.6	73.2	64.7	52.9	49.9
Age au premier rapport sexuel (années)								
Moyenne	15.9	15.2	15.8	16.1	15.8	15.7	16.0	16.1
Médiane	16	16	16	16	16	16	16	16
Nombre de partenaires au cours de la vie								
Moyenne	3.7	6.2	2.9	3.2	3	5.1	2.3	2.8
Médiane	3	3	2	2	2	3	1	2

⁽¹⁾ Pourcentage de répondants ayant déjà eu un rapport sexuel (avec pénétration) au cours de la vie

Comportements préventifs

Le niveau des comportements préventifs est mesuré à l'aide de deux indicateurs : l'usage de préservatifs au dernier rapport sexuel, ainsi qu'au début d'une relation stable (en l'occurrence, avec le partenaire actuel).

Au dernier rapport sexuel, le niveau d'utilisation du préservatif varie fortement selon le sexe et le niveau de formation. Il atteint son niveau le plus faible (un peu plus d'un tiers) parmi les filles qui suivent un apprentissage et son niveau le plus élevé parmi les garçons du secondaire supérieur. L'écart observé entre filles et garçons est davantage marqué parmi les apprentis que parmi les élèves.

Tableau 3.12 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (en %), jeunes de 16 à 20 ans, ESS 2002

	Genève				Suisse romande			
	Apprentis		Elèves		Apprentis		Elèves	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
	n=40	n=68	n=81	n=48	n=453	n=570	n=288	n=178
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel	35	76.4	59.3	62.5	37.3	62.6	46.2	56.2

Le niveau des comportements préventifs, lors de la première relation sexuelle avec un nouveau partenaire, est très élevé. Comme le montre le Tableau 3.13, une très large majorité de répondants (plus de 80%), quel que soit leur sexe ou leur filière de formation, affirment avoir utilisé des préservatifs masculins lors de la première relation sexuelle avec leur partenaire actuel. Malgré ce niveau de protection élevé, le recours à la contraception d'urgence est relativement important puisqu'il est mentionné par un peu plus d'une fille sur dix (Genève et Suisse romande). La majorité d'entre elles ont pourtant déclaré avoir utilisé un préservatif à ce moment-là (Suisse romande : 85% ; Genève : 93%).

Tableau 3.13 Utilisation du préservatif lors de la première relation sexuelle avec le partenaire actuel⁽¹⁾⁽²⁾, jeunes de 16 à 20 ans, ESS 2002

	Genève				Suisse romande			
	Apprentis		Elèves		Apprentis		Elèves	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
	n=32	n=51	n=69	n=34	n=390	n=461	n=255	n=129
% préservatif masculin	87.5	90.2	87	85.3	81.5	81.3	86.7	80.1
% préservatif féminin	0	2	0	0	0.3	1.1	0	0.8

⁽¹⁾ Question posée : "Quels moyens de contraception ou de protection contre les maladies sexuellement transmissibles avez-vous utilisés, vous et votre partenaire actuel, lors de votre première relation sexuelle ?" ; 12 items proposés

⁽²⁾ Base : Répondant(e)s ayant un(e) partenaire sexuel(le) au moment de l'enquête

3.2.5 Migrants subsahariens

Aucune enquête épidémiologique n'a été menée dans ce segment de population en Suisse, malgré son poids relativement important dans la statistique des nouvelles infections. Selon un panel d'experts genevois et vaudois, réuni à l'occasion d'une étude conduite par l'IUMSP en 2004 sur mandat de l'OFSP pour apprécier la situation de la prévention dans cette population, la situation serait plutôt mauvaise sur le plan des comportements préventifs (utilisation du préservatif) sans que l'on puisse en donner la mesure exacte¹⁰. En revanche, le taux de recours élevé à l'interruption de grossesse dans cette population a été documenté dans le canton de Vaud¹¹.

3.3 CONCLUSIONS

Avec près de 22 tests VIH-positifs pour 100'000 habitants en 2005, Genève figure en Suisse parmi les cantons les plus touchés par le VIH/sida. Si le nombre annuel de nouveaux diagnostics de séropositivité y est resté relativement stable depuis 1997 (environ 80 nouveaux cas par année), la structure de l'épidémie s'est transformée au cours du temps. Parmi les évolutions les plus saillantes, on note

l'augmentation régulière du nombre de tests positifs chez les femmes, les personnes venant d'Afrique subsaharienne (progression vraisemblablement freinée en 2005), ainsi qu'une augmentation, en fin de période, dans le groupe HSH. Des tendances relativement semblables ont été mises au jour au niveau national.

Sur le plan des comportements préventifs, la situation s'avère contrastée suivant les groupes cibles.

HSH – Dans le groupe HSH, la plupart des indicateurs convergent dans le sens d'une augmentation des expositions au risque. A l'échelle nationale, le nombre de partenaires suit une tendance ascendante ; parallèlement on observe, depuis plusieurs années, un phénomène d'érosion du safer sex. Genève ne fait vraisemblablement pas exception. D'après les données de la cohorte VIH, l'usage du préservatif a également régressé parmi les HSH séropositifs, notamment avec le partenaire stable. La prévalence (rapportée) du VIH reste élevée dans ce segment de population, notamment à Genève où elle est d'environ 14%, contre environ 10% en moyenne au niveau national.

UDI – Sur le plan des comportements préventifs, la situation est globalement stable en Suisse. La dernière enquête menée dans les SBS genevoises a cependant montré une légère hausse du partage de la seringue au cours des 6 derniers mois. Le partage du matériel de préparation à l'injection est fréquent. Cette pratique explique vraisemblablement l'augmentation de la prévalence rapportée du VHC entre 2000 (44%) et 2002 (59%). Quant à la prévalence rapportée du VIH, elle reste élevée (2002 : 17%). Les données – plus récentes – du local d'injection montrent une diminution du nombre d'injections pratiquées. Cette tendance est également perceptible au niveau national.

Jeunes – Parmi les jeunes de 16 à 20 ans, le niveau d'utilisation du préservatif au commencement d'une relation avec un(e) partenaire est élevé (plus de 80%), quels que soient le sexe et la filière de formation. Les données relatives à l'usage de préservatifs lors du dernier rapport sexuel sont plus contrastées, mais aussi plus difficiles à interpréter en raison de la diversité des contextes (relation stable ou occasionnelle). D'une manière générale, le niveau de protection est globalement élevé, compte tenu de la faible prévalence du VIH en population générale, a fortiori dans la population jeune.

Migrants – Il n'existe aucune donnée de nature épidémiologique sur les comportements préventifs des populations migrantes, en particulier subsahariennes, à part le haut taux d'interruptions de grossesses. Les professionnels de la santé en contact avec ces populations estiment que le niveau des comportements préventifs est largement insuffisant.

Séropositifs – Les données de la cohorte VIH indiquent que le niveau des comportements préventifs chez les personnes séropositives avec le partenaire stable est relativement élevé, mais néanmoins insuffisant, particulièrement lorsque le partenaire est de statut sérologique inconnu. La situation est restée stable au cours de la période de référence (2001-2004), à l'exception de la détérioration des comportements préventifs observée dans le groupe HSH. C'est cependant parmi les répondants infectés par contact hétérosexuel que le pourcentage de 'sexuellement actifs' est le plus élevé et que le niveau de protection est le plus faible. La situation des comportements préventifs avec les partenaires occasionnels n'est pas connue.

4 ACTIVITES DES ASSOCIATIONS

4.1 GROUPE SIDA GENÈVE (GSG)

Le Groupe Sida Genève (GSG) est actif dans le domaine du Sida depuis le début de l'épidémie et est une des antennes de l'ASS à Genève. Il mène des actions de prévention de différents types auprès de la population générale, ainsi que de groupes cibles (jeunes, migrants, personnes précarisées) et propose aux personnes vivant avec le VIH/sida ainsi qu'à leurs proches un soutien et un accompagnement selon les besoins. Il est également une ressource importante en terme de formation dans le domaine du VIH/sida. Au cours de l'année 2004, le secteur de la réduction des risques liés à la consommation de drogues par injection s'est autonomisé du GSG et est devenu l'association Première ligne (voir chapitre 4.1.6).

Les objectifs poursuivis par le GSG sont^a :

- éviter autant que possible les nouvelles contaminations par le VIH/sida ;
- diffuser une information ample et objective concernant le virus et la maladie ;
- promouvoir et développer la solidarité et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida et leurs proches ;
- lutter contre les mesures de discrimination et les attitudes d'exclusion.

Les activités pour atteindre ses objectifs sont réparties en 4 secteurs :

- l'accueil, l'information : permanence téléphonique, mise à disposition d'une information complète sur le VIH/sida et centre de documentation ouvert au public ;
- la prévention : en direction de la population générale (information, sensibilisation) et de groupes-cibles spécifiques (migrants, jeunes, personnes marginalisées, etc.) ;
- le soutien et l'accompagnement : écoute au travers d'une permanence téléphonique et d'entretiens individuels et confidentiels, ainsi qu'une orientation selon les besoins exprimés, espaces de rencontres et d'échanges pour les personnes vivant avec le VIH/sida et leurs proches ;
- le droit et sida : soutien juridique aux personnes vivant avec le VIH/sida ou leurs proches lors de démarches d'ordre juridique ou administratif.

Pour chacun de ces secteurs, ainsi que pour la permanence téléphonique, des outils de monitoring ont été mis en place ou retravaillés au cours de l'année 2005 par les experts externes de l'entreprise "Et alii", mandatés par le GSG pour réviser son système de monitoring. Certaines données qui figurent dans ce rapport ne couvrent pas l'ensemble de l'année en raison de cette phase de restructuration des outils de consignement et de leur informatisation. Ces outils ne permettent que partiellement de répondre aux questions d'évaluation. En raison des travaux déjà entamés avec les différents collaborateurs du GSG, nous avons renoncé à remettre en discussion en 2005, les différents outils alors en cours d'introduction.

4.1.1 Activités de la permanence téléphonique

Le GSG offre une permanence téléphonique du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h00. Au cours de ces permanences, 2 collaborateurs répondent à des demandes d'informations sur le VIH/sida ou offrent un soutien dans le cadre d'un entretien téléphonique.

^a Tiré du site Internet de l'association, cf. www.groupesida.ch.

Le monitoring de l'accueil n'est tenu par le secrétariat qu'une semaine par mois après discussion avec "Et alii". Il relève le nombre d'appels, la demande exprimée par l'interlocuteur si elle est précisée et le traitement de l'appel (téléphone passé, message transmis ou demande faite à l'interlocuteur de rappeler plus tard au cas où les personnes en charge de la permanence sont occupées). Le secrétariat ne répond donc pas personnellement à la demande qui est faite, par contre il note également le secteur concerné par le téléphone.

Entre les mois d'avril et de septembre, 652 contacts ont été consignés et environ 80% des contacts se font par téléphone ; seuls 18% sont des visites dans les locaux de l'association. Les courriers électroniques ou les fax ne sont pas répertoriés. Il n'y a pas de récolte de données permettant de dresser le profil des personnes qui s'adressent à l'accueil (sexe, âge, personnes séropositives, etc.) et la durée du contact n'est pas non plus relevée.

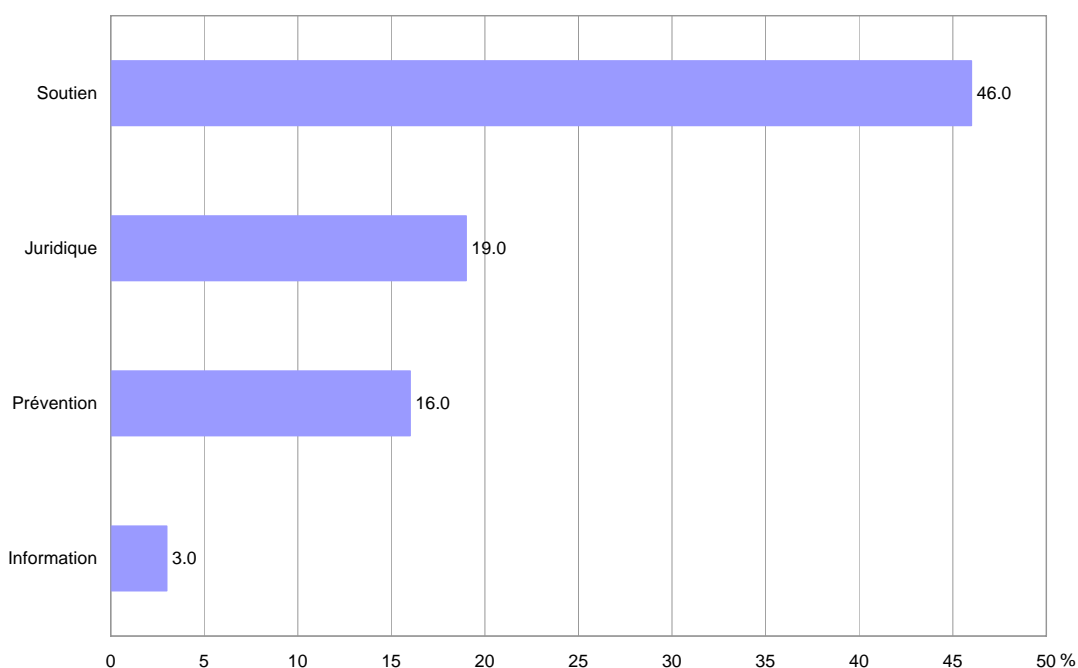
En principe, toute demande obtient une réponse, soit de façon immédiate, soit sous forme de rendez-vous. D'après les données récoltées, seuls 77% des contacts ont un suivi documenté. Pour 27% l'appel a été passé, pour 26% la personne devait rappeler, pour 21% une réponse sous forme de message a été envoyée, enfin pour 3% un rendez-vous a été pris soit immédiatement soit à une date différée.

Parmi les 652 contacts, 481 concernaient les 4 secteurs de l'association et 171 le directeur ou l'administration de l'association. Par la suite, seuls les contacts concernant les secteurs sont présentés et analysés.

En faisant une estimation du nombre de contacts mensuels on obtient une moyenne de 531 contacts par mois pour les 4 secteurs^a.

Comme le montre la Figure 4.1, près d'un contact sur deux (46%) concerne le secteur du soutien, 19% le secteur juridique, 16% la prévention et 3% le chargé d'information.

Figure 4.1 Secteurs concernés par les contacts, en % (n=481), GSG 2005



^a Estimation du nombre de contacts par mois obtenue en multipliant le nombre moyen de contacts par jour par 22 jours ouvrables.

4.1.2 Activités du secteur prévention

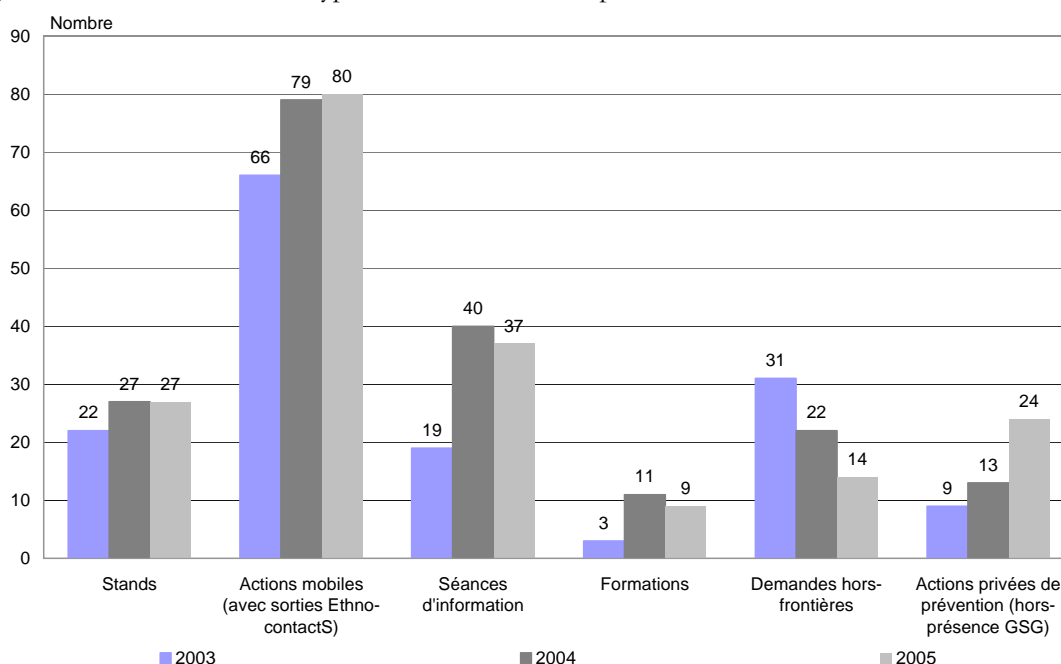
La présentation des activités de prévention reprend la description conceptuelle présentée dans le chapitre "Méthode". Le secteur prévention vise d'une part :

- la population générale ou des populations générales de migrants par des activités proposées lors de manifestations "tout public" (niveau 1) ;
- des sous groupes spécifiques (niveau 2) dont on peut penser qu'ils sont plus particulièrement affectés par le VIH/sida ou plus vulnérables, du fait d'un manque d'accès à l'information ou d'une situation de précarisation, avec des actions adaptées (séances d'information, travail de proximité où l'on va à la rencontre des personnes).

Le secteur prévention développe des actions de prévention de différents types :

- stands : lors de fêtes, de festivals ou sur demande lors d'une manifestation ;
- actions mobiles : en direction d'un public "tout venant", effectuées par des intervenants munis de sacs à dos contenant du matériel d'information et de prévention
- actions de proximité (*outreach*): par des médiateurs qui vont au devant des gens (EthnocontactS)
- séances d'information qui s'adressent directement à des publics spécifiques de migrants^b (Camarada, Genève/Roule, OSEO, UOG, centre de requérants d'asile, etc.) ;
- demande hors-frontières : demandes de matériel pour des projets à l'étranger (assorti d'une séance d'information) ;
- actions hors GSG : idem que pour demande hors-frontières mais en Suisse.

Figure 4.2 Différents types d'action du secteur prévention, GSG 2003-2005



^a Festival Paléo, Fête latino-américaine, etc.

^b Le GSG utilise un matériel d'images élaboré spécialement pour les séances d'information "Migrants". Ce matériel, conçu au Groupe sida Genève avec l'aide d'une illustratrice spécialisée dans les messages par images, a été choisi par l'ASS pour une distribution dans toute la Suisse auprès des professionnels qui travaillent avec les migrants. Il est actuellement en cours de mise à jour, sous l'égide de l'OFSP et de l'ASS et sera distribué dès l'année prochaine sur toute la Suisse.

On constate (Figure 4.2) qu'en 2005, le GSG a maintenu une forte activité mobile (qui comprend les actions de proximité avec EthnoparcS). Les séances d'information sont restées stables, par contre les sollicitations pour des actions « hors-frontière » ont diminué légèrement.

Population générale

Au cours de ces activités, les intervenants proposent au public cible – autour de stands dans des manifestations ou lors d'actions mobiles - du matériel de prévention et sont à disposition pour donner de l'information et mener de petits entretiens selon les demandes. Pour ces différentes actions, le GSG a parfois assuré seul la présence à la manifestation, les personnes salariées pouvant compter sur l'aide du pool de volontaires formés par le GSG (une équipe d'environ 30 personnes actives, non rémunérées mais indemnisées pour leur travail sur le terrain). Dans d'autres cas, différentes associations ont participé soit pour tenir le stand soit lors des actions mobiles. Il s'agit notamment de Dialogai, de la Croix Rouge Jeunesse, d'Afrimédia (action spéciale voyage).

Entre les mois de janvier et octobre 2005, le GSG a organisé 4 actions de grande envergure à l'attention de la population générale et 11 actions mobiles plus ponctuelles (Tableau 4.1). Près de 25'000 personnes ont été abordées au cours des actions de type "stand" ou "actions mobiles". Au cours de ces rencontres, près de 1600 petits entretiens ont eu lieu et environ 1650 démonstrations d'utilisation de Femidom ont ainsi été réalisées.

Tableau 4.1 Actions auprès de la population générale, GSG 2005

Quoi	Type d'action	Public-cible	Participants collaboration	Nb de personnes touchées	Nb entretiens	Nb de préservatifs	Nb de Femidoms	Démonstration Femidoms
Paléo Festival 5 jours	Stand Actions mobiles	Tout public	Tous les partenaires y compris intercantonaux	6000	800	12000	1600	1400
		Tout public		1200	150	1650	120	61
Fêtes de Genève 3 jours	Stand Actions mobiles	Tout public	GSG	2300	120	3800	270	110
		Tout public		4600	85	1150	140	50
1 ^{er} décembre	Cf. texte	Tout public	Tous les partenaires					
8 mars 6 jours	10 stands dans 5 centres commerciaux	Femmes	Tous les partenaires	500	180	0	180	
Action spéciale voyage 6 équipes de 4 personnes	Action mobile sur le thème des vacances (distribution de préservatifs et de lubrifiants)	Clientèle de bars et de discothèques	GSG, Dialogai, Afrimédia, ASFAG.	~3000	150	3000	140	
Divers	11 Actions mobiles de plus petite envergure	Tout public		~5000	~100	~1200	~150	~50
Total				22600	1585	22800	2600	1671

Par exemple, le GSG était présent aux Fêtes de Genève durant 3 jours avec un stand et des actions mobiles. A cette action ont participé 3 salariés du GSG (15 heures au total) et 16 volontaires (pour un total de 104.5 heures). La manifestation a par ailleurs nécessité 37 heures de préparation. Le nombre de participants aux Fêtes de Genève est estimé à 250'000 personnes, parmi lesquelles environ 2000 personnes ont été abordées par le GSG à travers une sensibilisation et une distribution du matériel de prévention et axées notamment autour du Femidom. Le GSG a couvert toute la manifestation avec l'aide de ses volontaires et sans recourir à d'autres partenaires.

Pour l'organisation du Paléo Festival par contre, le GSG a assuré toute la coordination de l'action, mais n'a été présent que 2 jours sur le stand. Pour les autres jours et les actions mobiles, de nombreux partenaires ont participé, essentiellement les membres de la Coordination Romande.

La participation du GSG à l'organisation de la journée du 1^{er} décembre représente un travail important : diverses tâches de préparation et de coordination au sein du groupe de préparation (COGE), organisation de la Conférence de presse et autres contacts avec les médias, stands dans les rues en collaboration avec Croix Rouge Jeunesse. S'ajoute à cela le travail de coordination avec le SSJ pour les manifestations dans les écoles, ainsi que le soutien à des "actions privées de prévention" par le biais de formation et de matériel de prévention remis gratuitement (12 actions et 20 personnes ayant participé à la formation pour 2005 pour le 1^{er} décembre 2005).

Le GSG offre également des préservatifs à des personnes qui organisent une manifestation (festivals, rencontre estudiantine) pour autant que ces personnes suivent une formation sur le VIH/sida. Au total, 6 actions de ce type ont été soutenues en 2005, dont 2 visaient essentiellement un public d'étudiant. Environ 6000 préservatifs ont été remis aux organisateurs de ces manifestations (auxquelles on peut rajouter 12 actions ayant eu lieu le 1^{er} décembre, mais pour lesquelles l'évaluation manquait encore lors de la rédaction de ce rapport).

Migrants

Le GSG est actif auprès de la population migrante par différentes actions : des sorties dans les parcs, des actions lors de fêtes organisées par des communautés migrantes et par des séances d'informations sur le VIH/sida (Tableau 4.2).

Tableau 4.2 Actions auprès des migrants, GSG 2005

Quoi	Type d'action	Public-cible	Participants collaboration	Nb de personnes touchées	Nb sub-sahariens	Nb petits entretiens	Nb de préservatifs	Nb de Femidoms
Ethno-contactS	56 sorties dans les parcs de Genève	Population générale migrants		~1300	~350	~800		
5 actions diverses	1 action mobile 3 actions mobiles 1 action mobile et stand	pop africaine pop latino centre de requérants d'asile	Actions peu documentées					
Information VIH/sida (2h.30)	Info VIH/sida de base, modes de transmission, dépistage, préservatifs	5 séances OSEO	OSEO	102			140	26
		3 séances requérants	Foyer des Tattes	20			150	30
		3 séances « Genève'roule » (requérants)		30	30		30	10
		5 séances CAMARADA		112	30		371	100
		3 séances UOG		183	10		80	20
		1 séance Roseraie		6	3			

Le projet **Ethno-ContactS** travaille avec des médiateurs qui vont sur le terrain à la rencontre des (primo)migrants, informent et donnent des conseils de prévention VIH/sida. Lors des sorties qui ont lieu durant l'été, les intervenants se rendent dans les parcs publics de Genève et, très souvent, entrent ainsi en contacts avec des migrants qui ne sont que depuis peu de temps à Genève.

Le projet Ethno-ContactS^a poursuit trois objectifs :

- informer les populations migrantes sur la problématique VIH/sida ;
- renforcer la capacité des personnes migrantes à adopter un comportement préventif, ainsi qu'un comportement solidaire vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/sida ;
- améliorer l'accessibilité des personnes migrantes aux réseaux d'aide spécialisés par une fonction de relais.

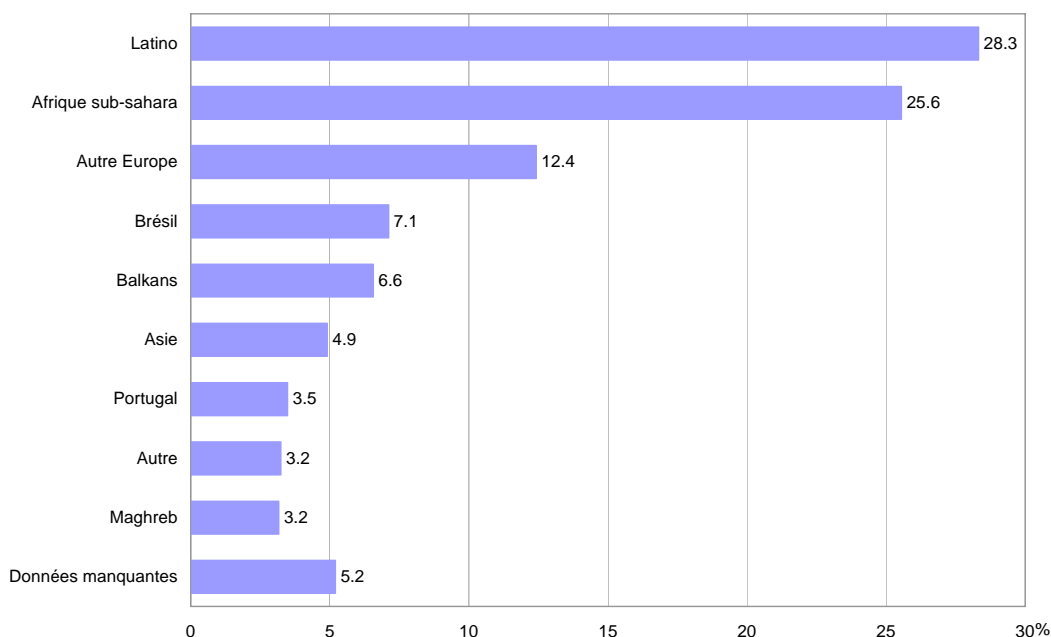
Les communautés latino-américaines et africaines (francophones, hispanophones et lusophones), ainsi que celles des Balkans sont actuellement visées par le projet.

Pour assurer les activités liées au projet, une équipe de 6 médiateurs/trices a été constituée et placée sous la coordination d'un collaborateur du GSG. Actuellement ce poste de coordination est assuré par un intervenant d'origine sénégalaise ce qui permet de renforcer le pôle africain du projet.

Le projet se déroule pendant les mois d'été dans les parcs publics de Genève et sur des tranches horaires de 3 heures, assurées par 2 médiateurs. Au total, 56 sorties ont été effectuées entre mi-juin et mi-octobre 2005.

En 2005, ce projet a permis de rencontrer 1264 personnes et les populations les plus rencontrées étaient les communautés latino-américaine et africaine (cf. Figure 4.3). Des entretiens de 5 minutes ou plus ont été menés avec plus de 60% d'entre eux. Les aspects de santé ont été abordés au cours des entretiens dans plus de deux tiers des cas.

Figure 4.3 Personnes rencontrées selon leur origine, sorties Ethno-ContactS, GSG 2005



Diverses actions mobiles à l'attention des communautés étrangères ont également lieu lors de fêtes organisées par ces communautés (par exemple : Fête du Chili, organisée par la communauté chrétienne latino américaine).

^a Le projet Parcs existait depuis 1993 et a été intégré dans les activités du GSG depuis 1995. En 2005 avec l'extension des communautés visées par le projet, il a été rebaptisé « Ethno-contactS », le S majuscule renvoyant : à la pluralité des peuples, au S de Sida et S de santé vue dans sa globalité.

Des prestations de prévention spécifiques à certains groupes de migrants (par exemple des requérants d'asile ou des femmes migrantes) sont organisées par le Groupe Sida Genève (GSG) en collaboration avec des organismes partenaires, notamment le Centre santé migrants et l'Hospice général^a. Ces interventions offrent information, sensibilisation et contact.

Des séances d'information ont lieu dans les centres pour demandeurs d'asile (une séance pour les adultes, une pour filles et une pour les garçons) parfois accompagnée d'un stand d'information. Lors de ces séances, le GSG a pu mesurer des besoins énormes en information à la fois sur le VIH/sida, mais plus largement sur la sexualité.

Des séances d'information sont également organisées depuis plusieurs années avec 4 institutions genevoises : Genèvr'Roule^b, l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO), Camarada^c et l'UOG^d. Lors des séances Genèvr'Roule, il y a généralement une majorité de migrants africains. Par contre les séances organisées avec l'OSEO visent une population migrante très variée et les participants sont de nationalités très diverses. Les interventions avec l'association Camarada permettent de toucher des femmes d'origine assez variée soit env. un tiers d'Africaines, un tiers d'Asiatiques et un tiers originaires des Balkans.

Lors de ces diverses séances d'informations, plus de 450 personnes migrantes ont été touchées en 2005.

Jeunes de moins de 25 ans

Les actions qui visent le groupe des moins de 25 ans sont essentiellement des actions dans les écoles de niveau post-obligatoire et la participation à la Lake Parade (Tableau 4.3).

Les actions "Le sida ? Parlons-en" dans les écoles comportent 3 aspects : un stand d'information, des témoignages de personnes séropositives et un débat. Elles ont lieu le plus souvent sur plusieurs jours et sont organisées conjointement avec le Service Santé Jeunesse et le projet Ecoles de l'ASS. En 2005, la diminution de la subvention cantonale a entraîné un ralentissement de ces actions de prévention.

Tableau 4.3 Actions auprès des moins de 25 ans, GSG 2005

Quoi	Type d'action	Public-cible	Participants collaboration	Nb de personnes touchées	Nb entretiens	Nb de préservatifs	Nb de Femidoms
Le sida ? parlons'en	Stand + Témoignage + Débat	5 collèves et écoles post-obligatoire	SSJ et projet école ASS	~2500	180	3500	250
Lake Parade	Stand	Jeunes		~2000	~120	~3000	~400

^a Le nouveau film d'information pour les migrantes et les migrants sur le VIH et le sida élaboré par l'OFSP et traduit dans 16 langues différentes paraît être un outil intéressant pour aborder des questions de prévention avec cette population. Il sera à l'avenir vraisemblablement repris dans les séances d'information comme base de discussion.

^b Genèvr'Roule est une association indépendante qui offre aux requérants d'asile un programme de formation incluant, outre des cours de mécanique de vélos, des séances du programme d'aide au retour de la Croix Rouge, auxquelles participe le GSG.

^c L'Association Camarada est une association à but non lucratif, créée en 1982 par le Centre Social Protestant, pour l'accueil et la formation de femmes exilées et de leurs enfants en âge préscolaire. Le Centre accueille quelques 700 femmes par année.

^d Université ouvrière de Genève

En 2005, les interventions du GSG dans les écoles ont encore été payées sur le budget de GSG. Par contre, il est prévu dès 2006 de demander un défraiement pour les heures de travail et le matériel distribué lors de ces interventions.

Population précarisée

En ce qui concerne la population précarisée (SDF, etc.), quelques actions de mise à disposition de préservatifs ont lieu dans les centres d'accueil offrant des repas ou des nuitées gratuites (square Hugo, Le Caré, Emmaüs, l'Armée du Salut, etc.) ; elles ont pour objectif de maintenir un accès gratuit à la prévention pour les personnes sans argent.

En plus de la mise à disposition de matériel de prévention, le GSG organise, avec l'Entraide protestante (EPER) des séances d'information sur le VIH/sida. Une des séances organisées en 2005 s'adressait à des femmes précarisées, en majorité des migrantes latino-américaines^a (15 femmes) (Tableau 4.4)

Tableau 4.4 Actions auprès de la population précarisée, GSG 2005

Quoi	Type d'action	Public-cible	Participants collaboration	Nb de personnes touchées	Nb entretiens	Nb de préservatifs	Nb de fémidons
Information	2 séances	personnes précarisées	EPER	~40		180	30

4.1.3 Activités de soutien/conseil

Les personnes touchées par le VIH/sida ont accès à de la prévention individuelle et à du counselling (niveau 3) au GSG et peuvent obtenir un soutien individuel et des aides dans les domaines juridique, financier ou administratif. Le GSG prend aussi le relais de l'intervention individuelle du Centre Migrants et Santé pour offrir un soutien aux personnes concernées par le VIH/sida.

Monitoring des activités de soutien

Le secteur du soutien travaille en sous-effectif depuis août 2005 en raison de l'absence de deux collaboratrices pour une longue durée (Tableau 4.5). Depuis la mise en place du monitoring au cours du mois de mai 2005, 380 contacts ont eu lieu dans le domaine du soutien. Près de 40% de ces contacts ont pris la forme d'entretiens face à face (151 entretiens), pour le reste il s'agissait d'entretiens téléphoniques.

Tableau 4.5 Nombre et type de contact par mois, secteur du soutien, GSG, mai à octobre 2005

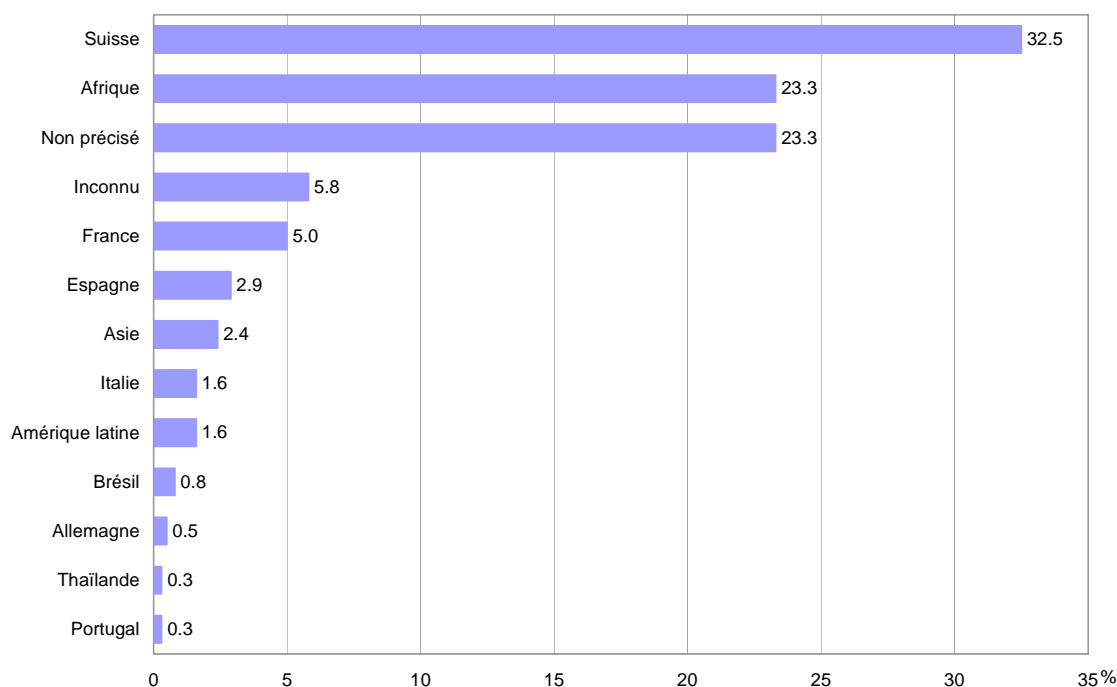
Mois	Entretien	Téléphone	Nouveau cas	Total contact
Mai	3	1	1	5
Juin	47	59	3	108
Juillet	38	49		92
Août	18	42	2	57
Septembre	31	81		99
Octobre	14	17		19
Total	151	249	6	380

^a Cette action aurait également pu être classée sous la catégorie "migrant", mais le choix du GSG est de considérer d'abord l'aspect de la précarité financière de ces femmes.

Ces différents contacts se sont adressés pour 45.5% d'entre eux à des femmes. Dans 62% des contacts, l'interlocuteur était séropositif et 50% suivaient une thérapie antirétrovirale. Dans 15% des contacts, la personne a un suivi psychologique externe au GSG (auprès d'un psychiatre ou d'un psychothérapeute).

La nationalité des personnes concernées est indiquée à la Figure 4.4 : un tiers étaient de nationalité suisse, un quart étaient originaires d'Afrique. Au total, ce sont au moins 100 personnes différentes (identifiées sur la base des initiales^a) qui ont bénéficié de ces prestations avec une moyenne de 2 à 3 contacts par personne.

Figure 4.4 Entretiens selon l'origine des personnes rencontrées, GSG, mai à octobre 2005



Le soutien le plus souvent demandé au cours de ces contacts est de l'information (30% des contacts). Viennent ensuite les demandes d'accompagnement (22%), de soutien psychosocial (21%), puis des demandes financières (16%). Pour 6%, la demande concerne à la fois un soutien psychosocial et une demande financière. Les réponses aux demandes d'aide financières peuvent être de différentes natures : dans certains cas le GSG peut décider d'aider la personne en utilisant le fonds de solidarité du GSG ou en sollicitant le fonds de l'ASS ou d'autres fondations privées ; un relais vers le CSP ou Caritas peut être organisé pour les cas trop endettés, ou dans certaines situation un relais vers les services sociaux de la Ville de Genève.

Monitoring des activités de conseil juridique

Le GSG offre également une consultation juridique pour les personnes concernées par le VIH/sida. En ce qui concerne le secteur juridique, une trentaine d'entretiens en face à face sont comptabilisés par mois, auxquels s'ajoutent les téléphones qui n'ont été relevés que pour les mois d'avril et de mai (une dizaine par mois) (congé maternité d'une collaboratrice en juillet, remplaçante active dès le 15 août). (Figure 4.5).

^a Pour 54 contacts, les initiales étaient manquantes et pour 58 figurait un « ? ». Il y a également un risque de doublons liés à des manières différentes d'orthographier les initiales (avec ou sans un point).

Ces entretiens s'adressent pour 55% d'entre eux à des femmes et durant les mois d'avril à novembre, 51 nouvelles personnes ont été rencontrées. Les entretiens portent sur des questions relatives au droit des étrangers dans 45% des cas. Les questions concernant les assurances sociales ou des problèmes administratifs forment chacune environ 20% des entretiens (Figure 4.6).

Figure 4.5 Nombre d'entretiens, secteur juridique, GSG, avril à novembre 2005

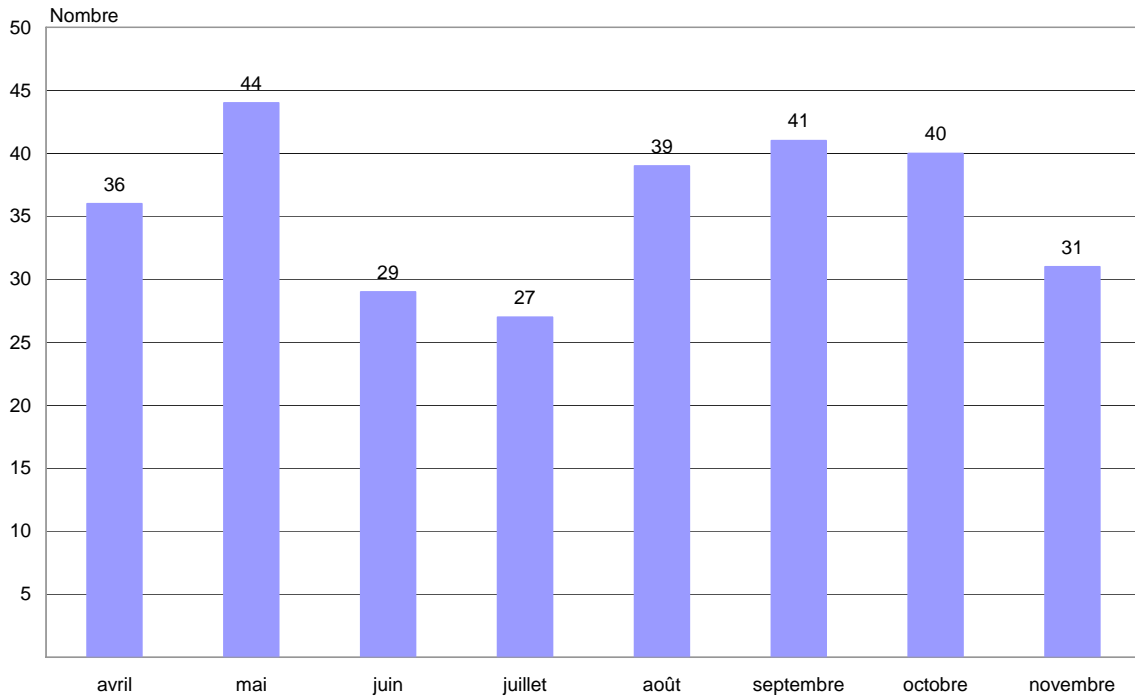
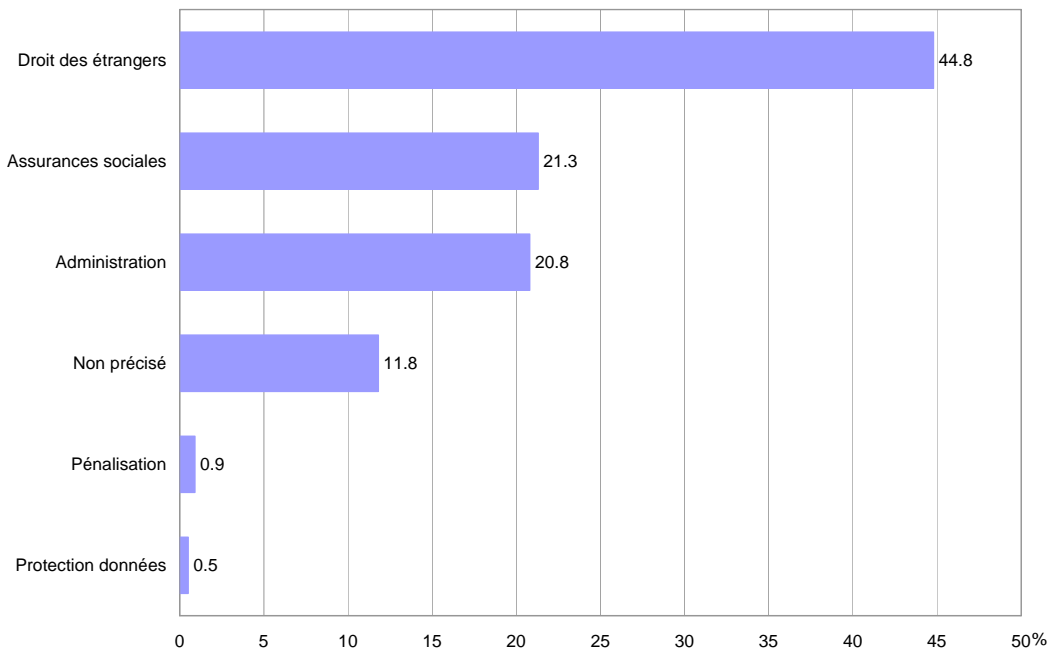


Figure 4.6 Nature des entretiens juridiques, GSG, avril à novembre 2005



4.1.4 Secteur de la formation

L'objectif de la formation proposée par le GSG est de renforcer les capacités du réseau à offrir une réponse adéquate aux questions touchant de près ou de loin à la problématique du VIH/sida, notamment dans les lieux d'accueil (par exemple maisons de quartier, foyers, etc.). Deux types de formation sont proposés par le GSG (Tableau 4.6).

- Les séances d'information mensuelles (2 à 3h), visant à former des personnes ressources pour une activité de prévention.
- La formation en plusieurs modules. Elle s'adresse à des professionnels du réseau, à des volontaires ou aux médiateurs/trices. Le contenu peut varier selon les besoins, mais en règle générale il y a toujours au moins les connaissances de base médico-sociales sur le VIH/sida et les connaissances complètes sur les préservatifs.

Parmi les personnes ayant participé aux séances d'information mensuelles, on peut relever près de 10 personnes participant aux actions "Le sida ? Parlons en" dans les écoles. Une part importante des bénéficiaires de cette formation sont les jeunes qui sont actifs au sein de la Croix Rouge Jeunesse (40 participants). Le but est dans ce cas de former des volontaires pour des actions de prévention "tout public" mais qui peuvent aussi agir comme relais auprès de leurs pairs de manière personnelle ou dans leurs propres actions (camps de jeunes en Europe de l'Est par exemple).

Le GSG offre également des préservatifs à des personnes qui organisent une manifestation (festivals, rencontre estudiantine) pour autant que ces personnes suivent une séance d'information sur le VIH/sida. Au total, 11 personnes ont participé à de telles séances dans le cadre de ces actions privées de prévention (6 actions).

En plus de ces activités à l'intention de la population migrante vivant à Genève, le GSG soutient des actions "hors frontière", c'est à dire qu'il offre du matériel de prévention qui sera distribué à l'étranger, moyennant que la personne qui souhaite réaliser ce projet suive une séance d'information de base sur le VIH/sida (mode de transmission, utilisation des préservatifs). En 2005, 13 personnes ont suivi cette formation en vue de 13 actions à l'étranger (dont 7 avaient pour but un pays africain et pour un total de 10'000 préservatifs offerts).

Tableau 4.6 Activités d'information et de formation, GSG 2005

Quoi	Type d'action	Public-cible	Participants collaboration	Nombre d'actions et de personnes touchées
Information mensuelle VIH/sida (2h.30)	Info VIH/sida de base, modes de transmission, dépistage, préservatifs	Médiateurs, volontaires	Bénévoles	1/1
			Enseignants	5/9
			Croix Rouge Jeunesse	2/40
			Actions Hors GSG	6/11
			Actions Hors frontière	13/13
Formation VIH/sida 6 modules	Info VIH/sida de base, modes de transmission, dépistage, préservatifs	Professionnels du réseau, médiateurs	Dialogai, Première ligne	4/43

Le programme de formation du GSG est beaucoup plus complet que les séances d'information et propose 6 modules, d'environ 2 heures chacun, qui sont principalement destinés aux animateurs, éducateurs et autres personnels d'encadrement qui souhaitent améliorer les connaissances et leurs compétences dans le domaine du VIH/sida. Les modules portent sur les données de base du VIH/sida, les préservatifs masculins et

féminins, le GSG et le réseau existant, les MST, une sensibilisation à la réduction des risques auprès des usagers de drogues, ainsi que les possibilités de mise en pratique dans le quotidien.

Différentes associations interviennent dans ces modules de formation dont Dialogai et Première ligne notamment.

Dans le cadre du secteur de la formation, 4 cours ont été donnés entre les mois de mai à octobre 2005. Le nombre total de participants s'élève à 43 personnes.

4.1.5 Trousse femme

La Trousse femme est un nouvel outil de prévention/conseil qui s'adresse aux femmes vivant avec le VIH/sida à Genève, conçu et élaboré conjointement par le GSG, le Ministère Sida et l'ASFAG. Le but est de sensibiliser les femmes par rapport à leur santé et de les aider à prendre conscience de leurs droits et de leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes. La trousse sert de support à un entretien au cours duquel un certain nombre de thèmes sont abordés à partir du contenu de la trousse^a. L'objectif est d'aborder avec ces femmes des questions délicates comme l'intimité, la sexualité, l'estime de soi ou encore la violence dans le couple, dans le double but de renforcer l'autonomie des femmes, et de favoriser les comportements de prévention.

Dans le cadre de la présente évaluation, une fiche Trousse femme a été élaborée afin d'évaluer cet outil de prévention. Cette fiche est remplie par l'intervenante qui a réalisé l'entretien, à l'issue de celui-ci et donc en l'absence de la personne à qui la trousse a été remise. Il s'agit de faire un décompte du nombre d'entretiens "Trousse femmes" réalisés, d'obtenir des indications sur le profil des femmes qui auront bénéficié de cet entretien, et également de se rendre compte de la pertinence de l'outil notamment en identifiant les thèmes qui ont pu être abordés lors de l'entretien.

Les entretiens en lien avec la Trousse femmes ont débuté en juin 2005 d'abord au GSG et au Ministère Sida puis en août également à l'ASFAG. Entre début juin et fin novembre, ce sont au total 37 entretiens d'une durée de 45 minutes en moyenne qui ont été réalisés^b. La plupart se sont déroulés au Ministère Sida (n=20), 10 au GSG et 7 à l'ASFAG.

Les femmes contactées viennent principalement du continent africain (n=23) et de Suisse (n=7), 5 viennent d'Europe et 2 d'Amérique latine. 33 femmes ont entre 20 et 50 ans. Toutes sont séropositives. (voir en Annexe 8.1 le profil complet des femmes rencontrées)

En ce qui concerne les situations relationnelles et les habitudes préventives : 22 femmes n'ont pas eu de partenaire stable durant les 12 derniers mois et, parmi les 15 qui en ont eu un, 11 ont dit avoir toujours utilisé un préservatif avec lui (73%). 17 femmes ont eu des partenaires occasionnels et, parmi elles, 9 (53%) ont toujours utilisé un préservatif, 6 parfois et 2 jamais.

Certains thèmes sont abordés très systématiquement au cours de l'entretien (dans 29 à 35 entretiens sur 37) : les pratiques sexuelles, l'hygiène intime et les douches vaginales, le suivi gynécologique, prendre du temps pour soi et l'image de soi; le thème du traitement en général, de ses effets secondaires et de la compliance (Tableau 4.7).

^a La Trousse femme contient : 2 Femidoms avec mode d'emploi; une pochette contenant 2 préservatifs masculins et un lubrifiant avec mode d'emploi et règles de safer sex; 2 lingettes intimes "je prends soins de moi"; 2 serviettes hygiéniques; 1 mini tube de "vita merfen®"; 1 stylo rose; 1 paquet de mini post-it®; 1 crème "nivea®"; 1 boîte en acier "clic-clac" pour les médicaments de la journée; 1 miroir de poche et la carte des adresses utiles à Genève.

^b Si ces chiffres peuvent paraître peu élevés, il nous faut mentionner certains éléments du contexte qui ont pu contribuer à cette situation. Ainsi le Ministère Sida a fermé en été 2005, la période estivale est également une période de vacances et le secteur soutien du GSG est en sous-effectif depuis deux mois, suite à l'absence prolongée de deux collaborateurs.

D'autres thèmes sont abordés assez souvent (18 à 25 entretiens sur 37) : l'utilisation du préservatif, le cycle menstruel et d'éventuelles douleurs, le couple et le rapport avec son partenaire, le refus de rapport non protégé, la possibilité de se confier et de parler de sa séropositivité.

Enfin, certains thèmes ne sont pratiquement jamais ou rarement abordés, il s'agit notamment de la prostitution, du désir d'enfant, de la ménopause, des informations sur les IST, de l'alcool, de la dépendance et de la pratique de l'injection ou encore de l'alimentation.

Selon les intervenants les entretiens se sont déroulés sans problèmes et ont reçu un accueil favorable de la part des femmes. Celles-ci ont apprécié la trousse et le fait qu'elle ait été conçue spécifiquement pour elles.

En résumé, la trousse femme semble être un bon support au conseil approfondi avec les femmes séropositives.

Tableau 4.7 Les thèmes abordés au cours de l'entretien (n=37), GSG-Asfag 2005

	Oui n	Oui %
Thèmes liés au contenu de la trousse		
Préservatifs féminins/masculins		
Pratiques sexuelles	31	84
Comment utiliser le préservatif	27	73
Couple et rapport avec son partenaire	20	54
Refuser un rapport non protégé	18	49
Prostitution	4	11
Hygiène/santé sexuelle		
Hygiène intime et douches vaginales	31	84
Fréquence du cycle et éventuelles douleurs	25	68
Désir d'enfant	17	46
Suivi gynécologique	10	27
Ménopause	5	14
Informations IST	5	14
Hygiène		
Alcoolisme	7	19
Dépendance	5	14
Pratique d'injection	2	5
Violence	10	27
Image de soi		
Prendre du temps pour soi	35	95
Image de soi	33	89
Traitement		
Traitement en général	10	27
Effets secondaires	31	84
Compliance/gestion	32	86
Alimentation	9	24
Prendre le temps de parler et de parler de sa séropositivité	24	65

4.1.6 Conclusions

Le GSG est la seule association "généraliste" dans le domaine du VIH/sida. Il est un centre de compétences et une ressource à disposition de la population générale, des groupes cibles et du réseau de professionnels et d'associations. Il remplit de manière adéquate son rôle d'antenne de l'ASS à Genève.

Prévention

Le GSG est actif à tous les niveaux de prévention (population générale, groupes cibles spécifiques, conseil individuel) : en plus de la présence sur le terrain, une part importante de ce travail consiste en des tâches d'organisation et de coordination de différentes activités de prévention auxquelles collaborent par la suite d'autres associations actives dans le domaine du VIH/sida.

Actions tout public : par ces actions il contribue à maintenir une visibilité et une conscience de la problématique VIH/sida, particulièrement auprès de la population générale jeune.

Groupes cibles : le GSG est un acteur central dans le domaine des migrants sur le terrain, par son travail d'*outreach*, mais également par les nombreuses séances d'information qu'il organise. De plus, il veille à maintenir un équilibre entre les populations à risque du fait de la prévalence plus élevée du VIH en leur sein (migrants subsahariens) et les populations à risque du fait de leur potentiel manque d'information (p.ex. nouveaux arrivants, requérants d'asile) ou de leur vulnérabilité particulière (p.ex. clandestins).

Il a réduit ses interventions dans les écoles.

Soutien/conseil

Le GSG est un acteur central dans ce domaine, du fait des compétences rassemblées en son sein, dont certaines (soutien juridique) n'existent que là.

Information/orientation (permanence téléphonique)

Le GSG reçoit beaucoup de demandes lors des permanences téléphoniques ; l'outil de monitoring en place devra toutefois être modifié pour mieux rendre compte de cette activité.

Formation

Le GSG est la principale ressource du point de vue de la formation des personnes relais (volontaires et médiateurs) pour des actions de prévention générale,

Il joue également un rôle central dans la formation des membres du réseau (éducateurs, infirmiers, etc.) souhaitant une mise à jours de leurs connaissances dans le domaine du VIH/sida.

4.1.7 Recommandations

Le GSG doit continuer à assumer son rôle généraliste.

La prévention tout public occupe encore une grande place dans les activités du GSG et il serait imaginable de réduire un peu le nombre d'actions tout public pour rééquilibrer davantage les activités vers la prévention ciblée dans les groupes de migrants.

Il est certes souhaitable d'avoir des activités de prévention dans les écoles de niveau secondaire supérieur, toutefois ces activités proposées par le GSG devraient dorénavant être complètement financées par le SSJ ou les écoles.

Le GSG doit continuer à maintenir ses compétences dans le domaine du conseil (en particulier juridique), du soutien, de l'information et de la formation.

Le GSG pourrait encore développer son rôle de coordination de l'activité des associations oeuvrant dans le domaine du VIH/sida dans plusieurs domaines dont la formation et la supervision des médiateurs et des bénévoles.

Certains instruments de monitoring, notamment dans l'accueil et la prévention, devront encore être révisés/améliorés.

4.2 DIALOGAI

Fondée en 1982, Dialogai est une association regroupant des personnes homosexuelles. Elle a pour objectifs d'offrir à la communauté homosexuelle une structure d'accueil, d'écoute, d'information, d'expression, de convivialité et de solidarité ; de chercher à favoriser le dialogue avec toutes les composantes de la société ; d'agir dans le cadre de la lutte contre le sida et en faveur de la promotion de la santé des membres de la communauté homosexuelle ; de défendre les intérêts de la communauté et de personnes qui feraient l'objet de discriminations fondées sur l'orientation sexuelle^a.

Antenne de l'Aide suisse contre le sida, Dialogai travaille depuis ses débuts dans le domaine de la prévention du VIH/sida auprès des HSH. Avec le temps, son action s'est élargie à d'autres domaines de la santé. Elle est à l'origine de l'enquête 'santé gaie'⁴, menée en 2003, parmi les HSH genevois, à l'issue de laquelle différents projets et programmes ont vu le jour.

Conformément au contrat de partenariat, l'association a développé les actions suivantes dans le domaine de la prévention du VIH/sida et de la santé sexuelle :

- **Actions de prévention** : Il s'agit d'actions sur le terrain (actions spéciales tout public HSH et *outreach work*), d'entretiens individuels (en face à face, au téléphone ou sur Internet), et d'actions au niveau de l'environnement (établissements gays, municipalité, écoles etc.). Ce champ d'action occupe deux collaborateurs de Dialogai (2 x 70%), dont les postes sont cofinancés par l'Etat de Genève et l'Aide suisse contre le sida (ci-après : ASS).
- **Dépistage VIH et autres IST (Checkpoint)** – Depuis janvier 2005, Dialogai gère un centre de conseil et de dépistage *gay friendly*. Ce service propose un test VIH rapide, le dépistage des autres IST et la vaccination contre les hépatites A et B (cf. 4.2.5).
- **Formation des volontaires** – Dialogai participe à la formation de base des volontaires, organisée par le GSG, et assure, dans ce cadre, la prévention VIH/IST auprès des HSH (cf. chapitre GSG).

Parallèlement, Dialogai a mis en place différents projets davantage axés sur la santé en général^b :

- **Actions de type 'promotion de la santé'** – Dans ce domaine, l'association propose une série d'activités de groupe (ateliers, séminaires, groupes de parole) coordonnés dans le cadre du programme "Etre gai ensemble". La première édition de ce programme a eu lieu entre septembre 2004 et janvier 2005. Une seconde édition est organisée entre novembre 2005 et juin 2006. Ces actions ne sont pas traitées dans la présente évaluation, car elles n'ont pas eu lieu au cours de la période d'intérêt.
- **Information sur le réseau médical** -- Dialogai a établi et continue de développer une liste de thérapeutes *gay friendly* regroupant une vingtaine de spécialités médicales sur Genève et ailleurs en Suisse romande.

L'association accueille, en outre, un **groupe de jeunes gays, bi, lesbiennes et transsexuel(le)s** qui se réunit deux fois par mois. Conçu comme un espace de discussion et de convivialité, ce groupe est ouvert aux jeunes de moins de 26 ans. Son but est d'accompagner les jeunes dans les premières étapes du coming out. Il est actuellement animé par un travailleur bénévole, étudiant en psychologie à l'Université de Genève, avec l'aide de quatre volontaires.

^a Cf. Statuts de l'association disponibles à l'adresse : <http://www.dialogai.org>

^b Outre les objectifs relatifs à la santé, le contrat de partenariat mentionne également : « la lutte contre les discriminations, la stigmatisation et l'exclusion ». Dans ce domaine, l'association travaille notamment à la création d'un observatoire de l'homophobie. Ce domaine n'a pas fait l'objet d'un suivi particulier dans le cadre de ce mandat d'évaluation.

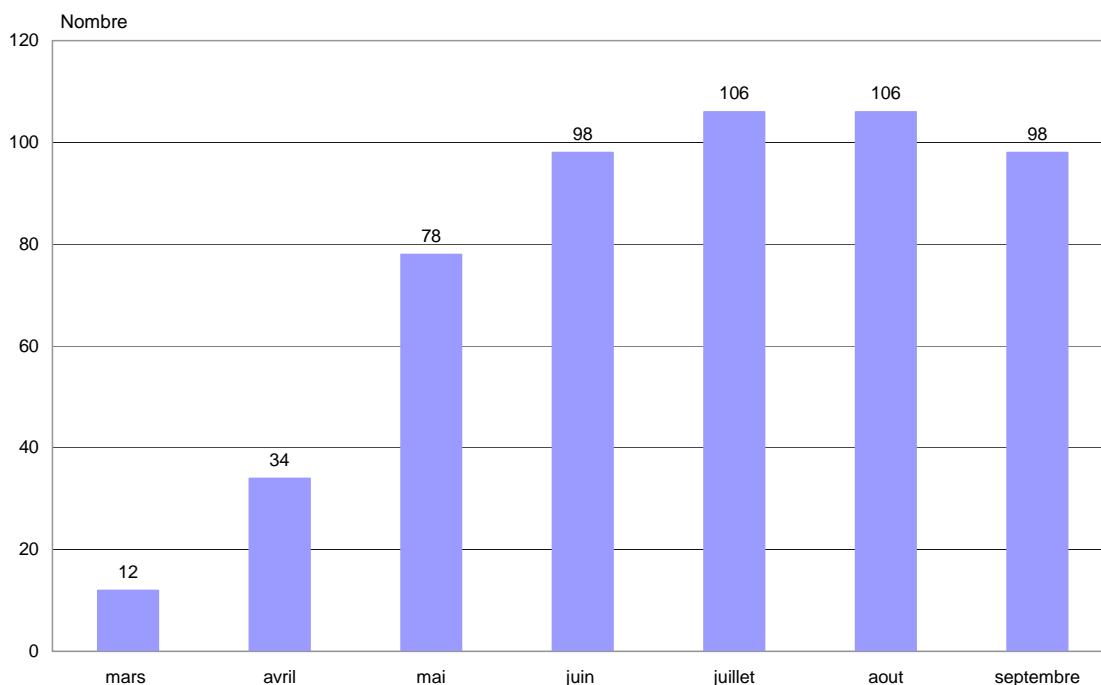
Afin de documenter ces activités, différents outils de monitoring ont été mis en place en concertation avec l'association. Les activités dans le domaine de la prévention du VIH/sida sont suivies à l'aide de deux instruments. Le premier recense et classe toutes les demandes adressées à Dialogai au cours de la période d'évaluation. Il s'agit d'une fiche de petit format que chaque collaborateur remplit à l'issue d'une demande émanant de l'extérieur. Cette fiche a été conçue de manière à évaluer la place qu'occupe le thème du VIH/sida dans le quotidien de l'association par rapport aux autres champs d'action. Les données ne sont pas nominales. Le second outil, mis en place dans le cadre du projet HSH de l'Aide suisse contre le sida^{12,13}, est constitué de différentes fiches récapitulatives des actions entreprises (*outreach work*, entretiens, etc.). Ces fiches ont été remplies par l'un des deux collaborateurs du domaine santé sexuelle. Les informations relatives au groupe 'jeunes gays' sont issues d'un entretien téléphonique avec l'animateur du groupe. Les données relatives à Checkpoint sont décrites dans le détail dans la section 4.2.5 de ce chapitre.

4.2.1 Monitoring de l'accueil

La période d'observation des activités de l'accueil s'étend du 16 mars au 28 septembre 2005 (ouverture : huit heures hebdomadaires environ^a). Durant cette période, 533 contacts ont été consignés. Si l'on exclut les deux premiers mois (mise en place de l'outil), on constate que l'association enregistre une centaine de contacts par mois. D'après les collaborateurs, il y aurait toutefois un sous-enregistrement des contacts, de l'ordre de 10% à 15%. dans les locaux de l'association, 7% des courriers électroniques, 0.2% des fax. La durée moyenne consacrée à chaque contact s'élève à 13.2 minutes.

Trois quarts des contacts sont sollicités par des hommes (76%). On dispose d'une estimation grossière de l'âge des personnes ayant adressé une demande à l'association : 3% auraient moins de 20 ans, 32% entre 20 et 29 ans et 52% plus de 30 ans (âge non estimé pour 13% des contacts).

Figure 4.7 Nombre de contacts enregistrés par mois, Dialogai, 2005

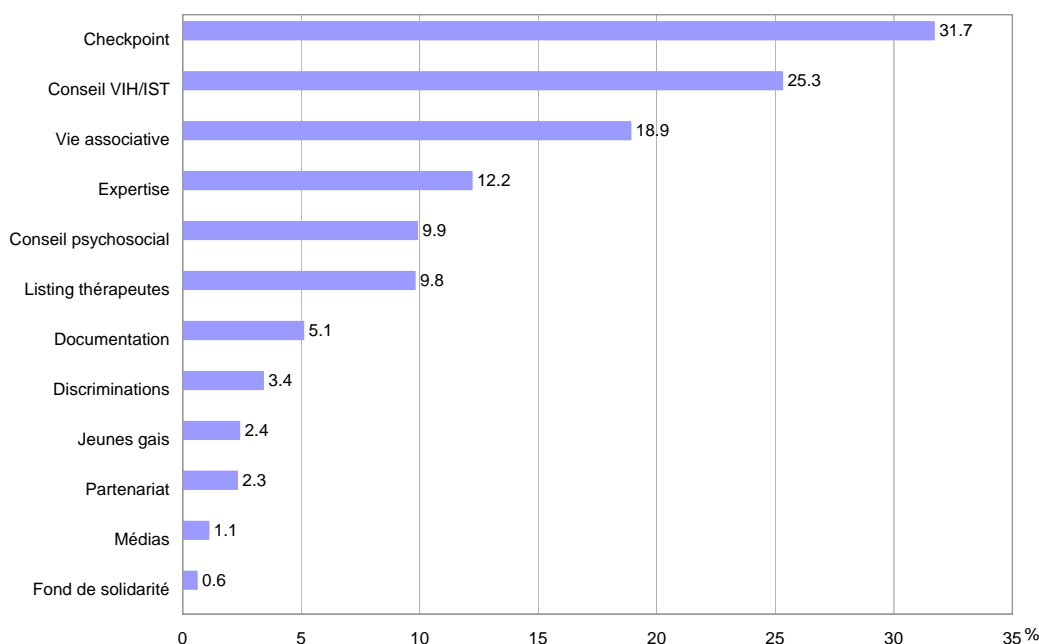


^a Lundi : 09h30-13h00 – 14h00-20h00 ; mardi 09h30-18h00 ; mercredi, jeudi, vendredi 09h30-13h00 – 14h00-18h00.

La problématique du VIH/sida et des autres IST arrive en tête des thèmes soulevés par le public. Près d'un tiers des demandes concernent Checkpoint et un quart sollicitent un conseil par rapport au VIH/sida (Figure 4.8). Vient ensuite la vie associative (19%), qui regroupe, par extension, toutes les questions relatives aux associations et établissements LGBT^a, notamment à Genève. Près d'une demande sur dix vise à obtenir l'adresse d'un thérapeute *gay friendly* ; une proportion similaire évoque des difficultés d'ordre psychosocial. Les demandes d'expertise, émanant de publics divers (administration, écoles, associations, etc.), occupent une place importante (12% des demandes)^b. Les autres rubriques représentent ensemble près de 15% des demandes.

On note, par ailleurs, que 75% des contacts sont à l'origine d'une seule demande, 15% de deux demandes et 2% de trois demandes ou plus (pour 7% des contacts aucune demande pré-codée n'est mentionnée).

Figure 4.8 Distribution des demandes selon leur objet, en pour-cent, Dialogai, 2005, (n=533)

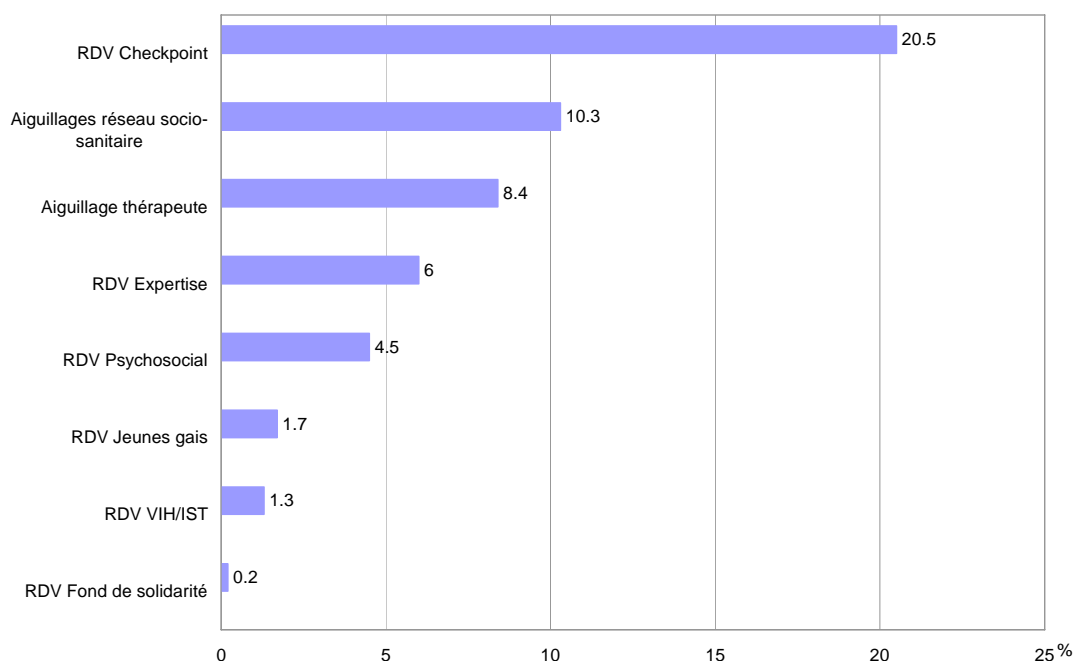


En principe, toute demande obtient une réponse, soit de façon immédiate, soit sous forme d'aiguillage ou de rendez-vous. D'après les données récoltées, un peu moins de la moitié (47.8%) des contacts ont abouti à un rendez-vous ou à un aiguillage (prestations mutuellement non exclusives). Comme le montre la Figure 4.9, un contact sur cinq (20%) aboutit à un rendez-vous Checkpoint, un sur dix (10%) à un aiguillage vers le réseau socio-sanitaire et 8% vers un thérapeute reconnu par l'association comme *gai-friendly*. Les rendez-vous liés à une demande d'expertise occupent également une place relativement importante (6%). Dans près de 5% des cas, plus d'une prestation (type de rendez-vous, type d'aiguillage) sont indiquées.

^a Acronyme pour : lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transsexuel(le)s.

^b Par exemple, des demandes au sujet des instruments ou d'outils mis en place dans le cadre de la consultation Checkpoint, des demandes venant d'étudiant(e)s pour leur travail de diplôme, etc.

Figure 4.9 Aiguillages et rendez-vous suite à une demande (en % du total des demandes), Dialogai, 2005



4.2.2 Le travail de prévention générale et d'*outreach*

Actions "tout public HSH" ou actions spéciales

Les actions spéciales sont en principe des actions d'envergure, limitées dans le temps, touchant un public nombreux, et articulées autour d'un thème spécifique ou d'un message particulier. Ces actions nécessitent de la préparation ainsi que l'engagement de volontaires pour les mener à bien. D'une manière générale, ces événements donnent une forte visibilité à la prévention VIH (Tableau 4.8).

Entre janvier et septembre 2005, Dialogai a mis en œuvre trois actions spéciales, dont deux étaient en relation avec Checkpoint. La première visait à promouvoir le service nouvellement créé et s'est déroulée dans plus d'une vingtaine d'établissements ou soirées principalement fréquentés par des HSH. La seconde s'est déroulée du 7 mai au 1^{er} juin dans des établissements ou soirées avec possibilité d'avoir du sexe sur place et visait à promouvoir le dépistage de la syphilis (notamment à Checkpoint).

Le public a, dans l'ensemble, réservé un bon accueil à ces actions, notamment par rapport à Checkpoint. A ce titre, des réponses ont pu être apportées à certaines préoccupations du public, en particulier sur la fiabilité du test et sur la garantie d'anonymat. Ces actions ont permis un grand nombre de contacts avec le public-cible, mais n'ont pas toujours été propices à des discussions, en particulier lors de soirées dansantes ou dans des bars. En témoigne notamment le nombre relativement élevé d'entretiens refusés. En revanche, dans les saunas et les sex-clubs, les personnes rencontrées étaient en général dans de meilleures dispositions pour parler de prévention et étaient plus directement concernées puisqu'elles consommaient du sexe sur place.

Dialogai a également collaboré avec le GSG sur une action ayant pour thème 'les vacances', destinée aussi bien à un public homosexuel qu'hétérosexuel.

Tableau 4.8 Actions spéciales au cours des trois premiers semestres, Dialogai, 2005

Quand	Quoi	Public-cible	Nb de personnes touchées	Participants	Nb entretiens	Nb de refus	Nb de dépliant	Nb de préservatifs
1 ^{er} trimestre jan-fév	Action de promotion de Checkpoint	Clientèle des bars et saunas gays de Genève, Lausanne* et Annemasse* 24 établissements, 30 visites	~1500	6	246	181	892	969
2 ^{ème} trimestre mai-juin	Promotion du test syphilis (Checkpoint)	Clientèle de saunas et sex-clubs gays de Genève, lieux extérieurs de drague et Jungle*** 11 lieux, 16 visites	>2000	16	69	165	1677	2193
2 ^{ème} trimestre	Action mobile sur le thème des vacances (distribution de préservatifs et de lubrifiants)	Clientèle de bars et de discothèques genevoises (gay, <i>gay-friendly</i> , hétérosexuels)	~1500	**14	-	-	-	-

* Saunas uniquement

** En collaboration avec le GSG

*** Soirée pluriannuelle organisée dans une discothèque lausannoise (fréquentation : environ 2000 personnes venues de toute la Suisse et d'ailleurs ; possibilité d'avoir du sexe sur place). Action menée en collaboration avec Vogay

Interventions de routine sur la scène commerciale gay

Ce travail est compris dans le cahier des charges des collaborateurs du programme MSM de l'ASS. Il est défini comme un travail de proximité (*outreach work*) et comprend l'ensemble des interventions menées sur les lieux où se rencontrent les HSH, soit essentiellement les établissements commerciaux gays (bars, discothèques, saunas, *parties*) et les lieux extérieurs de drague.

Les interventions de routine sur la scène commerciale gay consistent principalement à diffuser du matériel de prévention (brochures, dépliant, préservatifs et lubrifiants), ainsi qu'à entrer en contact avec le public-cible. La scène commerciale gay est ainsi fréquemment approvisionnée en matériel (175 interventions au cours des trois premiers trimestres). Les interventions visant directement le public-cible sont moins nombreuses (Tableau 4.9).

Tableau 4.9 Interventions de routine sur la scène commerciale gay, Dialogai, 2005

	Trimestres			Total
	1	2	3	
Cafés, bars discos	(n=nb d'interventions)			
Remise de matériel	60	57	58	175
Intervention public-cible	0	5	2	7
Saunas, sex-clubs				
Remise de matériel	15	24	16	55
Intervention public-cible		5		5

	Trimestres		Total
Autres			
Remise de matériel	13	9	22
Intervention public-cible	3		3
Total			
Remise de matériel			252
Intervention public-cible			15

Interventions sur les lieux extérieurs de drague

Sur les lieux de drague, les interventions visent directement les personnes qui les fréquentent et donnent lieu le plus souvent à des contacts superficiels avec les HSH. Comme le montre le tableau ci-dessous, elles sont fortement concentrées sur les parcs, où se situe l'essentiel de la scène anonyme extérieure (par opposition aux lieux fermés tels que les saunas et les sex-clubs). On relève qu'aucune intervention n'a été menée sur les aires d'autoroutes (Pierre Fine, pour la région genevoise^a) (Tableau 4.10).

Afin d'améliorer et de faciliter le travail de prévention sur le terrain et d'entretenir la bienveillance des différents partenaires à cet égard, une réunion multipartite a eu lieu avec les services de l'ordre, la voirie et les établissements gays au cours du premier semestre de 2005.

Tableau 4.10 Interventions sur les lieux extérieurs de rencontres anonymes, Dialogai, 2005

	Trimestres			Total
	1	2	3	
Toilettes/tasses (n= nb d'interventions)				
Contacts superficiels		10		10
Contacts approfondis				
Aires d'autoroutes				
Contacts superficiels	-	-	-	-
Contacts approfondis	-	-	-	-
Parcs, forêts, divers				
Contacts superficiels		72	65	137
Contacts approfondis		10	4	14
Total				
Contacts superficiels				147
Contacts approfondis				14

^a Cette aire d'autoroute se trouve en territoire vaudois. Elle fait néanmoins partie du périmètre d'intervention de l'association.

4.2.3 Activités de conseil

Le travail de prévention du VIH passe également par des entretiens individuels en face à face, au téléphone, ou dans des chats sur Internet. Selon la grille de monitoring utilisée, ces entretiens peuvent être **superficiels**, c'est-à-dire non spécifiques et/ou de courte durée ou **approfondis**, c'est-à-dire, d'une durée d'une demi-heure à une heure et portant sur un problème spécifique.

Si cette distinction se prête relativement bien aux entretiens en face à face ou téléphoniques, elle est moins évidente pour les entretiens réalisés dans les chats sur Internet (*chatrooms*) où les thèmes sont abordés de façon plus directe. Pratiquement, l'intervenant s'identifie sur les chats en sa qualité d'interlocuteur pour la prévention et se met ainsi à disposition des internautes pour toute question relative au VIH, aux autres IST, voire à d'autres thématiques en lien avec l'homosexualité. Aussi, ce type d'interventions est-il vraisemblablement plus proche du travail d'*outreach* que des entretiens en face à face ou téléphoniques.

Entre janvier et septembre 2005, on évalue à une cinquantaine le nombre d'entretiens approfondis réalisés en face-à-face. Les entretiens téléphoniques sont moins nombreux et plus souvent superficiels. La présence de la prévention sur Internet a été nettement renforcée au cours des trois premiers trimestres.

Tableau 4.11 Conseil individuel selon le canal de communication, Dialogai, 2005

	Trimestres			Total
	1	2	3	
En face à face				
Contacts superficiels	3	12	4	19
Contacts approfondis		5	3	8
Contacts approfondis non documentés ⁽¹⁾	na	na	na	~40
Au téléphone				
Contacts superficiels	5	8	3	16
Contacts approfondis	2	1	1	4
Sur Internet				
Contacts superficiels	5	17		22
Contacts approfondis	15	74	156	245

⁽¹⁾ Estimation établie sur la base de documents transmis par Dialogai (relevé d'heures)

4.2.4 Groupe 'jeunes gays'

Depuis le 8 avril 2005, date à laquelle l'animateur actuel a démarré son activité, le groupe 'jeunes gays' s'est réuni 13 fois (deux fois par mois). Il compte, en moyenne, une dizaine de participants, dont une minorité de femmes (3 environ). Un à deux nouveaux participants intègrent le groupe à chaque séance.

La plupart des participants sont âgés de 16 à 20 ans et sont au Collège. D'après les observations de l'animateur, les jeunes intègrent le groupe alors qu'ils franchissent les premières étapes du coming out (révélation de l'attirance homosexuelle à l'entourage). Peu d'entre eux seraient déjà sexuellement actifs, mais sur le point de le devenir.

Au cours de la période de référence, les séances se sont le plus souvent déroulées dans les locaux de l'association. Il s'agissait principalement de discussions à bâtons rompus autour de thèmes ou de préoccupations portées à l'attention du groupe par les participants eux-mêmes (relations avec les parents, premiers émois amoureux, etc.). Bien que la prévention du VIH ne fasse pas formellement partie des objectifs du groupe, celle-ci n'en est pas moins évoquée selon les sujets traités et l'actualité. Le démarrage de Checkpoint, la controverse liée à la publication par Pink Cross et l'ASS d'une brochure à l'attention des jeunes gays ont été, par exemple, en 2005, l'occasion d'aborder spécifique-

ment la prévention du VIH au sein du groupe. Ponctuellement, l'un des collaborateurs du pôle 'santé sexuelle et prévention du VIH/sida' se rend dans le groupe afin d'y porter des messages de prévention.

A l'avenir, le responsable du groupe prévoit de diversifier les activités et d'accroître sa visibilité au sein des établissements scolaires.

4.2.5 Dialogai – Checkpoint

Le 17 janvier 2005, en collaboration avec les Hôpitaux universitaires de Genève, Dialogai a ouvert une consultation anonyme de conseil et de dépistage, baptisée Checkpoint, à l'intention des hommes homosexuels de la région genevoise. Elle est essentiellement financée par le canton de Genève (à hauteur de 80% environ) et bénéficie également de fonds privés (sponsoring de la firme GSK)^a.

Issu du projet 'santé gaie'⁴, la création de cette structure répond au besoin de renforcer le dispositif de prévention secondaire auprès de la population homosexuelle, dans laquelle on a récemment observé une augmentation des infections à VIH¹⁴. Ainsi, au-delà des simples aspects de monitoring, on a cherché à savoir dans quelle mesure cette nouvelle structure permet de toucher une population dont le profil de risque justifie une démarche de dépistage et un conseil de prévention approfondi.

Cette section commence par une brève description des prestations de Checkpoint, suivie d'un rapide bilan de ses activités. Il s'agit ensuite de décrire le profil épidémiologique de la clientèle de Checkpoint et de le comparer à celui des Genevois ayant répondu à l'enquête nationale sur les comportements et attitudes face au sida des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (Gaysurvey; la méthodologie et les principaux résultats de cette enquête sont exposés ailleurs^{2,3}). C'est notamment à travers la comparaison des données qu'est évalué le profil de risque des clients de Checkpoint.

On notera ici que Dialogai a mandaté une évaluation dite 'de processus' à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich. Ses résultats seront disponibles au premier semestre 2006.

Les prestations de Checkpoint

L'offre de Checkpoint comprend un test rapide de dépistage du VIH (résultats dans l'heure), le dépistage d'autres IST (hépatites A et B, gonorrhée, chlamydia, syphilis), ainsi que la vaccination contre les hépatites A et B. Le dépistage des hépatites est systématiquement proposé tandis que le dépistage des autres IST n'est proposé que suite à l'anamnèse des risques (ou réalisé sur demande du client).

Ces prestations sont délivrées dans le cadre d'un conseil individuel (counselling), axé principalement sur les pratiques sexuelles et la réduction des risques individualisée. Un guide du counselling a été établi à cet effet (cf. Annexe 6.2).

Les tests sont précédés d'un counselling pre-test ainsi que d'une anamnèse des risques et sont suivis, selon le résultat, de conseils approfondis (counselling post-test) visant l'adoption ou le maintien de comportements préventifs.

Les consultations sont confiées à un médecin des HUG et à un infirmier salarié de Dialogai. L'accueil des clients est assuré par des volontaires formés à cette tâche et supervisés par un professionnel.

La consultation est ouverte huit heures par semaine (les lundis de 16h00 à 20h00 et les mardis de 11h à 15h00). Les consultations durent environ une heure. La structure peut ainsi accueillir neuf personnes au maximum par semaine. Celles-ci sont reçues sur rendez-vous uniquement.

Public cible

Checkpoint s'adresse en priorité aux hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Les femmes et les hommes hétérosexuels ne sont pas explicitement exclus des prestations, mais orientés vers d'autres services. Lors de la prise de rendez-vous, au téléphone, il est demandé à l'appelant de

^a Les prestations de Checkpoint ne sont pas gratuites ; à l'instar des consultations anonymes de dépistage le test VIH coûte CHF 30.-. Les autres tests proposés par la structure ont également une contrepartie financière.

préciser le motif de la demande de test, afin qu'il puisse être, le cas échéant, orienté vers l'hôpital pour une prophylaxie post-exposition (PEP). Ce cas de figure s'est présenté quatre fois depuis l'ouverture de la structure.

L'activité de Checkpoint en quelques chiffres

Le Tableau 4.12, ci-dessous, dresse un rapide bilan de neuf mois et demi d'activité (17 janvier – 31 octobre 2005). Durant cette période, la structure a fonctionné à 88% de sa capacité : sur les 348 plages de consultation 307 rendez-vous ont été fixés.

Tableau 4.12 Consultations à Checkpoint, 2005

Consultations	n	%
Plages de consultation proposées	348	100.0
Rendez-vous pris	307	88.2
Dont : 'no-shows' ⁽¹⁾	38	12.4
Total des consultations réalisées	269	100.0
Nb de nouveaux clients	219	81.4
Nb de consultations de suivi	50	19.6

(1) Ne se sont pas présentés au rendez-vous

La structure a réalisé au total 209 tests VIH (Tableau 4.13), ce qui correspond à 95% des consultations (exception faite des consultations de suivi qui représentent près de 20% du nombre de consultations effectives). Sur ces 209 tests, 5 (2.4%) se sont révélés positifs. Ceux-ci concernaient des hommes homosexuels ayant été contaminés lors de rapports homosexuels. S'agissant du dépistage des autres IST (moins fréquentes que le VIH), aucun test ne s'est avéré positif.

A partir de mai 2005, Checkpoint a proposé le dépistage rapide de la syphilis. Une centaine de tests rapides ont été effectués avant que Checkpoint ne renonce à cette prestation, car il existe un doute sur la fiabilité de ce test.

Tableau 4.13 Dépistages et vaccinations, 2005

Dépistages et vaccinations réalisés	Total	Positifs	Vaccinations en cours
Test VIH rapides réalisés	209	5	
Tests combinés réalisés (depuis octobre 2005)	4	0	
Tests syphilis classiques VDRL TPHA	36	0	
Tests syphilis rapides (actuellement abandonnés)	101	0	
Dépistage hépatites	47		20
Dépistage gonorrhée génitale PCR	30		
Dépistage Chlamydia génitale PCR	35		

Description de la clientèle et analyse comparative

■ Méthodes

Les données présentées ci-après ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire auto-administré, transmis aux clients de Checkpoint peu avant la consultation. Checkpoint ayant commencé son activité avant le

début de l'évaluation, deux versions différentes du questionnaire se sont succédées. La première version, conçue par l'équipe de Checkpoint, est un questionnaire bref, qui fournit essentiellement des indications socio-démographiques (sexe, âge, domicile) et médicales (recours antérieurs au test VIH et dépistage des autres IST). La deuxième version a été élaborée conjointement par Checkpoint et l'IUMSP. Elle a été conçue dans le but de décrire la clientèle de Checkpoint dans une optique épidémiologique et de fournir à la personne en charge de la consultation des indications utiles à l'anamnèse. Pour ce faire, des questions relatives à l'activité sexuelle et aux comportements préventifs au cours des 12 mois précédant la consultation ont été ajoutées.

Afin de comparer les données récoltées à Checkpoint avec celles récoltées dans d'autres contextes, la plupart des questions relatives aux comportements sexuels ont été directement reprises des enquêtes menées dans la population HSH en Suisse (Gaysurvey notamment), ainsi que dans d'autres pays européens. La formulation de certaines questions a parfois été modifiée en fonction des intérêts de l'équipe de Checkpoint. Les données ont été saisies à l'IUMSP sur Epidata^a et analysées avec Stata 9.

■ Résultats

Au total, 219 questionnaires ont été saisis. Le Tableau 4.14 résume les principales caractéristiques socio-démographiques des clients de la structure.

Les hommes représentent près de 95% de l'effectif initial. Environ trois quarts des clients de Checkpoint sont âgés de 20 à 39 ans (âge moyen : 34 ans). On ne recense aucun individu de moins de 20 ans. Environ 60% vivent dans la région genevoise, près d'un sur cinq dans le canton de Vaud ou ailleurs en Suisse et un sur dix à l'étranger (principalement en France voisine).

Bien que Checkpoint cible principalement une clientèle homosexuelle, près d'un client sur dix se décrit comme exclusivement hétérosexuel et n'a de relations sexuelles qu'avec des partenaires de sexe opposé.

Tableau 4.14 Caractéristiques socio-démographiques des répondants, Checkpoint, 2005

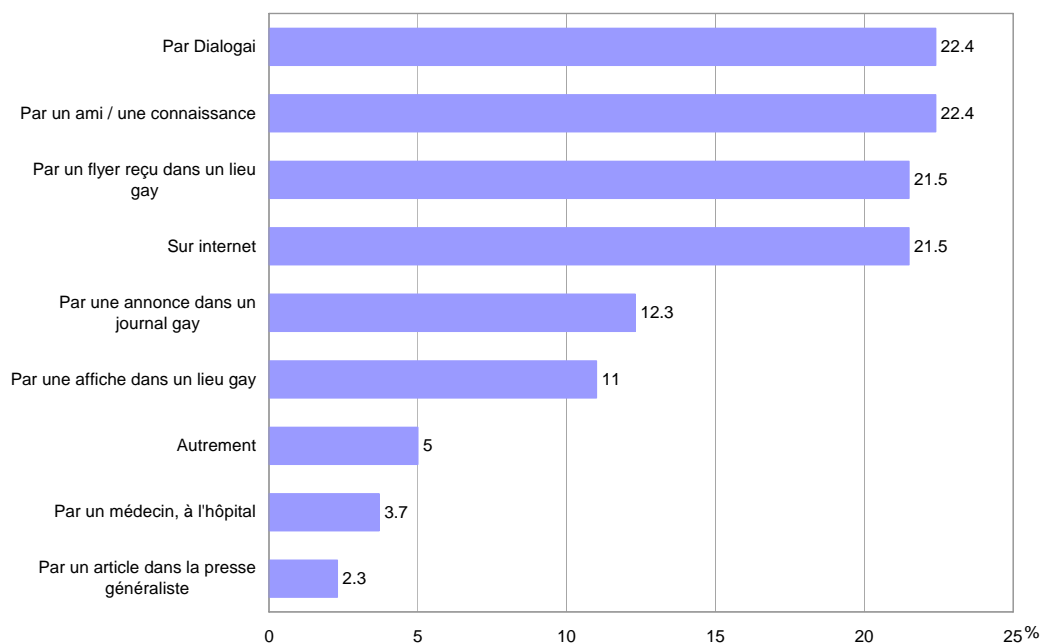
	Effectifs	%	% (hommes uniquement) (n=207)
Sexe			
Homme	207	94.5	-
Femme	12	5.5	-
Age			
Age (min-max)		20-66 ans	20-66 ans
Age moyen		34.9 ans	34.7 ans
Age médian		32 ans	32 ans
Classe d'âge			
20-29 ans	77	37.0	37.2
30-39 ans	74	35.2	35.7
40 ans et plus	56	27.8	27.1
Domicile			
Genève	134	61.2	59.4
Vaud	34	15.5	16.4
Autre canton	15	6.9	7.3

^a <http://www.epidata.dk/>

	Effectifs	%	% (hommes uniquement) (n=207)
France	13	5.9	5.8
Autre pays	10	4.6	4.8
Non réponse	13	5.9	6.3
Se définit comme ...			
Gay / homosexuel	153	69.9	73.4
Bisexuel	36	16.4	15.5
Hétérosexuel	28	12.8	10.6
Non réponse	2	0.9	0.5
Relations sexuelles avec des			
Hommes exclusivement	147	-	68.6
Hommes et des femmes	43	-	18.8
Femmes exclusivement	23	-	10.6
Non réponse	6	-	1.9

La Figure 4.10 décrit par quels moyens les clients de Checkpoint ont appris l'existence de la structure. Le bouche-à-oreille (ami, connaissance), la communication directe de Dialogai (dialogai info, dialo-mail), les actions sur le terrain (distribution de flyers dans les lieux gays de la ville), ainsi que les annonces passées sur Internet sont les médias les plus mentionnés. Environ 76% des personnes interrogées n'ont mentionné qu'un seul média, 10% en ont mentionné deux, 7% plus de deux (16 personnes n'ont mentionné aucun média).

Figure 4.10 Médias par lesquels Checkpoint s'est fait connaître de sa clientèle (n=219), 2005



Dans le but d'optimiser la comparaison des données Checkpoint avec l'enquête Gaysurvey, la suite des analyses porte uniquement sur les clients de sexe masculin déclarant avoir des rapports sexuels avec des hommes (n=185). Parmi ceux-ci, 109 ont rempli la deuxième version du questionnaire, laquelle comporte des questions sur l'activité sexuelle et les comportements préventifs.

■ *Structure par âge des échantillons de référence*

En comparaison avec les répondants genevois de Gaysurvey 04, les clients de Checkpoint sont sensiblement plus jeunes (âge médian : 33 versus 38 ans). La différence d'âge est moins importante si l'on considère l'ensemble des répondants de Gaysurvey 04.

Tableau 4.15 Structure par âge des clients de Checkpoint 2005 et des répondants Gaysurvey 2004

	Checkpoint		Gaysurvey 04 (GE)		Gaysurvey 04 (CH)	
	n=185	%	n=166	%	n=2228	%
Age (en années)						
Age min-max	20-64		18-86		14-86	
Age moyen	35.8		38.4		35.6	
Age median	33		38		35	
Classe d'âge						
<20 ans	0	0.0	3	1.8	115	5.2
20-29 ans	35	32.1	36	21.7	651	29.2
30-39 ans	40	36.7	48	28.9	710	31.9
40 ans et plus	34	31.2	79	47.6	744	33.4
Non réponse	0	0.0	0	0	8	0.4

Compte tenu du fait que de nombreux indicateurs peuvent être associés à l'âge des répondants, une stratification des données selon ce critère serait indiquée afin d'améliorer la comparabilité. Cependant, compte tenu de la petite taille des effectifs, une telle procédure n'a pas été suivie.

■ *Informations médicales*

Plus d'un client de Checkpoint sur deux (54%) déclarent avoir un médecin traitant. Ce pourcentage s'élève à 52% parmi les 20-29 ans, 50% parmi les 30-39 ans et 61% chez les plus âgés.

La grande majorité des clients de Checkpoint (86%) a déjà recouru au test VIH par le passé (Tableau 4.16) : 83% parmi les 20-29 ans, 81% parmi les 30-39 ans et 94% chez les plus âgés. Le niveau général de recours au test VIH est relativement proche de celui observé parmi les répondants genevois de Gaysurvey (92%).

Parmi les clients déjà testés, le nombre moyen de tests effectués au cours de la vie est légèrement inférieur au nombre observé dans les échantillons de référence. On note également que les clients déjà testés l'ont été relativement récemment. Dans un peu moins d'un cas sur cinq (18%), le dernier test a été effectué durant l'année 2005.

Tableau 4.16 Recours au test VIH au cours de la vie, Checkpoint 2005 et Gaysurvey 2004

	Checkpoint		Gaysurvey 04 (GE)		Gaysurvey 04 (CH)	
	n=185	%	n=166	%	n=2228	%
A déjà subi un test VIH au cours de la vie						
Oui	159	86.0	152	91.6	1688	75.8
Non	22	11.9	14	8.4	516	23.16
Non réponse	4	2.1	0	0.0	24	1.1
Nombre de tests au cours de la vie						
Moyenne	3.8		5.0		4.2	
Médiane	3		4.0		3.0	
Année du dernier test						
2005	29	18.3	-	-	-	-
2004	60	37.5	-	-	-	-
Avant	70	43.8	-	-	-	-
Non réponse	1	0.6	-	-	-	-

Un peu plus de la moitié des clients de Checkpoint a déjà recouru par le passé au dépistage d'autres IST que l'infection à VIH (voir en Annexe Np = non disponible)

Tableau 6.2). La gonorrhée uro-génitale, l'infection à chlamydia ainsi que les condylomes sont les pathologies les plus fréquemment observées dans la période des 12 derniers mois.

La prévalence rapportée (12 derniers mois) des principales IST observées dans la clientèle de Checkpoint est relativement proche des valeurs mesurées dans les échantillons de référence. On note toutefois un taux de blennorragies légèrement plus élevé parmi les clients de Checkpoint (6.5 versus 3.9 dans Gaysurvey 04).

Le pourcentage de personnes ayant été atteintes au cours de la vie est en revanche supérieur parmi les répondants de Gaysurvey 04, pour chaque IST. Cette différence reflète probablement la structure par âge des différents échantillons.

S'agissant des vaccinations, 40% des clients de Checkpoint déclarent être vaccinés contre l'hépatite A et 44% contre l'hépatite B.

■ *Relation stable*

La moitié de la clientèle de Checkpoint déclare, au moment du test, avoir une relation de couple avec un partenaire masculin. On observe des proportions similaires dans les échantillons de référence. En revanche, les relations déclarées par les clients de Checkpoint sont, en moyenne, de plus courte durée que celles déclarées par les répondants de l'enquête Gaysurvey 04 (Tableau 4.17).

Près de deux tiers (64%) des clients de Checkpoint ayant une relation stable affirment que leur partenaire est séronégatif, 13% déclarent un partenaire séropositif et près d'un quart ignore le statut sérologique du partenaire. Ces valeurs sont très proches de celles observées parmi les répondants genevois de Gaysurvey 04. Parmi les répondants suisses, la proportion de répondants ignorant le statut sérologique du partenaire est sensiblement plus élevée.

Tableau 4.17 Relation stable et caractéristiques afférentes, Checkpoint 2005 et Gaysurvey 2004

	Checkpoint		Gaysurvey 04 (GE)		Gaysurvey 04 (CH)	
	n=109	%	n=166	%	n=2228	%
Relation stable						
Oui	55	50.5	80	48.2	1014	45.5
Non	51	46.8	79	47.6	1149	51.6
Non réponse	3	2.8	7	4.2	65	2.9
Durée de la relation stable						
Moyenne (en mois)	52.5		70.8		62.6	
Médiane (en mois)	24		40		36	
Statut sérologique du partenaire						
Séronégatif	35	63.6	51	63.8	630	62.1
Séropositif	7	12.7	8	10.0	59	5.8
Statut inconnu ⁽¹⁾	13	23.6	21	26.2	325	32.1

⁽¹⁾ Comprend : les partenaires non testés et les non réponses

■ *Activité sexuelle*

Principal indicateur de l'activité sexuelle, le nombre de partenaires peut beaucoup varier d'un individu à un autre. En moyenne, les clients de Checkpoint ont eu près de 11 partenaires au cours des 12 derniers mois (Tableau 4.18). Ce nombre descend à 5.5 si l'on considère la médiane (mesure plus pertinente dans ce contexte car elle est insensible aux valeurs extrêmes). La grande majorité des clients de Checkpoint (87%) ont des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels (53% avec des partenaires connus et 69% avec des partenaires anonymes). Un peu plus de la moitié (55%) ont eu des relations avec des partenaires réguliers. Sur le plan numérique, les clients de Checkpoint ont une activité sexuelle comparable aux répondants de Gaysurvey. Ils sont néanmoins plus nombreux à fréquenter des partenaires occasionnels (connus et anonymes) et sont moins nombreux à avoir eu des partenaires réguliers au cours des 12 derniers mois.

La pratique de la pénétration anale n'est pas systématique. En moyenne, les clients de Checkpoint l'ont pratiquée avec 5 partenaires au cours des 12 derniers mois (médiane : 3 partenaires). Cette pratique est, dans une certaine mesure, associée au degré d'inter-connaissance des partenaires. Elle est ainsi plus fréquente avec les partenaires stables (86% parmi les clients ayant eu un ou plusieurs partenaires stable(s)) qu'avec les partenaires occasionnels connus (79%) et anonymes (73%). Le nombre de partenaires avec lesquels les répondants de Gaysurvey ont pratiqué la pénétration anale est légèrement inférieur (médiane : 2 partenaires).

Tableau 4.18 Activité sexuelle (nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois), Checkpoint 2005 et Gaysurvey 2004

	Checkpoint		Gaysurvey 04 (GE)		Gaysurvey 04 (CH)	
	n=109	%	n=166	%	n=2228	%
Nombre de partenaires sexuels						
Moyenne	10.7	-	15.8	-	16	-
Min-max	0-80	-	0-300	-	0-400	-
25 pct	3	-	2	-	2	-
Médiane	5.5	-	5.5	-	6	-
75 pct	10	-	15	-	20	-

	Checkpoint		Gaysurvey 04 (GE)		Gaysurvey 04 (CH)	
	n=109	%	n=166	%	n=2228	%
Partenaire(s) stable(s)	60	55.1	111	66.9	1377	61.8
Partenaires occasionnels	95	87.2	128	77.1	1720	77.2
Partenaires occasionnels connus	58	53.2	-	-	-	-
Partenaires occasionnels anonymes	75	68.8	-	-	-	-
Pratique de la pénétration anale						
Nombre de partenaires						
Moyenne	5.2	-	6.4	-	6.1	-
Min-max	0-50	-	0-80	-	0-250	-
25 pct	1	-	1	-	1	-
Médiane	3	-	2	-	2	-
75 pct	5	-	6	-	5	-
Partenaire(s) stable(s) ⁽¹⁾	52	86.7	96	86.5	1120	81.3
Partenaires occasionnels ⁽¹⁾	77	81.1	101	78.9	1286	74.8
Partenaires occasionnels connus ⁽¹⁾	46	79.3	-	-	-	-
Partenaires occasionnels anonymes ⁽¹⁾	55	73.3	-	-	-	-

⁽¹⁾ Parmi les répondants ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles avec ce type de partenaire

Le questionnaire d'entrée à Checkpoint comportait également des questions plus contextuelles. Ainsi, on note que :

- 44% (n=48) des clients de Checkpoint ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire à la fois ;
- 45% (n=49) ont consommé de l'alcool ou d'autres substances psychoactives lors de rapports sexuels (39% occasionnellement et 6% fréquemment) ;
- parmi ceux ayant eu des partenaires anonymes, 47% ont pratiqué la pénétration anale (avec ces partenaires) dans des établissements proposant du sexe sur place et 31% sur des aires de drague (plages, parcs, aires d'autoroutes).

■ Exposition au risque d'infection par le VIH

Le niveau d'exposition au risque, rapporté par les clients de Checkpoint, est élevé : près d'un tiers d'entre eux (31%) rapporte avoir eu, dans les 12 derniers mois, au moins un rapport non protégé avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent du leur (Tableau 4.19). Ce pourcentage est deux fois plus élevé que celui observé parmi les répondants de Gaysurvey en 2004 (GE : 15% ; CH : 15%).

Cette observation se vérifie par l'examen des comportements rapportés avec le(s) partenaire(s) stable(s) et occasionnels (Tableau 4.19). Près des deux tiers (63%) des clients de Checkpoint rapportent avoir eu des rapports non protégés avec leur partenaire stable (parfois/jamais de préservatifs). Cette valeur est nettement plus élevée que celle observée en 2004 parmi les répondants de Gaysurvey (GE: 42% ; CH : 49%)^a.

Avec les partenaires occasionnels, un quart des clients de Checkpoint (25%) rapportent avoir eu des rapports non protégés, soit davantage que dans les échantillons de référence où une proportion d'environ 15% est observée en 2004 parmi les répondants genevois (CH : 16%).

^a Concernant cet indicateur, les données ne sont pas directement comparables. Les données de Checkpoint se rapportent au comportement du répondant avec l'ensemble des partenaires stables qu'il a pu avoir au cours des 12 derniers mois, tandis que les données de Gaysurvey se rapportent aux comportements du répondant avec son partenaire stable actuel ou son dernier partenaire stable, pour autant qu'il ait eu une relation stable au cours des 12 derniers mois.

S'agissant des partenaires occasionnels, c'est avec les partenaires connus du répondant que le taux de rapports non protégés est le plus élevé (29%). Le niveau d'exposition au risque est sensiblement plus faible avec les partenaires anonymes (13%), mais avec un taux de non-réponse particulièrement élevé (8%).

Tableau 4.19 Exposition au risque et utilisation de préservatifs selon le type de partenaire (dans les 12 derniers mois), Checkpoint 2005 et Gaysurvey 2004

	Checkpoint		Gaysurvey 04 (GE)		Gaysurvey 04 (CH)	
	n=109	%	n=166	%	n=2228	%
Pénétration anale non protégée avec au moins un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu						
Oui	34	31.2	25	15.1	335	15.0
Non	69	63.3	139	83.7	1870	84.0
Non réponse	6	5.5	2	1.2	23	1.0
Avec le(s) partenaire(s) stable(s)						
Pas de pénétration anale	8	13.3	15	13.5	239	17.6
Toujours préservatif	14	23.3	42	37.8	436	32.1
Parfois/jamais de préservatif	38	63.3	51	42.0	664	48.9
Non réponse	0	0.0	3	2.7	20	1.5
Avec le(s) partenaires occasionnels connus						
Pas de pénétration anale	12	20.7	-	-	-	-
Toujours préservatif	29	50.0	-	-	-	-
Parfois/jamais de préservatif	17	29.3	-	-	-	-
Non réponse	0	0.0	-	-	-	-
Avec le(s) partenaires occasionnels anonymes						
Pas de pénétration anale	20	26.7	-	-	-	-
Toujours préservatif	39	52.0	-	-	-	-
Parfois/jamais de préservatif	10	13.3	-	-	-	-
Non réponse	6	8.0	-	-	-	-
Avec les partenaires occasionnels						
Pas de rapports non protégés	65	68.4	107	83.6	1375	79.9
Mention de rapports non protégés	24	25.3	19	14.8	279	16.2
Non réponse	6	6.3	2	1.6	66	3.9

La communication verbale avec les partenaires sexuels au sujet de la prévention a une certaine importance. A ce titre, on observe que plus de 90% des clients de Checkpoint affirment parler de prévention du sida et des IST avec leur partenaire, contre 83% dans les échantillons de référence (Tableau 4.20). Près d'un quart (24%) des clients de Checkpoint affirment néanmoins ne pas avoir informé leur partenaire de leur démarche de dépistage. Aussi le niveau de communication entre les partenaires, s'agissant de la prévention du VIH, n'est-il pas aussi bon que ne le suggère l'observation précédente.

Le thème de la prévention du sida ou des IST est moins fréquemment évoqué avec les partenaires occasionnels : 52% (n=57) des clients de Checkpoint déclarent en parler avec ce type de partenaire (Tableau 4.20)^a.

Tableau 4.20 Communication avec les partenaires sexuels sur le thème de la prévention VIH et autres IST, Checkpoint 2005 et Gaysurvey 2004

	Checkpoint		Gaysurvey 04 (GE)		Gaysurvey 04 (CH)	
	n=109	%	n=166	%	n=2228	%
Parlez-vous de prévention sida et IST avec votre partenaire ?						
Oui	51	92.7	67	83.8	867	85.5
Non	4	7.3	12	15.0	140	13.8
Non réponse	0	0.0	1	1.2	7	0.7
Partenaire au courant de la démarche CP						
Oui	42	76.4	-	-	-	-
Non	13	23.6	-	-	-	-
Non réponse	0	0.0	-	-	-	-
Est-ce que vous parlez de la prévention du sida et des autres IST avec vos partenaires occasionnels ?						
Oui	57	52.3	-	-	-	-
Non	39	35.8	-	-	-	-
Non réponse	13	11.9	-	-	-	-

■ *Connaissance de la prophylaxie post-exposition (PEP)*

Seuls 27% des clients de Checkpoint déclarent connaître la PEP. C'est beaucoup moins que le niveau de connaissance observé en 2004 auprès des répondants de Gaysurvey. On note par ailleurs que sur les 7 clients de Checkpoint ayant déclaré avoir une relation stable avec un partenaire séropositif, seuls 3 disent connaître la PEP. Selon l'équipe médicale de Checkpoint, une partie des patients ayant déclaré ne pas connaître la PEP dans le questionnaire en connaissaient quand même l'existence, mais l'avaient mal identifiée ou la connaissaient sous un nom différent.

Tableau 4.21 Connaissance de la prophylaxie post-exposition, Checkpoint 2005 et Gaysurvey 2004

	Checkpoint		Gaysurvey 04 (GE)		Gaysurvey 04 (CH)	
	n=109	%	n=166	%	n=2062	%
Connaissez-vous la PEP ?						
Oui	30	27.5	127	76.5	1162	52.2
Non	70	64.2	34	20.5	1010	45.3
Non réponse	9	4.9	5	3.0	56	2.5

^a Pourcentage calculé sur la base des 109 répondants exposés à la question, c'est-à-dire, indépendamment du fait qu'ils aient eu ou non des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois.

4.2.6 Conclusions

Au regard de la statistique de l'accueil, il apparaît que Dialogai est clairement identifiée tant par le public que par les professionnels comme une organisation de référence dans les champs de la prévention du VIH/sida et, d'une manière plus générale, de la santé gaie. La grande majorité des contacts est en lien avec des thématiques afférentes à ces deux domaines.

Prévention

La couverture des interventions de prévention sur la scène commerciale gaie paraît satisfaisante. Les interventions de routine (remise de matériel) combinées aux actions spéciales "tout public HSH" (limitées dans le temps et de plus large envergure) semblent assurer une bonne visibilité de la prévention du VIH/sida dans les lieux de sociabilité homosexuelle tout au long de l'année, en particulier dans les établissements commerciaux avec possibilité d'avoir du sexe sur place.

Conseil

Au cours de l'année 2005, les interventions de type *outreach*/conseil sur Internet ont été développées sans difficultés apparentes. Ce développement est tout à fait pertinent compte tenu de l'importance d'Internet en termes d'acquisition de partenaires sexuels. En étant présente sur Internet, la prévention atteint en effet des hommes de tous âges qui sont sur le point d'avoir des relations sexuelles avec un ou plusieurs partenaires, le plus souvent anonymes.

Jeunes gais

D'après les informations recueillies, le groupe 'jeunes gais' fonctionne de façon satisfaisante. Avec une dizaine de personnes par séance (dont une à deux personnes nouvelles par séance), la participation au groupe est bonne et semble témoigner d'une bonne dynamique. Il est en mesure de créer des opportunités de prévention intéressantes, compte tenu des caractéristiques des participants (coming out et premières relations).

Checkpoint

Après neuf mois d'activité, l'expérience de Checkpoint montre qu'il existe une demande ou des besoins pour des tests VIH rapides dans un environnement *gay friendly*. De fait, dès son ouverture, la consultation de dépistage fonctionnait au maximum de sa capacité et a maintenu, par la suite, un niveau d'occupation important (90%). Les campagnes de promotion de la structure se sont révélées très efficaces.

Bien que les hommes homosexuels soient le cœur de cible, la clientèle de Checkpoint est relativement mixte, puisque près d'un client sur dix ne déclare que des rapports hétérosexuels.

Du point de vue du profil de risque, les résultats montrent néanmoins que Checkpoint parvient à atteindre, dans une proportion satisfaisante, des individus qui se sont récemment exposés à un risque de transmission du VIH. En effet, alors que la clientèle de Checkpoint a, dans l'ensemble, une activité sexuelle comparable à celle observée dans les échantillons de référence, son niveau de comportements préventifs est nettement plus bas. Ainsi près d'un tiers des clients de Checkpoint rapportent avoir eu au moins un rapport non protégé avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu au cours des 12 derniers mois, contre 15% parmi les répondants genevois de Gaysurvey 2004. De même les comportements préventifs avec les partenaires stables et occasionnels paraissent moins bien établis parmi les clients de Checkpoint que parmi les répondants de Gaysurvey 2004.

Durant la période de référence 5 tests VIH se sont révélés positifs, soit un cinquième environ des nouveaux tests positifs déclarés à Genève dans le groupe de transmission HSH.

Sur la base des informations à disposition, on ne peut se prononcer au sujet de l'offre de dépistage des autres IST. Le test rapide de la syphilis promu sur la scène dans le cadre d'une action spéciale a, suite à des problèmes techniques, été retiré de la palette des prestations. On peut s'interroger sur le coût d'opportunité du dépistage des IST autres que le VIH et la syphilis.

4.2.7 Recommandations

- Poursuivre le travail d'*outreach* et continuer de développer des actions spéciales en ciblant notamment les établissements proposant du sexe sur place.
- Améliorer la couverture des lieux extérieurs de drague, notamment dans le contexte des actions spéciales.
- Poursuivre et développer les activités d'*outreach* / conseil sur Internet.
- Exploiter les opportunités de prévention dans le groupe jeunes gais et renforcer les liens entre le groupe 'jeunes gais' et le pôle 'prévention VIH' de l'association.
- En ce qui concerne Checkpoint :
 - il faut améliorer le triage de la clientèle en orientant les clients n'appartenant pas au segment HSH vers d'autres consultations (cabinet médical, consultation test anonyme des HUG) ;
 - il faut documenter la démarche de test (raisons pour lesquelles un test est demandé et raison du choix de Checkpoint par rapport à d'autres offres existantes) pour, à terme, affiner le design d'intervention (ciblage, conseil, etc.) ;
 - la complémentarité de Check Point avec d'autres offres de test (en particulier la consultation anonyme) et leurs qualités respectives devraient être examinées.

Il faut stabiliser les instruments de relevé des activités et documenter davantage le contenu des interventions de routine. S'agissant de la statistique de l'accueil, il convient que tous les intervenants se concertent sur les concepts désignés par les rubriques.

4.3 L'ASSOCIATION PREMIÈRE LIGNE

L'association Première ligne a été créée en septembre 2004 et a repris les activités de réduction des risques liés à l'injection de drogues qui étaient gérées depuis 13 ans par le GSG. Ces activités se partagent entre le BIPS et Boulevards (bus de remise de matériel d'injection stérile), Quai 9 (structure d'accueil avec local d'injection) et « Nuit blanche ? », projet d'intervention en milieu nocturne mis en place au milieu de l'année 2005.

Les objectifs poursuivis par l'association^a sont :

- **Réduire** les conséquences négatives liées à la consommation : transmission du VIH/sida et des hépatites, infections diverses, overdoses, problèmes psychologiques et sociaux associés à l'usage de drogues.
- **Encourager** le maintien du lien social et renforcer la dignité de l'utilisateur en contribuant à limiter les situations d'exclusion.
- **Etablir** le contact avec des personnes ne fréquentant pas ou peu les services sociaux et médicaux (ou en rupture avec ceux-ci), en leur offrant des espaces d'accueil et des interlocuteurs facilement accessibles. Favoriser l'accès aux institutions actives dans le traitement de la toxicodépendance et aux autres institutions socio-médicales.
- **Promouvoir** l'information et la solidarité en sensibilisant l'ensemble des partenaires de la communauté à la réduction des risques et à la situation de vie des usagers de drogues.
- **Observer** et produire des données objectives sur les évolutions des modes de consommation des substances psycho-actives, prendre en compte les nouvelles problématiques (ex. drogues de synthèse) et initier des projets de réduction des risques adaptés.

^a Repris du site Internet de l'association : www.premiereligne.ch.

- **Collaborer** avec la population pour le développement de pratiques de gestion communautaire des problèmes liés à l'usage de drogues, sensibiliser le public à la problématique et contribuer à limiter certains problèmes vécus par le voisinage.

L'association Première Ligne avait déjà mis en place un certain nombre d'outils d'évaluation, notamment le monitoring des seringues ou le suivi de l'activité de Quai 9. Quelques éléments, par exemple le questionnaire d'entrée de Quai 9 ont fait l'objet de discussion en vue d'améliorer la qualité des données saisies. Par ailleurs, l'association a demandé l'aide d'une entreprise en informatique pour informatiser la saisie de l'ensemble des données de Quai 9 (actuellement en phase de test).

4.3.1 L'activité de Quai 9 en quelques chiffres

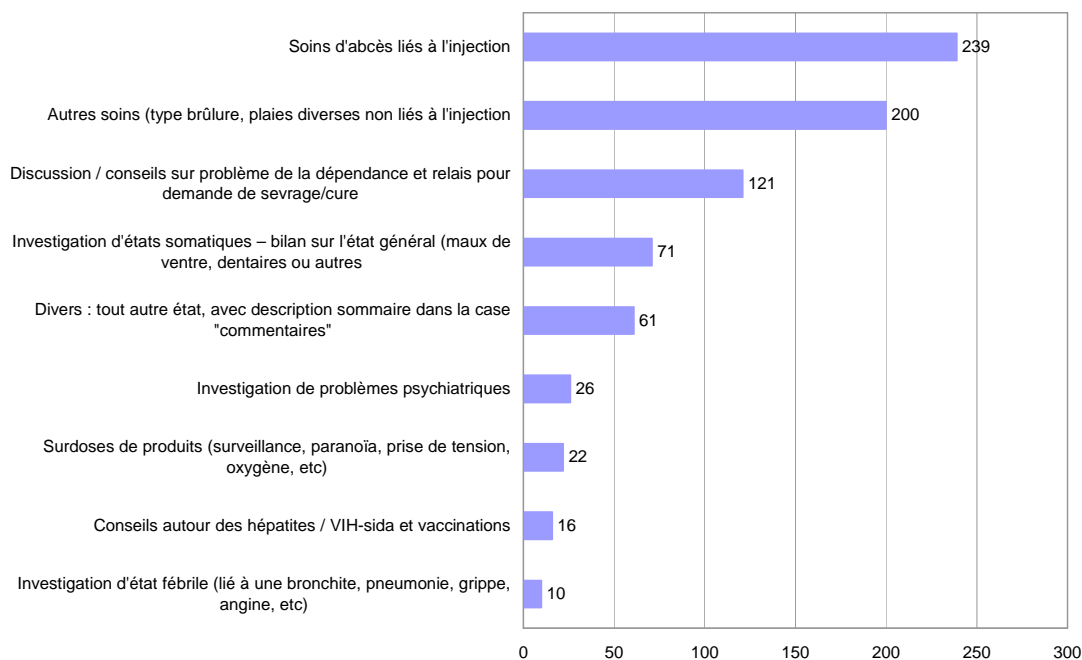
Quai 9 a ouvert ses portes en 2002 et offre depuis un espace d'accueil permettant la consommation d'injection. La structure permet également de prodiguer des soins de base et favorise l'orientation vers les services médicaux des personnes ayant besoin de soins plus importants.

Monitoring de l'activité en salle de soins

Dans le cadre du local de soins, 3 à 4 soins en moyenne sont prodigués chaque jour, soit un total de 706 soins pour les 11 premiers mois de 2005 (Figure 4.11).

Les principaux soins donnés sont le traitement d'abcès dus à la pratique de l'injection (239 cas), ainsi que le traitement d'autres plaies non liées à l'injection (200 cas). Dans 22 cas, il s'agit d'une surveillance suite à un surdosage des produits consommés. Dans 16 cas, des conseils autour du VIH et des hépatites ont été donnés.

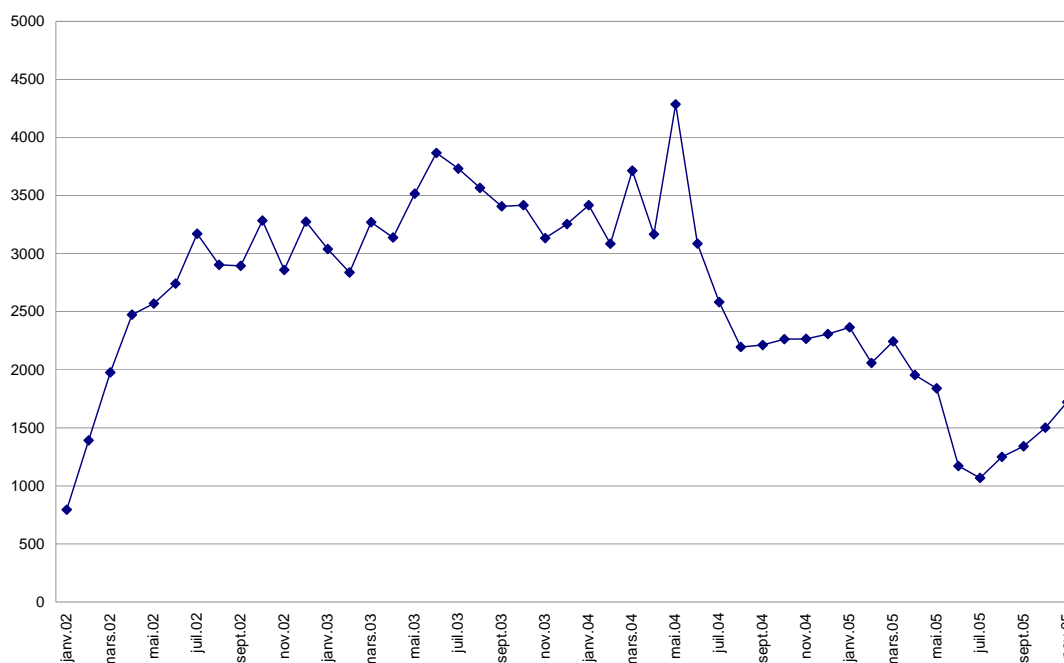
Figure 4.11 Types de soins prodigués à Quai 9, janvier à novembre 2005



Monitoring de l'activité en salle d'injection

La fréquentation de la salle d'injection a connu une forte baisse depuis juillet 2004 après une hausse continue depuis l'ouverture de la structure (Figure 4.12). Le nombre moyen de passages par mois est passé d'environ 3300 passages en 2003 à 1600 en 2005. La moyenne quotidienne des passages en salle d'injection est également en diminution (2003 : 111, 2005 : 56).

Figure 4.12 Evolution du nombre de passages en salle d'injection de Quai 9 par mois, 2002-2005



Les principales hypothèses sur les raisons de cette diminution depuis juin 2004 du nombre de passages en salle d'injection sont les suivantes. Premièrement, on observe une diminution de la consommation régulière de cocaïne et un retour de la consommation d'héroïne ce qui a pour conséquence un nombre d'injections moins important. Pour les intervenants de Quai 9, les actions de police autour de la gare ont contribué à un éclatement du marché de la cocaïne. Cet éclatement peut conduire à un problème d'accessibilité à Quai 9 en raison de l'éloignement du marché, mais également à une diminution de la consommation en raison des difficultés plus importantes à se procurer du produit (risques policiers accrus et efforts trop importants). Enfin, il semble que parmi les personnes de moins de 25 ans qui viennent à l'accueil à Quai 9, une part importante ne consomme pas par injection, mais fume ou sniffe les produits.

Concernant la diminution des passages depuis juin 2005, les problèmes de violence et d'ambiance ont contribué à éloigner certains usagers qui ont envie de tranquillité pour consommer. Depuis le mois de septembre, il y a une augmentation du nombre de passages suite aux mesures prises (présence d'un Sécuritétas) pour répondre aux violences et améliorer le climat à Quai 9. Le niveau du mois de janvier n'est toutefois pas atteint (1722 versus 2366 passages).

Tableau 4.22 Nombre de passages en salle d'injection de Quai 9 par mois 2002-2005

Mois	2002	2003	2004	2005
Janvier	795	3039	3416	2366
Février	1392	2838	3084	2059
Mars	1976	3270	3714	2244
Avril	2474	3138	3166	1955
Mai	2570	3516	4286	1839
Juin	2741	3867	3086	1171
Total 6 mois	11948	19668	20752	11634

Mois	2002	2003	2004	2005
Juillet	3172	3731	2582	1068*
Août	2904	3567	2196	1249
Septembre	2895	3408	2213	1341
Octobre	3284	3416	2263	1502
Novembre	2859	3133	2267	1722
Décembre	3275	3254	2307	
Total 12 mois	30337	40177	34580	17448

* Quai 9 a fermé durant 10 jours durant le mois de juillet

Vingt pour-cent des injections enregistrées en 2005 ont été réalisées par des femmes (Tableau 4.23) ; la diminution déjà observée les années précédentes se poursuit donc. Les injecteurs (des deux sexes) sont âgés de 34.2 ans en moyenne. L'âge moyen des usagers continue à augmenter. Comme pour les années précédentes, la très grande majorité des injections se déroule en moins de quinze minutes.

La proportion de cocaïne dans les produits consommés a encore diminué par rapport aux années précédentes (28%) et l'héroïne est devenue le produit le plus fréquemment consommé en 2005 (52%) en salle d'injection. Ce changement dans le produit le plus fréquemment consommé peut expliquer partiellement la diminution du nombre de passage en salle d'injection. S'agissant des mélanges, les informations permettent de constater la prépondérance de la consommation simultanée d'héroïne et de cocaïne (9%) qui a cependant nettement diminué depuis 2003 (20%). Enfin, les injections à base d'un seul médicament ont connu une légère augmentation et forment 4% du total.

La majorité des injections s'effectuent dans le bras. Bien que ne constituant qu'une faible proportion du total, les injections réalisées dans le cou ou dans l'aîne (6%) représentent tout de même près de 1500 actes pouvant être considérés comme relativement problématiques.

Tableau 4.23 Description des injections réalisées dans la salle d'injection du Quai 9, 2002-2005 (en %)

	2002	2003	2004	2005
	n=30417	n=40177	n=34580	n=14740
Sexe				
Hommes	69	71	81.5	80
Femmes	31	29		20
Age moyen	33.0 ans	33.6 ans	33.9 ans	34.2 ans
Durée des injections				
Maximum 15 minutes	84	87	93	95
Entre 16-30 minutes	19	12	6	5
Plus de 30 minutes	1	2	1	1
Produits consommés				
Héroïne	17	23	49	52
Cocaïne	63	49	31	28
Méthadone	1	2	3	2
Médicament	4	2	2	4

	2002	2003	2004	2005
	n=30417	n=40177	n=34580	n=14740
Mélange	16	24	15	14
Dont*				
▪ héroïne + cocaïne	-	20	10	9
▪ héroïne + médicament	-	1	2	2
▪ cocaïne + méthadone	-	1	1	2
▪ cocaïne + médicament	-	1	1	1
▪ autres mélanges	-	1	1	2

* Ces données n'existent pas pour la totalité de l'année 2002

Une file active estimée à environ 1000 personnes différentes^a a fréquenté le local d'injection de Quai 9 en 2005. Pour les années précédentes, la saisie des pseudonymes est également peu fiable au niveau notamment de l'orthographe : si on décompte plus de 2000 pseudonymes différents, en regardant les données de plus près on s'aperçoit que très probablement un nombre important d'entre eux sont des doublons.

En moyenne, chaque personne vient 13 fois par année au local (médiane à 2), minimum une fois et maximum 265 fois. 786 usagers, soit environ 80%, sont venus moins de 5 fois au local entre janvier et septembre 2005.

Monitoring de la distribution de seringues

Outre la remise du matériel employé en salle d'injection, Quai 9 remet des seringues destinées à des injections effectuées en dehors de ses locaux. Il en tient un décompte séparé.

En 2005, durant les 6 premiers mois de l'année, 35'918 seringues ont été distribuées pour être emportées, soit une diminution importante par rapport à 2003 (127'982 pour l'année entière).

Le nombre de seringues par demande (contact) a également diminué et était de 3.3 seringues en 2005. En revanche, le taux de retour des seringues a continué à progresser pour atteindre 89.6%.

Tableau 4.24 Nombre de seringues distribuées et rendues dans le cadre de l'accueil à Quai 9 : comparaison 2002, 2003 et 2005

	*2002	2003	**2005
Total demandes de seringues (contacts)	19705	30250	13969
Nombre de seringues par demande	4.1	4.2	3.3
Total seringues distribuées	80420	127982	35918
Total seringues rendues	64248	110280	32208
Taux de retour	79.9%	86.2%	89.6%
Total seringues distribuées y compris celles pour la salle d'injection	110837	168159	48620

* Y compris les données de fin décembre 2001

** Janvier à juin 2005

^a Selon la manière d'orthographier le pseudo (fautes d'orthographe au moment de la saisie), la file active varie entre 930 et 1148 personnes différentes.

A Genève, des seringues sont également disponibles auprès du BIPS. En 2005, ce dernier en a remis 49'287 à l'occasion de 15'789 contacts (janvier à mai 2005). Cumulé aux chiffres obtenus pour Quai 9, le total des seringues distribuées^a à Genève s'élève à 97707 pour les 6 premiers mois de 2005. Depuis, l'été 2003, le nombre de seringues échangées diminue donc régulièrement. Cette tendance ressort également des données de monitoring de l'échange dans le canton de Vaud¹⁵. En 2005, une seringue sur sept environ (13.8%) distribuée à Genève est utilisée en salle d'injection. Cette proportion est stable par rapport à 2003.

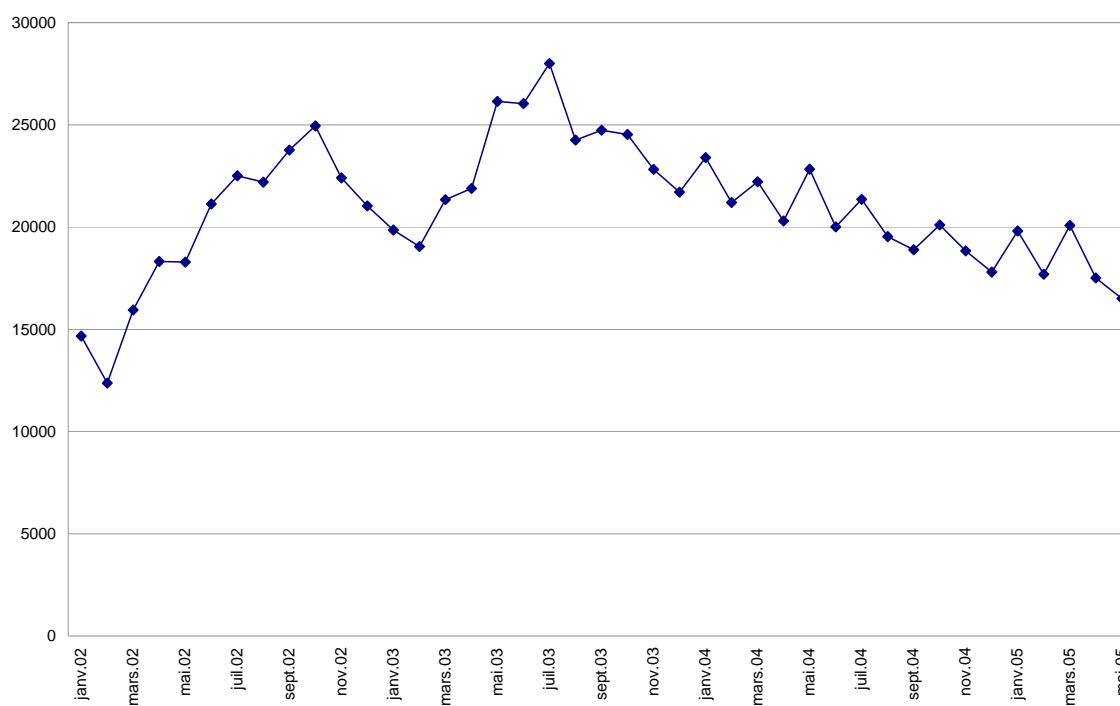
Tableau 4.25 Nombre de seringues distribuées à Genève, BIPS / Quai 9, 2002-2005^b

	2002 [*]	2003	2004	2005 ^{**}
Total seringues distribuées à Quai 9	110837	168159	135912	48620
Total seringues distribuées au BIPS	126849	112223	107313	49289
Total seringues distribuées	237606	280382	243225	97707

* Y compris les données de fin décembre 2001

** Janvier à juin 2005

Figure 4.13 Evolution de la distribution de seringues, BIPS / Quai 9, 2002-2005



^a Sans celles distribuées par des pharmacies.

^b Pour les seringues distribuées par le bus Boulevards, voir le chapitre 5.3.3 sur les travailleur(euse)s du sexe.

Plusieurs produits sont mis à disposition des usagers, distribués gratuitement (aluminium et préservatifs) ou vendus si les usagers en souhaitent plus que le quota distribué gratuitement (aiguilles, eau, crème et cuillères).

Par rapport à 2002, à l'exception des garrots, la distribution de matériel autre que les seringues a fortement augmenté. Il n'en va pas de même pour les préservatifs dont la distribution (gratuite) est restée à la fois stable et faible^a.

Tableau 4.26 Matériel distribué ou vendu à Quai 9 : comparaison entre 2002, 2003 et 2005

	2002	2003	2005*
Aluminium	1600	3777	2667
Aiguilles vendues	952	1402	
Cuillères vendues	200	607	
Eau vendue	1002	1679	
Crèmes vendues	128	213	
Garrots vendus	443	422	
Préservatifs	701	716	349

* Janvier à juin 2005

4.3.2 Description des nouveaux usagers de Quai 9^b

Le nombre de nouveaux usagers diminue progressivement depuis l'ouverture de Quai 9 en 2002. Au cours des 9 premiers mois et demi de 2005, 144 nouvelles personnes ont été enregistrées. Cela représente une quinzaine de questionnaires par mois.

Caractéristiques socio-démographiques

Les femmes sont un peu plus nombreuses à avoir rempli le questionnaire d'entrée en 2005 et forment près du quart des nouveaux usagers. L'âge moyen des usagers arrivés à Quai 9 en 2005 reste stable et est de 32.8 ans, sans différence significative selon le sexe. Les personnes de moins de 20 ans restent très peu nombreuses (1%).

La proportion de nouveaux usagers domiciliés à Genève continue à diminuer (cf. Figure 6.1, en Annexe) et est de 36% en 2005. Ce sont essentiellement les catégories des personnes domiciliées dans le canton de Vaud ou dans d'autres cantons qui augmentent et qui regroupent chacune un peu plus du quart des nouveaux usagers.

Tableau 4.27 Profil socio-démographique des usagers de Quai 9 à l'entrée : comparaison 2002 - 2005 (en %)

	2002 n=736	2003 n=378	2004 n=311	2005 n=144
Sexe				
Hommes	73	81	85	77
Femmes	27	19	15	23

^a A titre de comparaison, le BIPS en a remis 3524 durant la même période.

^b Voir description détaillée en annexe.

	2002	2003	2004	2005
	n=736	n=378	n=311	n=144
Age				
Age moyen	32.7 ans	32.0 ans	32.6 ans	32.8 ans
Age moyen des hommes	32.6 ans	31.9 ans	32.9 ans	32.9 ans
Age moyen des femmes	32.9 ans	32.3 ans	31.1 ans	32.5 ans
Age minimum	18 ans	18 ans	18 ans	19 ans
Age maximum	62 ans	58 ans	56 ans	51 ans
< 20	2	2	2	1
20-24	9	14	12	15
25-29	23	23	19	21
30-34	28	29	34	26
>34	38	32	33	37

Produits consommés et modalités de consommation

En 2005, 3 usagers sur 4 ont consommé de l'héroïne au cours du mois précédant leur venue à Quai 9 ; 54% l'ont fait régulièrement. La proportion de ceux qui n'en ont pas consommé est restée stable et s'élève à 23% (Tableau 6.5, en Annexe).

La consommation de cocaïne est un peu moins fréquente avec 53% des usagers rapportant en avoir consommé au cours du dernier mois, dont 27% seulement régulièrement. 47% n'en avaient pas consommé durant le mois précédant.

La consommation de benzodiazépines concernait 42% des nouveaux arrivants et 15% d'entre eux les consommaient régulièrement.

13% des nouveaux usagers n'avaient consommé ni héroïne ni cocaïne durant le mois précédant leur arrivée.

50% des nouveaux usagers suivent un traitement de substitution au moment de leur arrivée à Quai 9. Ce pourcentage est un peu plus élevé qu'en 2004. Un tiers reçoivent de la méthadone, 12% du Subutex® et moins de 1% de l'héroïne.

Les personnes consommant à la fois de l'héroïne et de la cocaïne représentent la plus grande partie des nouveaux usagers (43%). Leur proportion est stable, voir en légère augmentation par rapport à 2004 parmi les personnes arrivant à Quai 9 avec un traitement de substitution. Les mêmes tendances sont observables pour les mono-consommateurs d'héroïne.

En 2005, l'âge moyen à la première injection des nouveaux usagers est de 21.6 ans (médiane à 20 ans). On n'observe aucune évolution à propos de cet âge depuis l'ouverture de Quai 9 (Tableau 6.5, en Annexe). Vingt-cinq personnes ont commencé avant seize ans et dix-huit après trente ans, dont 3 après 40 ans.

La durée moyenne de consommation par injection des nouveaux usagers est de 11,5 ans (médiane à 11 ans). Cette durée n'a pas substantiellement changé depuis 2002 (Figure 6.4, en Annexe). Douze pour cent des usagers consomment depuis moins de deux ans. A l'autre extrême, un quart consomme depuis plus de seize ans (Tableau 6.5, en Annexe). Deux nouveaux usagers ont procédé à leur première injection à Quai 9. Ils avaient les deux 40 ans et plus. 5 autres usagers avaient commencé à s'injecter depuis moins d'une année.

Cadre de l'injection

Les informations recueillies auprès des nouveaux usagers du Quai 9 à propos de leur dernière injection montrent que celle-ci s'est déroulée à domicile pour près de trois quarts d'entre eux (75%) et dans un lieu public pour un quart. Ces proportions sont assez semblables à celles observées les années précédentes.

La moitié (50%) des nouveaux usagers estime avoir des veines en bon état, 31% juge leur état moyen et 19% mauvais. Ces résultats montrent une légère péjoration par rapport à 2003 et 2004.

12% des usagers déclarent avoir connu des problèmes infectieux durant le mois précédant la présentation du questionnaire. Cette proportion est en augmentation par rapport au résultat de 2004.

Partage de seringues

Le partage de seringues usagées n'a pas évolué de façon significative depuis 2002 : 10% des nouveaux usagers l'ont pratiqué au cours des six mois précédant la présentation du questionnaire et 6% au cours du mois précédent (Tableau 6.6, en annexe).

Les nouveaux usagers ayant régulièrement consommé de la cocaïne et / ou des benzodiazépines au cours du mois précédant l'administration du questionnaire sont proportionnellement plus nombreux à avoir partagé des seringues au cours du dernier mois. Il n'existe par contre aucune différence significative liée au type de produit consommé (si on fait abstraction de la fréquence de consommation), au fait d'avoir ou non un domicile fixe, au fait d'avoir réalisé ou non sa dernière injection dans un lieu public, au nombre d'injections effectuées la veille de l'enregistrement, au fait d'être ou non en traitement, à la durée de consommation, à l'âge ou au sexe ou à l'endroit où l'utilisateur est domicilié.

Etat de santé

En 2005, la tendance à la baisse déjà relevée au cours des années précédentes concernant le pourcentage de personnes ayant déjà effectué au moins un test VIH se poursuit (84% d'utilisateurs testés). La proportion de personnes testées durant l'année précédant leur enregistrement à Quai 9 est extrêmement lacunaire car la question de la date du test ne figurait pas dans certaines versions du questionnaires (donnée existante pour 35 questionnaires). Cette donnée n'est donc pas réellement utilisable en 2005. La prévalence – rapportée – du VIH remonte légèrement par rapport à l'année précédente et s'élève à 9%.

Tableau 4.28 Etat de santé des nouveaux usagers du Quai 9 : comparaison 2002- 2005 (en %)

	2002	2003	2004	2005
	n=736	n=350	n=284	n=135
VIH				
Consommateurs testés	95	93	87	84
Testés durant l'année*	76	42	34	**22
Séropositifs parmi les testés	12	11	6	9
Hépatite B				
Consommateurs testés	84	89	79	84
Testés durant l'année*	68	32	36	**6
Séropositifs parmi les testés	17	24	15	25
Hépatite C				
Consommateurs testés	90	89	82	84
Testés durant l'année*	72	37	36	5**
Séropositifs parmi les testés	53	58	48	48

* Rapporté aux personnes testées

** Données très lacunaires

84% des usagers ont déjà été testés au moins une fois pour l'hépatite B et pour l'hépatite C. Les résultats positifs des tests pour l'hépatite B sont en augmentation par rapport à 2004 (25%) et stables pour l'hépatite C (48%).

4.3.3 Le projet "Nuit blanche ?"

Le projet "Nuit blanche ?" n'est pas intégré dans la présente évaluation. Il a été mis en place à la fin de l'été 2005 pour répondre au développement de multi-consommations lors de soirées festives impliquant diverses substances telles que : le tabac, l'alcool, les drogues de synthèse et la cocaïne.

En partenariat avec plusieurs autres institutions genevoises, le projet propose :

- Des actions ciblées sur la réduction des risques, en favorisant le contact direct avec les personnes utilisatrices de ces substances, dans leur contexte de consommation, notamment en milieu festif.
- Le développement de supports adaptés, la mise à disposition de matériel de prévention (kit sniff, préservatifs, tampons auriculaires, barres énergétiques, eau), le testing de substances, des stands de prévention/information, la collaboration avec les organisateurs d'évènements/clubs, dancing (charte), ainsi que les prestations de premiers soins/secours.
- La mise en place d'une information grand public, sous forme de campagnes interpellant notamment les personnes qui peuvent se sentir concernées par l'usage de certains de ces produits (affichage, *hotline* téléphonique et site Internet).
- La formation des professionnels du réseau, intégration de modules dans le cursus de formation (médecin, infirmier, travail social).

Ce projet a débuté en automne 2005 et fait l'objet d'une évaluation menée par l'IUMSP.

4.3.4 Conclusions

La réduction des risques à Genève s'adresse à une population de consommateurs de drogue qui se réduit peu à peu et qui vieillit, avec des problèmes de santé qui iront en s'aggravant (prévalence hépatite C très élevée).

Une partie de cette population n'est pas domiciliée dans le canton.

Une grande partie des consommateurs qui fréquentent les structures à bas seuil spécialisées dans la réduction des risques est en traitement de substitution.

La majorité des nouveaux arrivants à Quai 9 ont déjà fait un test VIH, mais la proportion de tests récents baisse d'année en année.

Une proportion stable de nouveaux usagers rapporte avoir partagé des seringues au cours des 6 mois précédant l'enquête. Le fait que la proportion des nouveaux arrivants à Quai 9 qui ont fait un test VIH récemment baisse est de ce point de vue inquiétant. Par ailleurs, on observe un faible nombre de préservatifs distribués.

La baisse de fréquentation – ainsi que la baisse des nouveaux usagers - amorcée en 2004 s'est poursuivie.

On note aussi une diminution continue du nombre de seringues remises à Genève depuis 2003 qui peut avoir son origine dans les changements de modes de consommation.

Le monitoring mis en place par Première ligne est performant et permet de suivre adéquatement les activités des structures de réduction des risques ainsi que les caractéristiques de la nouvelle clientèle ou de la consommation (statistiques de la salle d'injection). L'informatisation du système amènera encore des améliorations.

4.3.5 Recommandations

Les activités de réduction des risques (VIH et hépatites) doivent être maintenues.

La diminution de la fréquentation de Quai 9 et de la demande en matériel d'injection doivent être suivies de façon à pouvoir estimer s'il s'agit d'une baisse réelle de la demande ou d'une baisse causée par un accès insuffisant aux structures (par exemple du fait des conditions de répression ou de violence).

Il faudra aussi suivre de près l'évolution de la consommation (substances, mode de consommation).

La prévention des risques sexuels devrait encore être renforcée, de même que l'information sur le test, voire l'encouragement au test chez les personnes qui se sont exposées à des risques.

4.4 ASSOCIATION SOLIDARITÉ FEMMES AFRICAINES DE GENÈVE ASFAG

L'Association Solidarité Femmes Africaines de Genève (ASFAG) est un groupe d'entraide qui s'adresse aux femmes africaines vivant avec le VIH/sida et à leurs proches. L'association a démarré en mai 2002 avec le soutien de l'OFSP, du canton de Genève, de Sida Accueil et du GSG. Dès 2004, elle a pu bénéficier de locaux mis à disposition par la Ville de Genève^a. L'ASFAG est parrainée par le Ministère Sida qui assure sa stabilité institutionnelle, ainsi qu'une surveillance budgétaire. Ce soutien se poursuit malgré la fermeture du Ministère en juin 2005.

L'objectif global de l'ASFAG est la création d'un cadre de solidarité afin d'offrir aux femmes africaines vivant avec le VIH/sida à Genève et dans la région la possibilité de partager leurs expériences, de s'entraider et d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Les objectifs spécifiques de l'ASFAG sont les suivants^b :

- améliorer l'accès à l'information des femmes africaines sur la santé ;
- briser l'isolement et lutter contre la marginalisation des femmes d'origine africaine, tout particulièrement celles qui sont malades ;
- offrir à ces femmes un soutien culturellement adéquat pendant la maladie ou le deuil d'un proche et qui prenne en compte la présence d'enfants et des membres de leurs familles ;
- développer un réseau de soutien avec la famille et les proches dans leur pays d'origine ;
- encourager les échanges d'expériences à travers les groupes de paroles ;
- rendre les femmes africaines aptes à utiliser leurs connaissances et leurs aptitudes socio-professionnelles pour aborder les différentes maladies, consolider l'entraide et l'aide apportée à d'autres femmes africaines confrontées à des problèmes de santé.

Dans les statuts de l'association, l'accent est mis sur les activités de soutien. En revanche, dans le contrat de partenariat avec l'Etat de Genève, il est également fait mention de tâches de prévention, auprès des femmes africaines concernées par le VIH et des populations sub-sahariennes en général, sans toutefois que les activités soient détaillées ni qu'une clé de répartition des ressources entre activités de soutien et de prévention y figure.

L'association regroupe plus de 80 femmes, âgées de 20 à 55 ans et provenant de toute l'Afrique. De nombreuses ethnies sont ainsi représentées et des problèmes de langues peuvent se poser pour les échanges. Par ailleurs, l'association compte également des membres de soutien, soit une cin-

^a Le financement de l'Association est assuré par la subvention cantonale, le local est mis à disposition par la Ville et une participation financière est demandée aux participants lors des ateliers.

^b Statuts de l'ASFAG.

quantaine de personnes. Au sein de l'Association se côtoient des femmes dont les caractéristiques de migration, d'expérience de vie (violences, par ex.), de statut social et de niveau d'éducation sont très diverses.

L'association est dédiée aux femmes : lorsque des hommes africains s'adressent à l'ASFAG, ils sont réorientés vers d'autres associations telles que PVA et le GSG.

En 2004, une évaluation de l'Association a été réalisée sur demande de l'OFSP¹⁶. Elle portait essentiellement sur les activités en matière de soutien et de conseil. L'évaluation a mis en évidence à la fois les forces et les limites de l'Association. Concernant les premières, l'importance du travail de médiation, de traduction et d'information a été relevée. L'intervention de soutien pour les personnes malades, mais également la célébration des événements de la vie de manière culturellement adaptée, ainsi que la réduction de la stigmatisation ont été soulignés comme des points spécifiques à l'Association. Quant aux limites, elles concernaient aussi bien certains aspects administratifs que de gestion de l'association (statut de membres, dispositions relatives au Comité directeur et son rôle, tenue des comptes, etc.). Une des principales difficultés relevée était le passage de l'ASFAG d'une association bénévole à une association (semi-)professionnelle. Cette transformation a donné lieu à l'émergence de tensions. Par ailleurs comme le soulignait l'évaluation, la nécessité pour l'association d'être guidée et encadrée a également entraîné une certaine dépendance à l'égard de certaines personnes aidantes.

L'évaluation précisait encore que si le volet de prévention était mentionné dans les missions de l'association, il restait vague quant à ses buts et à ses moyens.

4.4.1 Activités de prévention

L'ASFAG travaille, d'une part avec les femmes directement concernées par le VIH/sida, d'autre part auprès de la population d'Afrique sub-saharienne. Les activités de prévention se présentent différemment selon la population-cible concernée.

Prévention auprès de la population subsaharienne en général

Deux médiatrices de l'ASFAG, une francophone et une anglophone, avec deux remplaçantes ayant un même profil^a, ont pour tâche la transmission de messages de prévention et la diffusion de matériel auprès de la population sub-saharienne. Ces médiatrices se rendent principalement dans des lieux où Afrimédia et le GSG n'interviennent pas : principalement des salons de coiffure, des magasins africains d'alimentation, mais également des fêtes (mariage, baptêmes, ...). Elles y mènent un travail de proximité, entrent en contact avec les personnes présentes, fournissent du matériel de prévention. Elles s'y font connaître comme des personnes-ressources.

Les activités de prévention n'ont pas été comptabilisées en 2005 ; il n'est donc pas possible d'évaluer le travail des médiatrices pour transmettre de l'information sur la prévention du VIH et l'utilisation des préservatifs. En revanche, il est prévu dès janvier 2006 d'utiliser une fiche développée par les médiatrices sur le modèle des fiches du GSG.

L'ASFAG a également collaboré plusieurs fois avec les autres associations qui ont pour objectif la prévention du sida chez les migrants (GSG surtout et parfois avec Afrimédia) par exemple lors de l'action de prévention ayant pour thème les voyages (cf. 4.1.2).

Pour 2006 également, l'ASFAG a comme projet la formation de plusieurs médiatrices, ce qui permettrait d'augmenter les ressources pour les activités de prévention et de soutien. Cette formation de médiatrice doit donner aux femmes un outil supplémentaire dans leur intervention, mais sans qu'il s'agisse pour elles de renoncer à intervenir sur la base de leur expérience. Au contraire, ce type de formation devrait permettre d'acquérir un langage commun et de favoriser des échanges "bidirectionnels" entre les intervenants du GSG et de l'ASFAG.

^a Six médiatrices ont été formées, elles ne sont pas encore toutes en activité.

Réunion mensuelle (groupe de parole) avec les femmes de l'association

L'ASFAG participe aux réunions d'informations mensuelles sur le VIH/sida, mis en place par le GSG et le Ministère Sida. Il s'agit d'un groupe de parole ouvert aux femmes qui réunit entre 15 et 25 personnes par mois. Celles-ci partagent des informations générales concernant le VIH et parlent de prévention. La parole est plus libre, du fait que les femmes se retrouvent entre elles.

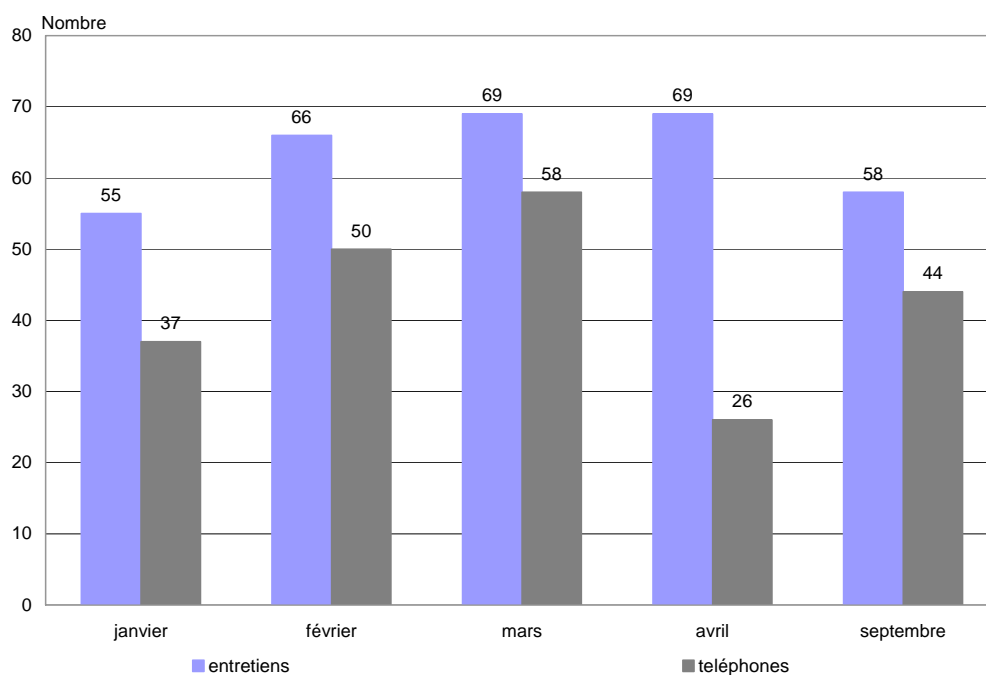
Pour l'année 2006, il existe le projet de réserver une réunion trimestrielle ouverte à d'autres femmes et comportant une présentation et un débat sur un sujet spécifique. Par exemple il est projeté d'inviter des intervenants tels qu'un gynécologue, une diététicienne, une sage-femme ou un chirurgien spécialiste en reconstruction des organes génitaux.

4.4.2 Activités d'accueil et de soutien

L'ASFAG propose aux femmes concernées par le VIH/sida un soutien individuel sous forme d'entretiens. Le local est également un lieu de rencontre informelle des femmes.

Les données reçues de l'ASFAG pour l'accueil et le soutien couvrent la période de janvier à avril 2005 et le mois de septembre. Entre deux, la statistique n'a pas été tenue en raison d'un congé accident de la collaboratrice s'occupant de la gestion administrative.

Figure 4.14 Activités de l'ASFAG par mois, janvier-avril et septembre 2005



Depuis l'ouverture du local et l'engagement d'une personne pour le poste de coordinatrice, les visites à domicile ont été remplacées par les entretiens/passages au local de l'ASFAG. Ce soutien correspond à une soixantaine d'entretiens par mois dont bénéficient environ 30 femmes différentes. Par ailleurs, la structure reçoit une quarantaine de téléphones par mois. L'équipe de l'ASFAG a commencé également à réaliser des entretiens « Trousse femmes » auprès des femmes africaines séropositives (cf. 4.1.5).

En plus des entretiens individuels, l'ASFAG fait des visites à l'hôpital et apporte de la nourriture africaine à la demande de la personne hospitalisée. Pour 2005, 167 visites ont été faites, ce qui représente environ 80 à 100 femmes hospitalisées.

Les intervenantes de l'ASFAG proposent également une aide pour la personne malade, que ce soit pour les courses, la lessive, le repassage ou du baby-sitting, ce qui permet aussi aux mères de se rendre à un rendez-vous médical. Ces activités ont une grande importance pour la communauté africaine et permettent souvent un meilleur suivi médical pour le patient.

Aucune aide financière n'est donnée par l'ASFAG.

4.4.3 Activités mixtes soutien / prévention : les ateliers

Différents ateliers sont proposés aux membres de l'ASFAG qui ont pour but de sortir les femmes de leur isolement ; de leur permettre de s'exprimer sur des sujets intimes liés au VIH/sida et à la sexualité au cours d'une activité traditionnelle ; de valoriser leur savoir-faire et de restaurer l'estime d'elles-mêmes.

Les ateliers proposés sont les suivants :

- un atelier coiffure : tous les mercredis et jeudis de 10h30 à 17h30 ;
- un atelier couture tous les jeudis après-midi ;
- un atelier repassage du lundi au vendredi ;
- un service de restauration: les activités de cuisine ont lieu soit au domicile d'un membre de l'association, soit directement sur le lieu de destination ; les femmes cuisinent pour des événements festifs (naissances, mariages, anniversaires, etc.) ;
- un atelier d'assistance à la rédaction de courrier administratif.

Ces ateliers sont ouverts à toutes les femmes, membres ou non de l'ASFAG. C'est une particularité de l'ASFAG, de travailler sur deux pôles, la prévention et l'accompagnement autour du VIH/sida d'une part, et d'autre part l'interculturalité et la rencontre des autres en général.

Une vingtaine de femmes sont présentes en moyenne durant chacun des ateliers, même si elles ne sont pas toutes actives. Ils fonctionnent donc également comme un lieu de rencontre. La prévention peut y être abordée de manière informelle. Les femmes participent financièrement au coût des ateliers.

L'activité des ateliers n'a pas été monitorée jusqu'à présent et devrait l'être dès 2006.

4.4.4 Conclusions

L'ASFAG favorise la reconnaissance et l'affirmation de l'existence de femmes séropositives dans les communautés africaines. Elle contribue donc à la prise de conscience de l'existence du problème VIH dans les communautés et à la lutte contre l'exclusion des personnes concernées.

Prévention

L'objectif de prévention auprès de la population migrante subsaharienne en général fixé en 2005 constitue une adjonction importante aux missions d'origine de l'association. Ces activités demandent d'autres moyens d'intervention et des compétences plus « professionnelles », qui dépassent l'expérience personnelle.

L'ASFAG a entamé un travail de formation de médiatrices parmi ses membres, en vue d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre du contrat de partenariat.

Soutien

L'ASFAG remplit son rôle dans les activités de soutien auprès des femmes africaines concernées par le VIH/sida. Ces activités demeureront vraisemblablement le centre de l'activité de l'association.

La gestion administrative de l'association s'est améliorée, mais les activités de prévention sur le terrain et dans les ateliers sont encore trop peu documentées.

4.4.5 Recommandations

Le soutien auprès des femmes africaines concernées par le VIH/sida doit rester le point fort de l'ASFAG.

En parallèle, les activités de prévention en direction des communautés africaines devront être développées en coordination avec les autres institutions s'occupant de prévention auprès des migrants sub-sahariens, dans le cadre d'une planification concertée à laquelle l'ASFAG devra être invitée à participer.

Les intervenantes de l'ASFAG ne sauraient être considérées comme responsables de la prévention auprès de toute la population migrante subsaharienne, pas plus qu'elles ne devraient agir isolément des autres acteurs. L'ASFAG devrait être utilisée comme porte d'entrée pour les populations subsahariennes. Il s'agira surtout de s'appuyer sur leurs forces et leurs compétences propres (travail auprès des femmes africaines, intervention dans des lieux fréquentés par des femmes ou lors d'activités menées par des femmes) et leur statut de personnes qui peuvent témoigner de leur séropositivité.

L'ASFAG devra continuer à bénéficier d'une formation continue et de supervision pour que les activités de prévention puissent atteindre les objectifs fixés.

La documentation et le suivi des activités sur le terrain doivent être améliorées.

4.5 ASSOCIATION GENEVOISE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (PVA)

L'Association genevoise des Personnes Vivant Avec le VIH/sida et leurs proches (PVA) a été créée en 1992 avec pour mission "d'offrir une structure d'accueil, d'information, d'expression, de coordination, de convivialité et de solidarité"^a aux personnes concernées par le VIH/sida.

Les objectifs de PVA décrits dans le contrat de partenariat sont :

- amener un soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida et à leurs proches ;
- développer des actions de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques relatifs à la transmission du VIH ;
- renforcer le développement d'une sexualité à moindre risques auprès des PVA et de leurs proches.

PVA offre une palette de prestations qui comprend l'accueil quotidien dès 15 heures et qui se termine, le lundi soir, par un repas ; différents ateliers (bougies, couture, repassage, autodidacte), des activités régulières (coiffeur et sauna) et des activités sur rendez-vous (thérapies individuelles, massages, groupe de parole, réflexologie et shiatsu).

L'association réunit environ 400 membres dont le profil est très diversifié (intégré ou non, HSH, consommateurs de drogues, femmes africaines, etc.) et comprend en particulier des personnes présentant d'importantes difficultés de santé et financières.

4.5.1 Accueil et contacts à PVA

Une trentaine de personnes viennent chaque semaine à PVA dans le cadre des moments d'accueil et environ une vingtaine sont présentes lors du repas du lundi soir. Ces personnes sont majoritairement

^a Rapport d'activité 2004.

des personnes séropositives qui souhaitent parler de leurs difficultés et bénéficier de l'écoute des bénévoles présents ou simplement voir du monde (Tableau 4.29).

Un monitoring des contacts ayant lieu au secrétariat a été mis en place au cours du mois de mai 2005. Les contacts sont relativement peu nombreux, soit environ 5 à 6 par mois. La proportion d'hommes et de femmes est relativement équilibrée. La plupart de ces contacts ont lieu par téléphone.

Les personnes qui contactent le desk de PVA demandent principalement des conseils concernant le VIH/sida et des informations sur l'association (14 demandes entre mai et septembre). Les demandes concernant un listing des thérapeutes, l'accueil à PVA ou encore la vie associative viennent ensuite (6 demandes). Dans la plupart des cas, les intervenants proposent à la personne de venir bénéficier des moments d'accueil (12 personnes). Parfois (9 cas), le contact a débouché vers un aiguillage en direction des services sociaux ou de santé, notamment Dialogai et Check-Point pour des personnes homosexuelles. Trois personnes ont également pris rendez-vous pour discuter de manière plus approfondie du VIH.

Tableau 4.29 Nombre moyen de contacts à l'accueil par mois, PVA, 2005

Accueil	Nombre de contacts (par mois)
Téléphone, mail	3 à 6
Accueil "dans la salle"	100 à 120

4.5.2 Activités thérapeutiques

PVA propose à ses membres une palette d'interventions de type thérapeutique: réflexologie, shiatsu, massages, thérapie de couple et de famille, art-thérapie, groupe de parole à visée thérapeutique. Ces activités se déroulent soit dans les locaux de PVA (Massage, réflexologie, art-thérapie et groupe de parole) soit au cabinet privé du thérapeute (shiatsu, thérapie de couple et de famille).

Lorsqu'une personne devient membre de PVA, elle reçoit la liste des thérapeutes et de leur offre. En fonction de ses envies, elle pourra alors prendre contact avec l'un ou l'autre intervenant.

Pour bénéficier de ces prestations, la personne séropositive doit contribuer à raison de 10% du coût et être membre de l'association. Certaines activités sont gratuites comme par exemple l'atelier coiffure (1 fois tous les 15 jours).

Globalement les activités thérapeutiques, qu'elles soient de soutien, de relaxation ou artistiques, sont appréciées des membres de PVA, ce qui se traduit par un nombre important de séances offertes. Toutefois celui-ci a dû être revu à la baisse pour 2005 en raison d'une diminution de la subvention reçue par l'Association. Une réorganisation de l'offre a de ce fait été nécessaire et chaque thérapeute s'est vu attribué un certain nombre de séance (principe de quotas) en fonction des statistiques de la fréquentation de chaque offre. Une des principales conséquences de ces contraintes budgétaires a été de diminuer le nombre de patients suivis.

En 2005 la fréquentation moyenne mensuelle des thérapeutes est la suivante :

- Mieux Vivre Avec (soutien psychologique) : 25 consultations ;
- Massages de relaxation : 30 consultations ;
- Réflexologie : 12 consultations ;
- Shiatsu : 18 consultations.

4.5.3 Activités de prévention

PVA n'organise pas à elle-même d'activités de prévention auprès de la population générale, mais l'association est présente dans différentes manifestations organisées conjointement par les associations de la place, telles que le 1^{er} décembre. Par contre les aspects préventifs sont abordés chaque fois que la situation le permet, notamment dans le cadre de l'accueil ou des ateliers thérapeutiques. Afin de mieux comprendre comment la prévention était abordée à ces occasions, deux entretiens collectifs ont eu lieu : d'une part avec les bénévoles participant à l'accueil et, d'autre part, avec les différents thérapeutes qui proposent des prestations.

Prévention dans le cadre de l'accueil

L'entretien collectif a porté sur la prévention pouvant être faite dans le cadre de l'accueil par les bénévoles. Au total, 4 bénévoles (2 hommes et 2 femmes) et le président de l'association ont participé à la rencontre. Ces personnes ont bénéficié d'une formation à l'écoute active avant de pouvoir participer à l'accueil. La plupart d'entre elles ont suivi une formation supplémentaire, par exemple concernant la PEP^a, afin d'être capables d'informer adéquatement les personnes qui se présentent.

Le rôle des bénévoles consiste à être à disposition des personnes qui viennent, spontanément ou sur rendez-vous, pour les écouter, les soutenir et répondre à leurs demandes. Le contenu des échanges dépend ainsi de la demande des personnes qui se présentent. Dans ce cadre, la prévention est abordée pour autant qu'un élément de la discussion permette de faire le lien. C'est notamment le cas lorsque la personne parle de son désir de renouer une relation, de son désir d'avoir des enfants, de sa relation si elle vit en couple, etc. Dans chacune de ces situations, les messages donnés sont clairs et cohérents : protection des partenaires et de soi.

Par ailleurs, la question relative au fait de dire sa séropositivité est régulièrement abordée. Pour les personnes qui font le pas d'accepter de venir à PVA, il y a une première étape de reconnaissance de leur situation. Les bénévoles considèrent que le fait de pouvoir parler de sa séropositivité dans le cadre de l'accueil permet de dépasser un tabou. Par la suite, le sujet pourra plus facilement être évoqué dans le cadre d'une relation de couple ou vis-à-vis de proches. La transparence au sujet de son statut est toujours encouragée.

Le fait de partager avec les personnes accueillies l'expérience de la maladie et des difficultés à vivre avec le VIH favorise la mise en confiance. De plus, le partage d'un vécu identique, notamment autour des difficultés de dire sa séropositivité ou d'avoir des relations sexuelles, permet d'avoir une forte légitimité par rapport aux messages de prévention donnés.

Les bénévoles sont toutefois attentifs à ne pas dépasser le cadre de l'écoute et de l'orientation. Ainsi, certains aspects des traitements médicaux qui relèveraient d'une expérience personnelle ne sont pas abordés, chaque individu ayant des réactions spécifiques à la prise de traitement.

Prévention dans le cadre du travail des thérapeutes

L'entretien collectif avec les thérapeutes a permis d'aborder la place de la prévention dans leur travail. Quel que soit le type de thérapie, les thérapeutes sont à l'écoute et de manière générale il ressort que les patients parlent durant ces séances. La sexualité et la prévention sont très souvent présentes dans ces échanges et discussions, bien que de façon diffuse et sans que ce soit le thérapeute qui aborde le sujet. Ainsi, la clientèle séropositive bénéficie d'un message de prévention même si celui-ci n'est pas transmis de façon systématique et formelle, mais en fonction de rencontres et des discussions qui se développent.

Les thérapeutes insistent sur le fait que l'amélioration de la relation à l'autre est déjà en soi de la prévention ou une contribution à la prévention. De plus les intervenants soulignent l'existence d'une prévention qui se fait à un niveau global, qu'ils résumant par "éviter que la personne aille moins bien".

Bien que toutes les activités ne se prêtent pas à des messages de prévention, dès que des occasions se présentent dans les échanges, les thérapeutes en parlent. Ainsi, par exemple lors d'une situation de

^a La PEP : prophylaxie post exposition du VIH (PEP-VIH).

comportements à risque rapportée, il est possible pour le thérapeute de travailler sur le déni de la séropositivité, les comportements qui peuvent en découler et leurs conséquences pour le partenaire.

Les news

Le journal produit par PVA "Ciblé sida" a été supprimé en 2005 en raison des coupes budgétaires et remplacé par les "PVA news", petits feuillets photocopiés qui donnent des nouvelles de l'association, de ses membres, du réseau, etc.

4.5.4 Conclusions

PVA est la seule association généraliste de personnes concernées par le VIH/sida. Le soutien qu'elle apporte permet d'améliorer le bien-être des personnes concernées ; cette amélioration peut contribuer à la prévention et à la compliance aux traitements; l'association joue aussi un important rôle de solidarité dans le réseau.

PVA permet de renforcer le soutien mutuel entre PVAs. Les rencontres du groupe de parole sont l'occasion d'une communication importante autour des questions liées à la maladie et aux traitements.

Les activités de prévention se font dans le cadre de l'accueil, collectivement lors de discussions ou individuellement dans le conseil et l'écoute. La clientèle séropositive bénéficie d'un message de prévention même si celui-ci n'est pas transmis de façon systématique et formelle, mais en fonction de rencontres et des discussions qui se développent. La prévention est plus souvent individuelle et le partage d'un vécu de séropositif permet d'aborder la prévention de manière concrète.

Les bénévoles intervenant dans l'accueil ont reçu une formation à l'écoute et ont une bonne compréhension de leur rôle et des limites de leurs interventions.

PVA a abandonné la publication du journal suite à la diminution de son budget.

4.5.5 Recommandations

Il est important que PVA puisse continuer son rôle d'association de pairs ouverte à tous les PVAs.

Le soutien et la promotion de la solidarité doivent rester la priorité dans les activités de PVA. La prévention auprès des personnes séropositives peut encore être renforcée mais il n'y a pas de sens à développer d'autres actions propres de prévention à l'extérieur si ce n'est la participation au 1^{er} décembre ou à d'autres activités en collaboration avec d'autres associations.

Il faut mettre en place une meilleure documentation (instrument de monitoring) du travail d'accueil par les bénévoles

4.6 LES PRESTATIONS DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA AUPRÈS DES MIGRANTS ET EN PARTICULIER DES MIGRANTS SUBSAHARIENS

La question de la prévention du VIH/sida auprès des migrants (en particulier sub-sahariens) est une des priorités de l'évaluation en 2005. Ce chapitre présente un état de la situation en la matière. Il regroupe des informations récoltées au cours d'un focus group avec des intervenants du domaine « migrants » (voir chapitre méthode), ainsi que des données d'activités des associations.

Rappelons que l'objectif du focus group était de faire le point sur la situation en matière de prévention auprès de la population migrante subsaharienne, public-cible de plusieurs associations. Il a été proposé aux participants de discuter de la place particulière qu'ils occupent respectivement dans le cadre de la prévention auprès de la population migrante, des lacunes et besoins non couverts en termes de prévention auprès des migrants notamment subsahariens et enfin, de leurs propositions d'organisation du dispositif pour répondre aux lacunes identifiées.

Le focus group a regroupé plusieurs représentants du GSG et de l'ASFAG, associations suivies dans le cadre de l'évaluation, l'ancienne responsable du Ministère sida engagée dans la supervision des activités de l'ASFAG, ainsi que des représentants du Centre santé migrants^a et d'Afrimédia^b. L'association Aspasia – qui intervient dans le domaine de la prostitution (voir ci-après) – n'était pas conviée à la séance vu la spécificité de la population qu'elle touche, avec peu de risque que ses interventions recouvrent celles d'autres institutions. Elle est cependant un partenaire reconnu des institutions participant à ce focus group.

4.6.1 Activités de prévention : sensibilisation, information et contacts

Trois types d'actions de sensibilisation et d'information sont mis sur pied à l'intention des populations migrantes : des interventions de type « tout public », des interventions de type travail de proximité et enfin des séances d'informations sur le VIH/Sida. Elles sont synthétisées dans le Tableau 4.30. Les migrants peuvent bien sûr également être atteints par les campagnes à l'intention de la population générale (STOP SIDA, activités tout-public du GSG, etc.).

Tableau 4.30 Actions de prévention auprès des migrants, 2005

Quoi	Organisateurs	Type d'action	Public-cible	Collaboration
Interventions de type tout public migrants	GSG	5 actions mobiles et stands	Population africaine population latino centre de requérants d'asile	Afrimédia EPER Centre de requérants d'asile
Interventions de type travail de proximité (outreach) ou de distribution de matériel de prévention par des médiateurs	GSG	Ethno-ContactS 56 sorties dans les parcs de Genève	Tous migrants	
	ASFAG	Contacts dans des lieux fréquentés par la population africaine Présence lors de fêtes diverses	Migrants sub-sahariens	Occasionnelle-ment GSG
	Afrimédia	Contacts dans des lieux fréquentés par la population africaine Présence lors de fêtes diverses	Migrants sub-sahariens	Occasionnelle-ment GSG
Séances d'information VIH/sida	GSG	17 séances d'info VIH/sida de base, modes de transmission, dépistage, préservatifs	Tous migrants, Requérants	OSEO Centre santé migrants Centre de requérants d'asile Camarada, UOG

^a Le Centre santé migrants est une unité spécialisée comprenant médecins et infirmières qui fait partie, avec un réseau de médecins installés en pratique privée et de services hospitaliers, de la filière de soins offerte aux requérants d'asile et notamment aux migrants d'origine subsaharienne

^b Afrimédia est un projet financé par l'OFSP, piloté par la Croix Rouge suisse et l'Institut tropical suisse. Ce projet de prévention du VIH/sida travaille avec des médiateurs et a pour mission d'atteindre et d'entrer en contact avec les communautés africaines. Il est prévu que le projet Afrimédia s'arrête en avril 2006.

Travail de proximité

Le projet d'Ethno-ContactS, avec ses 6-8 médiateurs qui vont sur le terrain à la rencontre des migrants dans les parcs et dans d'autres endroits où se retrouvent des migrants, informe et donne des conseils de prévention VIH/sida. Cette action ne concerne cependant pas uniquement les migrants africains, mais touche également les communautés sud-américaines et celles originaires des Balkans. Dans d'autres actions du GSG (par exemple avec les femmes latino-américaines), une petite formation de base est donnée à certaines personnes motivées qui sont d'accord d'être des personnes-ressources pour leur communauté.

Un travail de prévention de proximité adressé à des migrants africains est réalisé par Afrimédia, qui intervient sur différents terrains. Par exemple, les médiateurs (des deux sexes) travaillent avec les responsables d'organisation de manifestations, mettent du matériel à disposition, participent à la manifestation. Chaque médiateur/trice a de plus son terrain spécifique, que ce soit la gare, des boîtes de nuit, des restaurants où des personnes africaines se retrouvent et dans lequel il intervient pour faire de la prévention. Chacun des 3 médiateurs (4 à l'origine) dispose d'environ 15 heures par mois pour faire son travail

Les médiatrices de l'ASFAG développent des activités de prévention ciblées vers les femmes africaines concernées par le VIH/ sida, mais ont aussi des activités de proximité avec des interventions dans des fêtes de la communauté africaine (mariage, baptêmes, ...) ou dans des lieux fréquentés par les femmes africaines telles les salons de coiffure, les magasins africains d'alimentation.

Séances d'information

Les séances de sensibilisation et d'information sur le VIH/sida sont proposées par le GSG ou fournies par celui-ci à la demande du Centre santé migrants, des Centres de requérants ou de l'OSEO par exemple. En 2005, elles ont permis de toucher près de 100 migrants sub-sahariens (sur 450 migrants ayant reçus la formation), essentiellement des requérants d'asile.

Des ateliers d'information inclus dans le service d'accueil de l'Hospice général et organisés par le GSG permettent de toucher 250 à 300 requérants par année.

En l'absence d'un monitoring systématique et complet du nombre d'événements de prévention organisés et du nombre de personnes touchées, il est difficile d'apprécier la couverture de la population touchée. Néanmoins, on peut estimer à plusieurs centaines les personnes d'Afrique sub-saharienne atteintes par un message de prévention en 2005.

4.6.2 Soutien individuel et counselling

Un travail de prévention et de conseil basé sur l'interaction individuelle de type « soutien individuel et counselling » est proposé par plusieurs associations ou institutions comme le résume le Tableau 4.31 ci-dessous.

Tableau 4.31 Soutien et counselling auprès des migrants, 2005

Quoi	Organisateurs	Public-cible	Collaboration
Entretiens individuels	CSM	Requérants d'asile	
	GSG	Tous	
	ASFAG	Femmes africaines	
	Pasteure HUG	Tous Migrants d'origine africaine	

Quoi	Organisateurs	Public-cible	Collaboration
Trousse femmes	GSG	Femmes séropositives	
	Ex-Ministère Sida	Femmes séropositives	
	ASFAG	Femmes africaines séropositives	
Tests	CSM/ Projet à l'étude	Requérants d'asile	Tous

Dans le cadre de la consultation faite par le Centre santé migrants auprès des requérants d'asile, et par laquelle tout nouveau requérant passe, le thème de la prévention VIH/sida est généralement abordé. Si la personne est séropositive, elle sera orientée vers les associations (GSG principalement ou ASFAG) qui offrent un soutien psychosocial. Une réflexion est en cours en vue de proposer systématiquement le test VIH à tous les nouveaux arrivants (projet de l'OFSP).

Aux HUG, la responsable de l'axe médiation auprès des personnes d'origine africaine offre également un soutien individuel sous forme d'entretien.

Les entretiens qui accompagnent la remise des Trousse femmes aux femmes séropositives aussi bien par le GSG, l'ex-Ministère Sida et l'ASFAG (voir chapitre GSG), permettent entre autres d'aborder les activités sexuelles et l'utilisation du préservatif.

Il faut ajouter à ces prestations de prévention organisées, l'activité de prévention individuelle, plus ou moins approfondie qui peut être offerte lors de consultations médicales (médecins de famille, planning familial, consultation VIH, etc.) ou infirmières. Une étude menée en 2004 a cependant montré que ces occasions de prévention « opportuniste » auprès des migrants n'était pas suffisamment utilisées par les professionnels, qui ne se sentent pas suffisamment à l'aise pour parler de sexualité avec leurs patients migrants¹⁰.

4.6.3 Coordination et formation

Planification et coordination

Au vu des nombreuses actions de prévention mises en œuvre par les différentes associations, l'enjeu, comme l'ont souligné les participants au focus group, est de parvenir à coordonner l'ensemble, afin d'éviter tant les doublons que les lacunes dans le dispositif.

Ce processus de coordination est en cours. Une collaboration est déjà instaurée entre Afrimédia et le GSG. Il est prévu d'intégrer l'ASFAG à cette collaboration. Celle-ci devrait prendre la forme d'une réunion mensuelle animée par le GSG, en vue d'élaborer un planning officiel qui faciliterait une connaissance des intervenants et de leurs interventions respectives (qui ? où ?). Il est en effet arrivé que, par manque de coordination et de planification, des médiateurs d'Afrimédia, du GSG et de l'ASFAG soient présents lors de la même manifestation sans s'être concertés.

En ce qui concerne les collaborations entre ces différents partenaires du réseau, les membres du focus group ont insisté sur l'importance de mettre en évidence les complémentarités et de garder les spécificités de chacune des structures.

Par ailleurs, le travail des associations genevoises dans le cadre du VIH/sida est, comme le résume une intervenante, sous-tendu par la nécessité de tenir compte, d'une part, des exigences liées à la situation épidémiologique (nombreux cas de VIH chez les migrants sub-sahariens) et, d'autre part, d'anticiper la diffusion de l'épidémie par des activités de prévention primaire auprès d'autres groupes de migrants qui, pour l'instant, apparaissent comme moins atteints mais qui peuvent avoir un accès insuffisant à la prévention. Dans une perspective d'égalité d'accès à la prévention, il importe en effet de ne pas seule-

ment couvrir les populations dont on sait qu'elles comptent de nombreuses personnes séropositives, mais également les nouveaux arrivants ou les populations peu connues.

Formation et supervision

Les intervenants des différentes associations ont reçu une formation commune donnée par le GSG. Elle doit permettre, à terme, une forme d'interchangeabilité entre les intervenants ou médiateur/trice-s de l'ASFAG ou d'Afrimédia. Si la dynamique inter-associative semble se développer de façon positive, les participants au focus group reconnaissent l'importance de s'assurer qu'une bonne communication se mette en place, permettant entre autres de garder une trace des actions entreprises et de leur donner une visibilité.

Si le recours à des médiateurs issus des communautés se développe (personnes-ressources), une formation commune pourrait être envisagée.

4.6.4 Lacunes et besoins concernant les migrants sub-sahariens

Plusieurs lacunes dans le domaine de la prévention auprès des populations migrantes ont été identifiées par les participants au focus group.

Les hommes

Plusieurs intervenants signalent les difficultés à rencontrer les hommes subsahariens qui sont souvent réticents, de peur notamment d'être stigmatisés. Les intervenantes de l'ASFAG soulignent les difficultés de motiver les hommes pour la prévention, souvent pour des raisons culturelles de rapport entre les genres. Néanmoins, il est ressorti de la discussion l'importance à l'avenir de faire davantage de prévention en direction des hommes et de les intégrer davantage dans le dispositif de prévention.

Une des façons de travailler avec les hommes pourrait être, selon les participants au focus group, de créer des groupes de personnes ressources. Il s'agit de personnes motivées issues des communautés visées et qui reçoivent une petite formation. Ils peuvent ensuite assurer un relais des informations VIH/sida et du réseau auprès de leurs pairs.

Différentes communautés

Une attention particulière doit être accordée aux différents sous-groupes de population parmi les migrants subsahariens. En effet, lors des réunions de l'ASFAG, par exemple, se rencontrent des femmes de culture, de langues et de religions différentes qui n'abordent pas les choses de la même façon.

La suggestion a été faite de recenser, selon la / les langues parlée(s), toutes les personnes ayant reçu la formation de base du GSG de façon à disposer d'un pool de gens formés, susceptibles d'être sollicités pour répondre à des questions de base ou assurer un relais dans les différentes communautés existantes.

Approche des nouveaux migrants

Les professionnels ont relevé l'importance d'intervenir auprès des personnes qui viennent juste d'arriver en Suisse. Il convient encore de réfléchir au moyen de rentrer en contacts avec ces nouveaux arrivants.

Prévention dans les services de santé et matériel pédagogique

Une des priorités pour l'avenir exprimées par les participants au focus group porte sur l'élaboration de matériel pédagogique, notamment dans le domaine des traitements, de façon à améliorer la compréhension mutuelle entre professionnels de la santé et migrants (par ex. expressions utilisées pour parler de la maladie, des effets secondaires) et dans le domaine de la prévention et de la sexualité en général (p.ex. information sur les pratiques sexuelle, les mutilations génitales). Dans la mesure où le médecin reste la personne de référence pour ce qui est de la maladie et que Genève bénéficie à l'hôpital et dans le réseau des médecins de ville d'un pool de médecins VIH formés, il semble particulièrement important de pouvoir proposer à ces professionnels des outils et du matériel pour renforcer leur intervention et la rendre surtout plus compréhensible pour une population migrante. Ce type de sensibilisation devrait s'étendre à d'autres professionnels de premier recours (planning, gynécologues, généralistes).

4.6.5 Conclusions

La prévention auprès des migrants – en particulier sub-sahariens – s’est développée ces dernières années. Différentes associations occupent le terrain, toutefois la connaissance sur les populations-cibles, leurs caractéristiques, leur localisation et les moyens d’entrer en contact avec elles, est encore insuffisamment documentée ou partagée et il est difficile d’estimer la couverture effective de cette population.

Le GSG apparaît comme l’acteur central des interventions de prévention auprès des populations migrantes, d’une part parce qu’il vise toutes les communautés existantes, mais aussi parce qu’il a développé des actions spécifiques en complément au travail avec des médiateurs, par exemple les séances d’information pour les requérants d’asile. Afrimédia et l’Asfag visent quant à elles des sous-groupes de migrants (africains et femmes africaines). Leurs interventions sont essentiellement basées sur un travail de proximité mené par des médiateurs. L’Asfag propose en plus du soutien et des ateliers aux femmes sub-sahariennes.

La multiplication des acteurs présents pose de manière cruciale la question de leur coordination sur le terrain et de la planification de leurs interventions. Par ailleurs, le recours à des médiateurs ou à des bénévoles pose la question de leurs qualifications et il convient de définir clairement leurs cahiers des charges et les objectifs poursuivis par ce type d’activités.

La prévention individuelle, opportuniste (niveau 3) par les professionnels de la santé en contact avec les migrants dans leur travail semble encore insuffisamment développée, sauf pour les requérants d’asile.

4.6.6 Recommandations

Couverture

Il serait souhaitable de documenter /constituer le savoir commun sur la population d’origine subsaharienne – et plus largement sur les autres populations de migrants - à Genève de façon à mieux pouvoir planifier les interventions nécessaires (exercice de mapping, formel ou informel).

Il convient de renforcer les actions auprès des hommes migrants.

Coordination – formation des médiateurs

Une coordination accrue des organisations travaillant auprès des populations migrantes (principalement GSG, ASFAG, Afrimedia, Aspasia, CSM) doit être mise sur pied dans le but de planifier les activités sur le terrain.

Une formation et une supervision commune sont nécessaires pour garantir une cohérence des interventions sur le terrain et à assurer une qualité optimale et généralisée de leurs interventions.

Le canton devrait charger officiellement le GSG du mandat de coordination et de supervision des différentes activités de prévention recourant à des médiateurs. Compte tenu de son expérience, il devrait avoir le leadership dans ce domaine et être rétribué spécifiquement pour cette tâche. Il faut développer le monitoring des activités des médiateurs pour mieux suivre la nature, l’étendue et la qualité de leurs activités.

Si le projet Afrimédia se termine, il faudrait que les compétences développées dans ce cadre (médiateurs /trices) puissent être reprises au sein d’une autre association.

Soutien individuel et counselling

Les professionnels de la santé - en particulier les médecins de premiers recours et ceux qui travaillent dans le domaine du VIH/sida – doivent être rendus plus attentifs à leur rôle clef dans la prévention et il conviendrait de leur offrir un soutien pour le faire (formation, information sur ces populations).

4.7 CONTEXTE : LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION / RÉDUCTION DES RISQUES NON INCLUSES DANS LES CONTRATS DE PARTENARIAT DU DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ

4.7.1 Ecole^a

La prévention du sida et plus généralement l'éducation sexuelle à l'école représentent un élément essentiel d'une politique de lutte contre le sida. Dans le canton de Genève, ces activités sont financées par le Département de l'instruction publique, spécifiquement le Service de santé de la jeunesse (SSJ). Le SSJ participe au Groupe cantonal VIH/sida.

Education sexuelle

Il s'agit d'une activité pérenne, à couverture totale dans l'enseignement public. Tous les élèves sont touchés plusieurs fois durant la scolarité : en 4^e primaire (2 heures), en 6^e primaire (2 heures), en 8^e au cycle (2 x 2 heures). Ensuite, il est prévu une intervention dans le post-obligatoire en 1^e ou 2^e (collèges, centres pour apprentis, etc.). Le sida et les abus sexuels sont abordés lors de chaque intervention.

A ces activités inscrites dans le curriculum peuvent venir se greffer d'autres occasions d'interventions :

- **Actions particulières** (surtout à l'occasion de la journée du sida) telles que stands (avec le GSG) ou expositions, etc. Cela n'existe pas partout mais beaucoup d'écoles en organisent. Dans ces cas, s'établit une collaboration entre le GSG et les éducateurs pour la santé des écoles. L'un d'entre eux coordonne l'action SSJ-GSG. Le bilan du projet-écoles du GSG est très positif selon le directeur du SSJ, cependant la diminution de la subvention au GSG a rendu nécessaire une baisse de cette activité et le SSJ n'a pas les moyens de la financer.
- **Suivi des enfants concernés par le VIH, problèmes liés au sida** – Des actions peuvent être engagées (par ex. en cas de seringues qui traînent) sous la responsabilité de la directrice adjointe du SSJ.
- **Infirmières scolaires** – Les jeunes peuvent accéder à un accompagnement individuel et confidentiel. C'est couramment le cas en ce qui concerne les questions liées à la santé sexuelle au niveau post-obligatoire. Le SSJ fait le lien avec la consultation du planning. Les conseillers sociaux peuvent aussi orienter vers le planning.
- **Visite de fin de scolarité (8^e) et visite d'entrée en apprentissage** (systématique pour tous les apprentis en 1^e ou 2^e année). Cette visite faite par les infirmières est un moment de dialogue lors duquel la question des IST est souvent abordée. Un questionnaire est rempli par les jeunes avant la consultation, pour ouvrir la discussion (questionnaire jeté ensuite).

En ce qui concerne les écoles privées. Elles sont tenues d'offrir des cours d'éducation sexuelle au moins une fois au primaire et au moins une fois au secondaire. Il n'y a pas de contrôle de cette obligation. Selon le directeur du SSJ, la couverture en éducation sexuelle est incomplète (12-15% des élèves) et en augmentation. L'éducation sexuelle a lieu en général au niveau secondaire. Les écoles font appel à diverses institutions ou à leurs infirmières. Les grandes écoles (Internationale et Florimont) sont très demandeuses. Le SSJ a la compétence pour intervenir à la demande mais manque de fonds.

En résumé, le canton de Genève possède – par le biais de l'éducation sexuelle - un dispositif de prévention du sida pérenne et de qualité, couvrant la totalité des jeunes dans l'école publique et une part non négligeable d'entre eux dans l'enseignement privé. Il serait souhaitable de maintenir une intervention dans le secondaire supérieur / apprentissage, moment propice pour rappeler l'existence des IST et leur prévention alors qu'une partie des jeunes sont devenus sexuellement actifs.

^a Nous remercions le Dr. P. Bouvier, chef du SSJ, pour les informations données.

4.7.2 Prisons^a

Le Dr Ritter, responsable de la prévention VIH/sida et des problèmes liés à la toxicomanie à Champ Dollon participe au Groupe cantonal VIH/sida.

Remise de matériel d'injection – La prison de Champ Dollon offre l'accès au matériel stérile. Le système de remise de matériel d'injection a changé au début de 2005. Ce changement de système a fait l'objet d'un document signé par la hiérarchie pénitentiaire. La remise a toujours lieu sous la responsabilité du service médical. Actuellement l'entretien avec le détenu – qui était le prélude à la possibilité de remise personnalisée – est dissocié de la remise. Lors d'un premier entretien avec le personnel médical, la demande de matériel est formulée. La remise se fait au moment de la distribution des médicaments (2 possibilités par jour mais pas plus de 2 seringues par jour), sur le pas de porte de la cellule, par l'infirmier, puis l'échange a lieu à la demande. Il peut y avoir un jour maximum entre l'entretien et la remise mais il est aussi possible d'avoir la première seringue sans entretien préalable. Le matériel se présente sous la forme d'un tube transparent, avec 2 seringues et 2 aiguilles. La perte de confidentialité (le gardien peut voir qu'une seringue est remise, même si cela se fait discrètement) semble n'avoir pas posé de problème.

Le canal média info de la prison donne des informations sur le fait que les seringues sont disponibles. L'impression qui prévaut au service médical est que tous les injecteurs sont repérés (notamment par l'état de manque manifeste chez les consommateurs d'héroïne). Lors de l'entretien infirmier à l'entrée (en principe le premier jour de l'incarcération), il est systématiquement demandé au détenu si il y a consommation de stupéfiants et les possibilités existantes (sevrage, maintenance, échange) sont expliquées, le cas échéant. Le service médical estime à 1/3 environ la proportion de détenus qui consomment de l'héroïne ou de la cocaïne à l'entrée. La plupart du temps, la consommation diminue en prison, lieu de "répit" et, de fait, le système de remise de matériel est moins utilisé que ce que l'on pourrait s'imaginer compte tenu du grand nombre estimé de consommateurs à l'entrée (Tableau 4.32). On compte une à deux overdoses par an. Il n'y en a pas eu en 2005 (situation novembre 2005).

Tableau 4.32 Statistiques de remise de seringues à Champ Dollon : 2002-2005

	2002	2003	2004	2005 (fin nov)
Nombre de consommateurs	Non connu	53	32	33
Nombre de seringues données	257	263	180	337
% retour	74.31%	63.87%	69.44%	85%

Traitements de substitution à la méthadone et sevrage – Les données sur le nombre de traitements en cours ou sur les sevrages pratiqués ne sont pas disponibles actuellement^b. Toute nouvelle demande (ou poursuite) de traitement à la méthadone fait l'objet d'une demande au médecin cantonal, mais ces demandes n'y sont pas comptabilisées séparément. Actuellement, il y a plus souvent maintenance que sevrage. La méthadone est donnée sous forme de sirop en une dose journalière, sous contrôle visuel. Les personnes substituées au Subutex (à garder sous la langue) le prennent à l'infirmerie. En novembre, une vingtaine de traitements sont en cours.

Lors de la sortie d'une personne sous traitement, le rendez-vous pour une consultation à l'extérieur est organisé pour le lendemain. Il arrive que des personnes qui ont consommé reçoivent une faible dose de méthadone pour maintenir la tolérance et diminuer le risque d'overdose à la sortie. En 2004, entre 20

^a Nous remercions le Dr. C. Ritter, responsable des activités liées au VIH/sida à la prison de Champ Dollon, pour les informations données.

^b Elles sont saisies par le secrétariat sur la base des dossiers mais ne seraient pas exhaustives.

et 30 personnes qui sortaient définitivement ont reçu ainsi 20-40 mg pour le week-end. Les clandestins représentent un problème particulier à la sortie et le service médical estime qu'ils risquent de ne pas consulter à l'extérieur puisqu'ils doivent payer leur méthadone; on essaie de les aiguiller à la consultation de la Navigation pour un sevrage.

Préservatifs – La réalité des rapports sexuels en prison est encore insuffisamment appréciée. Les aumôniers reçoivent parfois des confidences sur des rapports sexuels consentis. Des préservatifs sont offerts mais "médicalisés" (disponibles au service médical sous les yeux du soignant). Ils ne sont pas distribués à l'entrée et il n'existe rien dans les étages. Le service médical considère la possibilité d'en mettre dans les salles d'attente pour les consultations, pour plus de discrétion. Une statistique de remise de préservatifs a débuté. Certains foyers de semi-liberté en mettent à disposition, de leur propre initiative.

Actions 1^{er} décembre : Il existe une action pour le personnel, qui marche bien. Une autorisation préalable du service pénitentiaire est nécessaire.

Dépistage du VIH/sida et traitements – Un dépistage du VIH ou du VHC est proposé de cas en cas, en général à des personnes toxicomanes ou migrantes. Il n'y a pas de politique de dépistage ni de vaccination pour les hépatites pour de nombreuses raisons : durée généralement courte des incarcérations (50% des détenus restent une semaine ou moins et on le sait rarement au moment de l'entrée), nombre élevé de nouvelles entrées (entre 2000 et 3000 par an), consultations de courte durée peu propices au counselling approfondi, nombre limité de consultations par jour (50-70) et de possibilités de prises de sang (2 par jour).

Il y a actuellement peu de traitements antirétroviraux en cours. Il s'agit de traitements commencés avant l'incarcération. Dans les rares cas où un traitement débute en prison, c'est toujours après une consultation spécialisée à l'hôpital.

En résumé, la réduction des risques liés à l'injection est bien implantée à Champ Dollon. C'est moins le cas pour la prévention des risques sexuels. L'accès aux traitements de substitution à la méthadone semble garanti, cependant un meilleur suivi des statistiques de traitements serait souhaitable. Le suivi des traitements antirétroviraux est lui aussi garanti. En revanche, l'organisation des soins à Champ Dollon n'est pas adaptée pour le moment à un développement du dépistage du VIH et autres IST.

4.7.3 Prévention auprès des travailleurs(euses) du sexe

La prévention du VIH et des autres IST est menée par l'association Aspasia, qui a un contrat de partenariat avec le Département de l'action sociale (annuel, de même type que les contrats de partenariat des autres associations travaillant dans le domaine du VIH). Ce contrat inclut une subvention générale de fonctionnement pour l'aide aux personnes se prostituant (permanence d'Aspasia) ainsi que des activités de prévention sida. Ces activités comprennent :

- le projet APM (Aspasia Prévention Migrantes) faisant appel à des médiatrices (5 x 10%) ;
- le projet Boulevards auprès des femmes toxicomanes (3 nuits par semaine), financé par le Département de la santé via Première ligne pour l'action avec des médiatrices (2 x 10%) ;
- le projet MSW (male sex work), cofinancé par l'Aide suisse contre le sida (ASS) et le forum Internet MSW : 2 médiateurs représentant un 50% ;
- le projet Don Juan (clients de prostituées en face à face), financé par l'ASS.

Les projets APM et Boulevards se partagent deux collaborateurs médico-sociaux : une coordinatrice à 75% et une infirmière à 50%. Aspasia participe au Groupe cantonal VIH/sida.

^a Les tableaux de bord concernant ces activités sont une annexe au contrat.

Le Tableau 4.33 résume les activités menées dans le cadre de la prévention en 2005 (janvier à août ou septembre selon les projets).

Les préservatifs sont aussi vendus à Aspasia par boîte de 100 à prix coûtant avec un bon succès : 1200 boîtes de 100 ont été vendues en 2004, ce qui représente autant de petits entretiens avec des personnes concernées.

Tableau 4.33 Activités des projets Aspasia/ prévention sida, 2005

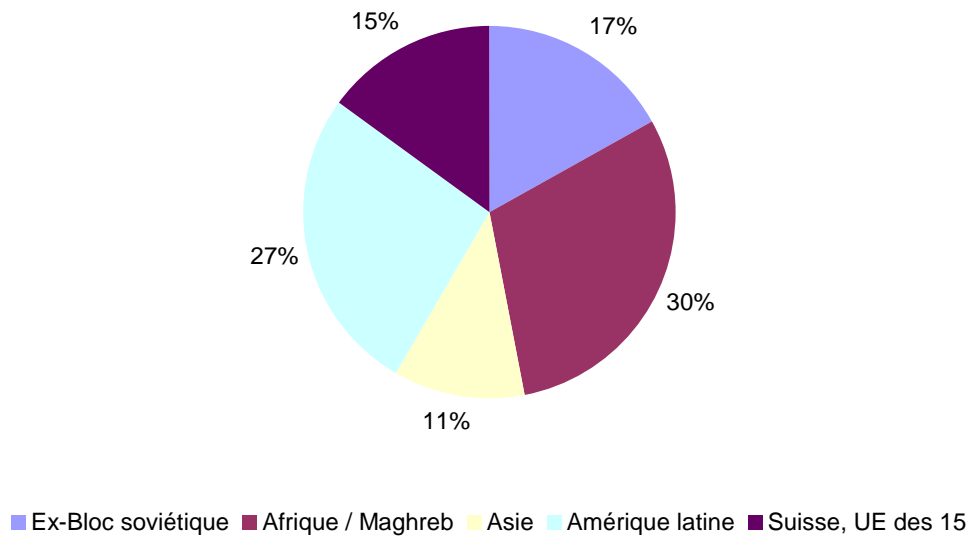
Projet	Lieu	Public-cible	Participants collaboration	Nombre de personnes rencontrées	Dont hommes	Préservatifs distribués	Seringues distribuées
APM (janvier – août 2005)	Rue et quartiers chauds (49 tournées en appui au minibus Pâquis)	Prostituées migrantes	Médiatrices	757	104		
	Salons (33 visités)	Idem	Médiatrices	109			
	Cabarets (15 visites, 15 cabarets)	Idem	Médiatrices	98			
	Bars (86 visites, 27 bars)	Idem	Médiatrices	362			
	Environnement privé (logement des danseuses)	Idem	Médiatrices	54			
			Total	1380		953	0
Minibus Pâquis	72 soirées	Prostituées tout public		521	14	442	8
Grand Bus Boulevards	9 mois, 108 soirées	Prostituées toxicomanes		393	1	280	543
MSW	Tournées 9 mois	Prostitués hommes	Médiateur		105	1710	39
	Contacts Internet	Idem	Médiateur		266		
Don Juan	Contact avec les clients, 3 soirs	Clients		inconnu			

La Figure 4.15 montre la répartition des contacts de APM selon l'origine de la personne contactée. On voit que les femmes africaines représentent une part importante des contacts (30%). Ce sont des femmes très marginalisées, souvent mariées à des Suisses. Parmi les femmes rencontrées par APM, il y a quelques femmes séropositives qui ont été mises en contact avec l'ASFAG, Afrimedia ou le GSG.

Selon l'appréciation des médiatrices, les femmes prostituées se protègent la plupart du temps. Mais les plus fragiles d'entre elles ont plus de difficultés et des grossesses non désirées sont parfois rencontrées. Les prostituées professionnelles signalent une pression des clients pour faire baisser les prix et une augmentation de demandes de passes sans préservatifs. Autre problème rencontré : les fellations sans préservatifs (surtout un problème d'IST) qui sont proposées dans les salons.

Les responsables d'Aspasia soulignent le fait que la séropositivité est évidemment un tabou dans le milieu et qu'une femme nouvellement diagnostiquée séropositive ne déclarera probablement pas son activité de travailleuse du sexe lorsqu'il s'agira de définir la voie d'infection probable.

Figure 4.15 Origine des personnes rencontrées dans le projet APM, Aspasia 2005



En résumé, Aspasia est un partenaire de premier plan dans la prévention du VIH/sida. Annuellement, près de 2000 contacts avec des prostitué(e)s ont lieu par l'intermédiaire des médiateurs et médiatrices et un nombre considérable de préservatifs sont remis ou vendus. Des travailleurs(euses) du sexe de toutes nationalités et de tout statut par rapport à la prostitution (professionnelle, clandestine ou occasionnelle) sont abordé(e)s. Cette présence de la prévention dans tous les milieux de la prostitution doit être garantie. En effet, les cas de transmission par le biais de la prostitution semblent heureusement assez rares en Suisse pour le moment. Cette situation pourrait changer si le VIH était introduit dans cette population, très changeante, d'autant plus que chez les personnes les plus marginalisées, la protection ne semble pas être toujours la règle.

5 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GENERALES

5.1 CONCLUSIONS

5.1.1 Situation épidémiologique

La situation épidémiologique du sida à Genève est stable en 2005, mais le nombre annuel de nouveaux cas déclarés reste l'un des plus hauts de Suisse.

On note une augmentation des nouveaux cas de VIH chez les HSH qui pourrait en partie être due à une détection accrue.

5.1.2 Comportements à risque dans divers sous-groupes de la population

On observe ces dernières années une augmentation des comportements à risque chez les HSH, même si la protection reste majoritaire.

La prévention chez les personnes séropositives n'est pas encore optimale.

Chez les consommateurs de drogues, il persiste un partage de matériel, surtout de celui servant à préparer l'injection.

Les jeunes se protègent de façon satisfaisante, en tout cas au début de leur vie sexuelle. La protection diminue ensuite, surtout chez les jeunes filles.

On ne dispose pas de données sur les comportements sexuels des populations migrantes.

5.1.3 Dispositif général

Le dispositif en place est complet, même s'il n'est pas entièrement financé par le Département de la Santé.

Dans l'ensemble, les associations financées dans le cadre des contrats de partenariat, remplissent les tâches qui leur ont été assignées. La complémentarité entre elles semble bien fonctionner. Pour l'ASFAG, la définition de nouvelles tâches de prévention a représenté un changement important qui prendra un certain temps avant d'être pleinement opérationnel.

En ce qui concerne le travail auprès des populations migrantes, en particuliers sub-sahariennes, il est en développement et plusieurs institutions y contribuent. La coordination des activités de prévention développées dans ce cadre et l'information sur la couverture des populations ciblées sont cependant encore insuffisantes.

Domaine de la prévention

Si l'on considère l'ensemble du dispositif genevois de prévention du VIH/sida, selon les différents niveaux de prévention, on constate que :

- la prévention en population générale (campagnes, éducation sexuelle générale) est très satisfaisante : la couverture en éducation sexuelle est bonne et pérenne et les associations gardent une partie raisonnable de leur intervention pour maintenir un degré de conscience du problème dans la population ;

- la prévention ciblée (HSH, consommateurs de drogues, travailleuses(eurs) du sexe, migrants, prisons) est très développée avec un volet sensibilisation / information générale et un travail de proximité par des médiateurs. Ce travail est cependant encore insuffisamment documenté et, parfois, supervisé ;
- la prévention individuelle par les professionnels semble encore insuffisante, notamment auprès des personnes migrantes et des personnes séropositives.

Soutien-conseil

En ce qui concerne le conseil et le soutien : l'offre est diversifiée, plusieurs associations travaillant dans ce domaine avec chacune ses spécificités.

Le service de counselling et de test mis sur pied par Check Point fonctionne à pleine capacité.

Formation

Dans le domaine de la formation (médiateurs, volontaires) les besoins semblent satisfaits.

5.2 RECOMMANDATIONS

Du point de vue épidémiologique, il serait souhaitable de disposer de données qui puissent fournir des indications complémentaires sur les comportements sexuels des populations migrantes, en particulier des données sur les autres IST et les interruptions volontaires de grossesse.

Concernant le dispositif de lutte contre le sida en place à Genève, il doit être suivi comme un tout pour assurer la pérennité de l'ensemble.

Le rôle central du GSG doit être reconnu et affirmé pour assurer une plus grande cohérence au dispositif dans les années à venir.

Un certain nombre d'améliorations peuvent encore est amenées, surtout pour les associations dont le niveau de professionnalisme est encore relativement faible. Notamment, un travail pour expliciter les objectifs poursuivis par les différentes activités mises en place ainsi qu'une supervision de ces activités devraient être menés.

Domaine de la prévention en général

Il faut maintenir les trois niveaux d'intervention dans le domaine de la prévention :

- veiller à la pérennité de l'éducation sexuelle et si possible obtenir une couverture totale, y compris des écoles privées ;
- maintenir les interventions spécifiques avec certaines améliorations (voir ci-dessous) ;
- développer la sensibilisation et la formation des professionnels (notamment les médecins de premier recours) pour qu'ils renforcent leur intervention de prévention individuelle des IST, particulièrement auprès des populations migrantes et des personnes séropositives.

Prévention auprès de sous-groupes de population

Dans le domaine des migrants, il s'agit d'améliorer la planification et la coordination des différentes activités, notamment en direction des migrants sub-sahariens. Dans ce cadre, la prévention auprès des hommes doit être renforcée.

Le suivi et la supervision des médiateurs, de même que l'échange d'expériences entre médiateurs peuvent encore être améliorés. Il faut toutefois, dans ce domaine, garder un équilibre entre la prévention auprès des migrants sub-sahariens, plus touchés par l'épidémie, et d'autres populations migrantes qui présentent soit un niveau d'information insuffisante, soit des comportements à risques.

Dans le domaine HSH, c'est surtout l'intervention dans les lieux de consommation sexuelle qui doit être renforcée, de même que le conseil individuel.

Autres domaines d'intervention

Il n'y a pas lieu de modifier la répartition des tâches dans le domaine du conseil et du soutien.

5.3 BIBLIOGRAPHIE

- 1 Office fédéral de la santé publique. En Suisse, le nombre de tests VIH positifs déclarés annuellement varie en fonction du mode de transmission. Bulletin OFSP 2005;(48):878-85.
- 2 Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F. Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992-2000. AIDS Care 2005; (in press).
- 3 Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de GAYSURVEY 04. Bulletin OFSP 2005;48:891-5.
- 4 Häusermann M and Wang J. Projet santé gaie. Les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gais de Genève. 2003; Genève: Dialogai, association homosexuelle.
- 5 Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9 'Espace d'accueil et d'injection' à Genève: période 12/2001 - 12/2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 103).
- 6 Solai S, Benninghoff F, Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection 'Quai 9' à Genève: deuxième phase, 2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2004. (Raisons de santé, 102).
- 7 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000). AIDS Care 2006; (in press).
- 8 Wolf K, Young J, Rickenbach M, Vernazza P, Flepp M, Furrer H, et al. Prevalence of unsafe sexual behaviour among HIV-infected individuals: The Swiss HIV Cohort Study. J Acquir Immune Defic Syndr 2003;33(4):494-9.
- 9 Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, et al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2004. (Raisons de santé, 95a). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 10 Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F, Kessler Bodiand C, Blöchlinger C, Callensten B. Pour un système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse 2004-2008 : comportements des migrants par rapport au VIH/sida en 2005. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP); 2005. (Raisons de santé, 117 à paraître).
- 11 Balthasar H, Spencer B, Addor V, Jeannin A, Resplendino J, Dubois-Arber F. Les interruptions volontaires de grossesse dans le canton de Vaud en 2002. Rev Med Suisse Romande 2004;(124):645-8.
- 12 Thomas R, Dubois-Arber F. Evaluation du programme HSH de l'Aide Suisse contre le sida: 2ème phase: 1998-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 45).
- 13 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse: septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 90a). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 14 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Epidémiologie du VIH en Suisse : Depuis 2002 les tests VIH positifs demeurent à un niveau élevé. Bulletin OFSP 2004;29 novembre 2004(49):916-22.
- 15 Huissoud T, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud : période d'évaluation 2002-2004, Cahier 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé, 112).
- 16 Haour-Knipe M. Association solidarité femmes africaines de Genève (ASFAG): rapport d'expert. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2005. Available at URL: www.suchtund aids.admin.ch.

6 ANNEXES

6.1 ANNEXE AU CHAPITRE 4.1 GSG

Tableau 8.1 Profil des femmes ayant eu un entretien "Trousse femmes" (n=37)

	n	%
Age		
Moins de 20 ans	1	3
20 à 50 ans	33	89
Plus de 50 ans	3	8
Origine		
Afrique	23	62
Amérique latine	2	5
Europe autre	5	14
Suisse	7	19
Enfant		
Oui	21	57
Non	16	43
Personne toxicomane		
Oui	0	0
Non	29	78
Non réponse	8	22
Travailleuse du sexe		
Oui	0	0
Non	28	76
Non réponse	9	24
Partenaire stable 12 derniers mois		
Oui	15	41
Non	22	59
Préservatif avec le partenaire stable		
Toujours	11	73
Parfois	2	13
Jamais	2	13
Partenaire occasionnel 12 derniers mois		
		0
Oui	17	46
Non	20	54
Préservatif avec partenaire occasionnel		
		0
Toujours	9	53
Parfois	6	35
Jamais	2	12

6.2 ANNEXE AU CHAPITRE 4.2 DIALOGAI

Guide du counselling (état : avril 2005 – source : Dialogai)

■ Principes

La session de counselling est un échange animé par le conseiller gay ou *gay friendly* (médecin ou infirmier), centré sur le client, destiné à aider les individus à changer de comportement afin de réduire leurs risques d'être infecté ou de transmettre le VIH et les IST.

Le conseiller doit toujours :

- Clarifier les fausses croyances importantes mais éviter de parler trop longtemps sur des thèmes non liés aux risques.
- Rester organisé et éviter de conseiller sur des questions ne figurant pas dans le guide du counselling.
- Savoir qu'il est ok de dire au client que vous répondrez à une question plus tard.
- Eviter de récolter des données sur le client pendant les sessions.

Le counselling se base d'une part sur les réponses données par les clients au questionnaire autogéré et d'autre part sur le guide ci-dessous.

Le counselling à Checkpoint est centrée sur le client : le conseiller se centre uniquement sur les problèmes, besoins et circonstances personnels du client relatifs au VIH et aux IST. Il évite de donner des conseils ou de parler de pratiques qui ne sont pas celles du client.

Le counselling à Checkpoint se base sur un modèle de réduction de risque : il a pour but de réduire et pas nécessairement d'éliminer le risque.

Le conseiller choisit dans le guide du counselling les questions ouvertes correspondantes aux réponses du client dans le questionnaire autogéré : il applique une écoute active, guide la session et maintient l'accent sur les risques.

Le counselling à Checkpoint couvre, en principe dans l'ordre donné ci-dessous, les 4 domaines suivants:

- **Type de sexualité** (pratiques sexuelles, utilisation du préservatif et éventuelle consommation de produits dans ce cadre).
- **Partenaires sexuels** (nombre de partenaires, choix des partenaires, lieux de rencontre etc.).
- **Soin de sa santé sexuelle** (contrôle, information, symptômes, traitements).
- **Capacité de communication** (sur état de santé, désirs, limites et préférences sexuelles).

L'entretien de pré- et post-counselling se compose des étapes suivantes:

Introduction et orientation à la session
Expliquer le rôle et le contenu de la session
Expliquer la confidentialité et l'anonymat
Expliquer le processus des tests
Répondre aux questions et inquiétudes urgentes
Evaluer le risque
Evaluer le type de risque récent (qui, où)
Identifier les déclencheurs de risques, les vulnérabilités et circonstances
Evaluer la communication avec les partenaires
Résumer et reformuler l'histoire/le risque du client

Explorer les possibilités de réduire le risque
Passer en revue les expériences de réduction de risque
Identifier les obstacles à la réduction de risque
Évaluer et améliorer l'usage du préservatif
Identifier différentes options pour réduire le risque
Jeu de rôle, transfert de capacités, solution de problèmes
Préparation au test VIH
Évaluer la raison du test, les tests antérieurs
Identifier avec qui le client a partagé la décision de se faire tester
Discuter la compréhension d'un résultat positif/négatif
Déterminer l'aptitude du client au test
Discuter les bénéfices du test/de vivre comme séropositif
Résultat du test
Donner et expliquer les résultats clairement et simplement
Évaluer la réponse/compréhension des résultats par le client
Si résultat positif, offrir soutien, parler de vivre positivement
Négocier un plan de réduction de risque
Identifier le comportement prioritaire de réduction de risque
Développer des étapes pas à pas vers un changement de comportement
Identifier les ressources en soutien et aiguiller vers des services au besoin
Négocier l'annonce et l'information des partenaires
Identifier à qui le client peut annoncer sa séropositivité pour soutien et accompagnement
Anticiper les réactions possibles
Discuter la manière d'annoncer sa séropositivité/d'informer ses partenaires en jeu de rôle

■ *Introduction et orientation à la session*

- clarifier la demande du client ;
- l'orienter sur les procédures de Checkpoint ;
- réduire son anxiété ;
- aboutir à un accord mutuel sur les objectifs de l'entretien.

Pendant l'introduction, le conseiller annonce clairement au client qu'il va lui poser des questions sur ses pratiques sexuelles, sa situation de vie, évaluer les risques qu'il prend afin de ne pas laisser de côté des choses importantes et de lui offrir des conseils et des soins adaptés à sa situation particulière.

■ *Évaluer le risque*

Évaluer la raison de la venue à Checkpoint et la gravité du risque pris.

Discuter les risques minimales (avoir du sperme dans la bouche ou avaler du sperme) en comparaison avec les risques réels (pénétration anale sans préservatif) et

Pendant cette partie de l'entretien distinguer entre :

- **Circonstances des risques** : une situation dans laquelle se trouve le client qui peut le forcer à prendre des risques.

- **Stimulateurs des risques** (*risk triggers*) : un événement qui incite ou excite le client à prendre des risques.
- **Vulnérabilités aux risques** : un état émotionnel ou psychique qui pousse le client à prendre des risques.

Si le client prend des risques (rapport anal sans préservatif, avoir du sperme dans la bouche, perdre la maîtrise de soi sous l'effet d'alcool ou de drogues) lui demander **ce que ce comportement lui apporte** plutôt que pourquoi il fait cela afin d'éviter les rationalisations et d'induire la discussion sur les possibilités de réduire les risques.

■ Questions

- Qu'est ce qui vous amène à Checkpoint ?
- Pourquoi avez-vous pris rendez-vous à Checkpoint ?
- Qu'est ce que je peux faire pour vous ?
- Pourquoi voulez-vous faire un test VIH/des tests IST ?
- Qu'est-ce qui vous fait penser que vous pourriez être infecté par une IST ou VIH ?
- Quand est-ce que vous avez pris un risque pour la dernière fois ? Que faisiez-vous alors ?

Si prise de risque :

- Lesquels ?
- Avec qui ?
- Quand ?
- Où ?
- Comment et pourquoi ?
- Etiez-vous dans un état particulier ce jour là (mental, moral, physique, consommation de produits, etc.) ?
- Explorer les possibilités de réduire le risque.

■ Préparation au test VIH

Avant d'effectuer le test VIH rapide, des questions visant à **vérifier l'aptitude et la disposition** du client à recevoir un éventuel résultat positif sont posées et un formulaire de consentement éclairé doit être signé par le client.

Tableau 6.1 Activités Checkpoint par mois

	Total	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sep	Oct
Plages de consultation offertes	348	9	29	36	45	34	28	39	43	42	43
Rendez-vous pris	307	9	29	26	45	32	28	37	40	28	33
Consultations réalisées	269	8	21	24	37	28	22	35	37	26	31
Clients pas venus aux rendez-vous	38	1	8	2	8	4	6	2	3	2	2
Consultations non occupées	41	-	-	10	-	2	-	2	3	14	10
Nb de nouveaux clients	219	np	np	np	np	np	np	np	np	np	np
Nb de consultations de suivi	50	np	np	np	np	np	np	np	np	np	np
Test VIH rapide	209	9	16	19	32	24	16	29	32	12	20
Test Combo	4	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Test syphilis normaux VDRL TPHA	36	2	5	-	-	-	-	6	14	3	6
Test syphilis rapide	101	-	-	17	29	21	17	17	-	-	-
Dépistage hépatite	47	2	7	5	6	2	5	4	8	3	5
Dépistage gonorrhée	30	1	5	-	-	2	-	4	10	2	6
Dépistage chlamydia	35	1	5	-	-	2	-	4	12	3	8

	Total	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sep	Oct
Positif VIH	5	-	-	-	1	-	-	3	-	-	1
Positif syphilis	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vaccination en cours	20	1	3	5	3	1	2	1	3	-	1

Np = non disponible

Tableau 6.2 Dépistage et prévalence rapportée des IST autres que le VIH/sida

	Checkpoint		Gaysurvey 04 (GE)		Gaysurvey 04 (CH)		Gaysurvey 00 (GE)	
	n=185	%	n=166	%	n=2228	%	n	%
Examens IST au cours de la vie								
Non	76	39.5	-	-	-	-	-	-
Oui, une fois	48	26.0	-	-	-	-	-	-
Oui, deux fois ou plus	53	28.5	-	-	-	-	-	-
Non réponse	11	6.0	-	-	-	-	-	-
IST⁽¹⁾								
Gonorrhée uro-génitale, blennorragie								
12 derniers mois	10	5.4	6	3.6	82	3.7	3	4.8
Avant	24	13.0	31	18.7	349	15.7	17	27.4
Gonorrhée rectale, blennorragie anale								
12 derniers mois	2	1.1	1	0.6	5	0.2	-	-
Avant	2	1.1	6	3.6	46	2.1	-	-
Chlamydia / LGV								
12 derniers mois	8	4.3	-	-	-	-	-	-
Avant	10	5.4	-	-	-	-	-	-
Syphilis								
12 derniers mois	1	0.5	4	2.4	25	1.1	0	0.0
Avant	8	4.3	10	6.0	101	4.5	6	9.7
Hépatite A								
12 derniers mois	0	0.0	1	0.6	4	0.2	2	3.2
Avant	9	4.9	11	6.6	81	3.6	7	11.3
Hépatite B								
12 derniers mois	0	0.0	3	1.8	8	0.4	1	1.6
Avant	8	4.3	14	8.4	124	5.6	10	16.1
Herpès génital								
12 derniers mois	2	1.1	2	1.2	27	1.2	2	3.2
Avant	7	3.8	8	4.8	80	3.6	11	17.7
Condylomes, papillomavirus								
12 derniers mois	6	3.2	5	3.0	56	2.5	4	6.5
Avant	10	5.4	25	15.1	193	8.7	11	17.7

⁽¹⁾ Pourcentages calculés par rapport à l'ensemble de répondants

6.3 ANNEXE AU CHAPITRE 4.3. PREMIÈRE LIGNE

6.3.1 Description des nouveaux usagers de Quai 9

Tableau 6.3 Evolution du nombre de questionnaires d'entrée remplis à Quai 9

	2002	2003	2004	2005
Mois	nombre questionnaires	nombre questionnaires	nombre questionnaires	nombre questionnaires
Janvier ^a	135	40	45	15
Février	81	28	27	12
Mars	80	25	22	15
Avril	61	26	21	13
Mai	56	36	34	15
Juin	37	33		9
Juillet	47	27		21
Août	64	33		9
Septembre	50	39		24
Octobre	37	25	155 ^b	9*
Novembre	41	27		
Décembre	43	35		
Total	732	^a 374	311	*144

* Questionnaires récoltés jusqu'au 10 octobre 2005

^a 378 questionnaires d'entrée ont été remplis en 2003. Quatre n'étaient pas datés et n'ont pas pu être attribués à un mois de référence

^b Les questionnaires ont été modifiés en juin 2004. A partir de ce moment, ils ne sont plus datés. Il n'a donc pas été possible de les attribuer à un mois de référence

Caractéristiques socio-démographiques

Les femmes sont un peu plus nombreuses à avoir rempli le questionnaire d'entrée en 2005 et forment près du quart des nouveaux usagers. L'âge moyen des usagers arrivés à Quai 9 en 2005 reste stable et est de 32.8 ans, sans différence significative selon le sexe. Les personnes de moins de 20 ans restent très peu nombreuses (1%).

La proportion de nouveaux usagers domiciliés à Genève continue à diminuer (cf. Figure 6.1) et est de 36% en 2005. Ce sont essentiellement les catégories des personnes domiciliées dans le canton de Vaud ou dans d'autres cantons qui augmentent et qui regroupent chacune un peu plus du quart des nouveaux usagers.

^a Y compris les données concernant fin décembre 2001.

Tableau 6.4 Profil sociodémographique des usagers de Quai 9 à l'entrée : comparaison 2002 - 2005 (en %)

	2002	2003	2004	2005
	n=736	n=378	n=311	n=144
Sexe				
Hommes	73	81	85	77
Femmes	27	19	15	23
Age				
Age moyen	32.7 ans	32.0 ans	32.6 ans	32.8 ans
Age moyen des hommes	32.6 ans	31.9 ans	**32.9 ans	*32.9 ans
Age moyen des femmes	32.9 ans	32.3 ans	***31.1 ans	32.5 ans
Age minimum	18 ans	18 ans	18 ans	19 ans
Age maximum	62 ans	58 ans	56 ans	51 ans
< 20	2	2	2	1
20-24	9	14	12	15
25-29	23	23	19	21
30-34	28	29	34	26
>34	38	32	33	37
Canton				
Domicilié dans le canton de Genève	70	54	45	36
Domicilié dans le canton de Vaud	11	16	21	26
Domicilié en France	15	23	****26	26
Domicilié ailleurs (Valais, Tessin, etc.)	5	8	8	12
Domicile principal le dernier mois				
Domicile fixe	84	79	72	77
Sans domicile fixe	16	20	28	23
Prison	-	1	-	
Présence enfant(s)				
Oui	32	31	34	34
Sources de revenus dernier mois				
Activité professionnelle	33	42	37	36
Aide sociale et assurance	60	51	53	49
Famille, ami	9	15	20	22
Revenus illégaux et prostitution	5	6	8	9

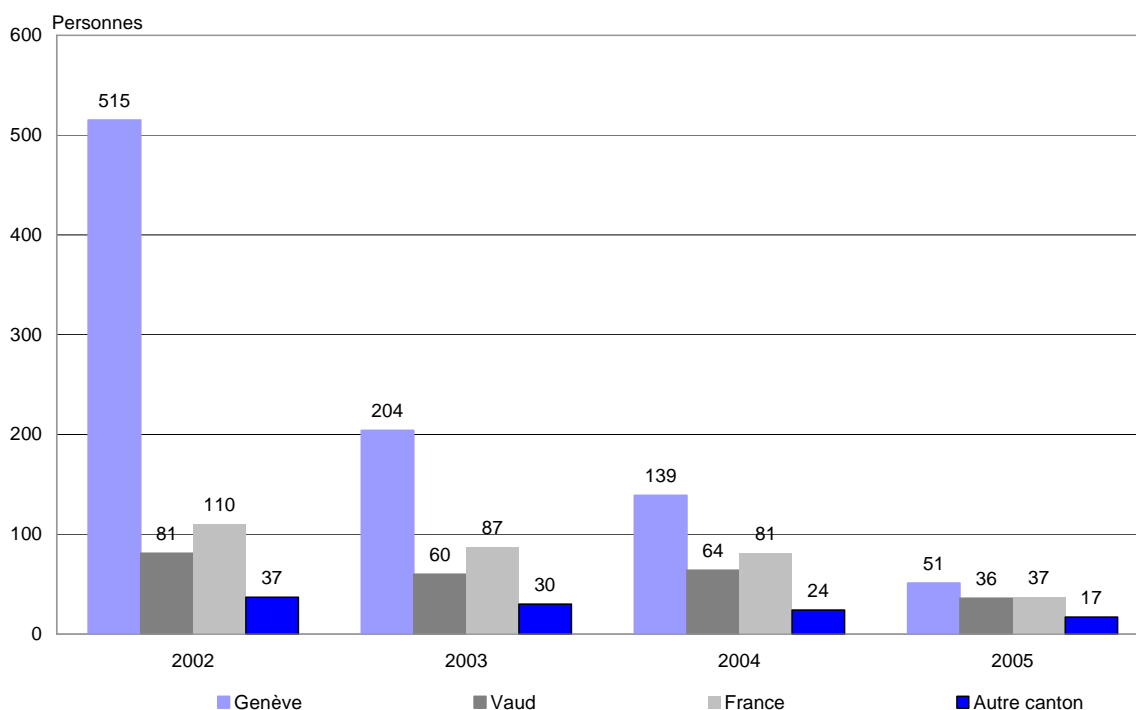
* Médiane : 33 ans

** Médiane à 32 ans pour les hommes et pour les femmes

*** Médiane : 30 ans

**** Dont 3% ont déclaré avoir aussi partiellement vécu dans le canton de Vaud au cours du mois précédant leur arrivée à Quai 9

Figure 6.1 Evolution du nombre de nouveaux usagers selon le lieu de domicile au cours du mois précédant leur arrivée à Quai 9



Le pourcentage de personnes sans domicile fixe a diminué légèrement en 2005 et s'élève à 23% des nouveaux usagers. Les différentes sources de revenus sont restées relativement stables entre 2004 et 2005. Toutefois, si l'on compare les résultats depuis 2003, il y a une diminution des personnes bénéficiant de l'aide sociale, même si elles continuent à constituer numériquement le groupe le plus important. Les personnes citant leur famille, ami ou proche comme source de revenus augmentent pendant la même période et on trouve toujours environ un tiers des nouveaux usagers qui ont un revenu lié à une activité professionnelle.

Produits consommés et modalités de consommation

En 2005, 3 usagers sur 4 ont consommé de l'héroïne au cours du mois précédant leur venue à Quai 9 ; 54% l'ont fait régulièrement. La proportion de ceux qui n'en ont pas consommé est restée stable et s'élève à 23% (Tableau 6.5).

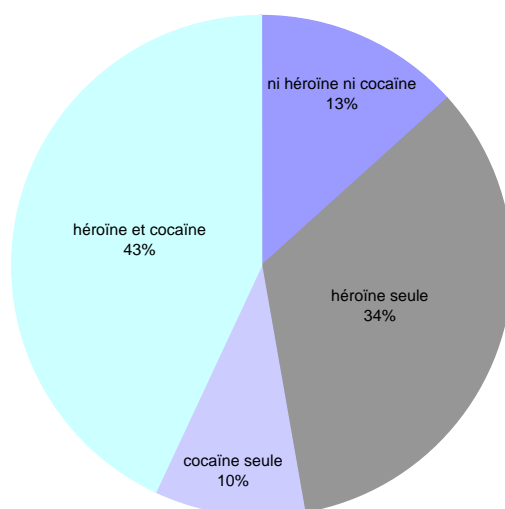
La consommation de cocaïne est un peu moins fréquente avec 53% des usagers rapportant en avoir consommé au cours du dernier mois, dont 27% seulement régulièrement. 47% n'en avaient pas consommé durant le mois précédant.

La consommation de benzodiazépines concernait 42% des nouveaux arrivants et 15% d'entre eux les consommaient régulièrement.

13% des nouveaux usagers n'avaient consommé ni héroïne ni cocaïne durant le mois précédant leur arrivée.

50% des nouveaux usagers suivent un traitement de substitution au moment de leur arrivée à Quai 9. Ce pourcentage est un peu plus élevé qu'en 2004. Un tiers reçoivent de la méthadone, 12% du Subutex® et moins de 1% de l'héroïne.

Figure 6.2 Distribution des nouveaux usagers selon les produits consommés durant les 30 derniers jours



Les personnes consommant à la fois de l'héroïne et de la cocaïne représentent la plus grande partie des nouveaux usagers (43%). Leur proportion est stable, voir en légère augmentation par rapport à 2004 parmi les personnes arrivant à Quai 9 avec un traitement de substitution. Les mêmes tendances sont observables pour les mono-consommateurs d'héroïne.

Tableau 6.5 Profil de consommation des nouveaux usagers de Quai 9 : comparaison entre 2002, 2003 et 2004 (en %)

	2002	2003	2004	2005
	n=736	n=378	n=311	n=144
En traitement	59	46	39	50
Traitement héroïne	1	<1	<1	1
Traitement méthadone	52	34	28	35
Traitement Subutex®	5	11	8	12
Traitement morphine ^a	-	-	1	
Drogues dures consommées au cours du dernier mois				
Pas en traitement, aucune drogue dure (héroïne ou cocaïne)	3	6	3	3
Pas en traitement, consommateurs héroïne seulement	5	15	25	21
Pas en traitement, consommateurs cocaïne seulement	8	7	7	3
Pas en traitement, multiconsommateurs : héroïne + cocaïne	26	26	27	22
En traitement, aucune drogue dure (héroïne ou cocaïne)	7	6	4	7

^a Le traitement à la morphine (trois personnes) n'a été relevé qu'en 2004. Il ne s'agit donc pas des premiers usagers recevant un tel traitement.

	2002	2003	2004	2005
	n=736	n=378	n=311	n=144
En traitement, consommateurs héroïne seulement	5	8	11	16
En traitement, consommateurs cocaïne seulement	24	14	9	7
En traitement, multiconsommateurs : héroïne + cocaïne	24	19	15	21
Consommation régulière durant le dernier mois*				
Héroïne	28	37	51	54
Cocaïne	38	31	31	27
Benzodiazépines	22	15	16	15
Nombre moyen d'injections la veille	1.8 injections	2.1 injections	2.1 injections	2.6 injections
Age moyen à la première injection	21.2 ans	21.5 ans	21.9 ans ^a	21.6 ans
Durée moyenne de la période de consommation par injection	11.6 années (range 0-37)	10.7 années (range 0-36)	10.9 années (range 0-30)	11.5 années (range 0-36)

* Quotidiennement ou plusieurs fois par semaine

Des différences significatives apparaissent dans la consommation régulière selon le lieu de domicile : les usagers résidant en France sont moins fréquemment des consommateurs réguliers, quel que soit le produit considéré. Les usagers domiciliés hors du canton de Genève sont par contre plus fréquemment des consommateurs réguliers, notamment pour la consommation de benzodiazépines et d'héroïne.

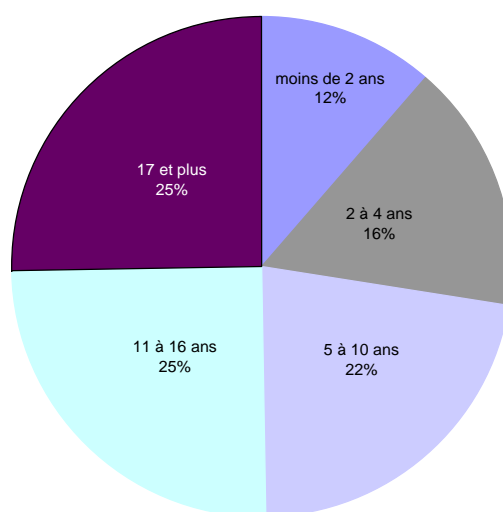
Les personnes multi-consommatrices sont également plus nombreuses à être domiciliées dans le canton de Vaud ou d'autres cantons que les personnes habitant Genève. C'était déjà le cas en 2004 pour les personnes domiciliées dans le canton de Vaud (Tableau 6.8).

En 2005, l'âge moyen à la première injection des nouveaux usagers est de 21.6 ans (médiane à 20 ans). On n'observe aucune évolution à propos de cet âge depuis l'ouverture de Quai 9 (Tableau 6.5). Vingt-cinq personnes ont commencé avant seize ans et dix-huit après trente ans, dont 3 après 40 ans (voir Figure 6.4).

La durée moyenne de consommation par injection des nouveaux usagers est de 11,5 ans (médiane à 11 ans). Cette durée n'a pas substantiellement changé depuis 2002 (Tableau 6.5). Douze pour cent des usagers consomment depuis moins de deux ans. A l'autre extrême, un quart consomme depuis plus de seize ans (Figure 6.3). Deux nouveaux usagers ont procédé à leur première injection à Quai 9. Ils avaient les 2 plus 40 ans et plus. 5 autres usagers avaient commencé à s'injecter depuis moins d'une année.

^a Médiane = 20 ans (minimum 12, maximum 50).

Figure 6.3 Distribution des nouveaux usagers selon la durée de consommation



35% des nouveaux usagers déclaraient reprendre l'injection après une période d'arrêt, sans que l'on sache s'il s'agissait d'une première injection ou d'une reprise datant déjà de quelques jours (rappelons que 13% des usagers disent n'avoir consommé ni de l'héroïne ni de la cocaïne au cours des 30 jours précédant leur arrivée à Quai 9).

Un peu plus d'un usager sur trois (40%) n'a effectué aucune injection la veille de son entrée à Quai 9. 25% en ont effectué une ou deux et 37% trois ou plus. Le nombre maximum, déclaré par un nouvel usager, s'élève à vingt injections. En moyenne, 2,6 injections ont été effectuées la veille (médiane : deux injections). Ce résultat représente une légère augmentation par rapport à 2002 (Tableau 6.5). Enfin, le nombre d'injections réalisées la veille de l'enregistrement à Quai 9 change selon que l'on soit ou non en traitement (3,2 pour les personnes en traitement contre 2,0 pour celles qui ne le sont pas ; médiane à 2 injections dans les 2 cas).

Cadre de l'injection

Les informations recueillies auprès des nouveaux usagers du Quai 9 à propos de leur dernière injection montrent que celle-ci s'est déroulée à domicile pour près de trois quarts d'entre eux (75%) et dans un lieu public pour un quart. Ces proportions sont assez semblables à celles observées les années précédentes.

Quatre nouveaux usagers sur cinq s'injectent principalement dans le bras. Leur proportion n'a connu aucune modification depuis 2002. Il en va de même pour la répartition des injections dans d'autres parties du corps.

Tableau 6.6 Cadre de la dernière injection, points principaux d'injection, état des veines et exposition aux risques d'infection des nouveaux usagers du Quai 9 (en %)

	2002	2003	2004	2005
	n=736	n=378	n=311	n=157
Lieu de la dernière injection hors Quai 9				
Domicile	75	72	76	75
Lieu public	20	27	24	17
Autre (voiture par exemple)	5	1	-	8

	2002	2003	2004	2005
	n=736	n=378	n=311	n=157
Lieu supposé de la prochaine injection hors Quai 9				
Domicile	74	75	79	73
Lieu public	13	20	21	19
Ne sait pas ou 2 réponses	12	5	-	8
Injection soi-même	94	86	90	93
Injection à autrui	32	32	26	20
Point principal d'injection				
Bras	81	80	80	82
Mains	7	3	3	8
Jambes	4	3	5	2
Cou	2	1	1	1
Aine	2	3	2	2
Autre ⁽¹⁾	3	2	1	1
Réponses manquantes	2	9	8	8
Etat des veines actuel				
Bon	41	54	52	50
Moyen	32	31	32	31
Mauvais	26	16	16	19
Problèmes infectieux durant le dernier mois	15	11	9	12
Partage de seringues				
Durant les 6 derniers mois	9	8	11	10
Durant le dernier mois	4	4	5	6

⁽¹⁾ Aisselle, pieds, sexe

La moitié (50%) des nouveaux usagers estime avoir des veines en bon état, 31% juge leur état moyen et 19% mauvais. Ces résultats montrent une légère péjoration par rapport à 2003 et 2004.

12% des usagers déclarent avoir connu des problèmes infectieux durant le mois précédant la présentation du questionnaire. Cette proportion est en augmentation par rapport au résultat de 2004.

Partage de seringues

Le partage de seringues usagées n'a pas évolué de façon significative depuis 2002 : 10% des nouveaux usagers l'ont pratiqué au cours des six mois précédant la présentation du questionnaire et 6% au cours du mois précédent (Tableau 6.6).

Les nouveaux usagers ayant régulièrement consommé de la cocaïne et / ou des benzodiazépines au cours du mois précédant l'administration du questionnaire sont proportionnellement plus nombreux à avoir partagé des seringues au cours du dernier mois. Il n'existe par contre aucune différence significative liée au type de produit consommé (si on fait abstraction de la fréquence de consommation), au fait d'avoir ou non un domicile fixe, au fait d'avoir réalisé ou non sa dernière injection dans un lieu public, au nombre d'injections effectuées la veille de l'enregistrement, au fait d'être ou non en traitement, à la durée de consommation, à l'âge ou au sexe ou à l'endroit où l'utilisateur est domicilié.

Etat de santé

Les questionnaires santé sont auto-administrés. Tous ne nous ont pas été retournés et leur nombre est donc inférieur à celui des nouvelles entrées à Quai 9. En 2005, 135 questionnaires santé ont été remplis. Un d'entre eux était entièrement vide.

En 2005, la tendance à la baisse déjà relevée au cours des années précédentes concernant le pourcentage de personnes ayant déjà effectué au moins un test VIH se poursuit (84% d'utilisateurs testés). La proportion de personnes testées durant l'année précédant leur enregistrement à Quai 9 est extrêmement lacunaire car la question de la date du test ne figurait pas dans certaines versions du questionnaire (donnée existante pour 35 questionnaires). Cette donnée n'est donc pas réellement utilisable en 2005. La prévalence – rapportée – du VIH remonte légèrement par rapport à l'année précédente et s'élève à 9%.

Tableau 6.7 Etat de santé des nouveaux usagers du Quai 9 : comparaison 2002- 2005 (en %)

	2002	2003	2004	2005
	n=736	n=350	n=284	n=135
VIH				
Consommateurs testés	95	93	87	84
Testés durant l'année*	76	42	34	**22
Séropositifs parmi les testés	12	11	6	9
Hépatite B				
Consommateurs testés	84	89	79	84
Testés durant l'année*	68	32	36	**6
Séropositifs parmi les testés	17	24	15	25
Hépatite C				
Consommateurs testés	90	89	82	84
Testés durant l'année*	72	37	36	5**
Séropositifs parmi les testés	53	58	48	48

* Rapporté aux personnes testées

** Données très lacunaires

84% des usagers ont déjà été testés au moins une fois pour l'hépatite B et pour l'hépatite C. Les résultats positifs des tests pour l'hépatite B sont en augmentation par rapport à 2004 (25%) et stables pour l'hépatite C (48%).

Figure 6.4 Age à la première injection des nouveaux usagers de Quai 9, 2005

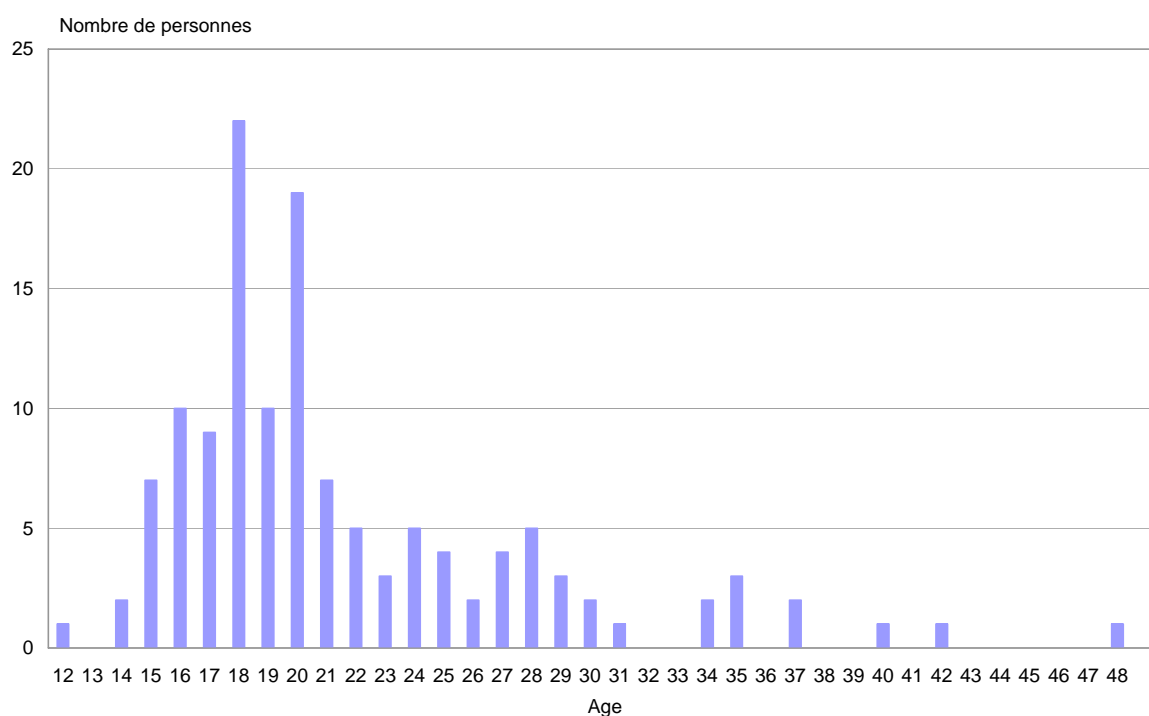


Tableau 6.8 Consommation régulière durant le dernier mois, selon le lieu de domicile, 2005

	Genève	Vaud	France	Autre	Total
	n=51	n=36	n=37	n=17	n=144
Consommation régulière*					
Héroïne	53	64	35	77	54
Cocaïne	31	36	11	35	27
Benzodiazépines	14	25	0	29	15
Multiconsommation					
Ni héroïne, ni cocaïne	20	3	11	18	13
Héroïne	35	36	30	29	34
Cocaïne	8	8	19	0	10
Héroïne et cocaïne	37	53	40	53	43

* Quotidiennement ou plusieurs fois par semaine