

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Unité d'évaluation de programmes de prévention - UEPP

La lutte contre le VIH/sida dans le canton de Genève : Bilan de la période 2005-2011

Cédric Gummy, Thérèse Huissoud, Raphael Bize, Françoise Dubois-Arber

Raisons de santé 193 – Lausanne 2012

Etude financée par : Etat de Genève – Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), mandat du 09.11.2011.

Citation suggérée : Gumy C, Huissoud T, Bize R, Dubois-Arber F. La lutte contre le VIH/sida dans le canton de Genève : Bilan de la période 2005-2011. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2012. (Raisons de santé, 193).

Remerciements : A tous les responsables de structures qui nous ont accordé du temps pour dresser ce bilan.

Date d'édition : Février 2012

Nom du dossier : Rapport bilan_VIH_Genève_2005-2011_final.docx

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
2	Méthode	7
3	Les 4 associations subventionnées par l'Etat de Genève	9
3.1	Groupe Sida Genève. Bilan 2008-2011.....	9
3.1.1	Prévention	9
3.1.2	Communication et mobilisation	10
3.1.3	Soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida.....	10
3.1.4	Résultats, points forts et points faibles	11
3.2	Première ligne. Bilan 2008-2011.....	11
3.2.1	Le Quai 9.....	11
3.2.2	Résultats, points forts et points faibles	13
3.2.3	« Nuit blanche ? ».....	13
3.3	Dialogai: Bilan 2005-2011	14
3.3.1	Résultats, points forts et points faibles	15
3.4	PVA. Bilan des activités réalisées au cours de la période 2005-2011	16
3.4.1	Résultats, points forts et points faibles	18
4	Les Institutions / Associations actives dans la prévention du VIH et non financées par la DGS.....	19
4.1	Aspasie	19
4.1.1	Programme APM (Aspasie Prévention Migrantes créé en 1996).....	19
4.1.2	Programme Boulevards (bus d'accueil de nuit créé en 1996)	19
4.1.3	Male sex work (MSW créé en 1999)	20
4.1.4	Don Juan (programme d'action auprès des clients de la prostitution).....	20
4.1.5	Campagne de vaccination contre l'hépatite B.....	20
4.2	Service Santé Jeunesse (SSJ).....	21
4.2.1	Education sexuelle	21
4.2.2	Suivi des enfants atteints par le VIH	22
4.3	Prisons	23
4.3.1	Programme de remise de matériel d'injection.	23
4.3.2	Traitements de substitution à la méthadone et sevrage	23
4.3.3	Hépatites et VIH/ IST.....	24
5	Analyse des rapports d'évaluation 2005-2010.....	25
5.1	Constats épidémiologiques	25
5.1.1	Incidence et caractéristiques des infections par le VIH	25
5.1.2	Usagers de drogues intraveineuses	25
5.1.3	Personnes séropositives pour le VIH	26
5.1.4	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	26
5.1.5	Migrants.....	26
5.2	Constats au sujet du dispositif cantonal et des associations.....	26
5.2.1	Dispositif dans son ensemble	26
5.2.2	Groupe Sida Genève (GSG)	26
5.2.3	Dialogai – Checkpoint	27
5.2.4	Première Ligne.....	27
5.2.5	Association Solidarité Femmes Africaines de Genève (ASFAG).....	27
5.2.6	Personnes Vivant Avec (PVA).....	28

5.3	Nature des recommandations.....	28
5.4	Evolution des activités.....	29
5.5	Propositions pour une évolution du monitoring et de l'évaluation.....	29
	5.5.1 Activités de monitoring.....	29
	5.5.2 En résumé.....	30
6	Références	31
7	Annexe 1	33

1 INTRODUCTION

Ce rapport contient deux parties distinctes.

Dans la première partie (chapitres 3 et 4), la parole a été donnée aux protagonistes de la prévention du VIH, et des IST dans le canton de Genève, dans le but de présenter leur bilan des activités développées par ces différentes associations et institutions. Cela inclut les 4 associations genevoises de lutte contre le VIH/sida qui reçoivent une subvention de la part de la Direction Générale de la Santé (DGS), c'est-à-dire le Groupe Sida Genève, Première ligne, Dialogai et PVA, ainsi que d'autres acteurs dans le domaines de la prévention du VIH et des IST, financés par d'autres sources publiques: Aspasic (secteur de la prostitution, financée par la ville de Genève), l'Unité de médecine pénitentiaire (service la médecine communautaire des HUG) et le Service Santé Jeunesse (domaine scolaire). Ces dernières institutions avaient déjà été interrogées en 2006, au début de l'évaluation par l'IUMSP du dispositif genevois de lutte contre le VIH/sida.

La période sous observation court de 2005 à aujourd'hui (fin 2011). Pour certaines associations, pour des raisons pratiques (direction actuelle présente depuis moins longtemps, par exemple), la période considérée a été plus courte.

Nous avons demandé aux associations de faire leur propre bilan général et de mettre en évidence les aspects les plus importants de leur travail. Ce n'est donc pas un compte-rendu exhaustif des activités déployées. Ce bilan est donc un complément aux rapports de suivi des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève[1-5].

La dernière partie de ce rapport (chapitre 5) présente un bilan succinct des évaluations réalisées sur mandat de la DGS, en particulier de leurs conclusions et recommandations, avec un regard extérieur proposé par le Dr Raphael Bize (médecin de santé publique à l'IUMSP), qui n'a pas participé à l'évaluation.

Le contexte épidémiologique genevois a un peu évolué depuis 2005: le nombre de nouveaux cas qui était resté assez stable de 2005 à 2008 a diminué en 2009 et surtout en 2010. Un peu moins d'un tiers des nouveaux cas sont rapportés chez des personnes d'origine sub-saharienne, la même proportion chez des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), avec une diminution récente. Les cas de transmission par voie intraveineuse sont rares durant toute la période.

2 METHODE

Les 4 associations subventionnées par le Département de l'Economie et de la Santé / Direction Générale de la Santé (évaluées chaque année dans le cadre du mandat d'évaluation de l'IUMSP) ont été contactées par courrier électronique ou par téléphone pour leur présenter la nature de cette évaluation. Des entretiens par téléphone ou en face à face ont été fixés puis enregistrés et retranscrits. Les autres structures ont fait l'objet de la même procédure. Les chapitres issus de ces entretiens ont été renvoyés pour corrections et remarques aux différentes structures.

Concrètement, nous leur avons demandé de dresser le bilan des activités déployées ou initiées durant la période d'analyse et de juger de la pertinence et de l'adéquation de ces activités avec leurs tâches et leur population-cible. Nous leur avons aussi demandé s'ils avaient dû renoncer à développer des activités pour des raisons de manque de ressources (humaines ou financières). Elles devaient aussi réfléchir à la répartition à l'intérieur de leurs ressources financières. Enfin, nous les avons invitées à mettre en évidence les points forts et les points faibles majeurs qui ont caractérisé leurs activités sur cette période. Ce chapitre présente donc le bilan du point de vue des associations.

Pour les structures qui ne faisaient pas partie du suivi annuel, une mise à jour des activités conduites dans les domaines du VIH, des hépatites et des IST a été conduite.

Pour la section concernant le bilan avec le regard de l'évaluation: une analyse des cinq rapports d'évaluation produits par l'IUMSP depuis l'année d'activité 2005 a été conduite dans une perspective « méta ». L'objectif de cette approche est d'identifier et de caractériser des tendances au sujet des points suivants :

- Constats épidémiologiques
- Constats au sujet du dispositif cantonal et des associations
- Nature des recommandations
- Evolution des activités.

3 LES 4 ASSOCIATIONS SUBVENTIONNEES PAR L'ÉTAT DE GENEVE

3.1 GROUPE SIDA GENEVE. BILAN 2008-2011.

La période 2008-2011 a été une période de grands changements pour le GSG.

3.1.1 Prévention

Le principal changement est la réorientation des activités de prévention vers les groupes cibles dans une logique de santé publique et en adéquation avec les directives du Programme national VIH et sida de l'OFSP, à savoir : les populations migrantes, les HSH et les populations vulnérables, en particulier le projet VIH et prisons. Cette réorientation a amené de nombreux changements dans les projets dans lesquels la prévention a intégré une approche plus contextuelle en plus de la traditionnelle approche comportementale. Ainsi des aspects de réduction des risques ont été englobés à travers l'écoute des besoins énoncés par les populations visées.

Ceci a notamment donné lieu à un plus grand travail de visibilité des activités et prestations du GSG auprès du groupe des HSH. Pour le GSG, la justification de cette réorientation vers les groupes cibles est aussi liée à l'épidémiologie genevoise ainsi qu'à la stratégie cantonale visant une diminution du nombre d'infections récentes qui touchent essentiellement les HSH. Si le positionnement initial du GSG auprès des HSH qui ne fréquentent pas les lieux identitaires gay ou ne se définissent pas comme homosexuels paraissait relativement clair, sur le terrain la délimitation n'était pas toujours aussi évidente. Des ajustements successifs ont été nécessaires et un protocole de collaboration est en cours de rédaction entre le GSG et Dialogai. Si le niveau opérationnel est plus ou moins réglé, il subsiste encore des enjeux en termes de reconnaissance de compétences et de rôle de chacun.

En ce qui concerne les populations migrantes, le changement est un passage à des contacts plus qualitatifs et liés également aux données épidémiologiques, que purement quantitatif et basé sur le nombre total de personnes abordées. Durant cette période, le GSG a assumé un rôle plus important au niveau de la coordination des projets migrants: le projet national de prévention auprès des migrants Afrimedia a été intégré en 2007 au Groupe sida Genève; le VCT Migrants, géré depuis sa création en collaboration avec les HUG, est également intégré au domaine Prévention du GSG depuis 2009. Par ailleurs, depuis 2 ans, l'équipe de médiateurs du GSG a été spécifiquement réorientée vers les populations originaires d'Afrique sub-saharienne. Dorénavant, deux médiateurs à 50% gèrent ainsi la prévention de proximité et sont devenus partie prenante dans le développement des nouveaux projets migrants. En collaboration avec les HUG, les infirmières du VCT Migrants et les chargé-e-s de projets de prévention du GSG ont élaboré et réalisé trois romans-photos afin de pallier le manque de matériel adapté à la population rencontrée sur les actions de proximité et dans le cadre du VCT Migrants. Ces romans-photos ont connu un succès important et sont maintenant réédités au niveau national dans différentes langues.

Concernant la population générale, le GSG a pris l'option de sensibiliser la population aux différentes problématiques du VIH dans l'objectif de prendre en compte les différents déterminants liés à l'épidémie et répondre aux représentations sociétales de la maladie. Des campagnes de sensibilisation tout public ont été mises en place (Tatoos de l'été, Gummy love, Unies contre le sida, Empire des sens) et le GSG a procédé à un renforcement des prestations de prévention tout public et de promotion du dépistage tels que la Ligne infos sida (fonctionnant 7 jours sur 7) et le site infotestvih.ch, devenu depuis lors un site qui englobe toute la Suisse romande et la France voisine.

3.1.2 Communication et mobilisation

Le travail de communication auprès des médias constitue une activité à part entière qui a débuté en 2006 et s'est développée de façon intensive en devenant un outil de lobbying et de promotion de la solidarité. Ce travail a permis de donner un élan nouveau aux activités de défense des droits des personnes séropositives et de lutte contre les discriminations. Il a aussi donné un écho plus important aux différentes activités événementielles (Une table pour la solidarité, etc.). Enfin, il a permis au GSG de se positionner auprès des médias comme le principal interlocuteur parmi les acteurs de terrain de la lutte contre le sida en Suisse romande. Le développement du nouveau site internet et la mise en activité d'un blog d'actualités (Fil rouge) ont suscité une augmentation notable des visites sur les plateformes web du GSG.

En 2006, le GSG a mis en place un domaine Communication et mobilisation avec pour point central un projet spécifique de lutte contre les discriminations, en collaboration avec le service juridique et le travail auprès des médias. Le projet Discrimination et VIH a connu des succès importants, en particulier en 2006 avec la dénonciation des cas de suspensions de l'assurance maladie qui a entraîné la mise en place d'une structure d'urgence par l'Etat de Genève, les actions de plaidoyer en faveur de la dépénalisation de la transmission du VIH et de l'exposition au virus, la participation à des groupes de travail internationaux sur les questions de liberté de circulation, d'accès au traitement et de dépénalisation. Aujourd'hui le GSG est reconnu comme acteur majeur des questions droits de l'homme et VIH en Suisse et à l'étranger.

3.1.3 Soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida

Le domaine Vivre avec le VIH a connu de profondes transformations notamment en lien avec la stratégie de redéfinition des prestations en faveur de la prévention secondaire, la qualité de vie des personnes séropositives, le soutien aux couples sérodifférents (axe 3 du Programme national VIH/sida), l'autonomisation des personnes et leur intégration dans les activités de l'association (ateliers au "6" et groupe de travail communautaire "Sixième sens"), et les collaborations inter-associatives et avec le réseau santé, en particulier des HUG, autour des thèmes suivants: lipodystrophie, adhérence aux traitements, prise en charge post-test, fonds pour les patients précarisés, plateforme sida et enfants/adolescents, etc.

Depuis 2010, l'Etat de Genève a procédé à l'intégration des activités de l'ASFAG au GSG. Dans ce cadre, de nouveaux moyens ont pu être alloués pour les espaces de rencontres des femmes africaines (soirées, dimanches) ainsi que pour la poursuite du projet Trousses femmes, en collaborations avec différentes institutions du réseau.

Depuis 2008, le GSG coordonne l'édition des quatre numéros annuels de la revue Remaides Suisse et collabore avec la France et le Québec à la production de la revue Remaides international. La revue Remaides, dont le comité de rédaction suisse inclut les antennes romandes, est un outil de promotion de la santé, de la qualité de vie et des droits des personnes vivant avec le VIH.

Travail en réseau

Ces 5 dernières années, le GSG a investi beaucoup de temps dans l'optimisation du travail en réseau et la création de nouvelles synergies. Tant sur le plan genevois (coordination de la Journée mondiale du 1^{er} décembre, groupe de travail santé sexuelle, prise en charge post-test positif, brochure prisons, etc.), romand (site infotestvih.ch, enquête HSH, brochure AI, groupe de travail dépistage, etc.), national (lobbying juridique) et international (notamment les collaborations avec ONUSIDA, le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, AIDES, Sidaction, le Réseau juridique canadien VIH/sida, et la Coalition internationale francophone PLUS dont le GSG est membre depuis 2011).

3.1.4 Résultats, points forts et points faibles

Un des principaux résultats positifs de ces dernières années est d'avoir réussi à réorganiser les activités du GSG de manière transversale, c'est-à-dire en abandonnant la répartition très personnalisée des activités en 3 domaines d'interventions distincts - prévention, soutien et juridique - qui constituait une grande faiblesse et un frein à tout changement important. Actuellement, les trois objectifs sont présents dans les différents projets et activités ce qui permet une lecture commune des projets et une approche globale de la problématique du VIH. Par ailleurs, la réorganisation en logique de projets et la mise en place d'une comptabilité analytique correspondante ont considérablement amélioré l'évaluation et le suivi des activités. Cette évolution a aussi permis de valoriser les compétences et de favoriser l'autonomie de chaque collaborateur.

Actuellement, le GSG est plus à l'aise pour rendre compte de son rôle et de ses objectifs et pour se définir comme structure agissant dans le domaine du VIH en prenant en compte, de manière large, les enjeux liés aux réalités multiples du VIH. Il ne se définit ainsi pas comme un service qui met en place une activité, mais comme un organisme abordant dans une vision globale les problématiques actuelles et futures du VIH. Si par le passé, l'équipe pouvait avoir le sentiment de devoir courir pour s'adapter à l'évolution de la maladie, elle se dit aujourd'hui plus proactive et plus tournée vers l'extérieur.

Un autre résultat positif est l'amélioration de la collaboration avec la plupart des partenaires du réseau avec lesquels des difficultés d'interaction pouvaient être relevées il y a quelques années. De même les contacts avec les partenaires nationaux et internationaux se sont développés et sont plus ciblés, débouchant sur davantage de collaboration. Comme déjà évoqué, la collaboration avec Dialogai est encore en train d'évoluer.

Le principal point faible de ces dernières années est le temps qui a été nécessaire pour mettre en route ces différents changements et pour réussir à obtenir l'adhésion de l'équipe à ce renouvellement. Ainsi, certains projets auraient pu être supprimés plus tôt ou ont mis trop de temps à évoluer vers leur forme actuelle. Cette évolution n'est d'ailleurs pas encore entièrement aboutie et certains projets sont encore en phase de « rodage ». Toutefois, l'équipe actuelle ressent les effets positifs des efforts de restructuration entrepris et est motivée à poursuivre le travail de réflexion sur les activités mises en place.

Par ailleurs le GSG ressent un manque de reconnaissance pour tous les développements que l'association a mis en place et les investissements réalisés en faveur du réseau, qui selon lui n'ont pas été suffisamment reconnus et valorisés, ni même intégrés au niveau genevois justement, alors que l'image de l'association, notamment auprès du public, des médias, et des partenaires au-delà des frontières genevoises, n'a cessé de s'étendre favorablement. Le GSG n'a sans doute pas assez œuvré dans ce sens et aurait dû veiller à mieux communiquer sur les changements entrepris, les objectifs visés et les résultats obtenus. Par ailleurs, certains nouveaux projets mis en place ont été mal compris des partenaires qui n'ont dans certains cas pas été suffisamment informés au préalable.

3.2 PREMIERE LIGNE. BILAN 2008-2011

3.2.1 Le Quai 9

L'évolution la plus importante à relever au Quai 9 durant les 4 dernières années est l'élargissement de l'offre de prestations à différents niveaux : modes de consommation, prestations sanitaires, accompagnement/soutien social.

En ce qui concerne les modes de consommation, Première ligne a choisi d'offrir la possibilité de modes de consommation alternatifs à l'injection. Alors que dans un premier temps, il avait été davantage question d'étendre les horaires d'ouverture du Quai 9 ou d'ouvrir un 2^{ème} lieu de consommation dans un autre quartier de la ville, il est vite apparu à l'équipe qu'il était plus intéressant d'ouvrir premièrement un espace pour le sniff et dans un 2^{ème} temps un espace pour l'inhalation.

Les objectifs de cette diversification étaient de pouvoir :

- Offrir à des consommateurs injecteurs dont l'état des veines était extrêmement dégradé une possibilité temporairement ou à plus long terme de consommer à moindre risque ;
- Favoriser le contact avec des consommateurs par inhalation qui fréquentaient parfois déjà le Quai 9 pour se procurer des feuilles d'aluminium ;
- Amener également les consommateurs non injecteurs à bénéficier de conseils de réduction des risques et à utiliser les prestations sanitaires et sociales du Quai 9.

Parallèlement à ces changements, Première ligne a fait le bilan¹ des activités des bus BIPS et Boulevards (action conjointe avec Aspasia pour ce dernier). En 2008, l'action Boulevards dans son quotidien touchait plus spécifiquement les consommatrices de drogues, ayant recours de manière ponctuelle à la prostitution. Puis en 2009, un travail d'investigation mené durant 8 mois par l'équipe de Première ligne a montré que durant la nuit, très peu de consommateurs par injection étaient visibles et quasiment aucune usagère se prostituant n'était présente dans la rue; il n'y avait donc pas lieu de travailler sur une nouvelle itinérance du bus BIPS ou du bus mobile Boulevards. Première ligne a dès lors décidé de remettre sa part d'action du bus Boulevards à l'association Aspasia et de concentrer son activité sur le Quai 9, le BIPS et les offres de l'action « Nuit blanche? ». En parallèle, au début de 2010, la réunification des équipes du BIPS, de Boulevards et du Quai 9 a permis un élargissement de l'horaire du Quai 9 (ouverture une heure plus tôt chaque jour).

Du point de vue des activités sanitaires, l'offre a également pu être élargie avec la mise en place d'une permanence à caractère psychiatrique, avec la présence d'un médecin-psychiatre à raison de 2h par semaine. Un travail accru d'orientation vers les traitements contre la toxicodépendance et la mise en place d'un VCT² pour migrants ont également eu lieu. Le travail de soins des abcès et de surveillance des éventuelles overdoses s'est par ailleurs poursuivi de même que les discussions/encouragement à sortir de la dépendance ou à entreprendre un traitement de l'hépatite C. En ce qui concerne le domaine de la réduction des risques, le Quai 9 a débuté la distribution de bicarbonate pour les inhalateurs et a beaucoup travaillé avec les usagers sur la question des endroits d'injection à plus haut risque (dans l'aïne par exemple) et sur les autres sites d'injection (notamment la consommation anale).

Le pôle de valorisation des compétences sociales des usagers de drogues a pu voir le jour à l'automne 2010 avec pour objectif premier la revalorisation des compétences des usagers. L'équipe précise que cette offre ne tend pas à être un tremplin vers la réinsertion professionnelle, qui souvent reste un objectif à très long terme, voire un objectif irréaliste pour certains usagers; ce n'est également pas le mandat de Première ligne. Il s'agit avant tout d'accompagner l'utilisateur dans une reconquête de l'estime de soi à travers des activités permettant la reprise de confiance en soi, avec la possibilité de se décentrer de la consommation et d'envisager des possibilités afin d'améliorer sa situation sociale.

La diversification des modes de consommation a permis de toucher une nouvelle clientèle, plus jeune notamment. Différentes populations sont également présentes. Depuis fin 2002, de nombreux usagers sont arrivés de Géorgie et de Russie ; il semble que la stratégie de la police de faire éclater ce milieu à laquelle s'ajoute la possibilité de renvoyer les ressortissants de ces pays a eu pour résultats une diminution importante durant l'année 2011 de leur fréquentation du Quai 9 (prison, expulsion, etc.). Une population magrébine est également apparue en 2009, laquelle avait été refusée à cette époque car ces personnes étaient plus souvent des dealers que des consommateurs. Aujourd'hui toutefois, une partie d'entre elles est devenue consommatrice, d'héroïne en particulier. Le Quai 9 est aussi fréquenté par des usagers originaires de France, certains dénommés « traveller »³ qui échouent à Genève. Ces

¹ Voir aussi la brochure éditée par Première Ligne en 2011 résumant 20 ans de travail de réduction des risques : La réduction des risques liés à l'usage de drogues www.premiereligne.ch/elements/textes/brochure_1ereligne_20ans.pdf

² VCT : Voluntary counselling and testing. Dépistage volontaire du VIH/sida avec conseil.

³ Voyageurs

nouveaux usagers sont en rupture sociale dans leur pays d'origine et se retrouvent à Genève en situation de forte précarité. L'arrivée des ces différents groupes n'a pas chassé les anciens usagers du Quai 9.

3.2.2 Résultats, points forts et points faibles

Au cours des dernières années, Première ligne a rempli ses engagements et atteint les valeurs cibles pour une grande majorité des indicateurs de résultats définis dans le tableau de bord. Par ailleurs, les nouvelles activités, notamment les places de sniff et d'inhalation et la consultation VTC-Migrants ont été l'objet d'une forte fréquentation dès leur mise en place (indicateurs et valeurs cibles non encore définis dans le contrat de prestation de 2009-2012). Ces nouvelles activités ne se sont donc pas faites au détriment des prestations offertes initialement. A relever que les plages horaires du VCT-Migrants ne suffisent actuellement pas à répondre à la demande.

En ce qui concerne le risque évoqué d'un passage plus rapide à l'injection pour des personnes qui ne seraient que des consommateurs par inhalation, l'équipe pense qu'il y a eu peu de cas. En 2011, elle a toutefois décidé de mieux quantifier à la fois les passages de l'inhalation à l'injection et les exemples inverses, soit de l'injection à l'inhalation.

L'offre de places d'inhalation est « victime de son succès » c'est-à-dire que le nombre de places pourrait encore être augmenté et trouver preneur. La gestion de cette salle est aussi relativement plus difficile que celle de la salle d'injection en raison de la forme relativement conviviale de la consommation par inhalation; ce mode permet de consommer en rajoutant simplement un peu de produit sur la feuille d'aluminium. Il peut parfois y avoir des problèmes pour faire respecter la durée de 30 min. et faire sortir les consommateurs. Par ailleurs, si l'inhalation ne présente pas forcément les mêmes risques sanitaires (abcès, overdoses) le risque de dépendance est tout aussi élevé qu'avec l'injection.

Plus généralement, l'équipe relève une dégradation de la santé des usagers, notamment psychique et a eu connaissance de plusieurs décès par suicide chez des anciens consommateurs, fatigués de leur mode de vie. La précarité des usagers a aussi augmenté sans que Quai 9 puisse faire grand-chose pour y remédier. A Genève, la situation du logement s'est ainsi fortement péjorée ces dernières années, des consommateurs ayant un statut parfaitement légal ou résidant depuis des années à Genève ont même perdu leur logement.

3.2.3 « Nuit blanche ? »

« Nuit blanche ? » a fait l'objet d'une évaluation distincte au début de sa mise en œuvre. L'équipe a cependant voulu dresser un court bilan sur le projet.

Cette action a acquis une reconnaissance du public et des autorités même si elle ne bénéficie pas encore d'une assise financière stable. Par rapport à ses débuts, ces dernières années, cette action a mis l'accent également sur la consommation d'alcool afin de toucher un public plus large, parfois également consommateur d'autres substances, mais qui évitait le stand jusque là. A souligner que l'alcool reste le produit "phare" des soirées où « Nuit blanche ? » est présente. Le stand a aussi été un peu rafraîchi et offre la possibilité de tester ses connaissances à travers un questionnaire installé sur un iPad⁴.

A relever aussi la collaboration interrégionale qui s'est développée notamment par l'unification des données « soirées » (questionnaire remplis au cours des soirées par différents partenaires présents) et le partage de compétences, de matériel et le soutien logistique. « Nuit blanche ? » est ainsi tenue informée des « alertes produits » émises par Berne.

Le point faible est la difficulté à se tenir au courant des nouvelles substances disponibles notamment via internet, de connaître leur dangerosité et de faire passer les informations nécessaires au public.

⁴ Tablette électronique de la firme Apple.

3.3 DIALOGAI: BILAN 2005-2011

Les principales nouveautés chez Dialogai pendant la période qui nous intéresse sont la mise sur pied de Checkpoint en 2005) (avec l'offre de la PEP⁵ depuis 2011) et de Checkpoint mobile en 2008, le lancement de Blues-out⁶ en 2009, du Réseau d'alliés⁷ et de Totem⁸, en 2008, le programme Être Gai Ensemble (EGE)(réorienté en 2007), l'atelier Queer +⁹ (2010), l'offre de consultation en ligne e-street dès 2008 (sur gayromeo.com), la prévention VIH/IST sur Gaysexparty.ch¹⁰ depuis 2011 et la liste de médecins gay-friendly à partir de 2004.

Dialogai estime que ses activités sont en adéquation avec les besoins relatifs à ce que l'on sait de l'épidémie VIH/IST chez les HSH. Sur l'ensemble de ses activités, il y a toutefois des HSH que l'on touche moins ou moins bien :

les HSH socialement défavorisés et ceux qui ne fréquentent pas les lieux de la scène gaie

les jeunes, principalement les apprentis ou ceux qui sont déjà en entreprise (les étudiants sont mieux touchés)

les travailleurs du sexe

les HSH migrants, principalement les Africains et les personnes d'Asie du sud-est (les personnes d'Amérique latine sont bien touchés par Dialogai)

Avec Checkpoint et Checkpoint mobile on sait qu'on touche les personnes visées, on ne le sait pas encore pour Blues-out. Le travail sur Internet permet d'atteindre les jeunes et les HSH défavorisés socialement. Dialogai n'a cependant pas les moyens suffisants pour bien développer ce travail.

Dialogai soulève le problème de l'accès à la santé sexuelle pour une partie de la population-cible de la prévention du VIH et des IST (principalement les personnes économiquement défavorisées et ceux qui ont une franchise d'assurance maladie élevée, souvent les plus jeunes) à cause des coûts élevés de certains dépistages¹¹. Dialogai essaie de proposer des offres groupées lorsqu'il existe des tests rapides de qualité, pour faire baisser les coûts. Ce problème concerne les dépistages mais aussi les vaccinations, ce qui est un frein important en termes de prévention.

Les offres de Dialogai concernent en principe l'ensemble des HSH. Les exceptions sont

Totem qui concerne les moins de 26 ans et le Réseau d'alliés qui est formé de professionnels de l'éducation et de la santé aptes à soutenir les jeunes à l'école qui ont des difficultés à cause de leur identité sexuelle ou de genre.

L'atelier Queer+ qui concerne les HSH récemment dépistés positifs au VIH.

⁵ Prophylaxie post-exposition, traitement d'urgence contre le VIH à prendre après une exposition au risque.

⁶ Programme de prévention en santé mentale pour les gays et lesbiennes.

⁷ Réseau de professionnels de l'éducation aptes à venir en aide aux jeunes LGBT à l'école.

⁸ Espace de parole et d'écoute pour les jeunes LGBT développé avec la Fédération genevoise des associations LGBT.

⁹ Programme de prévention et d'information, développé en partenariat avec Checkpoint Zurich, qui s'adresse aux HSH récemment dépistés positifs au VIH.

¹⁰ Site internet à l'attention de personnes pratiquant le sexe en groupe, en partenariat avec Checkpoint Zurich.

¹¹ Un bilan complet annuel de santé sexuelle peut coûter jusqu'à 700.-, que la personne doit payer de sa poche si elle a une franchise élevée.

L'action de prévention du VIH et des IST cible particulièrement les *bardeurs* et les *partouzeurs* (présence sur le site gaysexparty.ch, lors des « meetings forestiers¹² » et mise en place de l'atelier « bondage » du programme EGE).

Dialogai a dû renoncer à différentes activités (pas forcément liées au VIH/sida) par manque de moyens financiers ou humains. On souhaitait faire une campagne contre l'homophobie visant la population générale et mettre en place un observatoire de l'homophobie. Un accompagnement minimum des victimes d'agressions a été mis en place mais on souhaiterait améliorer le travail contre l'homophobie et pour les droits humains. Dialogai a aussi dû renoncer à offrir un système de consultation psychologique dans le cadre du programme Blues-out. Dialogai aurait souhaité mieux organiser et présenter son expertise et des offres de formation dans le domaine de la santé gaie. L'association aurait aussi souhaité améliorer et développer la liste générale de médecins gay-friendly en plus de la liste des médecins généralistes rattachés au projet Blues-out. Depuis plusieurs années, Dialogai souhaite aussi offrir, par l'engagement de volontaires, un service d'accompagnement et de soutien aux HSH qui souffrent de maladies autres que le VIH/sida. Il est également difficile de garantir le recrutement et la gestion des volontaires pour lequel il faudrait avoir une personne qui s'en charge de manière professionnelle (à ce jour, chaque responsable de projet le fait de son côté).

Concernant la répartition des ressources à l'interne sur les différents domaines d'activité, elle est très déséquilibrée en faveur des projets visant la prévention du VIH/sida et des IST. L'argent est disponible pour cette problématique mais il est plus difficile d'avoir des financements pour d'autres projets.

3.3.1 Résultats, points forts et points faibles

Points forts.

L'ouverture de Checkpoint, son potentiel de développement en direction d'un centre de santé gaie et le début de Checkpoint mobile, c'est-à-dire le dépistage VIH/IST hors les murs qui permet d'aller sur les lieux de prise de risque et de toucher les HSH qui ne viennent pas forcément à Checkpoint.

Autre point fort, l'expertise accumulée par Dialogai en santé gaie (en lien avec le travail de recherche-action continu, sur la santé mentale en particulier, avec l'ISPMZ¹³) et la reconnaissance de cette expertise par les professionnels de la santé.

A souligner aussi, la reconnaissance par l'OFSP du travail réalisé à Dialogai (Checkpoint a été pris comme modèle) qui a, depuis 2012, la responsabilité pour la Suisse romande de la coordination de la prévention VIH/sida et IST. Auparavant, Dialogai avait cette responsabilité sur l'arc lémanique.

A signaler aussi l'importance dans l'association de la méthode de travail par les pairs (peer to peer) car la grande majorité des salariés et des volontaires de Dialogai sont des gays qui s'adressent à d'autres gays.

Dialogai est relié à des réseaux de professionnels au-delà du VIH (dans les domaines de l'éducation sexuelle, de la santé mentale, de la lutte contre les discriminations) par les différents projets développés ces dernières années (p.ex. à travers l'Alliance genevoise contre la dépression).

Egalement, Dialogai a une bonne couverture médiatique et jouit d'une bonne image dans les médias, où son expertise est reconnue, et auprès des décideurs politiques concernés par les projets.

Dialogai relève l'intérêt de la forme du contrat de prestation¹⁴, avec des objectifs clairs. Cela permet de mieux suivre ce qui est réalisé, atteint, etc.

Points faibles.

¹² Réunions de personnes avec des pratiques hard et fétichistes en Suisse romande.

¹³ Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich.

¹⁴ Le contrat de prestation lie Dialogai à l'Etat de Genève et définit des objectifs à atteindre pour les différents domaines d'activité.

Selon Dialogai, le cadre des contrats de prestations est trop centré sur le VIH/sida et devrait idéalement faire référence à la santé globale des hommes gays et des HSH. En outre, les moyens financiers ne sont pas adaptés à la réalité de l'épidémie du VIH (Dialogai porte la moitié du problème mais ne dispose pas de la moitié du budget). Il n'y a pas de politique financière basée sur les données scientifiques (evidence-based financial policy), donc relativement peu de moyens financiers en comparaison de l'ampleur de l'épidémie chez les HSH.

La forte professionnalisation de Dialogai peut avoir pour conséquence des difficultés à trouver des volontaires pour les projets et des volontaires qualifiés pour diriger l'association (le comité). De par sa professionnalisation et du fait d'avoir certaines ressources financières, on a tendance à croire dans la communauté gaie que Dialogai est à l'aise et n'a pas besoin de bénévolat, de volontariat. C'est un problème important à Dialogai même si d'autres associations sont concernées.

Finalement, on déplore à Dialogai le peu d'impact des évaluations réalisées par l'IUMSP (par rapport au demandeur, mais pas par rapport à Dialogai qui en a toujours fait usage). Il aurait été souhaitable de donner plus de poids à ces évaluations, d'organiser par exemple une réunion collective entre tous les acteurs du réseau genevois de lutte contre le VIH/sida. L'impact de ces évaluations est vague. On souhaite que la DGS exprime plus clairement les priorités dans la lutte contre le VIH/sida à Genève.

3.4 PVA. BILAN DES ACTIVITES REALISEES AU COURS DE LA PERIODE 2005-2011

PVA est une association de personnes vivant avec le VIH et leurs proches. Elle compte actuellement environ 150 membres cotisants¹⁵. La moitié d'entre eux travaille et fréquente peu ou pas l'association, en tout cas en journée. Le 80% des gens qui viennent en journée sont des gens précarisés (AI, aide sociale), donc la population que PVA est censée toucher en priorité. Avec les actions dans les écoles, PVA touche aussi des jeunes de 16 ans et plus. Selon PVA, ces jeunes ont certaines lacunes et PVA estime qu'il n'est certainement pas superflu de faire de la prévention VIH avec eux.

PVA met l'accent sur l'accueil, l'écoute et les thérapies (massages, PNL, soutien psychologique, etc.) et plus généralement sur le mieux-être physique et psychique des personnes touchées par le VIH/sida. Les thérapies proposées sont renouvelées lorsqu'elles ne sont plus adaptées et de nouvelles thérapies sont régulièrement proposées et mises en place. En parallèle, d'autres activités comme la coiffure ou le sauna/hammam des Bains des Pâquis (proposé depuis 2006 et très fréquenté par les membres) sont ouvertes aux membres. PVA pense qu'elles permettent d'aider les membres à prendre soin de leur santé et se sentir bien, à mieux accepter la maladie, supporter les effets secondaires des traitements et améliorer la prise des médicaments. Prendre soin de soi amène une amélioration notable de la santé individuelle. Le massage, pour une personne qui n'a plus de contacts physiques depuis un certain temps, peut avoir un effet très important. Pour certains, c'est aussi l'obligation de ne pas se négliger. Les membres savent qu'ils ne sont pas jugés et n'ont pas à parler de leur statut sérologique. En ce qui concerne les thérapies, PVA souligne que le budget de plus en plus serré limite l'offre et qu'il y a toujours plus de demandes de thérapies que de places disponibles.

PVA offre à ses membres la possibilité d'effectuer des « petits jobs », par exemple des mises sous plis du journal mensuel, la préparation du repas communautaire ou encore des travaux de bricolage. Ces activités permettent aux personnes qui les effectuent de se sentir utiles et de se retrouver ensemble à l'association.

Les repas du lundi soir existent depuis au moins 15 ans, c'est une activité centrale à PVA qui réunit en moyenne une quinzaine de personnes. Les usagers du lundi soir ne sont différents de ceux qui viennent

¹⁵ Les membres de PVA viennent de tous les horizons (âges, nationalité, orientation sexuelle). La majorité d'entre eux a plus de 25 ans.

à PVA la journée. C'est un repas convivial où les personnes touchées, les proches, les bénévoles partagent leur table et cuisinent.

Depuis 2009, PVA offre aussi des thérapies de groupe (sur la sexualité et la libido, sur l'écoute) ainsi que des séminaires lors de weekends (séminaire sur le pardon, séminaire avec Jamie McHugh sur la relaxation et séminaires créatifs). Il y a également des sorties récréatives une fois par année avec marche (Bains de Lavey, etc.) et repas.

En 2011, PVA a organisé des témoignages interactifs par des membres de PVA dans deux collèges qui ont été très appréciés par les étudiants. PVA souhaiterait continuer sur cette voie dans le futur avec deux-trois témoignages par année. Ce sont les collèges qui ont contacté PVA. Le projet école étant menacé d'abandon, PVA est très inquiète en ce qui concerne l'avenir d'une prévention qu'elle juge pourtant indispensable chez les jeunes.

Depuis début 2011, une assistante sociale a rejoint PVA. Cela répondait à un besoin fondamental car beaucoup de gens sont dépassés par des problèmes administratifs et financiers. Malheureusement, l'Hospice Général est souvent en surcharge et PVA travaille en réseau avec les tuteurs/curateurs et propose de l'aide administrative, du soutien, établit des demandes de fonds, oriente et écoute.

Toujours depuis 2011, PVA fait partie de la coordination de quartier des Pâquis orchestrée par l'Unité d'Action Communautaire (UAC), ce qui lui donne une nouvelle visibilité dans la proximité géographique de l'association et des synergies sont envisageables dans un futur proche.

Chaque année, PVA organise la cérémonie interreligieuse du 1^{er} décembre. De même, elle organise le repas de fin d'année des organisations de lutte contre le VIH à Genève ainsi qu'un stand de prévention à « La rue est à vous » (manifestation populaire dans le quartier des Pâquis sur un weekend). La présence des associations au Paléo a malheureusement été interrompue (en 2011), son financement n'étant plus garanti. PVA regrette cette suppression et souhaiterait continuer cette activité. Contrairement à d'autres structures, PVA considère que la population qui fréquente les concerts, comme Paléo, est une population à risque, bien que cela ne soit pas une population-cible. Certains consomment des stupéfiants et ont des rapports sexuels non protégés, probablement sous l'effet de substances psychoactives. PVA n'a pas les moyens financiers et humains pour soutenir seule cette activité.

En 2011, PVA a mis sur pied un stand de prévention lors du Sidaction français (31.03.2011-1.04.2011) à la FNAC à Genève (Balexert et Rives) avec vente du livre de témoignages (Histoires de VIH/Vies). PVA souhaite refaire cette action et pense que cela peut avoir plus d'impact que le 1^{er} décembre. Ce livre de témoignages a été présenté au Théâtre de Poche à Genève (théâtre complet pour l'occasion) en présence de Ruth Dreifuss.

PVA participe activement à la préparation de la 6^e Conférence Francophone VIH/sida qui aura lieu du 25 au 28 mars 2012 à Genève, étant représentée au sein du Comité local d'organisation. Dans l'optique de cette conférence, PVA organise en ce moment des ateliers créatifs avec le GSG, un atelier d'écriture pour donner la parole aux personnes vivant avec le VIH/sida et un atelier pour le « speakers corner » (automate à récolter des témoignages de toute personne intéressée lors de la conférence). PVA organise aussi à l'interne un atelier de rédaction de trois résumés dont l'un (sur le cas de tuberculose qui a emporté un membre de l'association) a été retenu par les organisateurs de la conférence pour être exposé en poster.

La transmission d'information concernant le VIH, n'est pas une activité prioritaire de PVA. Les membres sont en général très bien informés. En revanche, PVA informe sur des sujets moins bien connus par les membres ou qui suscitent des inquiétudes. PVA a organisé des conférences et une information spéciale sur la tuberculose et une information sur les révisions AI ou sur la réinsertion professionnelle.

Certains projets ont été abandonnés: pour des questions de ressources, en particulier le stand au Paléo festival. PVA envisage de contacter Paléo pour sensibiliser les responsables du festival aux prises de

risque qui adviennent lors du festival et du manque désormais de stand de prévention distribuant, entre autres, des préservatifs.

Concernant les ressources financières autres que la subvention de l'Etat, PVA repose essentiellement sur le bénévolat. Ces bénévoles sont des proches (conjoints, parents etc.) de personnes touchées par le VIH ou en grande majorité des personnes directement concernées par le VIH. Ces personnes peuvent être affaiblies, démotivées ou malades et avoir elles-mêmes besoin d'un soutien. Elles ne sont pas toujours en mesure de remplir certaines tâches. La gestion de l'association est beaucoup plus compliquée avec des personnes touchées dans leur santé qu'avec des personnes en majorité salariées et en bonne santé. Il serait impossible d'assurer toutes ces activités sans cette part de bénévolat.

3.4.1 Résultats, points forts et points faibles

Points forts.

Les locaux sont bien fréquentés. PVA soutient directement les personnes. Il y a des rencontres entre les personnes de tous horizons, cela crée des liens sociaux entre eux.

Points faibles

Il est parfois difficile de faire beaucoup avec peu de ressources.

4 LES INSTITUTIONS / ASSOCIATIONS ACTIVES DANS LA PREVENTION DU VIH ET NON FINANCEES PAR LA DGS

4.1 ASPASIE¹⁶

L'association Aspasia créée en 1982, assume les activités de prévention VIH/IST/hépatites auprès des personnes qui exercent le travail du sexe dans le canton de Genève. Elle reçoit, pour ces activités, un financement de la ville de Genève depuis 2008, en vertu des nouvelles répartitions des charges entre ville et canton. Le montant de ce financement est stable, y compris celui de la subvention pour le projet « Boulevards »¹⁷ qui est rétrocédée par l'association Première ligne sur le contrat de prestations entre Première ligne et le canton (jusqu'à fin 2012)¹⁸.

La plupart des programmes qui existaient en 2006 se sont poursuivis, avec quelques modifications parfois.

4.1.1 Programme APM (Aspasia Prévention Migrantes créée en 1996).

Ce programme, qui existait déjà en 2006 s'est maintenu. Quatre médiatrices se partagent un 50% d'activité sur le terrain (taux inchangé depuis 2006) et vont visiter (dans l'ordre de fréquence) les salons, les bars, les cabarets et certains appartements occupés par des femmes travailleuses du sexe (TS). Plus de 600 contacts ont eu lieu en 2010. Dans les salons et les cabarets, environ la moitié de ces femmes n'étaient pas connues d'APM auparavant. La rotation des femmes est plus importante qu'il y a quelques années. La présence d'APM dans les salons de massage s'est intensifiée. Cependant, en 2010, environ 50% des visites dans les salons n'ont pas abouti à un entretien de prévention.

On note une augmentation de femmes qui viennent des pays voisins (France, Espagne, Portugal) mais sont d'origine d'Amérique latine ou d'Afrique. Il y a des variations dans la présence des femmes des pays de l'Est. Les femmes rencontrées manquent d'information, surtout sur les IST. En termes de risque, selon ce que rapportent les médiatrices d'APM, la protection en cas de rapport avec pénétration est majoritaire, la fellation sans préservatifs est beaucoup demandée par les clients.

Ce programme est donc bien établi, la méthodologie d'intervention est éprouvée; il s'adapte aux fluctuations et peut répondre aux besoins des travailleuses du sexe migrantes. Les médiatrices restent longtemps dans le projet.

4.1.2 Programme Boulevards (bus d'accueil de nuit créé en 1996)

Le bus est présent 2 fois par semaine au Boulevard helvétique et 1 fois par semaine aux Pâquis. La rotation des TS est importante. La structure est très utilisée par des TS qui travaillent *outdoor* et sont souvent des migrantes (Afrique et Amérique latine). Il n'y a plus que très peu de consommatrices de drogue présentes sur les lieux de prostitution connus. Première Ligne s'est d'ailleurs retirée du projet à fin janvier 2010, ce qui a abouti à une diminution de nombre de nuits d'ouverture du bus (4 nuits auparavant). Le nombre moyen de visites par soirée a cependant continué à augmenter (de 11 en moyenne en 2007 à 22 en 2010).

¹⁶ Ces informations sont issues d'un entretien téléphonique avec Madame Marianne Schweizer, coordinatrice d'Aspasia et des informations publiées dans le rapport d'activités d'Aspasia de 2010.

¹⁷ Voir plus loin.

¹⁸ Depuis la promulgation de la nouvelle loi sur la prostitution en 2010 (loi cantonale), il semble que la ville estime que le canton devrait reprendre ce financement.

La nouveauté dans ce projet, depuis l'automne 2011, est la proposition de conseil et test volontaire (VCT): une fois par mois, il est possible d'orienter les femmes qui le souhaitent vers les locaux d'Aspasie pour un VCT (test rapide), qui se fait en collaboration avec le GSG. La demande est grande (il a fallu refuser des femmes car seulement 5-10 femmes peuvent être accueillies par soir).

4.1.3 Male sex work (MSW créé en 1999)

Ce programme destine aux travailleurs du sexe masculins continue. En 2010, on a noté une forte augmentation de la fréquentation (de 50%) mais l'offre n'a pas augmenté avec un médiateur en activité. Un peu moins de 500 contacts ont été établis en 2010. Il y a beaucoup de nouveaux contacts. La moitié environ des hommes viennent des 12 nouveaux pays entrés dans l'UE (surtout Roumains, Bulgares et personnes d'ethnie Rom). Le médiateur dispense aussi des renseignements par téléphone, SMS et sur des forums internet (environ 700 prestations de ce type par année). Il n'existe plus de site spécifique interactif, il a été remplacé par le site Safeboy¹⁹ de l'ASS (non interactif).

4.1.4 Don Juan (programme d'action auprès des clients de la prostitution)

L'ASS a arrêté le financement de ce programme en 2011, mais Aspasie souhaiterait un redémarrage et des contacts vont être pris avec Santé Sexuelle Suisse (anciennement Planes), qui devrait reprendre le projet.

Il reste actuellement le site internet Don Juan, site interactif. Les gens peuvent poser des questions et Aspasie assume les réponses pour la Suisse romande et la Suisse italienne.

Fair Sex work (www.fxw.ch)

Ce site d'information existe depuis 2009. Il a été créé par un groupe de travail comprenant des représentants des principaux protagonistes du travail du sexe (travailleuses du sexe, annonceurs, gérants de salon, publicitaires, Aspasie). L'ASS a mis à disposition une aide financière pour la mise en route du site. Le site fait la promotion d'un comportement responsable, respectueux et du sexe tarifé protégé. Des questions/demandes peuvent être adressées par email. C'est devenu un outil de travail accessible au public. Le site est aussi promu par le biais des sites érotiques. Aspasie en assure la mise à jour.

4.1.5 Projet de vaccination contre l'hépatite B.

Cette activité a été mise en place en collaboration avec le service du médecin cantonal qui fournit les vaccins, le centre médical du Léman aux Pâquis qui vaccine et Aspasie qui informe et oriente les femmes (en donnant des bons pour la vaccination, qui est anonyme et gratuite). En 2010 une soixantaine de doses ont été administrées (dont plus de 30 3^e doses), un peu moins qu'en 2009.

La nouvelle loi sur la prostitution, entrée en vigueur en 2010 a accru la charge de travail pour Aspasie. L'esprit de la loi est de mieux protéger les TS mais, selon Aspasie, cette nouvelle loi est aussi un outil de contrôle pour la police. Les gérants de salon doivent s'enregistrer à la brigade des mœurs et fournir des documents pour se mettre en règle. La police fait des contrôles, mais les gérants de salon utilisent ces contrôles comme un moyen de pression sur les TS. Les TS sont toujours considérées comme indépendantes mais ce sont les gérants qui font les démarches pour obtenir les autorisations nécessaires (certains essaient de faire payer les TS pour cela). Les TS viennent davantage qu'avant à Aspasie avec des problèmes administratifs. L'enregistrement des TS à la police est toujours obligatoire.

En termes de bilan, Aspasie a donc maintenu une activité suivie et soutenue dans le domaine du VIH et des IST, l'intégration de la prévention du VIH et des IST est parfaitement réalisée.

¹⁹ www.safeboy.ch

4.2 SERVICE SANTE JEUNESSE (SSJ)²⁰

4.2.1 Education sexuelle

Depuis plusieurs années, il y a une intégration des thèmes VIH, autres IST et hépatites, principalement dans le cadre de l'éducation sexuelle - donnée par des éducateurs à la santé (ES) - mais aussi à d'autres occasions (par exemple les cours de biologie au cycle pour les aspects "scientifiques théoriques" tels que l'épidémiologie, la virologie, la physiologie, etc.).

La séquence des interventions en éducation sexuelle proprement dite n'a pas changé depuis 2006: 2 heures en 6è Harmos (histoire de la vie, réponse à d'éventuelles questions sur le sida), 2 heures en 8è (IST), 2 x 2 heures en 10è (cours d'éducation sexuelle, réponse aux questions, travail sur la relation à l'autre, comportements à risques, etc.). Il existe toujours une information en 1^{ère} et 2^e année post-obligatoire.

L'intégration éducation sexuelle / éducation à la santé est plus forte qu'auparavant ; de fait, chaque année, dans les cours d'histoire de la vie, on peut trouver des thèmes en rapport avec la sexualité :

- 4è Harmos (H) : programme « avec prudence, avec confiance » prévention des violences et abus, dans un esprit de promotion de la santé, autour des thèmes de la résistance aux pressions, de la capacité de négociation, des compétences individuelles et sociales, des choix de santé, de la conscience des dangers
- 5è H : « mon corps est à moi », accent de nouveau mis sur le renforcement des compétences plutôt que sur les comportements à risque
- 6è H : « histoire de la vie »
- 7e H : thème du risque de cyber-pédophilie, avec l'intervention de l'association "Action Innocence"²¹,
- 8è H : éducation sexuelle : on commence à parler du sida si il y des questions à ce sujet
- 10è H: 2 x 2 heures d'éducation sexuelle où le VIH et les IST sont abordés. Une de ces 4 heures s'adresse aux filles et aux garçons séparément.

Il existe toujours des actions ponctuelles autour du VIH dans le cadre de la journée mondiale, de la lutte contre les discriminations, etc. Elles sont laissées à l'initiative des établissements ou des intervenants. Les ES ont à leur horaire des heures pour des projets d'établissements, spécifiques, selon les thématiques qui surgissent (il en existe beaucoup sur alcool, et ce peut être l'occasion de parler d'autres risques, par exemple liés à la sexualité, au respect, etc. Parfois (rarement) le thème peut être le VIH.

Autre exemple : dans le cadre de l'Ecole de culture générale et du cours optionnel santé en 3è année, s'est développé tout un travail avec un ES sur le thème des groupes dits « à risques », sur les questions d'estime de soi, se basant sur le rapport sur la santé des gays à Genève et impliquant des intervenants de Dialogai.

De manière générale on travaille moins sur le risque que sur le développement des capacités et des environnements favorables. Cependant, l'information de base, par exemple sur les préservatifs et leur utilisation, sur la contraception, est bien présente. On parle davantage qu'avant des autres IST, particulièrement des chlamydia et du HPV. Une vaccination (HPV pour les filles/Hep B) est proposée systématiquement depuis 2007-2008.

²⁰ Ces informations sont issues d'un entretien en face à face avec les Drs Jean-Dominique Lormand, médecin directeur du SSJ et Claire-Anne Wyler, pédiatre médecin-adjointe, SSJ et HUG.

²¹ Seule association complètement extérieure au SSJ à intervenir sur un thème de la sexualité avec un contrat de collaboration, revalidé chaque année

Les écoles privées qui représentent 14% des élèves à Genève ne sont pas couvertes par les interventions mentionnées ci-dessus. Cela peut se faire sur demande mais ne peut être imputé au budget de base du SSJ ; les écoles qui font une telle demande d'intervention doivent la payer. Il existait auparavant des financements ad hoc pour cela, qui n'existent plus. La couverture en éducation sexuelle dans les écoles privées a donc probablement diminué, mais il n'existe pas de données à ce sujet.

Important changement depuis 2006 : le renforcement de la prévention et de la lutte contre l'homophobie, qui est intégrée dans le cadre scolaire et se fait au gré des interventions, selon les contextes. Par exemple, en 6^e primaire on parle de "d'où je viens" et on aborde le thème de la famille, de la famille recomposée, mais aussi de l'homoparentalité, éventuellement d'homosexualité.

Dans les années 2000, une première prise de position du SSJ (un des rares *statements* que le SSJ ait fait) a appelée le monde scolaire à se mobiliser contre l'homophobie. A l'occasion des Assises de l'homophobie il y a 2 ans, le SSJ a été le moteur d'une démarche interne au DIP, qui a abouti à une prise de position très claire du chef du département pour dire qu'il était important que les établissements scolaires se mobilisent contre l'homophobie, et que c'est un sujet qui doit être abordé à l'école (il s'agissait notamment de répondre aux craintes des enseignants que des parents les critiquent si ils abordaient ce sujet). Un directeur d'école ne peut donc se prévaloir de la crainte des parents pour ne pas aborder ces questions. Cela s'est fait sur la pression des groupes LGBT. Le personnel SSJ a reçu une formation de façon à offrir une posture commune très claire par rapport à l'homosexualité et l'homophobie et des messages cohérents. L'idée est d'identifier les occasions d'en parler, savoir comment réagir en cas de comportement homophobe. Ces professionnels forment un "réseau des alliés", selon le modèle canadien qui est de créer à l'intérieur des écoles des ressources bien identifiées pour des personnes qui subissent des discriminations. Par exemple, les professionnels du SSJ (infirmières et ES) sont clairement affichés comme "gay friendly" (avec sigle particulier affiché dans leur bureau, qui signifie un lieu où on peut parler d'homosexualité). On nourrit l'idée de former aussi les enseignants à ces questions, plutôt dans le cadre d'établissements qui se mobilisent (soutien à ces établissements). Le thème de l'homosexualité n'est cependant pas nécessairement abordé de façon systématique dans les heures d'éducation sexuelle, dans la mesure où le positionnement de l'intervenant est d'être à l'écoute.

Le projet incluant des témoignages de personnes séropositives a été pratiquement abandonné après une réflexion générale sur les apports des témoignages (de tout ordre). Ce type d'intervention - laissé au libre choix des ES - ne peut se faire maintenant que si il y a accompagnement par un ES, avant et après. L'encadrement est jugé nécessaire compte tenu de la charge émotionnelle des témoignages. En pratique ce type d'intervention est peu utilisé.

4.2.2 Suivi des enfants atteints par le VIH

Le SSJ suit quelques enfants et leur famille vivant avec le VIH (enfants qui arrivent de l'étranger porteurs d'une infection à VIH et enfants nés ici avec le VIH et qui grandissent). Les enseignants ne sont pas informés de la situation de ces enfants et il y a beaucoup moins de questions et d'inquiétudes des enseignants au sujet du VIH qu'il y a quelques années. Les problèmes sont exceptionnels. Les règles en vigueur stipulent que si on s'occupe de quelqu'un qui saigne on met des gants (hygiène et prévention de la transmission des hépatites et du VIH).

Le bilan général de l'évolution de ces dernières années est que le VIH est devenu très banal, intégré et que les jeunes ont des connaissances adéquates. Il ne semble pas pour autant y avoir de baisse d'intérêt, les élèves actuels appartiennent à une génération où les aînés sont ou ont été des utilisateurs de préservatifs, les connaissances des jeunes semblent maîtrisées. Le VIH a perdu de son mystère et ne fait plus peur. Les médias ont beaucoup contribué à cette évolution. Par exemple le SSJ a réagi au *statement* de la Commission fédérale pour les affaires liées au sida concernant la non transmission du VIH par les personnes sous traitement efficace et a accompagné cette déclaration.

Pour ce qui est de l'intervention à l'école, l'éducation sexuelle et la prévention du VIH et des IST sont davantage conçues sur un modèle promotion de la santé, « horizontal » et intégré.

4.3 PRISONS²²

Il est estimé que les personnes consommatrices de drogue forment environ 1/3 de la population carcérale (40% si l'on se réfère à la population avec un dossier médical[6]). La consommation de drogue diminue en prison (voir ci-dessous le nombre de personnes demandant du matériel d'injection) mais il peut y avoir de la drogue qui circule.

4.3.1 Programme de remise de matériel d'injection.

Il n'y a pas eu de changement notable par rapport à la situation décrite à fin 2005 dans la mise à disposition de matériel stérile à la prison de Champ Dollon²³. Lors de la visite d'entrée par les infirmières, qui a lieu en principe le jour de l'entrée, la question de la consommation de drogues et de la prévention est systématiquement abordée, de même que les possibilités de sevrage et de traitement par la méthadone. Les détenus reçoivent un fascicule sur le VIH qui contient des indications sur les IST. Sur demande, les seringues sont à disposition, remises par le service médical avec la distribution de médicaments. Pas de limitation de nombre de seringues remises. La prison de Champ Dollon a reçu une distinction de l'OMS en 2011 (*best practice award*) pour son programme d'échange de seringues. Les statistiques de remise de seringues montrent une augmentation entre 2006 et 2010. Alors qu'en 2006-7-8 respectivement 169 seringues (à 24 personnes différentes), 168 (à 27 personnes) et 172 (à 36) ont été données, en 2009 et 2010 322 seringues (à 43 personnes) et 446 (à 41 personnes) ont été remises. Des préservatifs sont à disposition.

4.3.2 Traitements de substitution à la méthadone et sevrage

Le système de traitement à la méthadone n'a pas changé non plus. A l'entrée, les personnes consommatrices sont identifiées par le personnel médical lors de la visite d'entrée. Si une substitution par la méthadone est en cours, elle sera poursuivie. Contact est pris avec le service / médecin traitant pour vérifier la dose. Si nécessaire, on vérifie la réalité de la consommation et de la prise de traitement par une analyse de l'urine. Lorsque le traitement a été interrompu durant quelques jours, la posologie de méthadone est réduite (pourcentage de réduction proportionnel au nombre de jours d'interruption) afin d'éviter un surdosage (parfois les patients n'ont pas reçu leur traitement pendant 24-72 heures). En fonction de l'évolution clinique, une augmentation progressive de la posologie jusqu'à la dose de maintenance initiale est prescrite. Si il n'y a pas de preuve de consommation, aucun traitement n'est institué, sauf s'il y a des symptômes de manque objectifs. Généralement, le patient-détenu dépendant n'est pas encouragé à viser un sevrage total du traitement de substitution avant sa libération ; en effet, un sevrage de méthadone lors de l'incarcération est associé à un risque d'overdose à la sortie de prison plus important, lié à une reprise de consommation d'héroïne (il y a eu encore un décès récemment rapporté²⁴). Entre 6 et 9% des détenus sont sous traitement de substitution de méthadone². Le traitement est dispensé par le personnel infirmier lors de la distribution de médicaments et est absorbé par le patient « sous-contrôle ». Une minorité de patients dépendants aux opiacés bénéficient d'un traitement de buprénorphine (environ 2 ou 3 personnes actuellement, principalement des personnes dont le traitement de buprénorphine a été débuté en France et chez lesquels cette médication est poursuivie).

²² Ces informations sont issues d'un entretien en face à face avec le Dr Laurent Gétaz, chef de clinique de l'Unité de médecine pénitentiaire.

²³ Voir 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) : pp 85-86. http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds120_fr.pdf

²⁴ Le nombre d'overdoses ou de décès à la sortie n'est pas connu car il n'y a pas de suivi de personnes qui sortent de prison. Comme Champ Dollon est une prison préventive, les détenus sortent parfois sans que le service médical soit averti (directement après passage chez le juge). Et il n'y a pas toujours la possibilité de préparer la sortie.

Lors de la sortie d'une personne sous traitement, le rendez-vous pour une consultation à l'extérieur est, si possible, organisé pour le lendemain (souvent à la Navigation). Les patients sont informés qu'ils doivent aller sans délai consulter pour la poursuite du traitement, étant donné que souvent le service médical n'est pas informé de la date de libération.

Certains établissements d'exécution de peine ne disposent pas d'une présence médicale quotidienne et ne proposent pas de programme de méthadone ; dès lors, afin de garantir la continuité des soins, les personnes sous traitement sont dirigées vers des établissements d'exécution de peine disposant d'un programme.

4.3.3 Hépatites et VIH/ IST

Il n'existe pas de dépistage systématique à l'entrée. Un dépistage peut être proposé (VIH, hépatites) en présence de facteurs de risque. Une étude récente a montré une prévalence des chlamydia plus élevée chez les détenus que dans la population générale[7].

Par rapport à 2005, il y a eu des évolutions dans le domaine des hépatites, en particulier la conduite d'études de prévalence. Lors de 2 épidémies de varicelle en 2009 et 2011, une prise de sang a été proposée à plus de 200 détenus en contact avec les patients index ; ceci a permis de réaliser une étude avec pour but l'estimation de la prévalence et des facteurs de risques des hépatites B, C, ainsi que de la syphilis et du VIH. L'analyse des données est à bout touchant et les résultats seront prochainement publiés. 97% des détenus ont accepté de participer à l'étude. Cette étude va démontrer une prévalence relativement élevée d'hépatites B et C, alors que la prévalence du VIH est relativement modérée. Pour l'hépatite B, ce travail va démontrer que les personnes infectées par l'hépatite B sont surtout originaires d'Afrique sub-saharienne ou de certains pays d'Europe de l'Est. Pour l'hépatite C, la plupart des porteurs avaient consommé de la drogue et la majorité d'entre eux connaissaient leur statut sérologique. Une étude rétrospective « sur dossier de 2007 » récemment publiée² a révélé qu'environ 6% des patients suivis par la consultation médicale à Champ-Dollon sont porteurs de l'hépatite C et 1% du VIH. Sur la base de ces données, une réflexion est en cours sur la politique à suivre pour l'hépatite B au sujet du dépistage (qui dépister ?), de la prévention et de la vaccination (à tout le monde comme préconisé aux USA ou aux seuls susceptibles après dépistage sérologique ? quel schéma (standard-raccourci) ?).

Une étude et une réflexion sont aussi en cours sur les risques de certaines pratiques et d'autres mesures de prévention de la transmission des maladies infectieuses, en particulier l'hépatite B (tatouages, risque de transmission des hépatites par échange de rasoir ou de brosse à dents, etc.). Il s'agit d'abord de quantifier les pratiques puis réfléchir à des interventions possibles (sur les connaissances des détenus notamment). Les connaissances des modes de transmission de l'hépatite B et de protection semblent également très lacunaires, en particulier chez les personnes originaires des pays les plus endémiques. . Peu de personnes sont vaccinées.

Concernant les IST, une étude porte également sur la prévalence de la syphilis.

En conclusion, la prévention du VIH et des IST se poursuit et une réflexion plus approfondie sur les hépatites, en particulier l'hépatite B est en cours.

5 ANALYSE DES RAPPORTS D'ÉVALUATION 2005-2010

Cette section propose une analyse dans une perspective « méta » des cinq rapports d'évaluation produits par l'IUMSP depuis l'année d'activité 2005. L'objectif de cette approche est d'identifier et de caractériser des tendances au sujet des points suivants :

- Constats épidémiologiques
- Constats au sujet du dispositif cantonal et des associations
- Nature des recommandations
- Evolution des activités

5.1 CONSTATS EPIDEMIOLOGIQUES

5.1.1 Incidence et caractéristiques des infections par le VIH

Un certain nombre de paramètres sont à prendre en considération lorsque l'on compare le nombre de nouveaux tests VIH positifs dans le canton de Genève d'une année à l'autre. Il existe en effet deux sources principales de données pour cet indicateur, à savoir la Direction générale de la santé (DGS) du canton de Genève et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ces sources affichent des divergences pour une même année qui peuvent dépasser 10% dans les cas extrêmes (98 cas selon l'OFSP versus 87 cas selon la DGS pour l'année 2008). Des correctifs sont également apportés a posteriori à ces données au fur et à mesure que parviennent les déclarations complémentaires des médecins. Ce dernier point impacte également la répartition des nouveaux cas selon le mode de transmission, puisque cette dernière information ne figure pas dans les déclarations des laboratoires.

Cela étant dit, on observe une relative stabilité du nombre de nouveaux tests VIH positifs de 2005 à 2007 (autour de 85 cas), un accroissement relativement subit de ce nombre en 2008 (autour de 95 cas), puis une diminution progressive et marquée jusqu'en 2010 (autour de 60 cas). Le groupe de transmission qui semble avoir marqué la tendance la plus nette est le groupe des HSH, avec une augmentation progressive et marquée du nombre de nouveaux cas de 2006 (autour de 23 cas) à 2008 (autour de 34 cas), suivi d'une baisse en 2010 (autour de 15 cas).

Parmi les autres tendances observées durant la période 2005-2010, on relève une diminution de la proportion de personnes de nationalité suisse parmi les nouveaux cas de test VIH positifs (de 36% à 29%) et une augmentation de la proportion de personnes de nationalité européenne (de 8% à 16%). La proportion de personnes d'origine subsaharienne demeure élevée (proche de 30%), bien qu'en légère baisse.

5.1.2 Usagers de drogues intraveineuses

On observe durant la période étudiée une diminution du recours aux injections, avec une diminution concomitante du nombre de seringues distribuées dans les structures d'accueil. Le partage de seringue se maintient à un niveau élevé en comparaison avec la moyenne nationale. Cette pratique semble plus fréquente parmi les usagers domiciliés en France, dont le nombre augmente. La consommation d'héroïne tend à augmenter. On observe une fréquence élevée d'abcès, et une augmentation des soins prodigués. Les usagers en provenance des pays de l'est sont plus nombreux, ce qui engendre une complexité supplémentaire en termes de communication et de documentation (statut, langue).

5.1.3 Personnes séropositives pour le VIH

L'observation la plus frappante est la survenue à partir de 2008 d'une baisse notable des comportements de prévention du type safer sex avec le partenaire stable (et dans une moindre mesure avec les partenaires occasionnels), quelque soit le groupe de transmission ou le statut sérologique VIH du partenaire. Le maintien de cette tendance dans le temps et la coïncidence chronologique de son début avec la déclaration de la CFPS suggèrent un lien de causalité.

5.1.4 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

On observe durant la période étudiée une augmentation notable de l'exposition au risque de contamination par le VIH, quelque soit le type de partenaire. La proportion des répondants aux enquêtes HSH ayant pratiqué la pénétration anale sans préservatif avec un partenaire occasionnel de statut sérologique différent ou inconnu a ainsi fortement augmenté. Le nombre annuel médian de partenaires sexuels a également augmenté. La proportion de HSH ayant déjà effectué un test VIH au cours de la vie est plus élevée à Genève que dans le reste de la Suisse.

5.1.5 Migrants

Le manque de donnée épidémiologique sur les comportements préventifs des populations migrantes, en particulier subsaharienne, est relevé de manière répétée durant la période étudiée. Le nombre élevé d'interruptions de grossesses et la proportion importante de migrants d'origine subsaharienne parmi les nouveaux cas d'infection par le VIH font penser que l'adoption de comportements préventifs au sein de cette population est encore largement insuffisante.

5.2 CONSTATS AU SUJET DU DISPOSITIF CANTONAL ET DES ASSOCIATIONS

5.2.1 Dispositif dans son ensemble

D'une manière générale, le dispositif de prévention VIH/Sida mis en place dans le canton de Genève est considéré comme complet, aussi bien en termes de couverture des différentes populations cibles qu'en termes de niveaux d'intervention. Il convient de relever qu'une partie de ce dispositif (Aspasie, Prisons, SSJ) se situe en dehors du périmètre de financement octroyé par la DGS. La « géométrie » du dispositif a évolué durant la période étudiée, principalement en raison des dynamiques propres à chacune des associations constitutives. Ces dynamiques sont brièvement présentées ci-après.

5.2.2 Groupe Sida Genève (GSG)

Un des enjeux importants du GSG durant la période étudiée aura consisté à gérer la multitude et la grande variété d'activités déployées. Cette multitude a comme revers d'entraîner un risque accru d'inconsistance dans la récolte de données, ainsi qu'une difficulté de coordination à l'interne et vis-à-vis des autres associations du dispositif. Un important travail de cadrage et de priorisation a été mené, notamment grâce à l'élaboration d'une théorie d'action en 2007. Les défis en matière de positionnement au sein du dispositif cantonal ont néanmoins continué de se poser. Trois interfaces semblent présenter un flou relativement résistant aux tentatives de mise à plat. Du plus problématique au moins problématique, il s'agit d'abord de la prévention auprès des migrants, en particulier d'origine subsaharienne, puis de la prévention auprès des HSH ne s'identifiant pas comme gays, et finalement du rôle de coordination en matière de formation et d'encadrement des médiateurs et des bénévoles œuvrant auprès des migrants. Le GSG semble se trouver dans une situation de « grand écart », avec d'un côté une volonté de développer une identité claire et des activités propres au sein d'une constellation d'associations aux identités fortement ancrées dans leur publics-cibles respectifs, et d'un autre côté la nécessité de colmater les brèches du dispositif que ces associations ne couvrent pas.

Un des symptômes le plus visible de cette conjoncture a probablement été le difficile passage de témoin entre l'association solidarité femmes africaines de Genève et le GSG au sujet de la prévention auprès des migrants. La prévention auprès des HSH ne s'identifiant pas comme gays semble suivre la voie d'une clarification plus concrète, par le biais d'un protocole de collaboration initié par Dialogai.

Si plusieurs indicateurs d'activité atteignent voire dépassent les cibles fixées (contacts avec les médias, formations organisées), un effort de professionnalisation semble encore nécessaire, notamment dans la production et la diffusion de connaissances ou encore en matière de documentation de la situation et des activités menées auprès des migrants.

5.2.3 Dialogai – Checkpoint

L'élément le plus significatif de cette période aura été l'ouverture du centre Checkpoint et sa solide installation dans le paysage de la prévention VIH auprès des HSH dans le canton de Genève. Le maintien d'un taux de consultation élevé en dépit de l'augmentation des plages disponibles semblent témoigner d'un réel besoin auprès de la population cible. On y rencontre une clientèle présentant tendanciellement des comportements sexuels plus à risque par rapport au VIH que ce que l'on observe dans les enquêtes HSH. On relève également un certain degré de fidélisation de la clientèle, pour qui le dépistage semble être devenu une sorte de routine. L'adoption de l'outil Berda pour caractériser la clientèle fréquentant le Checkpoint offre de bonnes garanties en matière de standardisation et de rigueur dans la saisie des données. Le récent déménagement du centre Checkpoint dans des locaux mieux adaptés ouvre la voie à un élargissement des prestations dans le sens d'une prise en charge plus globale de la santé des HSH. L'activité du Checkpoint mobile n'a pas connu un essor important durant la période étudiée, en dépit de la pertinence de cette offre.

L'association Dialogai a continué de développer de nouveaux projets visant à améliorer la santé des HSH, en se basant sur une démarche scientifique de documentation de l'état de santé des gays genevois. Les projets « être gays ensemble » et « blues out » sont autant d'approches innovantes lancées durant cette période, qui visent à intervenir sur les déterminants sociaux et psychologiques de la prise de risque.

5.2.4 Première Ligne

L'association Première Ligne s'est trouvée confrontée à deux défis principaux durant la période étudiée. Le premier a consisté à s'adapter à l'évolution constante de la typologie des usagers, avec notamment une augmentation d'usagers domiciliés en France et d'usagers originaires des pays de l'est. Ces transformations s'accompagnent de modifications des modes de consommation et d'un accroissement des difficultés de communication avec les usagers et de documentation de leurs caractéristiques socio-sanitaires. La bonne performance du monitoring relevée dans le rapport 2005 n'a ainsi jamais permis à l'association de se « reposer sur ses lauriers ». Le deuxième défi, ayant également eu un impact sur le monitoring et sur la formation des collaborateurs/trices, a été représenté par l'accroissement de la fréquence des abcès et des transmissions de maladies infectieuses. Suite à ces différentes évolutions, Première Ligne a dû étoffer sa collaboration avec l'association française Apreto, offrir une formation continue à son personnel autour des soins, ou encore adapter son monitoring pour mieux documenter les complications rencontrées par les usagers (abcès, overdose).

5.2.5 Association Solidarité Femmes Africaines de Genève (ASFAG)

Les constats répétés de non atteinte des objectifs fixés et la non prise en compte des recommandations émises au fil des années ont abouti à l'arrêt du subventionnement de l'ASFAG par l'Etat en mars 2010. L'opposition de deux paradigmes semble n'avoir jamais réellement permis de trouver un mode de fonctionnement satisfaisant, avec d'un côté une association dont la préoccupation première était d'impliquer des femmes africaines concernées par le VIH dans une activité d'accueil et d'écoute, et d'un autre côté la formulation d'exigences en matière d'activités de prévention liée à l'octroi de subventions publiques. Un certain degré de méfiance semble avoir caractérisé une part importante des interactions. La persistance de difficultés à atteindre les objectifs fixés après le transfert des activités au

sein du GSG semble indiquer l'existence d'un défi structurel, en partie indépendant du degré de professionnalisme des personnes en charge du projet.

5.2.6 Personnes Vivant Avec (PVA)

De manière générale, PVA semble avoir bien rempli sa mission d'écoute et d'accompagnement des personnes concernées par le VIH. La durée médiane des contacts en 2010 s'est ainsi élevée à 30 minutes par personne. L'association a par contre rencontré des difficultés dans le maintien d'une documentation systématique et de qualité de ses activités. Elle a également été confrontée à des attentes en matière d'activités de prévention auprès des personnes séropositives qu'elle n'a pas toujours été en mesure de déployer. Un certain décalage entre le contenu des rubriques de la fiche de contact et la réalité de l'activité pourrait expliquer en partie cette inconstance dans le remplissage des fiches. L'absence d'une démarche explicite qui viserait à adapter l'offre en prestations aux besoins des usagers est également problématique, dans le sens où certaines activités développées semblent rencontrer peu d'échos auprès du public cible.

5.3 NATURE DES RECOMMANDATIONS

L'Annexe 1 de ce rapport propose, sous la forme d'un tableau, une vision synthétique des constats effectués et des recommandations émises dans les rapports d'évaluation successifs. Il ne s'agit donc pas ici de revenir dans le détail sur l'ensemble des recommandations adressées à l'endroit de chacun des éléments du dispositif, mais plutôt d'essayer de dégager des grandes tendances.

De manière assez intuitive, les recommandations les plus concrètes et les plus rapidement opérationnelles semblent aussi avoir été les mieux appliquées. On pense ici notamment à l'amélioration des outils de collecte des données ou encore au recours à l'élaboration de théories d'action pour définir des priorités. Ces recommandations ont souvent comme autre caractéristique de ne concerner qu'une association à la fois.

A l'opposé, les recommandations d'un ordre plus stratégique et qui concernent plusieurs éléments du dispositif semblent peiner à se traduire de manière concrète. On citera ici comme exemple la recommandation répétée au fil des ans de voir le GSG prendre un plus grand rôle dans la coordination et la formation des médiateurs et des bénévoles œuvrant auprès des migrants. Dans un même registre, il semble que les recommandations qui n'identifient pas clairement l'entité responsable de sa mise en œuvre soient peu couronnées de succès. On pense ici, par exemple, à la recommandation de mieux caractériser les spécificités et les besoins des populations migrantes. Ces observations mettent en lumière la difficulté d'identifier des leviers efficaces pour faciliter le pilotage du dispositif dans son ensemble.

Les recommandations qui visent des acteurs situés en périphérie du dispositif semblent également peiner à exercer leurs effets. On pense ici aux recommandations adressées à l'endroit des médecins traitants pour qu'ils documentent de manière plus rigoureuse et systématique les circonstances entourant les nouveaux cas d'infections par le VIH.

Deux autres observations frappantes sont la tendance à l'érosion et la faible réactivité des pratiques mises en œuvre par les associations en matière de monitoring. L'IUMSP a ainsi joué à de nombreuses reprises au fil des ans un rôle d'incitation et d'accompagnement au maintien de la qualité du monitoring effectué par les associations.

5.4 EVOLUTION DES ACTIVITES

Avec le recul, il semble assez évident que les activités des associations et les activités de monitoring et d'évaluation de l'IUMSP se sont mutuellement influencées. L'influence a été de deux ordres. D'un côté, on a pu observer des ajustements continus et progressifs entre l'activité des associations et la collecte de données pour le monitoring. D'un autre côté, on a pu assister à des changements plus en profondeur, notamment en ce qui concerne le positionnement stratégique et la définition des priorités des associations. Les mues les plus importantes auront concerné l'ASFAG (que l'Etat a cessé de subventionner en mars 2010) et le GSG qui a redéfini ses axes d'intervention prioritaires à la suite de l'élaboration d'une théorie d'action.

Il est également intéressant de constater qu'au fil des années une certaine « culture » de l'efficacité semble s'être développée au sein des associations elles-mêmes. Le protocole de collaboration entre Dialogai et le GSG illustre en tout cas une volonté d'optimiser la définition des champs d'action de chaque association.

5.5 PROPOSITIONS POUR UNE EVOLUTION DU MONITORING ET DE L'EVALUATION

Le bilan des activités effectuées par l'IUMSP sur mandat de la DGS impose de distinguer les deux approches principales qui ont été suivies durant la période étudiée : la première, essentiellement centrée sur une activité de monitoring, et la seconde portant sur des procédés d'évaluation plus complexes.

5.5.1 Activités de monitoring

Le maintien d'un système de collecte et de surveillance des données épidémiologiques (biologiques, psychosociales, comportementales) liées au VIH semble indispensable puisque les observations ainsi produites guident les stratégies de prévention à mettre en œuvre. Le pic de nouvelles infections observées en 2008 ou la détérioration relativement subite des comportements préventifs chez les HSH plaident pour un maillage temporel assez fin (statistiques annuelles), dans le but de pouvoir répondre sans délai aux nouveaux défis sanitaires qui se trouvent ainsi posés.

Si beaucoup d'efforts ont été fournis durant la période 2005-2010 pour mettre sur pied et/ou améliorer la qualité, la systématisme et la pertinence des données collectées en lien avec les activités des associations, un travail de « maintenance » à intervalles plus espacés²⁵ (par exemple une fois tous les deux ans) permettrait - en impliquant les associations dans une approche participative et réflexive - de limiter le risque d'assister à une érosion progressive de la qualité des données collectées, ou d'être confronté à une inertie dans l'adaptation des indicateurs à de nouvelles réalités épidémiologiques.

5.5.1.1 Evaluations ad hoc

Le cas de l'ASFAG et plus généralement celui de la prévention auprès des migrants illustrent bien les limites auxquelles sont confrontées les activités de monitoring. Une démarche plus en profondeur semble ici nécessaire pour mieux comprendre et au besoin accompagner les changements utiles à l'atteinte des objectifs de prévention auprès des migrants. Le recours à des compétences spécifiques de l'ordre de la médiation culturelle et la nécessité d'explorer les représentations et les attentes des différentes communautés justifieraient à nos yeux dans ce cas particulier la réalisation d'un projet d'évaluation ad hoc.

Le monitoring régulier de l'activité des associations, avec ce qu'il comporte de données quantitatives mais également qualitatives, pourrait être davantage valorisé s'il servait également à identifier des besoins ponctuels en matière d'évaluation, y compris et surtout sur un mode formatif.

²⁵ Qui irait au-delà de la simple collecte de données prévue dans le cadre des tableaux de bord.

5.5.2 En résumé

Réunir le meilleur du monde de la surveillance sanitaire, du monitoring d'activités et de celui de l'évaluation à proprement parler, dans un souci d'optimisation de l'utilisation des ressources, pourrait ainsi se traduire par un dispositif de suivi des activités des associations à la cadence réduite (par exemple tous les deux ans, effectué de manière interne au niveau cantonal ou par des intervenants externes), auquel viendraient se greffer des évaluations ponctuelles approfondies lorsque les circonstances l'exigent. La surveillance annuelle des données épidémiologiques liées au VIH et des données de monitoring récoltées pour les tableaux de bord viendrait compléter ce dispositif.

6 REFERENCES

Reference List

1. Huissoud T, Balthasar H, Samitca S, Dubois-Arber F. *Evaluation des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2006.
2. Huissoud T, Balthasar H, Jeannin A, Samitca S, Dubois-Arber F. *Evaluation des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève, période 2006*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2007.
3. Huissoud T, Lociciro S, Gumy C, Meystre-Agustoni G, Balthasar H, Dubois-Arber F. *Evaluation des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève en 2008*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2009.
4. Huissoud T, Lociciro S, Gumy C, Dubois-Arber F. *Suivi des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève en 2009*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2010.
5. Gumy C, Lociciro S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Suivi des activités de prévention du VIH/sida dans le canton de Genève en 2010. In: *Raisons de Santé*. Lausanne; 2011.
6. Wolff H, Sebo P, Haller DM, Eytan A, Niveau G, Bertrand D, *et al.* Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC. Public Health*. 2011,**11**:245.
7. Steiner AS, Haller DM, Elger BS, Sebo P, Gaspoz JM, Wolff H. Chlamydia trachomatis infection in a Swiss prison: a cross sectional study. *Swiss. Med. Wkly*. 2010,**140**:w13126.

7 ANNEXE 1

2005		
Général C = Constats R = Recommandations	C	<p>Le dispositif en place est complet, même s'il n'est pas entièrement financé par le Département de la Santé. (p.89)</p> <p>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. (p.89)</p> <p>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. (p.90)</p> <p>La situation épidémiologique du sida à Genève est stable en 2005, mais le nombre annuel de nouveaux cas déclarés (22 tests positifs pour 100'000 habitants) reste l'un des plus hauts de Suisse. (p.89)</p> <p>La prévention individuelle par les professionnels semble encore insuffisante, notamment auprès des personnes migrantes et des personnes séropositives. (p.90)</p> <p>On note une augmentation des nouveaux cas de VIH chez les HSH qui pourrait en partie être due à une détection accrue. (p.89)</p>
	R	<p>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. (p.90)</p> <p>Le rôle central du GSG doit être reconnu et affirmé pour assurer une plus grande cohérence au dispositif dans les années à venir. (p.90)</p> <p>Un certain nombre d'améliorations peuvent encore être 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. (p.90)</p> <p>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. (p.90)</p> <p>Veiller à la pérennité de l'éducation sexuelle et si possible obtenir une couverture totale, y compris des écoles privées. (p.90)</p> <p>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. (p.90)</p>
16-20 ans	C	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. (p.28)
UDI	C	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. (p.28)
VIH+	C	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). (p.28)
HSH	C	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. (p.28)
Migrants	C	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. (p.28)
	R	<p>Il serait souhaitable de documenter / constituer le savoir commun sur la population d'origine sub-saharienne – 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). (p.83)</p> <p>Une coordination accrue des organisations travaillant auprès des populations migrantes (principalement GSG, ASFAG, Afrimedia, Aspasie, CSM) doit être mise sur pied dans le but de planifier les activités sur le terrain. (p.83)</p> <p>Il faut développer le monitoring des activités des médiateurs pour mieux suivre la nature, l'étendue et la qualité de leurs activités. (p.83)</p>

GSG	C	Le monitoring de l'accueil n'est tenu par le secrétariat qu'une semaine par mois. 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. (p.30)
	R	Le GSG pourrait encore développer son rôle de coordination de l'activité des associations œuvrant dans le domaine du VIH/sida dans plusieurs domaines dont la formation et la supervision des médiateurs et des bénévoles. (p.42)

Dialogai	C	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. (p.60)
	R	Améliorer la couverture des lieux extérieurs de drague, notamment dans le contexte des actions spéciales. (p.61) Il faut stabiliser les instruments de relevé des activités et documenter davantage le contenu des interventions de routine. (p.61)
Checkpoint	C	Dès son ouverture, la consultation de dépistage fonctionnait au maximum de sa capacité et, a maintenu, par la suite, un niveau d'activité important (90%). Les campagnes de promotion de la structure se sont révélées très efficaces. (p.60) 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. (p.60)
	R	On peut s'interroger sur le coût d'opportunité du dépistage des IST autres que le VIH et la syphilis. (p.60) 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.). (p.61)
Première ligne	C	La baisse de fréquentation – ainsi que la baisse des nouveaux usagers - amorcée en 2004 s'est poursuivie. (p.70) 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. (p.70) 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). (p.70)
	R	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. (p.71)
ASFAG	R	Les activités de prévention plus larges en direction des communautés africaines devront être développées en coordination avec les autres institutions s'occupant de prévention auprès des migrants sub-sahariens. (p.75) L'ASFAG devra continuer à bénéficier d'une formation continue et de supervision pour que les activités de prévention puissent atteindre les objectifs fixés. (p.75) La documentation et le suivi des activités sur le terrain doivent être améliorés. (p.75)
PVA	R	Il faut mettre en place une meilleure documentation (instrument de monitoring) du travail d'accueil par les bénévoles. (p.77)

NB : Le dispositif est encore complété par des activités financées hors du périmètre DGS :

- Aspasia (Ville de Genève)
- Prisons (HUG)
- SSJ (Education)

2006		
Général C = Constats R = Recommandations S = Suivi des recommandations	C	<p>Le nombre total de tests positifs au VIH est resté stable en 2006 (87 cas) mais est resté élevé chez les HSH (n=22). On relève une augmentation des tests positifs chez les 20 à 29 ans entre 2005 et 2006. (p.23,81)</p> <p>On constate parmi les groupes de transmission, une augmentation du nombre de tests positifs chez les consommateurs de drogues par injection (n=10) et chez le groupe de transmission « autre ». (p.23,81)</p> <p>Les trois plus grandes associations (Groupe Sida Genève, Dialogai, Première Ligne) travaillent avec des professionnels qualifiés et ont accumulé une grande expérience dans le domaine du VIH/sida et des modes d'interventions auprès de leur clientèle cible. (p.81)</p> <p>Pour les deux autres associations (l'Association Solidarité Femmes Africaines de Genève et l'Association genevoise des Personnes Vivant Avec) qui reçoivent une subvention nettement moins élevée (respectivement 100.000 et 200.000 fr.) et dans lesquelles une part importante des activités est menée de façon bénévole, le suivi/l'évaluation est davantage accompagnant(e) de manière à amener les équipes à professionnaliser leurs interventions. (p.81)</p>
	R	<p>Actuellement, il existe à Genève deux lieux différents pour faire les tests anonymes de VIH. En vue de connaître la disponibilité des données en vue d'apprécier la complémentarité de ces deux lieux en termes de clientèle et de raisons de demande de test, des premiers contacts ont eu lieu d'une part avec l'équipe des HUG et d'autre part avec l'OFSP. Les HUG ont très bien accueilli l'idée de participer à cette analyse. Les données sont toutefois actuellement à l'OFSP, elles n'ont pas été saisies dans des délais permettant l'analyse comparative pour le rapport d'évaluation (fin mars 2007). (p.84)</p> <p>Le taux de rentrée des déclarations des médecins suite à un test VIH positif devrait être amélioré et considéré comme un indicateur de qualité de la prise en charge. (p.84)</p> <p>Pour l'ensemble des associations, il est encore nécessaire d'améliorer la qualité des données récoltées. (p.84)</p>
	S	<p>Lors des rencontres avec les associations, l'IUMSP a proposé un choix d'indicateurs opérationnels et discuté avec les équipes des valeurs cibles pouvant être visées. La discussion des objectifs visés a aussi permis de mettre à plat les résultats visés et la logique des interventions proposées. A ce jour, les tableaux de bord sont validés après révision par le médecin cantonal délégué, par les associations et par le canton. (p.83)</p>
UDI	C	<p>Poursuite de la dégradation en ce qui concerne l'accès à l'emploi. Cette dégradation est cependant partiellement compensée par un filet social important puisque ¾ des consommateurs bénéficient soit de l'aide sociale soit d'assurances sociales en 2006. (p.24)</p> <p>Le nombre de personnes en traitement diminue même si on trouve encore une majorité d'usagers en traitement en 2006. (p.24)</p> <p>Les usagers rapportent une tendance à la baisse de l'injection (prévalence de l'injection au cours des 6 derniers mois et fréquence de l'injection chez les consommateurs qui s'injectent). (p.24)</p> <p>Quant à l'utilisation d'une seringue déjà utilisée par un tiers (partage), elle reste stable, mais est plus élevée que la moyenne nationale. (p.24)</p> <p>Rajeunissement des personnes commençant à fréquenter Quai 9 et retour de la consommation d'héroïne. (p.81)</p>
	C	<p>On observe en 2006 une amélioration des comportements préventifs notamment dans les relations avec le partenaire stable. (p.23)</p> <p>Les données concernant l'utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels restent beaucoup trop lacunaires pour être utilisées. (p.23)</p>
VIH+	R	<p>Il conviendrait de rappeler aux médecins de la cohorte l'importance d'obtenir des réponses à toutes les questions pour améliorer la qualité de cette base de données. (p.23)</p>
	C	<p>Fortes prévalences de VIH au sein de la communauté homosexuelle. (p.42)</p>
HSH	R	<p>Maintien d'une prévention importante sur la scène gaie, notamment dans les lieux de consommation sexuelle. (p.42)</p>
	C	<p>La prévention auprès des migrants – en particulier sub-sahariens – s'est développée ces dernières années ; 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. (p.83)</p> <p>Le GSG a proposé de participer à une ou deux actions de prévention d'Afrimédia et ASFAG à titre d'observateur. Il s'agissait de se rendre compte du mode de travail sur le terrain, et de mieux connaître les médiateur/trices et leurs actions. Si la proposition ne posait pas de problème pour Afrimédia, la coordinatrice de l'ASFAG a jugé que ce type de démarche venait trop tôt et que cette observation pourrait être comprise comme de la surveillance. Cette forme de supervision n'a donc pas eu lieu. (p.83)</p>
Migrants	R	<p>Les besoins en prévention des différentes communautés devraient être estimés et la réflexion sur comment les atteindre poursuivie, notamment en utilisant les associations existantes à Genève. Le centre santé migrant devra y être associé à l'avenir. (p.85)</p> <p>Le planning officiel des interventions respectives a souvent été rempli a posteriori et certains doublons dans les interventions ont été relevés de ce fait. De plus, il n'a pas été tenu sur l'ensemble de l'année, malgré les rappels du coordinateur du GSG chargé de cette tâche. (p.83)</p>
	C	

	S	<p>Une des propositions de 2005 était de dresser une sorte d'inventaire des communautés d'origine africaine vivant à Genève afin de mieux connaître l'importance de chacune d'elles. Pour ce faire, différentes démarches ont été entamées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une lettre a été adressée à toutes les Ambassades ou représentations consulaires ayant une adresse à Genève dans laquelle figuraient des questions concernant l'effectif de personnes migrantes ainsi que l'existence d'associations de ressortissants. • Une compilation des données statistiques de l'Office cantonal de statistiques concernant la population étrangère résidant à Genève. • Le rapport d'activité de l'Hospice général qui recense tous les requérants d'asile selon leur pays d'origine (déclaré). • Une recherche des associations de ressortissants africains affiliées soit à la Maison des Associations, soit à Kultura. (p.79)
GSG	C	Le nombre de projets différents menés ou soutenus par le GSG est cependant très élevé. (p.82)
	R	<p>Le GSG doit pouvoir encore compter sur l'appui de professionnels pour le traitement des données épidémiologiques sur le VIH/Sida pour la préparation de la conférence du 1er décembre. (p.84)</p> <p>Il convient d'envisager la supervision par le GSG de tous les mandants travaillant auprès des populations migrantes, sub-sahariennes notamment. (p.84)</p> <p>Rendre plus claires et prioriser les interventions de l'association et limiter le risque de dispersion. (p.25)</p> <p>Pour aider le GSG à prioriser ses activités, une théorie d'action basée sur le modèle de Promotion Santé Suisse pourrait être menée avec cette équipe en 2007 dans le cadre de l'évaluation. (p.26)</p>
	S	Les recommandations émises dans le rapport précédent ont été prises en compte. Ainsi, le GSG a entamé en 2006, une réorganisation de ses activités en 4 domaines d'interventions. Ce travail lui a permis de poursuivre ses réflexions sur son mode d'intervention. Il a repris davantage son rôle de centre de compétence, il s'est recentré sur certaines tâches d'information et de coordination et a développé certains secteurs d'interventions (auprès des migrants notamment). (p.25)
Dialogai	C	Dialogai a sensiblement renforcé la présence de la prévention du VIH et des IST dans la scène gaie genevoise, notamment en diversifiant la forme et le contenu des ses interventions (campagne de dépistage des IST, forums/débats, outreach, site internet, etc.). (p.82)
	R	La forte prévalence du VIH au sein de la communauté homosexuelle rend nécessaire le maintien d'une prévention importante dans la scène gaie, notamment dans les lieux de consommation sexuelle. (p.84) Il est important que Dialogai continue à mettre sur pied des manières novatrices pour faire passer les messages de prévention. (p.42)
Checkpoint	C	<p>La consultation de dépistage Checkpoint a poursuivi son activité sans difficultés apparentes. Le niveau d'utilisation de l'offre est satisfaisant. D'une manière générale, Checkpoint attire une clientèle dont l'anamnèse sexuelle (activité sexuelle et exposition au risque) justifie le dépistage du VIH ou d'autres IST. (p.82)</p> <p>Après seulement deux années d'existence, on observe qu'une proportion importante de la clientèle a déjà recouru à Checkpoint. Ce pourcentage reflète vraisemblablement la routinisation de la pratique du dépistage parmi les HSH. Cela étant, ces clients présentent un niveau d'exposition au risque similaires aux autres (ils ne se protègent ni moins bien ni mieux que les autres). Il est malheureusement impossible d'apprécier la portée de ce constat – notamment en ce qui concerne l'efficacité du counselling – en l'absence des données demandées précisant les motivations à l'origine du test. (p.82)</p>
	S	Absence des données demandées précisant les motivations à l'origine du test. (p.82)
Première ligne	C	<p>Augmentation des séroconversions chez les personnes toxicodépendantes et fréquence élevée d'abcès chez les personnes consommant par injection. (p.57)</p> <p>Mesures de réduction des risques actuellement en place devraient être suffisantes. (p.57)</p> <p>L'activité de Quai 9 s'est poursuivie normalement malgré les perturbations engendrées par les travaux d'aménagement urbain autour du local d'injection. Rajeunissement de la clientèle des nouveaux usagers provenant de la région. Apparition en nombre d'une population issue des pays de l'Est, plus jeune en moyenne et pour laquelle l'entrée en traitement de substitution ou la prise en charge médico-sociale est beaucoup plus difficile à proposer ou à organiser en raison de leur statut et de la langue parlée. (p.82)</p>
	R	<p>Réfléchir parmi les intervenants aux moyens de mieux faire passer ou de rappeler les règles d'hygiène de l'injection tant du point de vue des risques d'abcès que des risques de transmission de maladies infectieuses. (p.57)</p> <p>Garantir et de faciliter l'accès aux structures (local, bus) qui est parfois menacé par des problèmes liées aux périmètres d'exclusions mis en place par la police. (p.57)</p> <p>L'offre de prise en charge médicale aux consommateurs dépendants en situation illégale à Genève devrait aussi être discutée/mise sur pied. (p.57)</p>

ASFAG	C	Les problèmes soulevés dans le dernier rapport d'évaluation concernant le travail de prévention restent d'actualité. (p.69)
	R	La supervision du travail de médiatrices devrait être assurée par le GSG. Ceci favoriserait à la fois la coordination des activités sur le terrain et assurerait un plus grand professionnalisme aux interventions auprès des personnes visées. (p.69) Le soutien auprès des femmes africaines concernées par le VIH/sida doit rester le point fort de l'ASFAG qui par ailleurs doit être utilisée comme porte d'entrée pour les populations subsahariennes. (p.69)
	S	L'ASFAG a pris en compte les recommandations de 2005, toutefois les problèmes soulevés dans le dernier rapport d'évaluation concernant le travail de prévention restent d'actualité. (p.69) Pour l'ASFAG, la définition de nouvelles tâches de prévention représente toujours un enjeu important et le changement introduit n'est pas encore suffisamment opérationnel. (p.81)
PVA	R	Le soutien et la promotion de la solidarité doivent rester la priorité dans les activités de PVA. (p.74) La prévention auprès des personnes séropositives peut encore être renforcée, mais il n'y a pas de sens à développer des actions de prévention auprès de la population générale si ce n'est la participation au 1er décembre ou à d'autres activités en collaboration avec d'autres associations. (p.74) Les critères de choix des activités orientées vers l'amélioration du bien être et les modalités d'y accéder devraient être plus explicites et mieux documentés. (p.74)

2008		
Général C = Constats R = Recommandations S = Suivi des recommandations	C	<p>Le canton de Genève reste l'un des cantons où le taux annuel de nouveaux tests VIH positifs est le plus élevé. Leur nombre a fortement augmenté en 2008. (p.7)</p> <p>Le nombre de nouvelles déclarations de cas de VIH reste relativement stable chez les hétérosexuels, mais augmente fortement chez les HSH et dans la catégorie " autres ". Pour les HSH, le nombre de tests positifs atteint en 2008 représente plus du double de celui atteint en 2004. (p.7)</p> <p>Le travail des cinq associations recevant un financement de l'Etat de Genève dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida a été globalement satisfaisant en 2008 et les principales recommandations émises dans le rapport d'évaluation précédant ont été suivies. (p.87) Pour l'ASFAG toutefois, les problèmes rencontrés dans le domaine de la prévention n'ont pas été résolus en 2008. (p.87)</p> <p>L'ensemble des activités développées par les associations sont diversifiées et tendent à répondre aux objectifs de la politique cantonale. (p.87)</p>
	R	<p>Poursuivre les efforts pour améliorer le retour rapide et complet des déclarations par les médecins. (p.85)</p> <p>Réfléchir à l'opportunité d'établir une collecte de données comportementales chez les migrants, en particulier subsahariens (soit selon un modèle de questionnaire semblable à celui utilisé à Checkpoint qui serait appliqué dans le cadre du VCT Migrants, soit dans le cadre d'une enquête nationale). (p.85)</p> <p>Développer et renforcer les activités de prévention à l'égard des groupes les plus vulnérables : HSH et migrants subsahariens, sans toutefois oublier que ces 2 groupes ne sont pas cloisonnés et que des échanges ont lieu avec la population générale. (p.85)</p> <p>Afin de conserver le haut niveau de protection observé et de permettre aux jeunes de commencer leur vie sexuelle dans de bonnes conditions, il convient de veiller à maintenir la meilleure couverture possible en matière d'éducation sexuelle à l'école. (p.87)</p> <p>Les associations doivent prendre conscience de l'importance de documenter leurs activités et de la difficulté que peuvent engendrer des changements dans les outils de monitoring ou dans les questionnaires d'accueil au cours d'une année. (p.87)</p>
	S	<p>Pour les associations, 2008 représente une année charnière avant l'entrée en vigueur des contrats de prestations portant sur 2009-2012. Le travail développé dans le cadre de l'évaluation en 2006 et 2007 autour du monitoring des activités des associations devait permettre de suivre les indicateurs formulés dans les tableaux de bord annexés aux contrats de prestations. Or, pour 2008, on constate soit une diminution de la qualité des résultats de monitoring qui nous ont été transmis, soit des changements dans les outils utilisés (certaines modifications ne permettant plus de suivre les indicateurs) ou encore des données manquantes pour une partie de l'année. (p.87)</p>
VIH+	C	<p>On observe en 2008 une baisse notable des comportements de protection avec le partenaire stable que l'on prenne en compte le groupe de transmission ou le statut sérologique du partenaire. La baisse enregistrée avec les partenaires stable pourrait découler de la déclaration de la CFPS, mais ce n'est que sur le long terme que nous pourrions voir si c'est bien une tendance à la baisse que nous observons et pas un phénomène passager. (p.85)</p>
	R	<p>Les conditions à remplir pour les personnes séropositives souhaitant renoncer à l'utilisation du préservatif dans le cas d'une relation stable avec un partenaire sérodifférent devraient être très largement rappelées au personnel médical qui fait du counselling, ainsi qu'aux personnes séropositives et à leurs partenaires. En particulier, la limitation de la déclaration de la CFPS au partenaire stable informé et consentant devrait être très fortement répétée. (p.86)</p> <p>Les efforts de prévention devraient porter notamment sur la nécessité d'utiliser systématiquement le préservatif avec les partenaires occasionnels. (p.86)</p>
HSH	C	<p>L'évolution générale des comportements des HSH tend vers une augmentation de la prise de risque pour l'ensemble de la population concernée lors des rapports sexuels et quel que soit le type de partenaire. Cette augmentation semble un peu plus importante pour les répondants genevois comparés aux répondants suisses. (p.86)</p> <p>Le nombre de HSH déclarant avoir eu des relations non protégées avec des partenaires occasionnels est ainsi en augmentation. (p.86)</p> <p>Le nombre de HSH ayant eu un test VIH au cours de la vie est plus élevé à Genève qu'au niveau suisse, mais on observe en parallèle une légère tendance à la diminution de la proportion de personnes testées au VIH dans les 12 mois précédant la dernière enquête Gaysurvey de 2007. (p.86)</p>
	R	<p>Il est important de continuer à informer sur la PEP et surtout sur la primo-infection (symptômes, importance de ne pas attendre pour aller se faire dépister après une prise de risque). Les limitations et les conditions d'application de la déclaration de la Commission Fédérale devraient aussi être clairement expliquées. (p.86)</p> <p>Etant donné que les HSH se font majoritairement tester chez les médecins installés en pratique privée, ces derniers devraient actualiser leurs connaissances et renforcer leurs compétences en matière de counselling à l'intention des HSH, tout particulièrement à propos de l'interprétation de la déclaration de la CFPS relative à l'abandon de la protection. (p.86)</p>

GSG	R	<p>La théorie d'action et la réflexion sur la pertinence et l'efficacité de certains projets doivent être poursuivies afin de recentrer, si cela s'avère nécessaire, les ressources du GSG sur ses objectifs prioritaires. (p.49)</p> <p>L'effort de documentation du travail auprès des migrants subsahariens par les médiateurs doit absolument être renforcé. Les possibilités de prévention que représente la mise sur pied du groupe de parole pour les hommes africains, mais également les difficultés rencontrées, devraient être bien documentées pour servir d'expérience. Une réflexion sur l'intérêt de maintenir l'outil de prévention de la « trousse femme », mais également le lieu d'accueil au " 6 " en regard avec les résultats de sa fréquentation doit être menée. (p.49)</p> <p>Les activités de prévention menées jusqu'à présent par l'ASFAG n'étant pas menées de manière satisfaisante (cf. 3.6.2), le GSG devrait formuler un projet permettant d'intégrer ces activités dans son domaine d'intervention auprès des migrants. (p.49)</p>
Dialogai	C	La forte prévalence du VIH, l'augmentation des nouveaux cas de VIH ainsi que l'augmentation des comportements de prise de risque au sein de la communauté homosexuelle rendent nécessaire l'intensification d'une prévention importante dans la communauté gaie. (p.59)
	R	<p>Il est important que Dialogai continue à mettre sur pied des actions novatrices pour comprendre les prises de risque et pour faire passer les messages de prévention. (p.59)</p> <p>Les 4 éléments principaux devant être: encouragement à la pratique du Safer sex, dépistage précoce après une prise de risque et/ou recours à la PEP, information et sensibilisation sur la question de la primo-infection et finalement thématisation sur la prévention de la transmission du VIH auprès des HSH séropositifs en considérant les opportunités et les limites de la déclaration de la CFPS. (p.59)</p>
Checkpoint	R	<p>Il est souhaitable de continuer à renforcer le dépistage du VIH et des IST. (p.59)</p> <p>Les efforts consentis pour tenter de dépister des séropositivités en phase de primo-infection sont particulièrement justifiés et doivent être poursuivis. (p.59)</p> <p>Le lien possible entre santé mentale et prise de risque devrait continuer à faire l'objet d'une attention particulière. (p.59)</p>
Première ligne	C	Les nouveaux usagers au Quai 9 ne forment pas une population homogène. (p.71)
	R	<p>Il est important de continuer à bien documenter la clientèle (mode de consommation, origine, logement notamment) pour identifier les différents risques et adapter si nécessaires les prestations offertes par la structure et leur volume (nombre de places de sniff, besoin en places d'inhalation par exemple). (p.71)</p> <p>Les activités des bus de prévention devront être suivies attentivement pour identifier les effets de la réorganisation mise en place. (p.71)</p> <p>L'effort et la réflexion pour améliorer l'accès aux traitements des Géorgiens et leur insertion devraient être poursuivis. (p.71)</p>
ASFAG	R	<p>Une restructuration profonde de l'ASFAG semble nécessaire pour garantir que les tâches contractuelles confiées à l'association puissent être menées à bien. (p.79)</p> <p>L'accueil des femmes africaines concernées par le VIH/sida devrait, dans ce cadre, rester le point fort de l'ASFAG qui devrait toujours pouvoir être utilisée comme porte d'entrée pour les populations subsahariennes. (p.79)</p> <p>En l'état actuel de l'association, les activités de prévention devraient être reprises par le GSG et une réflexion menée sur le devenir des médiatrices travaillant à l'ASFAG. (p.80)</p> <p>Des règles devraient être établies pour que le counselling des personnes concernées par le VIH/sida soit mené par une personne compétente et formée, conditions qui ne sont pas remplies actuellement à l'ASFAG. (p.80)</p>
PVA	R	<p>L'effort consenti en matière de qualité et d'accessibilité des statistiques de l'accueil doit être maintenu. (p.81)</p> <p>Les critères de choix des activités orientées vers l'amélioration du bien-être et leurs modalités d'accès devraient être plus explicites et mieux documentés. (p.81)</p> <p>La fréquentation de ces différentes activités devrait être une donnée récoltée de routine pour permettre de mesurer l'atteinte des résultats prévus dans le tableau de bord (indicateurs). (p.81)</p> <p>Le soutien et la promotion de la solidarité doivent rester des priorités dans les activités de PVA. (p.81)</p> <p>La prévention auprès des personnes séropositives peut encore être renforcée.</p>
	S	Reprise de la recommandation 2006 : Les critères de choix des activités orientées vers l'amélioration du bien-être et leurs modalités d'accès devraient être plus explicites et mieux documentés. (p.81)

2009		
Général C = Constats R = Recommandations S = Suivi des recommandations	C	<p>Le nombre de nouvelles déclarations de cas de VIH a baissé dans tous les groupes de transmission, et particulièrement chez les hétérosexuels. (p.7)</p> <p>Resté stable chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), le nombre de tests positifs en 2009 représente toutefois encore le double de celui de 2004. (p.7)</p> <p>Chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, seulement 3 tests positifs ont été enregistrés en 2009. (p.7)</p> <p>Le nombre des tests positifs concernant les hétérosexuels originaires d'Afrique subsaharienne ont baissé mais restent proportionnellement élevés. (p.7)</p>
VIH+	C	<p>Dans la continuité de 2008, on observe en 2009 une baisse notable des comportements de protection avec le partenaire stable, quel que soit le groupe de transmission et autant avec un partenaire séropositif que séronégatif. (p.12)</p> <p>La diminution de l'usage du préservatif enregistrée avec les partenaires stables pourrait être en rapport avec la déclaration de la Commission fédérale pour les questions liées au sida (CFPS) ou être un phénomène passager. (p.12)</p> <p>Avec les partenaires occasionnels on observe en revanche une hausse des comportements préventifs. (p.12)</p>
HSH	C	<p>Le nombre médian de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois dépasse celui de 2004 avec une forte augmentation entre 2007 et 2009. (p.18)</p> <p>L'occurrence d'une exposition au risque avec une personne de statut sérologique différent ou inconnu augmente depuis 2007 (+ 9 points depuis 2007). (p.18)</p> <p>On constate une forte augmentation des répondants ne connaissant pas le statut sérologique de leur partenaire stable. (p.18)</p> <p>La communication entre partenaires sexuels sur le thème de la prévention du VIH reste insuffisante, notamment avec les partenaires occasionnels. (p.18)</p> <p>Après une diminution en 2007 de la proportion de répondants testés au cours des 12 mois précédant l'enquête, on observe une recrudescence des répondants genevois testés en 2009. (p.18)</p>
GSG	R	<p>Le GSG devrait réfléchir, sur la base des résultats du monitoring et de la théorie d'action, à d'éventuelles réallocations des ressources en faveur de la prévention ciblée. (p.27)</p> <p>Les activités visant les migrants doivent être renforcées et devraient à l'avenir englober également les lieux d'intervention de l'ASFAG. Les médiatrices de l'ASFAG devraient être intégrées à l'équipe d'Afrimédia, notamment pour que les contacts qu'elles ont tissés avec les communautés africaines ne soient pas perdus. (p.28)</p> <p>Toute extension des activités auprès des HSH devrait viser essentiellement les hommes ne se reconnaissant pas totalement sous l'identité gay. Pour asseoir une collaboration et une répartition des tâches sur le milieu HSH et avant de mettre en oeuvre de futures interventions, comme prévu dans le rapport du GSG, il est indispensable qu'une concertation régulière soit établie avec Dialogai.</p> <p>Si des activités sont développées dans le domaine des HSH, elles doivent faire l'objet d'un monitoring et les outils nécessaires à cette tâche doivent être discutés avec l'équipe d'évaluation dès le démarrage des activités. (p.28)</p>
Dialogai	C	Baisse des nouvelles infections déclarées chez les HSH observée à Genève en 2009. (p.42)
	R	<p>Il est essentiel de continuer à faire un important travail de prévention et d'information auprès de la communauté homosexuelle genevoise et aux alentours. (p.42)</p> <p>La pérennisation de Checkpoint mobile et le travail des ORW devraient continuer à avoir une importance élevée pour faire passer des messages de prévention et favoriser le dépistage du VIH. (p.42)</p> <p>Il est important que Dialogai continue à mettre sur pieds des actions novatrices pour comprendre les prises de risque et pour faire passer les messages de prévention. L'information sur la primo-infection et la PEP, ce que Dialogai a déjà fait en 2009, devrait continuer dans le but de sensibiliser les personnes à ces questions et d'améliorer la détection des cas de primo-infection à Checkpoint et dans les autres structures de dépistage fréquentées par les HSH. (p.42)</p> <p>Le lien possible entre santé mentale et prise de risque devrait continuer à faire l'objet d'une attention particulière. Le lancement de Blues-out devrait d'ailleurs permettre de renforcer cette approche. (p.42)</p> <p>La question de la collaboration avec le GSG concernant la prévention auprès des HSH doit faire l'objet d'une rencontre clarificatrice. (p.42)</p>

	S	<p>Reprise de la recommandation 2008 : Il est important que Dialogai continue à mettre sur pieds des actions novatrices pour comprendre les prises de risque et pour faire passer les messages de prévention. (p.42)</p> <p>Le lien possible entre santé mentale et prise de risque devrait continuer à faire l'objet d'une attention particulière.</p>
Checkpoint	C	<p>On note une augmentation importante de la fréquentation de Checkpoint en 2009. Par contre, il y a une baisse de la fréquentation des autres centres de tests anonymes depuis 2007. (p.18)</p>
Première ligne	C	<p>Quai 9 a ouvert des places d'inhalation en automne 2009 qui ont tout de suite été très fréquentées. (p.57)</p> <p>La possibilité de profiter des prestations du VCT Migrants en collaboration avec le GsG a été offerte aux usagers en 2009. Une formation du personnel infirmier a été mise en place pour que Quai 9 puisse reprendre cette activité entièrement dès 2010. (p.57)</p> <p>On observe une diminution du nombre de seringues remises, mais une augmentation du nombre d'injections réalisées dans le local d'injection. (p.57)</p> <p>La proportion d'injections d'héroïne continue à augmenter en salle d'injection en 2009. (p.57)</p> <p>Augmentation du nombre de soins donnés et des soins pour des abcès consécutifs à l'injection. Ces deux phénomènes sont alarmants et demandent une attention particulière. (p.57)</p> <p>Il y a une péjoration de la situation sociale des nouveaux usagers et une augmentation des prises de risques, notamment du nombre d'injections réalisées dans l'espace public. (p.57)</p>
	R	<p>Les cas d'overdose devraient être investigués (produits impliqués, quantités consommées, situation de l'usager) pour pouvoir prendre des mesures préventives et renforcer les messages de prévention à l'attention des usagers. (p.57)</p> <p>Les soins pour les abcès devraient également être documentés et une réflexion sur une éventuelle intensification des conseils sur les pratiques et l'hygiène de l'injection devrait être menée. (p.57)</p> <p>Une nouvelle enquête auprès de tous les usagers de la structure (de type enquête Clientèle) serait intéressante pour déterminer les caractéristiques de l'ensemble des usagers et non seulement des nouveaux arrivés au Quai 9. (p.57)</p> <p>La structure française Apreto, active notamment dans le domaine de la remise de matériel stérile, devrait peut-être augmenter son temps de permanence au Quai 9 pour augmenter ses contacts avec les usagers domiciliés en France et mieux connaître leurs besoins. (p.58)</p> <p>Les discussions pour faciliter l'accès aux traitements de substitution pour les personnes clandestines devraient continuer à être menées. (p.58)</p>
	S	<p>L'association a tenu compte des recommandations émises en 2009 et la documentation des nouveaux usagers s'est améliorée (le lien entre les questionnaires d'entrée et de santé a pu être établi). (p.57)</p>
ASFAG	C	<p>En mars 2010, le Conseil d'Etat genevois a décidé l'arrêt de la subvention à l'association. (p.78)</p> <p>Le travail de prévention n'a été effectué que durant 3 mois en 2009. La coordination et la planification des activités avec le GsG n'ont pas été faites. L'activité de counselling n'a pas été menée en 2009. (p.78)</p>
	R	<p>Le mandat pour les activités de prévention et de counselling qui demandent des compétences spécifiques et un encadrement professionnel doit être repris par le GsG. (p.78)</p> <p>Le devenir des médiatrices et les contacts tissés avec les communautés africaines devraient pouvoir être conservés éventuellement à travers leurs incorporations à l'équipe Afrimédia du GsG. (p.78)</p> <p>Le soutien communautaire aux femmes africaines touchées par le VIH/sida et à leur entourage devrait être poursuivi d'une manière ou d'une autre. (p.78)</p>
	S	<p>Les recommandations émises dans le rapport d'évaluation précédent n'ont pas été suivies en 2009. (p.78)</p> <p>Les activités développées dans le domaine de la prévention n'ont pas permis d'atteindre les valeurs cibles fixées dans le tableau de bord de l'association. La collaboration avec le GsG n'a pas été menée et les outils d'évaluation n'ont pas été tenus. (p.78)</p> <p>Reprise de la recommandation 2009 : Le mandat pour les activités de prévention et de counselling qui demandent des compétences spécifiques et un encadrement professionnel doit être repris par le GsG. (p.78)</p>

PVA	C	L'association a connu une année 2009 mouvementée mais semble avoir retrouvé une certaine stabilité et de l'enthousiasme pour mener à bien ses activités communautaires et thérapeutiques à l'intention des personnes séropositives. (p.83)
	R	<p>PVA doit continuer son action dans l'aide et l'accompagnement des personnes séropositives comme elle l'a fait jusqu'à présent mais l'effort consenti en matière de qualité et d'accessibilité des statistiques de l'accueil et des thérapies doit être maintenu. (p.83)</p> <p>PVA propose régulièrement de nouvelles activités, certaines devant être abandonnées après un court laps de temps. L'association pourrait peut-être trouver un moyen pour sonder ses membres quant à leur intérêt pour une nouvelle activité avant de la lancer. (p.83)</p>

2010		
Général C = Constats R = Recommandations S = Suivi des recommandations	C	<p>Selon les données de la DGS, comme ailleurs en Suisse, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans le canton de Genève en 2010 (n=61) a baissé par rapport à 2009 (n=83) pour atteindre son niveau le plus bas jamais observé dans l'épidémie de VIH dans le canton de Genève. (p.7)</p> <p>La proportion d'infections récentes découvertes (environ 10%) a baissé par rapport à 2009 mais elle semble fluctuante. L'objectif cantonal de passer en dessous du seuil des 10 cas était atteint en 2010. (p.7)</p> <p>Selon les données de l'OFSP, c'est le groupe de transmission hétérosexuel qui a le plus augmenté en proportion de toutes les nouvelles infections. De 44.1% en 2009, on est passé à 60.9%. Pour le groupe homosexuel, cette proportion est passée de 39.0% à 32.6%. La proportion d'UDI reste stable et modeste. (p.10)</p>
VIH+	C	<p>Dans la continuité de 2009, on observe en 2010 une baisse notable des comportements de protection avec le partenaire stable, quel que soit le groupe de transmission et autant avec un partenaire séropositif que séronégatif. Il semble désormais établi que la diminution observée de l'usage du préservatif est en lien avec la déclaration de la Commission fédérale pour les questions liées au sida (CFPS) et n'est pas un phénomène passager. (p.12)</p> <p>Avec les partenaires occasionnels on observe également une baisse des comportements préventifs. (p.12)</p>
HSH	C	<p>Le nombre médian de partenaires, égal à 6, est stable depuis 2009. (p.17)</p> <p>Depuis 2004, les répondants pratiquant la pénétration anale avec leur partenaire stable ont tendance à se protéger de moins en moins. Environ 69% d'entre eux utilisent parfois ou jamais le préservatif dans ce cas de figure. Il en va de même lors de rapports pénétratifs avec les partenaires occasionnels : 38% des répondants ne se sont pas protégés systématiquement au cours des douze mois précédents l'enquête. (p.17)</p> <p>La proportion de répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec un partenaire occasionnel, sans se protéger, est en très forte augmentation. (p.17)</p> <p>La proportion de répondants testés pour le VIH dans les 12 derniers mois reste identique à celle de 2009 (44%). (p.18)</p> <p>On observe une légère augmentation de la proportion de répondants ayant eu une IST ces douze derniers mois. (p.18)</p>
Migrants	C	<p>Selon les données de l'OFSP sur le lieu du test des personnes d'origine subsaharienne testées positives au VIH en 2010, on trouve que, sur les 17 personnes concernées, 8 ont été dépistées aux HUG (inclus le VCT Migrants) et les 9 restants chez un médecin ou autre centre de test. (p.9)</p>
GSG	C	<p>Le counselling post-test s'est passablement développé, à la satisfaction du GsG et de Dialogai qui y dirige ses clients récemment dépistés positifs au VIH. (p.27)</p> <p>Les contacts avec les médias sont stables et dépassent les valeurs cible fixées dans le tableau de bord. L'accent a été mis principalement sur la défense des droits des personnes séropositives. (p.27)</p> <p>Les formations organisées par le GsG ont été suivies par un nombre important de personnes, dépassant les valeurs cible attendues. (p.27)</p> <p>Les activités de prévention à l'intention des populations migrantes sont restées en dessous des indicateurs retenus, aussi bien pour le nombre de contacts lors des séances d'information que dans le travail d'outreach. (p.27)</p> <p>Le VCT Migrants, malgré une baisse des plages disponibles pour la consultation, a effectué 127 tests de dépistages dont 4 tests réactifs. (p.27)</p> <p>Parallèlement aux activités de prévention auprès des migrants (Afrimedia), le VCT Migrants semble avoir tout son sens pour accueillir des migrants moins précaires que les NEM et les requérants, mais dont les caractéristiques culturelles et linguistiques justifieraient un dépistage dans une structure attentive à leurs spécificités comme le VCT Migrants. (p.28)</p>
	R	<p>Il convient de mener une réflexion sur la manière de promouvoir le test de dépistage auprès des migrants subsahariens et comment les orienter vers le VCT Migrants. (p.28)</p> <p>Une amélioration de la documentation des activités de prévention, en particulier auprès des migrants subsahariens est souhaitable (p.28).</p> <p>L'effort d'harmonisation des activités de prévention HSH avec Dialogai doit être poursuivi voire intensifié avec la finalisation et la ratification du protocole de collaboration entre les deux associations. (p.28)</p>

	S	<p>Les activités concernant les migrants sont en mutation aussi suite à l'apport financier représenté par la subvention anciennement attribuée à l'Asfag. Dès 2011, deux personnes engagées à 50% reprendront le travail des médiateurs d'Afrimedia. Par rapport à 2009, il n'y a pas eu en 2010 une réelle augmentation de l'activité de prévention auprès des migrants alors que l'augmentation du budget attribué à cette activité aurait dû le permettre. (p.28)</p> <p>Le domaine HSH a fait l'objet d'une meilleure coordination avec Dialogai, dans le sens des recommandations émises. Toutefois, le protocole de collaboration issu des rencontres entre le GsG et Dialogai (rédigé par Dialogai) n'a pas encore été finalisé à ce jour. L'IUMSP a été associé (avec d'autres partenaires) au projet d'une nouvelle enquête santé sur les HSH qui fréquentent les lieux de dragage extérieurs. (p.28)</p>
Dialogai	C	<p>D'une manière générale, les activités menées en 2010 par Dialogai correspondent aux objectifs fixés dans le tableau de bord. Dans le domaine des actions de prévention sur la scène homosexuelle, on se situe même parfois largement en-dessus des valeurs cible. (p.37)</p> <p>Le programme Blues-out a été redéfini ayant connu des difficultés à atteindre la population visée. (p.37)</p>
	R	<p>Une réflexion sur la pertinence et les risques d'appliquer aux HSH les conclusions de la déclaration de la CFPS concernant la non transmission du VIH par voie sexuelle sous certaines conditions pourrait déboucher sur une communication spécifique (inclusion dans la consultation Checkpoint, par un flyer, par les ORW sur le terrain, etc.). (p.38)</p>
	S	<p>La collaboration avec le GsG a été améliorée sur la base d'un accord de collaboration en cours de finalisation. (p.38)</p>
Checkpoint	C	<p>Augmentation du nombre de consultations et de tests VIH pratiqués à Checkpoint. (p.37)</p> <p>Moins de tests réactifs (5 dont 4 confirmés) qu'en 2009 ont été effectués à Checkpoint. (p.37)</p> <p>La clientèle de Checkpoint reste une clientèle avec un niveau d'exposition au risque (pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut différent ou inconnu) supérieur à la population des enquêtes de comportement sexuel adressées aux HSH (Gaysurvey et EMIS). (p.37)</p> <p>Etant donné le succès de Checkpoint et la disponibilité de nouveaux locaux, il semble pertinent que Dialogai transforme Checkpoint en un centre de santé gay friendly. (p.38)</p>
	R	<p>Il convient de renforcer et pérenniser l'activité de Checkpoint mobile et en faire une activité routinière, présente à certains endroits à certains moments. (p.38)</p>
	S	<p>La question de la détection des cas de primo-infection est un objectif important à Dialogai, partagé avec l'OFSP, mais de solution ardue. (p.38)</p> <p>Reprise de la recommandation 2009 : Il convient de renforcer et pérenniser l'activité de Checkpoint mobile. (p.38)</p>
Première ligne	C	<p>La proportion croissante de nouveaux consommateurs originaires de France voisine et leur plus grande propension au partage de matériel usagé souligne l'importance de continuer la collaboration avec l'association Apreto, dans la mesure du possible. (p.51)</p>
	R	<p>Les données récoltées de routine par Première ligne sur les substances consommées lors d'overdoses nécessitant un appel au 144 pourraient faire l'objet d'une analyse plus approfondie. (p.51)</p> <p>Une réflexion pourrait être menée au Quai 9 sur le faible taux de nouvelles usagères pour voir s'il traduit ou non un problème d'accessibilité. (p.51)</p>
	S	<p>Première ligne documente régulièrement les cas d'overdose et connaît les substances consommées. (p.51)</p> <p>En 2010, les travailleurs sociaux ont eu une formation continue autour des soins. Tous les nouveaux collaborateurs reçoivent une formation de base et continue sur cette question. Un « atelier de consommation » d'une semaine, assuré par l'équipe infirmière du Quai 9 et adressé aux usagers, a porté sur les thèmes du garrot et de l'abcès. (p.51)</p> <p>Reprise de la recommandation 2009 : Importance de continuer la collaboration avec l'association Apreto, dans la mesure du possible. (p.51)</p>
PVA	C	<p>PVA a continué à bien remplir sa mission d'écoute et d'accompagnement des personnes concernées par le VIH et a fait des efforts dans la documentation de ses activités. (p.69)</p> <p>L'accueil à PVA représente une mission essentielle. Le nombre de contacts est revenu au niveau de celui de 2008, probablement à cause de l'amélioration de la systématique dans le remplissage des fiches contact. La durée médiane des contacts est élevée (30 minutes) et l'association joue pleinement son rôle de soutien aux PVA. (p.68)</p> <p>Désormais, elle sensibilise ses membres à la question de l'observance thérapeutique en lien avec la prise de position de la CFPS sur la non transmission du VIH par voie sexuelle sous certaines conditions. (p.68)</p>
	R	<p>Une réflexion pourrait être menée pour améliorer la pertinence des rubriques de la fiche contact et des modifications à apporter pour qu'elle corresponde mieux à la réalité de l'activité. (p.69)</p>

	PVA pourrait mieux expliciter comment elle mène son travail de prévention dans le cadre de ses activités de soutien aux personnes séropositives. (p.69)
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------