

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DES ACTIVITES DE
PREVENTION DU VIH/SIDA DANS
LE CANTON DE GENEVE,
PERIODE 2006

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

Etude financée par :

Etat de Genève – Département de l'Economie et de la Santé, mandat du 7 juillet 2006

Citation suggérée :

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 (Raisons de santé, 134)

Remerciements :

A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation

Nom du fichier : Sida GE 2006.doc

TABLE DE MATIÈRE

1	Introduction	5
1.1	Objectifs d'évaluation pour 2006	5
1.2	Révision des indicateurs proposés dans les contrats de partenariat	6
1.3	Exploration des possibilités de comparer les clientèles et la demande de test dans les centres de test anonyme Checkpoint et HUG	6
2	Epidémiologie	7
2.1	Nouvelles déclarations de test VIH positifs à Genève	7
2.1.1	Evolution du nombre de nouveaux tests VIH positifs selon l'âge ...	8
2.1.2	Evolution du nombre de nouveaux tests VIH positifs selon le groupe de transmission	9
2.1.3	Nationalité des personnes nouvellement testées VIH positives	9
2.1.4	Stade clinique de l'infection au moment du diagnostic de séropositivité	10
2.2	Comportements face au VIH/sida	11
2.2.1	Comportement des personnes séropositives face au VIH/sida	11
2.2.2	L'enquête auprès des usagers des structures à bas seuil de Genève (1993-2006)	15
2.3	Conclusions épidémiologiques	23
3	Activités des associations	25
3.1	Groupe Sida Genève (GSG)	25
3.1.1	Objectifs de l'association	26
3.1.2	Communication et mobilisation	27
3.1.3	Activités du domaine prévention	30
3.1.4	Activités du domaine du « vivre avec »	37
3.2	Dialogai	41
3.2.1	Objectifs de l'association	43
3.2.2	Interventions dans la scène gay commerciale, associative et anonyme	44
3.2.3	Checkpoint	48
3.2.4	« Etre Gai Ensemble »	52
3.2.5	Monitoring de l'accueil	54
3.3	L'association Première ligne	56
3.3.1	Objectifs de l'association	57
3.3.2	L'activité de Quai 9	58
3.3.3	Description des nouveaux usagers de Quai 9	63
3.4	Association Solidarité Femmes Africaines de Genève ASFAG	69
3.4.1	Objectifs de l'association	69
3.4.2	Activités de prévention auprès de la population subsaharienne en général	70
3.4.3	Activités d'accueil et de soutien	72
3.4.4	Activités mixtes soutien / prévention : les ateliers	73
3.5	Association genevoise des personnes vivant avec le VIH/sida (PVA)	74
3.5.1	Objectifs de l'association	75
3.5.2	Accueil et contacts à PVA	75
3.5.3	Activités thérapeutiques	76
3.6	Migrants	77
3.6.1	Coordination des interventions et ressources à disposition	77
3.6.2	Mapping informel	79

4	Conclusions et recommandations générales	81
4.1	Epidémiologie	81
4.2	Suivi des associations travaillant dans le domaine du VIH/Sida	81
4.3	Prévention auprès de la population migrante sub-saharienne	83
4.4	Tableaux de bord	83
4.5	Exploration des possibilités de comparer les clientèles et la demande de test dans les centres de test anonyme de Checkpoint et des HUG	84
4.6	Recommandations	84
5	Annexes	86
5.1	Annexe au chapitre épidémiologique	87
5.2	Tableaux de bord	89
5.3	Annexe à l'enquête auprès des consommateurs de drogues	107
5.4	Annexe GSG	112
5.5	Annexes Dialogai	113
5.6	Annexe au chapitre 4.3. Première ligne	120
	5.6.1 Monitoring de la salle d'injection	120
	5.6.2 Description des nouveaux usagers de Quai 9	120
	5.6.3 Profil des nouveaux usagers n'ayant jamais consommé par injection	124
5.7	Annexe chapitre migrants	125

1 INTRODUCTION

Après une première année d'évaluation par l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, la Direction générale de la santé (DGS) du canton de Genève a reconduit le mandat d'évaluation. Pour rappel, le cahier des charges de l'évaluation, établi en 2005, portait sur la période 2005-2007 et comprenait les points suivants :

- Quantifier les activités des organisations de lutte contre le sida subventionnées par l'Etat de Genève (monitoring, évaluation des processus).
- Evaluer la pertinence et l'impact des activités de prévention du VIH/Sida de réduction des risques et de soutien, déployées en direction des populations et groupes cibles.
- Une priorité – pour 2005 – était donnée à l'évaluation des actions dirigées vers les femmes africaines et les homosexuels.
- Contribuer à l'harmonisation des indicateurs et à l'amélioration des contrats de partenariat.

1.1 OBJECTIFS D'ÉVALUATION POUR 2006

Dans le cadre du mandat d'évaluation défini en 2005 par la DGS et l'IUMSP, les priorités d'évaluation ont porté essentiellement sur le bilan épidémiologique et la mise en place des outils de monitoring.

Pour cette deuxième année d'évaluation, d'autres points du cahier des charges ont été approfondis et certains aspects spécifiques mis en lumière au cours de la première année ont été suivis conformément aux recommandations émises.

Les principaux objets abordés au cours de l'évaluation en 2006 sont :

1. Le suivi de l'évolution des nouveaux cas de VIH et des comportements dans un des groupes spécifiques, à savoir les consommateurs de drogues par injection (comparaison 2000-2002-2006).
2. La poursuite du monitoring des activités des associations institué en 2005 et le suivi des recommandations émises dans le rapport 2005.
3. La révision des indicateurs proposés dans les contrats de partenariat et la définition des indicateurs de processus et des objectifs visés à moyen terme.
4. L'appréciation des synergies et des complémentarités du dispositif, en particulier des activités de prévention, dans le domaine des migrants, après les recommandations émises en 2005.
5. L'exploration des possibilités de comparer les clientèles et la demande de test dans les centres de test anonyme de Checkpoint et des HUG.

Dans ce rapport figure en premier lieu le bilan épidémiologique et la présentation de l'évolution des comportements dans deux groupes cible à savoir les personnes séropositives et les consommateurs de drogues par injection. Les résultats des monitorings des activités des associations sont ensuite présentés en regard des recommandations émises dans le précédent rapport d'évaluation. La collaboration dans le travail effectué auprès des migrants fait l'objet d'un chapitre en soi alors que pour les objectifs 3 et 5 un bref résumé présente le travail effectué.

1.2 RÉVISION DES INDICATEURS PROPOSÉS DANS LES CONTRATS DE PARTENARIAT

La révision des indicateurs proposés dans les contrats de partenariat et la définition des indicateurs de processus et des objectifs visés à moyen terme a été entamée avec les associations. Chaque contrat contient en effet un tableau de bord fixant des objectifs d'intervention, les activités prévues, ainsi que des indicateurs d'activité et de résultats. 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. Ils figurent en annexe de ce rapport.

1.3 EXPLORATION DES POSSIBILITÉS DE COMPARER LES CLIENTÈLES ET LA DEMANDE DE TEST DANS LES CENTRES DE TEST ANONYME CHECKPOINT ET HUG

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).

2 EPIDÉMIOLOGIE

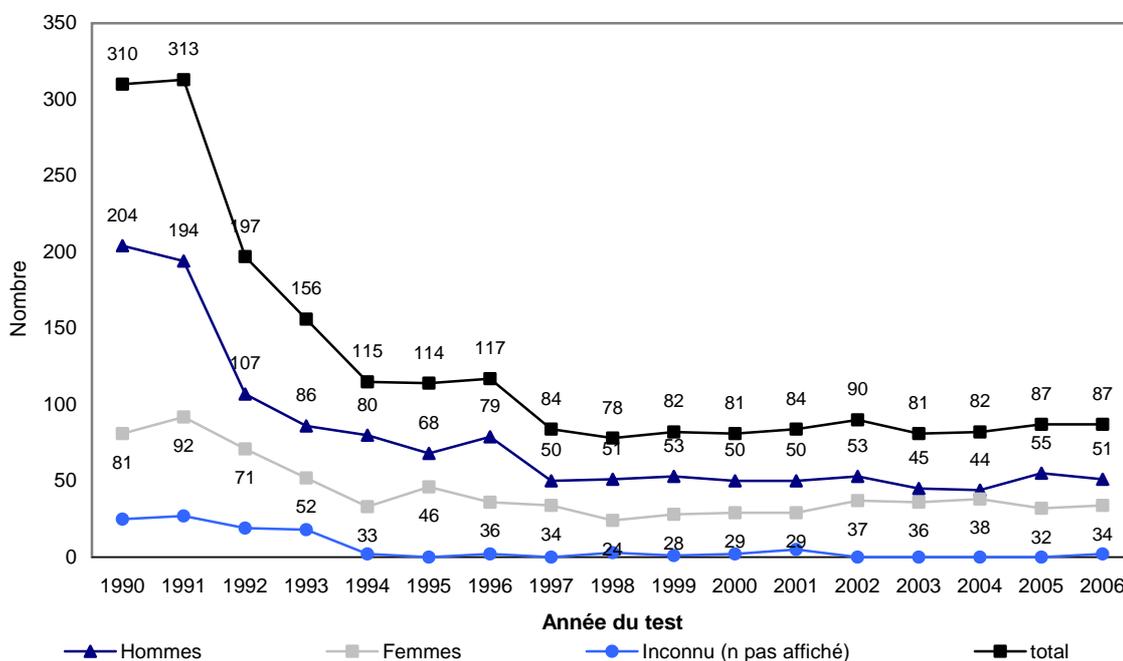
Ce chapitre comporte deux parties, d'une part l'évolution des données surveillance du VIH/Sida et, d'autre part, les résultats des données genevoises de la cohorte de personnes séropositives et de l'enquête auprès des consommateurs de drogues par injection en 2006.

2.1 NOUVELLES DÉCLARATIONS DE TEST VIH POSITIFS À GENÈVE

L'analyse de l'évolution de l'épidémie de VIH/Sida dans le canton de Genève est basée sur les données du système de surveillance de l'Office fédéral de la santé publique^a (OFSP). Cette surveillance est assurée en continu depuis 1985 et recourt à deux sources de données concernant les nouvelles infections au VIH. D'une part, ces nouvelles infections font l'objet d'une déclaration obligatoire par les laboratoires de confirmation^b et informent sur le sexe, l'âge et le canton de domicile des personnes infectées. Parallèlement, les médecins traitants fournissent à l'OFSP des informations additionnelles (notamment mode de transmission, nationalité, stade de l'infection) par le biais d'une déclaration complémentaire, parfois transmise avec retard. Ces dernières années, le taux de déclaration complémentaire^c s'est situé généralement au-dessus de 80%. A ce jour (mars 2007), cette information n'est disponible que pour 74% des nouvelles infections détectées en 2006.

Les données présentées dans cette section concernent la population résidente du canton de Genève.

Figure 2-1 Nombre de tests VIH positifs (déclarations des laboratoires), par sexe. Résidents du canton de Genève, 1990-2006



^a Office fédéral de la santé publique. L'épidémie de VIH en Suisse à l'automne 2006. Bull OFSP 2006(48): 953-961.

^b Les infections détectées font l'objet d'un second test de confirmation par un des laboratoires agréés.

^c La proportion de nouvelles infections faisant l'objet d'une déclaration complémentaire.

En 2006, 87 nouvelles infections par le VIH ont été déclarées à Genève (déclarations des laboratoires), dont 51 (59%) concernaient des femmes (Figure 2-1). Ces valeurs sont inchangées par rapport à 2005 (87 nouvelles infections, dont 55 femmes) et fluctuent dans une étroite fourchette depuis 1997: entre 78 et 90 nouveaux tests positifs par année, dont 44 à 53 concernent des femmes.

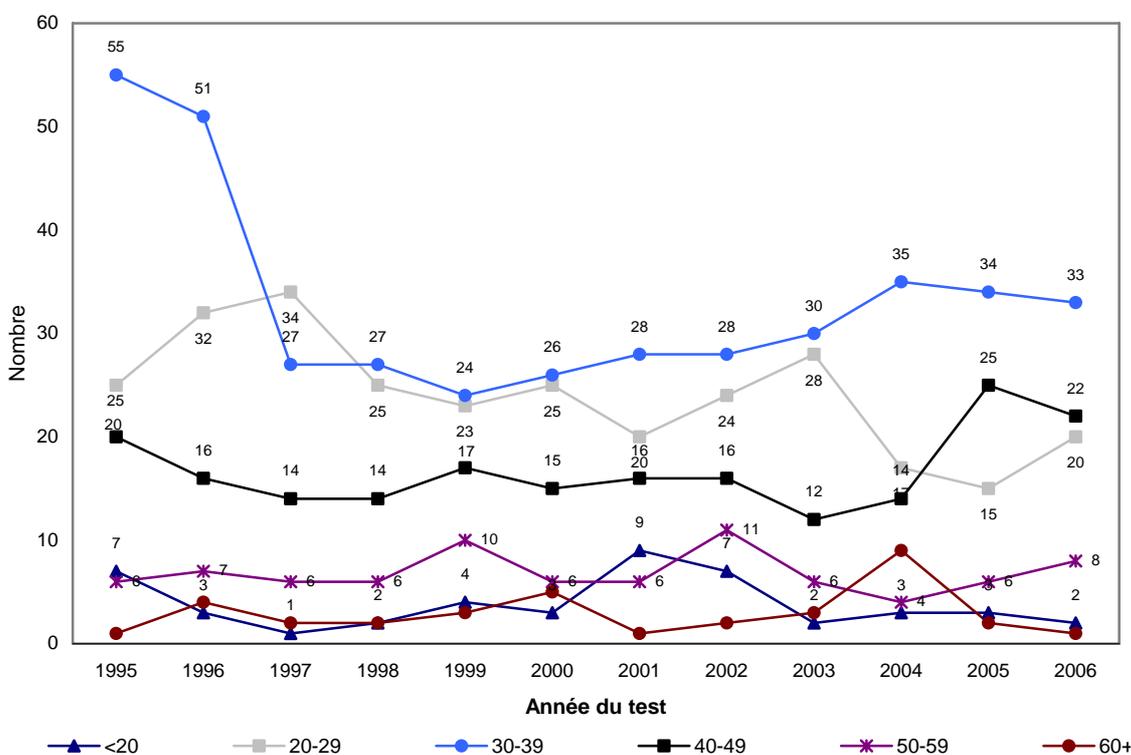
2.1.1 Evolution du nombre de nouveaux tests VIH positifs selon l'âge

L'évolution de la répartition par âge est décrite dans la Figure 2-2. Les fluctuations les plus fortes concernent les catégories d'âge comprises entre 20 et 49 ans. Le plus grand nombre de nouvelles infections depuis 1998 se trouve chez les 30-39 ans (33 nouvelles infections en 2006) avec une légère tendance à la baisse depuis 2004. Chez les 40-49 ans, elles ont baissé en 2006 (22, contre 25 en 2005) mais demeurent bien au-dessus des 12 à 17 constatées entre 1996 et 2004. Chez les 20-29 ans, on constate une augmentation de 15 nouvelles infections en 2005 à 20 en 2006 ; cette augmentation de 5 unités est la plus forte variation constatée entre 2005 et 2006.

Dans les autres catégories d'âge, les variations sont moins fortes. Dans la classe d'âge des 60 ans et plus, le nombre de personnes nouvellement infectées a été de deux en 2005 et 1 en 2006, après le pic de 9 en 2004, soit le niveau constaté entre 1995 et 2003. Le nombre annuel de nouvelles infections de personnes âgées de 50 à 59 ans s'est également maintenu dans une zone de fluctuations étroite: entre 4 et 8, avec deux pics en 1999 (10) et 2002 (11). L'évolution est analogue chez les moins de 20 ans : une à quatre nouvelles infections par année depuis 1996 (mais 9 en 2001 et 7 en 2002).

Au total en 2006, 37.9% des 87 nouvelles infections se trouvent chez les 30-39 ans, 25.3% chez les 40-49 ans, 23.0% chez les 20-29 ans, 10.3% chez les 60 ans et plus et 2.3% chez les moins de 20 ans (âge inconnu pour 1 personne).

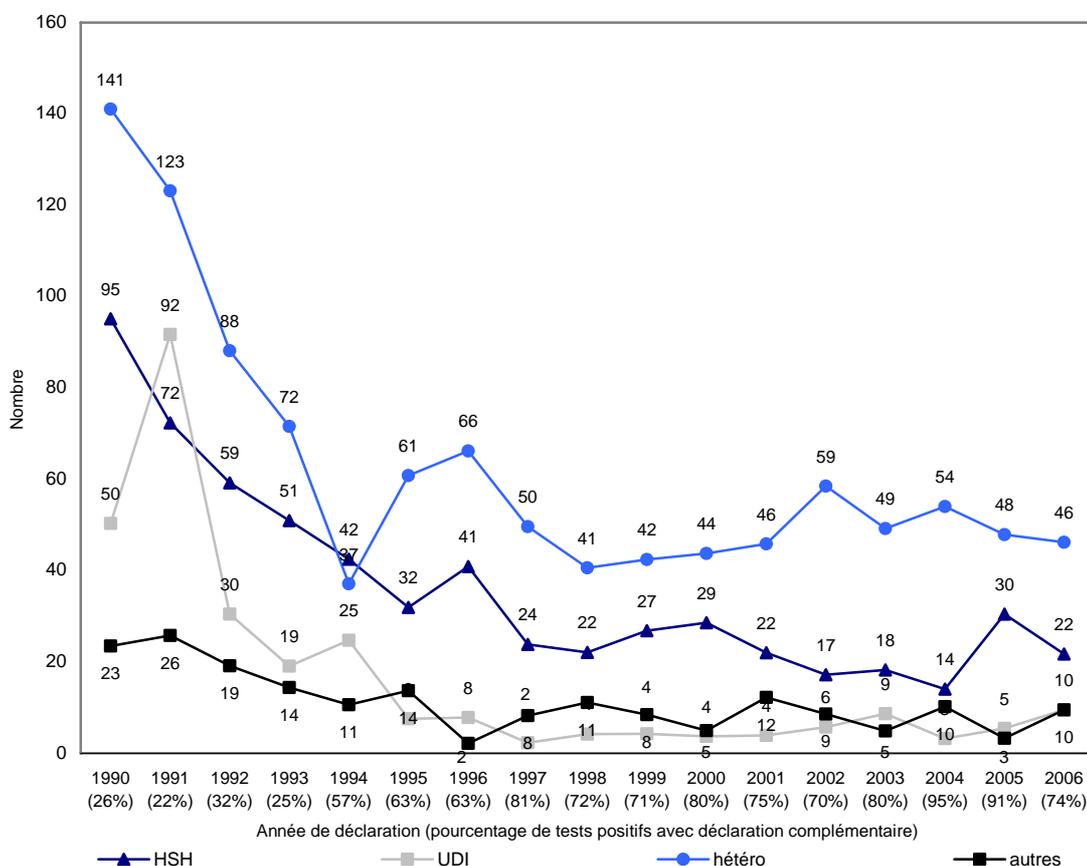
Figure 2-2 Nombre de tests VIH positifs (déclarations des laboratoires), par classe d'âge. Résidents du canton de Genève, 1995-2006



2.1.2 Evolution du nombre de nouveaux tests VIH positifs selon le groupe de transmission

Les données des déclarations complémentaires des médecins ont été extrapolées au total des déclarations des laboratoires. Sur cette base, susceptible de modifications suite à l'enregistrement de déclarations complémentaires manquantes à ce jour, on constate pour 2006 une stabilité du nombre de nouvelles infections chez les hétérosexuels (46 nouvelles infections), une baisse chez les HSH (22 nouvelles infections contre 28 en 2008), et une hausse chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse et dans le groupe des « autres » (10 contre 5 en 2005 dans les deux groupes). Le nombre de nouvelles infections chez les homosexuels reste cependant plus élevé que dans les années 2002-2004 et le nombre de celles déclarées pour la consommation de drogues est en augmentation ces deux dernières années.

Figure 2-3 Nombre de tests VIH positifs (déclarations complémentaires), par groupe de transmission. Résidents du canton de Genève, 1990-2006



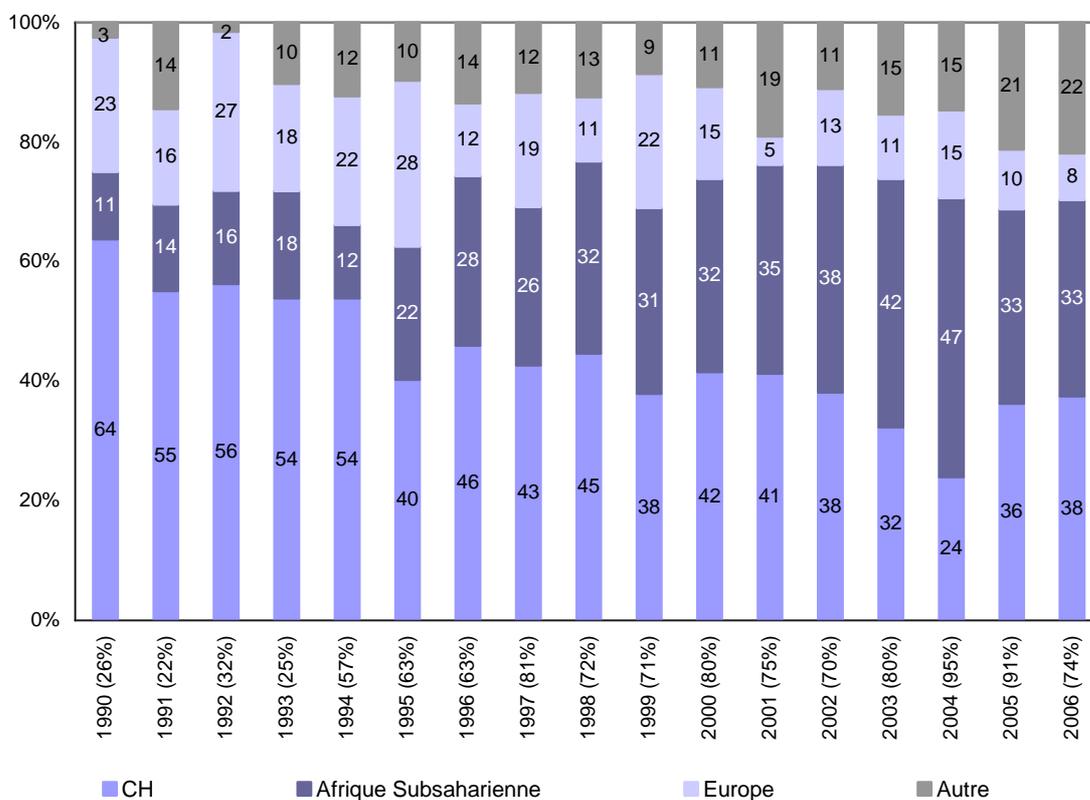
Note: Les données des déclarations complémentaires ont été extrapolées au total des déclarations des laboratoires.

2.1.3 Nationalité des personnes nouvellement testées VIH positives

Les raisons déjà évoquées de lacunes et retard dans les déclarations complémentaires empêchent de discuter l'évolution récente des nouvelles infections pour ce qui concerne la nationalité des personnes

infectées. L'information disponible à ce jour ne suggère pas de changement marqué dans la distribution par nationalité entre 2005 et 2006 (Figure 2-4).

Figure 2-4 Distribution des tests VIH positifs (déclarations complémentaires) par nationalité (regroupement par région). Résidents du canton de Genève, 1990-2006

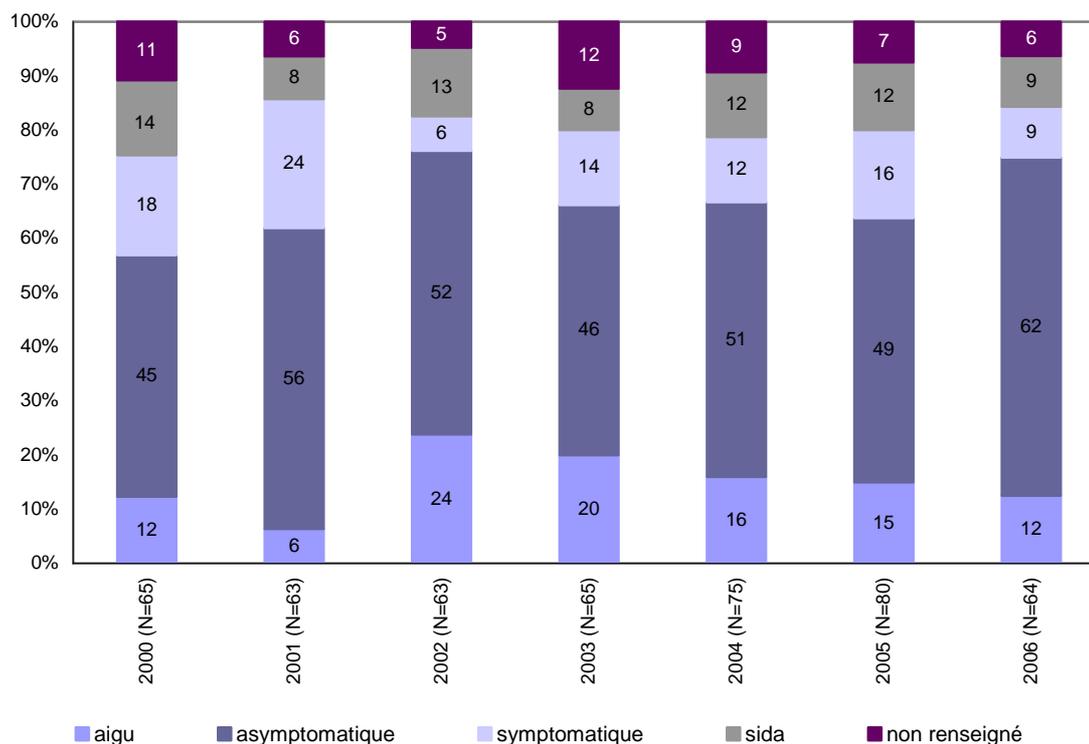


Note : Entre parenthèses: pourcentage de tests positifs à vec déclaration complémentaire.

2.1.4 Stade clinique de l'infection au moment du diagnostic de séropositivité

Les déclarations complémentaires fournissent également des informations, affectées des lacunes déjà mentionnées, concernant le stade clinique au moment de l'infection (Figure 2-5). En 2006, la part des infections détectées au stade asymptomatique a augmenté.

Figure 2-5 Distribution des tests VIH positifs (déclarations complémentaires) selon le stade clinique. Résidents du canton de Genève, 1995-2006



Note : Entre parenthèses : nombre de tests positifs avec déclaration complémentaire.

2.2 COMPORTEMENTS FACE AU VIH/SIDA

Pour 2006, les données concernant deux groupes cibles ont pu être mises à jour : il s'agit des données relatives aux personnes séropositives et de celles concernant les consommateurs de drogues par injection. Pour les autres groupes cibles aucune enquête n'a été menée en 2006 permettant de mesurer l'évolution des comportements face au VIH/sida (cf. en annexe Tableau 5-1 sur la planification des enquêtes prévues dans le cadre de la surveillance comportementale dans les principaux segments de population d'intérêt pour la prévention du VIH/sida).

2.2.1 Comportement des personnes séropositives face au VIH/sida

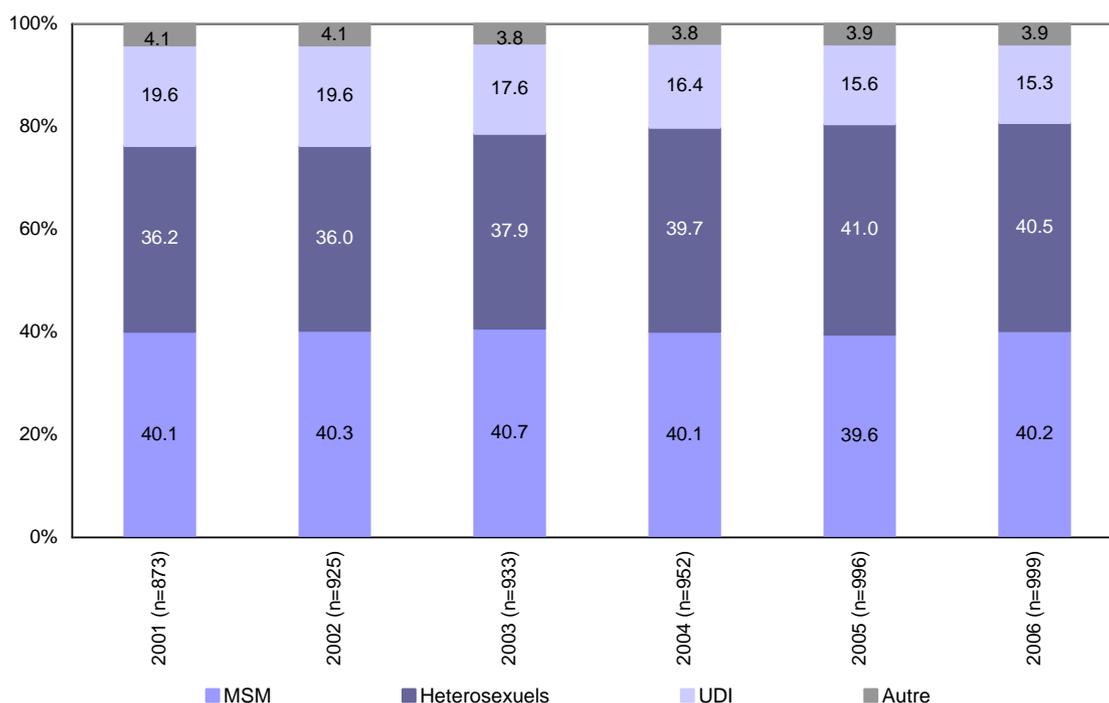
Les données relatives aux personnes séropositives proviennent de la Swiss HIV cohorte study (SHCS). Cette cohorte est composée de personnes séropositives âgées de 16 ans ou plus, recrutées, pour la majeure partie d'entre elles, dans les centres hospitaliers universitaires. Tous les 6 mois, les participants sont vus et interviewés sur différents thèmes en lien avec le VIH/sida. En avril 2000, un nouveau questionnaire a été intégré à l'étude, lequel comporte des questions touchant spécifiquement aux comportements préventifs face au risque de transmission sexuelle du VIH avec le partenaire stable et avec les partenaires occasionnels. Les premiers résultats ont fait l'objet d'une publication en 2003¹.

Les données présentées dans ce rapport se rapportent aux répondants domiciliés dans le canton de Genève et participant à cette étude. Comme les questions relatives aux partenaires occasionnels ne sont apparemment pas systématiquement posées par les médecins à leurs patients – le pourcentage de données manquantes étant trop élevé (plus de 70%) – les indicateurs qui y sont afférents ne sont pas présentés ici.

Caractéristiques socio-démographiques

La cohorte genevoise est actuellement composée d'un millier de participants (2006 : 999), dont un tiers de femmes. L'âge moyen des hommes s'élève, en 2006 à 46.3 ans ; celui des femmes à 40.8 ans. La distribution des participants selon leur groupe de transmission est restée stable entre 2001 et 2004 (Figure 2-6) : 40% ont été infectés par contact homosexuel, 40% environ par contact hétérosexuel et un peu moins de 20% par injection de drogues.

Figure 2-6 Distribution (%) des patients de la cohorte VIH selon leur groupe de transmission, cohorte genevoise SHCS, 2001-2006



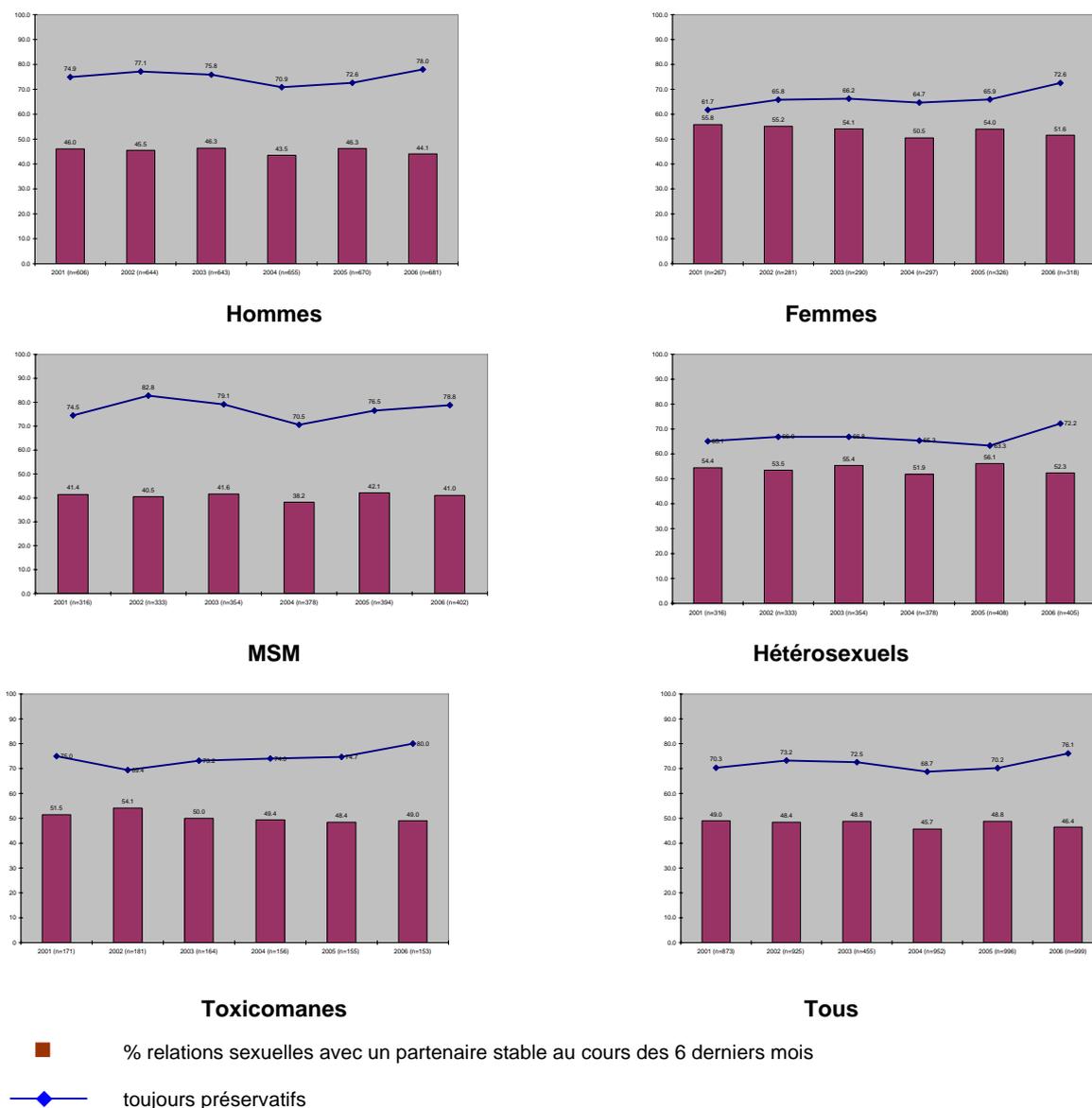
Comportements préventifs

■ Avec le partenaire stable

Dans l'ensemble un peu moins de la moitié des patients séropositifs (2006 : 46%) ont eu dans les six derniers mois des relations sexuelles avec pénétration (anale ou vaginale) avec un/une partenaire stable. Avec ces partenaires, près de trois quarts des répondants affirment avoir systématiquement utilisé des préservatifs. A ce titre, on constate une nette progression des comportements préventifs au cours des deux dernières années (Figure 2-7).

Le niveau des comportements préventifs est légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Parmi les HSH, le déclin observé entre 2002 et 2004 ne s'est pas poursuivi. On observe au contraire une reprise des comportements préventifs depuis 2005. L'usage systématique de préservatifs a également fortement augmenté en 2006 dans le groupe de transmission hétérosexuelle.

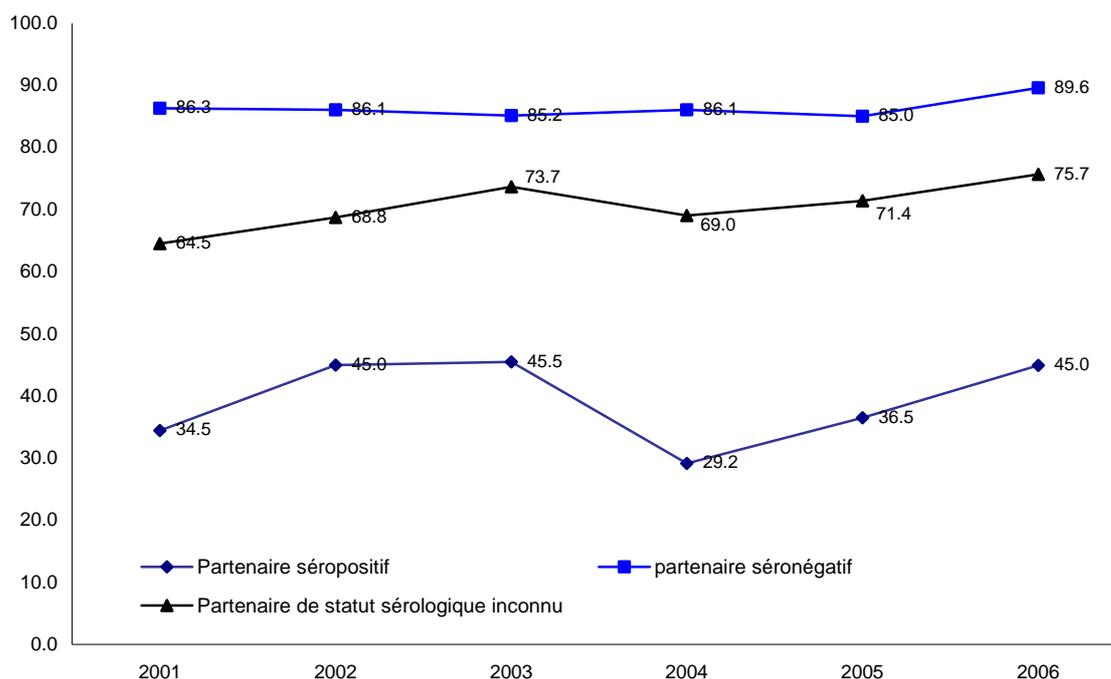
Figure 2-7 Evolution des comportements préventifs avec le partenaire stable selon le sexe et selon le groupe de transmission des patients, cohorte genevoise SHCS, 2001-2006



Le niveau de protection varie également en fonction du statut sérologique du partenaire stable. Parmi les répondants séropositifs ayant un partenaire stable séronégatif – situation rapportée en 2006 par environ 60% des répondants ayant un partenaire stable – 90% affirment toujours utiliser le préservatif lors de rapports avec pénétration. Cette proportion est restée globalement stable au cours de la période de référence avec une légère augmentation en 2006.

Le niveau de protection est nettement inférieur lorsque le partenaire stable est de statut sérologique inconnu (environ 8% des répondants ayant un partenaire stable sont dans cette situation en 2006). Il s'est tendanciellement amélioré au cours du temps, passant de 65% en 2001 à 76% en 2006. C'est dans les couples séro-concordants positifs (28% des relations stables rapportées) que l'utilisation systématique de préservatifs concerne une proportion plus faible de répondants.

Figure 2-8 Utilisation systématique du préservatif avec le partenaire stable selon le statut sérologique de ce partenaire, cohorte genevoise SHCS, 2001-2006



■ *Avec les partenaires occasionnels*

En 2006, environ un répondant sur six déclare avoir eu un ou plusieurs partenaires occasionnels au cours des six derniers mois. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes – a fortiori ceux infectés par contact homosexuel – que chez les femmes. On ignore quelle est l'évolution des comportements préventifs avec ces partenaires, car cette question n'est apparemment pas posée par les médecins alors qu'elle figure dans le questionnaire. Le pourcentage de données manquantes est particulièrement élevé (plus de 70%).

Tableau 2-1 Proportion de répondants ayant eu un ou des partenaire(s) occasionnels au cours des six derniers mois, cohorte genevoise SHCS, 2001-2006

	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	873		925		933		952		996		999	
Tous	171	19.6	201	21.7	201	21.5	167	17.5	186	18.7	210	21.0
Hommes	153	25.2	175	27.2	162	25.2	148	22.6	159	16.0	183	18.3
Femmes	18	6.7	26	9.3	39	13.4	19	6.4	27	2.7	27	2.7
HSH	112	32	132	35.4	121	31.8	107	28	121	12.1	141	14.1
Hétérosexuels	31	9.8	41	12.3	52	14.7	40	10.6	45	4.5	46	4.6
IDU	26	15.2	25	13.8	23	14	15	9.6	14	1.4	17	1.7

2.2.2 L'enquête auprès des usagers des structures à bas seuil de Genève (1993-2006)

Depuis 1993, l'IUMSP a mené à plusieurs reprises, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique une enquête nationale auprès des consommateurs de drogues fréquentant des structures à bas-seuil d'accessibilité (SBS) et mettant à disposition une offre en matière de réduction des risques (remise de matériel d'injection seulement ou locaux de consommation). Ces enquêtes ont eu lieu en 1993, 1994, 1996, 2000 et 2006 et ont inclus des usagers des SBS de Genève : Bips puis Bips et Quai 9. De plus, lors de l'évaluation de Quai 9 mandatée par le canton de Genève en 2002^a, la même méthode a été utilisée pour recueillir des données sur les usagers du Bips et de Quai 9.

Méthode

La récolte des données a eu lieu à la fin du premier semestre (mai, juin), sauf en 1996 (automne). Durant 5 jours consécutifs, un à deux enquêteurs, formés pour la circonstance, proposaient à tout usager fréquentant la structure de participer à l'enquête (pour plus de détail sur la méthode cf. annexe 5.3).

Le questionnaire utilisé en 1993 a été adapté et complété au fil des vagues d'enquête. Les questions posées fournissent des indications sur :

- les caractéristiques socio-démographiques des usagers des SBS (sexe, âge, formation) ;
- l'insertion sociale (sources de revenu et logement) ;
- la consommation de substances au cours de la vie et au cours du dernier mois (produits consommés, durée de la consommation, mode principal de consommation, etc.) ;
- la pratique de l'injection (fréquence) et le partage du matériel servant à l'injection (seringue, aiguille, et autre matériel), y compris lors de séjours en prisons ;
- l'activité sexuelle, l'exercice de la prostitution et l'usage de préservatifs ;
- l'état de santé (perçu) et le statut sérologique rapporté pour le VIH, le VHC et le VHB.

Les résultats présentés ci-après concernent uniquement les personnes qui ont au moins une fois consommé des drogues par injection durant leur vie.

Caractéristiques socio-démographiques

En 2006, comme dans les années précédentes, les trois-quarts des répondants sont de sexe masculin (Tableau 2-2). Tant l'âge moyen que l'âge médian ont continué d'augmenter et sont maintenant à 34.8 et 34 ans, contre 26.9 et 26 lors de la première enquête de 1993. Cette évolution a été similaire chez les hommes et chez les femmes. On note toutefois une stabilisation de l'âge moyen entre 2002 et 2006, avec une tendance à l'augmentation de la proportion des classes les plus jeunes et les plus âgées.

L'âge moyen des usagers des SBS sur l'ensemble de la Suisse est plus élevé d'un an et demi qu'à Genève.

^a Cf. Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9 « Espace d'accueil et d'injection » à Genève : période 12/2001 – 12/2002. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Tableau 2-2 Sexe et âge des répondants par vague d'enquête, Genève 1993-2006

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Sexe								
Femmes	33.3	28.8	26.4	22.2	21.7	25.5		26.6
Hommes	66.7	71.2	73.6	77,8	77.3	73.6		72
NR	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.9	0.106	1.5
Age								
Age moyen (années)	26.9	27.3	28.2	31.3	33.7	34.8		36.3
Age médian (années)	26	27	27	31	34	34	⁽¹⁾ 0.000	36
<25 ans	38.6	36.4	34.0	14.8	6.2	10.0		7.5
25-34 ans	50.8	51.5	50.9	55.6	51.6	41.8		33.7
35 ans et plus	10.6	12.1	15.1	29.6	42.3	48.2	0.000	58.8

⁽¹⁾ Test de la médiane

Insertion sociale

Près des trois-quarts des répondants ont une formation de niveau supérieur à celui de l'école obligatoire, sans changement au cours de la période (Tableau 2-3). Les sources de revenu des répondants ont évolué : plus de quatre sur dix obtenaient un revenu d'une activité lucrative jusqu'en 1996 et ils étaient moins de trois sur dix depuis 2000 (37% pour l'ensemble de la Suisse). Sur la période, on note également une augmentation sensible de la proportion de répondants obtenant un revenu par le biais des assurances sociales et, dans une moindre mesure, de l'aide sociale. La proportion de répondants obtenant un revenu par le biais du *deal* ou d'autres activités illégales est restée proche du cinquième.

La distribution des modes de logement, durant le mois précédant l'enquête, n'a pas subi de changement notable : plus de quatre répondants sur cinq déclarent avoir un domicile fixe privé.

Tableau 2-3 Formation, sources de revenu (dernier mois) et logement (dernier mois), Genève 1993-2006

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Formation								
École obligatoire			20.8	22.2	32.0	23.6		29.7
Apprentissage, formation supérieure			73.6	77.8	68.0	72.7		68.5
NR			5.7	0.0	0.0	3.6	0.716	1.7
Sources de revenu								
Activité lucrative	45.5	43.9	43.4	29.6	25.8	28.2	0.000	36.8
Assurances sociales	9.1	27.3	24.5	29.6	41.2	31.8	0.000	35.4
Aide sociale	37.1	22.7	26.4	37.0	38.1	47.3	0.009	45.0
Deal, activités illégales	22.0	18.2	15.1	9.3	13.4	19.1	⁽¹⁾ 0.374	20.0
Prostitution	4.6	4.6	1.9	3.7	2.1	3.6	0.565	
Famille, amis	32.6	30.3	15.1	22.2	13.4	18.2	0.001	
Mendicité	n.d.	n.d.	5.7	3.7	9.3	8.2	0.425	

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Logement au cours du dernier mois								
Domicile fixe privé	88.6	83.3	86.8	83.3	80.4	82.7		85.3
Sans domicile fixe	7.6	9.1	7.6	3.7	8.3	5.6		6.2
En Institution	0.0	0.0	1.9	5.6	2.1	2.7		4.4
En prison	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0		0.2
Autre	2.3	6.1	3.8	7.4	7.2	5.6		2.5
NR	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	0.115	0.0

Signification statistique des trends calculés après exclusion des données manquantes

n.d. information non disponible

Etat de santé

La majeure partie des répondants estime son état de santé plutôt bon à très bon (Tableau 2-4). Une proportion importante (environ 20%) et croissante ces dernières années considère cependant son état de santé comme mauvais à très mauvais. La proportion de répondants testés pour le VIH reste globalement stable (92.7%) en 2006. Parmi eux, en 2006, 5.9% se déclarent séropositifs (17% en 2002 mais la tendance est erratique sur l'ensemble de la période). Cette proportion est inférieure à la moyenne suisse. Quatre cinquièmes des répondants disent avoir été testés pour l'hépatite C et environ la moitié d'entre eux sont positifs pour l'hépatite C. Pour l'hépatite B également, quatre cinquièmes des répondants ont été testés et 13.8 % d'entre eux sont positifs en 2006, une proportion qui est en décroissance. En 2006, seule donnée disponible, 32.3% des répondants ont eu un abcès en rapport avec l'injection durant les 6 mois précédant l'enquête, un nombre très élevé. En 2006, un répondant sur deux rapporte avoir déjà fait une overdose, sans changement par rapport aux années précédentes; le nombre total moyen d'overdose est de 1.7 en 2006 (médiane 0.5), sans changement également par rapport aux années précédentes.

Tableau 2-4 Indicateurs de santé, Genève 1993-2006

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Etat de santé perçu								
Très bon	11.4	13.6	17.0	11.1	14.4	16.4		11.5
Plutôt bon	59.9	54.6	64.2	74.1	62.9	53.6		58.3
Plutôt mauvais	22.0	19.7	9.4	11.1	13.4	19.1		20.2
Très mauvais	4.6	1.5	0.0	3.7	5.2	2.7		4.9
Non réponse / NSP	2.3	10.6	9.4	0.0	4.1	8.2	.348	5.1
Recours au test de dépistage du VIH au cours de la vie								
	95.5	92.4	98.1	98.2	95.9	92.7	.322	95.8
Statut sérologique au dernier test VIH								
Séronégatif	84.9	83.6	92.3	75.5	81.7	91.2		87.0
Séropositif	14.3	16.4	7.7	20.8	17.2	5.9		10.9
Non réponse / NSP	0.8	0.0	0.0	3.8	1.1	2.9	.252	2.2
Recours au test de dépistage de l'hépatite B								
				90.7	85.6	80.1	.461	nd

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Statut sérologique au dernier test pour l'hépatite B								
Séronégatif				65.3	69.9	79.3		nd
Séropositif				28.6	26.5	13.8		nd
Non réponse / NSP				6.1	3.6	6.9	.024	nd
Recours au test de dépistage de l'hépatite C								88.4
Statut sérologique au dernier test pour l'hépatite C								
Séronégatif				52.2	n.d.	46.7		56.4
Séropositif				45.7	n.d.	48.9		40.4
Non réponse / NSP				2.2	n.d.	4.4	n.d.	3.2
Eu un abcès en rapport avec l'injection dans les 6 derniers mois						32.3		
Déjà fait une overdose								
Oui			52.8	37.0	54.6	50.9		nd
Non			47.2	63.0	44.3	47.2		nd
Non réponse / NSP			0.0	0.0	1.0	1.9	.672	nd
Nombre total d'overdoses								
Moyenne			1.5	1.2	2.2	1.7		
Médiane			1	0	1	.5	.202	

n.d. information non disponible

Consommation de drogues dures et traitements de substitution

En 2006, comme les années précédentes, la quasi-totalité des répondants a consommé de l'héroïne et de la cocaïne au cours de la vie, et les trois-quarts ont également consommé des cocktails (Tableau 2-5). En ce qui concerne la consommation régulière (plusieurs fois par semaine au cours du mois précédant l'enquête) on note, sur l'ensemble de la période, une augmentation de la consommation de cocaïne et une diminution de la consommation d'héroïne. Il y a cependant une augmentation entre 2002 et 2006 de la consommation régulière d'héroïne entre 2002 et 2006.

En termes de modèle de consommation, c'est la consommation à la fois d'héroïne et de cocaïne qui prévaut (environ 50%), suivie de la seule consommation d'héroïne (20%), puis de cocaïne (16%).

La proportion de personnes en traitement de méthadone a diminué (de 68% en 1996 à 57% en 2006).

Tableau 2-5 Consommation d'héroïne et de cocaïne au cours de la vie / du dernier mois, Genève 93-2006

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Drogues dures au cours de la vie								
Héroïne	100.0	98.5	100.0	100.0	100.0	98.2	.256	98.0
Cocaïne	87.1	98.5	92.5	100.0	97.4	99.1	.000	95.5
Cocktails	62.9	75.8	84.9	72.2	69.1	77.3	.164	83.8
Consommation régulière d'héroïne/cocaïne au cours du dernier mois⁽¹⁾								
Héroïne	57.6	53.0	69.8	37.4	25.8	38.2	.000	43.1
Cocaïne	3.0	13.6	11.3	38.9	48.5	66.4	.000	63.5
Cocktails	1.5	0.0	3.8	3.7	6.2	3.6	.071	21.9

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Consommation d'héroïne et de cocaïne au cours du dernier mois⁽¹⁾								
Pas d'héroïne/cocaïne	6.8	7.6	7.6	5.6	8.3	11.8		9.6
Héroïne seulement	51.5	40.9	49.1	20.4	7.2	20.0		14.4
Cocaïne seulement	0.8	13.6	1.9	22.2	36.1	16.4		13.8
Héroïne et cocaïne	34.9	37.9	35.9	42.6	47.4	51.8		61.9
NR/inclassable	6.1	0.0	5.7	9.3	1.0	0.0	.000	0.2
Traitement actuel								
Méthadone	n.d.	n.d.	67.9	64.8	65.0	57.4	.023	59.1
Héroïne sous prescription médicale ⁽²⁾	n.d.	n.d.	0.0	0.0	2.1	1.9	.251	5.1

Signification statistique des trends calculés après exclusion des données manquantes

n.d. information non disponible

⁽¹⁾ plusieurs fois par semaine

⁽²⁾ parmi les usagers ayant déjà consommé de l'héroïne au cours de la vie

Pratique de l'injection et exposition au risque de transmission du VIH

Parmi les personnes qui ont pratiqué l'injection au cours de leur vie, la consommation par injection au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête diminué: elle est passée de 96% en 1993 à 86% en 2006. Par ailleurs, la proportion de nouveaux injecteurs est tombée à moins de 5% en 2006 (27% en 1993) (Tableau 2-6). Ces deux indicateurs restent cependant un peu plus élevés à Genève qu'en moyenne suisse.

Parmi les injecteurs actuels (dans les 6 derniers mois), le nombre moyen et médian d'injections durant la dernière semaine est stable et inférieur à la moyenne suisse.

Tableau 2-6 Pratique de l'injection parmi les personnes s'étant injecté des substances au cours de la vie, 1993-2006

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Injection au cours des 6 derniers mois	95.5	89.4	96.2	96.3	96.9	85.5	.049	74.2
Nouveaux injecteurs ⁽¹⁾	26.5	18.2	9.4	5.6	5.2	4.6	0.000	3.3
Nombre d'années de pratique de l'injection								
Moyenne	7.7	8.2	8.7	11.7	13.8	14.2		15.9
Médiane	6	7	6	11.5	13	13.5	0.000	15
Nombre d'injections au cours de la dernière semaine ⁽²⁾								
Moyenne			10.0	11.7	14.1	12.5		15.9
Médiane			7	5	6	6.5	0.911	15

⁽¹⁾ % de répondants ayant commencé à s'injecter des drogues au cours des deux dernières années

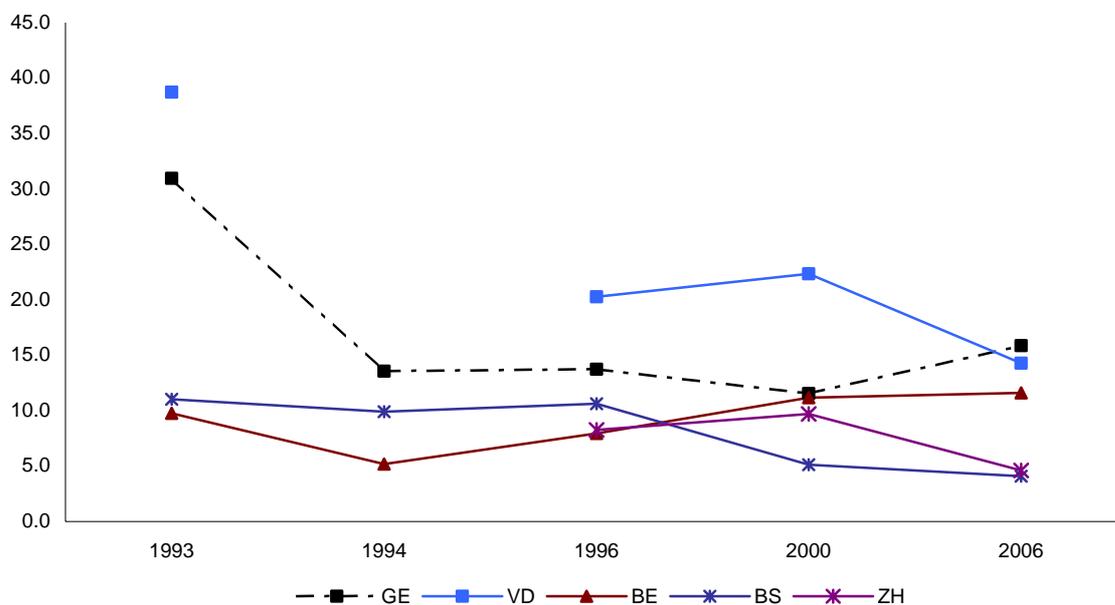
⁽²⁾ parmi ceux s'étant injecté pendant les 6 derniers mois

Signification statistique des trends calculés après exclusion des données manquantes

Si la proportion de répondants déclarant avoir partagé leur seringue/aiguille au cours de leur vie a continué à baisser entre 2002 et 2006, passant de 55% en 2002 à 46%, le partage au cours des six derniers mois est resté à 15% (sans changement par rapport à 2002) (Tableau 2-7). On note ainsi que,

depuis 1994, la situation est relativement stable, sans amélioration récente. Ce taux de partage est nettement plus élevé que la moyenne suisse qui est de 8.9% en 2006 (Figure 2-9).

Figure 2-9 Partage de seringues dans les 6 derniers mois (en %) : principaux cantons urbains suisses, 1993-2006



L'analyse multivariée par régression logistique du partage récent de seringues (injection au moins une fois durant les six derniers mois avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre) ne révèle pas de différences significatives selon le sexe, l'âge, le fait d'avoir un logement privé fixe, de suivre un traitement de substitution à la méthadone par voie orale, d'être séropositif pour le VIH ou de s'être injecté plus souvent que la médiane de 6 fois durant la dernière semaine (Tableau 5-3 en annexe). Par contre, la proportion de personnes ayant partagé une seringue déjà utilisée est significativement plus élevée chez les personnes fréquentant la structure tous les jours (30.4% versus 8.3%, odds ratio ajusté = 6.3) et chez ceux pratiquant l'injection comme mode de consommation principal de cocaïne durant le dernier mois (30.4% versus 8.3% également, odds ratio ajusté = 6.0).

Il n'y a pas eu de changement pour le don de la seringue durant les six derniers mois qui reste élevé (18.6% contre 7.8% au niveau suisse). Par contre, le partage de la cuillère et du filtre sont en baisse sensible, et la fréquence du partage des autres composantes de l'injection (coton, eau) ne montre pas de trend significatif. Ici, les valeurs sont inférieures à la moyenne nationale.

Tableau 2-7 Partage de la seringue/aiguille et du matériel servant à préparer l'injection durant la vie et les 6 derniers mois, 1993-2006

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Partage de la seringue⁽¹⁾ au cours de la vie⁽²⁾	69.7	59.1	50.9	61.1	54.6	45.5	0.001	42.7
Partage de la seringue au cours des 6 derniers mois⁽³⁾	31.0	13.6	13.7	11.5	16.0	14.9	0.008 ⁽⁴⁾	8.9
Don de la seringue 6 mois	18.6	17.7	21.2	6.5	14.9	18.6	0.279	7.8

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Partage du matériel servant à préparer l'injection 6 mois								
Cuillère	n.d.	n.d.	56.9	48.1	48.9	21.3	0.000	31.9
Filtre	n.d.	n.d.	25.5	32.7	42.6	13.8	0.045	21.1
Coton	n.d.	n.d.	11.8	3.9	13.8	5.3	0.287	2.0
Eau	n.d.	n.d.	n.d.	15.4	29.8	9.6	0.049	15.8

(1) S'être injecté avec une seringue/aiguille déjà utilisée par quelqu'un d'autre

(2) Rapporté aux injecteurs /vie

(3) Rapporté aux injecteurs / 6 derniers mois

(4) Mais seulement dû à la valeur de 1993

Signification statistique des trends calculés après exclusion des données manquantes

En 2006, près de 10% des répondants ont effectué un séjour en prison pour un motif en relation avec la drogue dans les deux ans précédant l'enquête. C'est moins que la moyenne nationale. La pratique de l'injection lors d'un séjour en prison est restée stable : elle est le fait d'un répondant sur cinq (Tableau 2-8). Les effectifs de ceux qui se sont injecté en prison sont trop faibles pour que l'on puisse se prononcer sur le partage du matériel d'injection (voir en annexe Tableau 5-4 complet).

Tableau 2-8 Séjour, injection et partage de la seringue en prison, en %, 1993-2006

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Séjour en prison au cours des deux années qui ont précédé l'année d'enquête	n.d.	n.d.	26.4	6.8	18.0	10.1	0.021	20.6
<i>Effectifs</i>			14	4	18	14		
Pratique de l'injection lors de séjour en prison			21.4	25.0	16.7	21.4	0.988	22.6

Signification statistique des trends calculés après exclusion des données manquantes

Sexualité et exposition au risque

La distribution du nombre de partenaires sexuels durant les six derniers mois est restée très stable, avec une médiane de un partenaire. La proportion de répondants ayant eu des relations sexuelles avec un partenaire stable durant les six derniers mois (53%) est inchangée par rapport à 2002 mais inférieure à ce qu'elle était en 1993 et 1996. Avec ces partenaires, la non-utilisation du préservatif est devenue moins fréquente (64% en 1993 et 36% en 2006) et est devenue une utilisation occasionnelle du préservatif ("parfois": 7% en 1993, 29% en 2006). La protection avec le partenaire stable est inférieure à ce que l'on trouve dans la population générale (Tableau 2-9).

En 2006, 43% des répondants ont eu un ou des partenaires sexuels occasionnels durant les six derniers mois, sans changement significatif sur la période, et plus de quatre sur cinq ont utilisé des préservatifs avec eux (pas de tendance). En 2006, un peu plus d'un répondant sur deux avait utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel (soit un peu plus que la moyenne suisse). La tendance est en augmentation (voir en annexe Tableau 5-5 complet).

Tableau 2-9 Activité sexuelle et utilisation du préservatif, 1993-2006

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p	2006 CH
Nombre de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois*								
Médiane			1	1	1	1		1
Relations sexuelles avec un partenaire stable (6 derniers mois)	63.6	53.0	77.4	50.0	52.6	52.7	.027	51.9
Utilisation du préservatif avec le partenaire stable au cours des 6 derniers mois								
Toujours	26.2	20.0	29.3	18.5	33.3	29.3		28.5
Parfois	7.1	20.0	9.8	33.3	15.7	29.3		17.2
Jamais	64.3	60.0	56.1	48.2	51.0	36.2		52.6
Non réponse	2.4	0.0	4.9	0.0	0.0	5.2	.008	1.7
Relations sexuelles avec des partenaires occasionnels	31.8	33.3	28.3	20.4	29.9	42.7	.188	27.3
Utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels au cours des 6 derniers mois								
Toujours	66.7	81.8	66.7	100.0	65.5	80.9		71.8
Parfois	16.7	13.6	20.0	0.0	20.7	12.8		12.6
Jamais	16.7	4.6	13.3	0.0	10.3	6.4		15.3
Non réponse	0.0	0.0	0.0	0.0	3.5	0.0	.230	0.5
Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel	n.d.	48.5	32.1	40.7	52.6	53.6	.036	48.2

Signification statistique des trends calculés après exclusion des données manquantes

* Pourcentages calculés sans tenir compte des non réponses

En 2006, environ une femme sur trois et un homme sur dix déclarent s'être prostitués au cours de leur vie, avec une tendance à l'augmentation chez les hommes. La prostitution récente, au cours des six derniers mois, est le fait de 18% des femmes et 1% des hommes en 2006, sans tendance claire. Comme les effectifs de personnes concernées sont très petits, on ne peut donner de résultats chiffrés pour l'utilisation de préservatifs avec les clients, en particulier chez les hommes. Néanmoins, la tendance pour les femmes semble être à la protection (cf. Tableau 5-6 en annexe).

Analyse de la fréquentation régulière de la structure

Une partie du questionnement sur les usagers des structures à bas seuil d'accès concerne la fréquence de leur utilisation, en particulier l'utilisation régulière définie comme utilisation quotidienne. Pour connaître les utilisateurs quotidiens de Quai 9, et en particulier regarder si les consommateurs les plus à risque de par l'importance de leur consommation sont des usagers réguliers de la structure, nous avons procédé à une analyse bivariée et à une régression logistique.

En 2006, 21.5% des répondants consommateurs de drogue par injection étaient des utilisateurs réguliers de Quai 9. Il n'y a pas de différences significatives ou proches de la significativité dans la fréquentation régulière associée aux caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, formation, logement, emploi, revenu, nombres de partenaires), à l'état de santé (état de santé rapporté, virologie VIH et VHC) ou au lieu où le questionnaire a été rempli (Tableau 5-7 en annexe).

Par contre, les caractéristiques liées à une consommation importante de drogues au cours du mois précédant l'enquête sont associées clairement ou marginalement à la fréquentation régulière de la structure. Les personnes s'étant injectées durant les sept derniers jours et les consommateurs d'héroïne

et de cocaïne (plusieurs fois par semaine au cours du dernier mois) sont, au niveau bivarié, significativement plus souvent des utilisateurs quotidiens de la structure par un facteur de plus de deux (27.1% versus 10.8%). A l'inverse, les personnes en cure de méthadone par voie orale le sont moins souvent, et dans une proportion similaire (36.6% versus 12.1%). On notera qu'il ne semble pas y avoir de relation avec la dose de méthadone.

L'analyse multivariée par régression logistique (Tableau 5-7 en annexe) confirme globalement ces observations. En contrôlant pour les caractéristiques socio-démographiques, seule la relation inverse avec la cure de méthadone demeure significative; mais les odds ratios concernant la consommation fréquente actuelle d'héroïne et de cocaïne sont proches du seuil de signification, ce qui suggère l'existence d'une association masquée par un manque de puissance statistique due à la faible taille de l'échantillon.

En conclusion, on notera :

- toutes les catégories (socio-démographiques) d'usagers sont également susceptibles d'être des usagers fréquents: il y a égalité d'accès fréquent;
- les consommateurs réguliers d'héroïne et de cocaïne au cours de mois précédant l'enquête sont plus fréquemment des usagers quotidiens de la structure, ce qui est un bon résultat.
- les personnes en traitement recourent moins souvent à la structure, ce qui est un effet souhaitable du traitement.

2.3 CONCLUSIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Evolution données épidémiologiques

Le nombre total de tests positifs au VIH est resté stable en 2006 (87 cas) mais est resté élevé chez les HSH.

La proportion de femmes parmi les personnes testées positivement est restée stable également.

On relève une augmentation des tests positifs chez les 20 à 29 ans entre 2005 et 2006.

Les déclarations complémentaires des médecins permettant d'appréhender les modes de transmission du VIH et de compléter le profil des personnes testées positivement étaient disponibles au moment de ce rapport pour $\frac{3}{4}$ des tests. Les données ont donc été extrapolées. Néanmoins, sur cette base, on constate parmi les groupes de transmission, une augmentation du nombre de tests positifs chez les consommateurs de drogues par injection et chez le groupe de transmission « autre ».

La répartition des tests positifs par nationalité est restée stable en 2006. Par contre on relève une augmentation des infections découvertes au stade asymptomatique.

Personnes séropositives (SHCS)

Concernant les comportements des personnes séropositives face au VIH/Sida, on observe en 2006 une amélioration des comportements préventifs notamment dans les relations avec le partenaire stable et ceci quel que soit le groupe cible considéré.

Les données concernant l'utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels restent beaucoup trop lacunaires pour être utilisées et 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.

Consommateurs par injection

Le vieillissement de la population se poursuit mais avec un ralentissement, dû probablement à une légère augmentation de nouveaux usagers plus jeunes (voir l'analyse des nouveaux arrivants à Quai 9, cf. Chapitre 3.3.3).

La situation sociale est restée inchangée pour le logement, par contre on observe une 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 $\frac{3}{4}$ des consommateurs bénéficient soit de l'aide sociale soit d'assurances sociales en 2006.

Concernant l'état de santé des usagers de Quai 9, on ne relève pas de tendance nette sur la période. Les usagers perçoivent leur état de santé comme plutôt moins bon ces dernières années et les overdoses sont restées stables.

La prévalence rapportée de séropositivité au VIH est très basse en 2006 ; celle à l'hépatite C est stable et on note une diminution de la prévalence rapportée à l'hépatite B.

Un tiers des usagers rapporte avoir eu des abcès en lien avec l'injection au cours des 6 derniers mois.

On observe une augmentation de la consommation de cocaïne sur la période et un trend à la baisse pour la consommation d'héroïne, qui s'inverse cependant entre 2002 et 2006. Le nombre de personnes en traitement diminue même si on trouve encore une majorité d'usagers en traitement en 2006.

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). Quant à l'utilisation d'une seringue déjà utilisée par un tiers (partage), elle reste stable, mais est plus élevée que la moyenne nationale. Le partage est plus fréquent chez les consommateurs de cocaïne par injection et chez les usagers réguliers de la structure.

Par contre, il y a une légère amélioration des comportements préventifs en matière sexuelle.

3 ACTIVITÉS DES ASSOCIATIONS

3.1 GROUPE SIDA GENÈVE (GSG)

Résumé Le Groupe Sida Genève (GSG) est actif dans le domaine du Sida depuis le début de l'épidémie et est une des antennes de l'ASS à Genève. Il mène des actions de prévention de différents types auprès de la population générale, ainsi qu'auprès de groupes cibles (jeunes, migrants, personnes précarisées). Il propose aux personnes vivant avec le VIH/sida ainsi qu'à leurs proches un soutien et un accompagnement selon les besoins. Il est également une ressource importante en terme de formation dans le domaine du VIH/sida.

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). Le nombre de projets différents menés ou soutenus par le GSG est cependant très élevé et devrait probablement faire l'objet de priorisation afin de rendre plus claires les interventions de l'association et limiter le risque de dispersion.

Médias

- Le GSG a augmenté de manière importante ses contacts avec les médias et s'est notamment fortement mobilisé pour défendre les intérêts des personnes séropositives face à la décision de certaines assurances maladie de suspendre leurs prestations pour les personnes n'assurant plus le paiement de leurs primes.
- Il ressort du travail d'accompagnement mené par l'IUMSP lors de l'analyse des données statistiques VIH/Sida en vue du rapport du 1^{er} décembre, que le GSG a rencontré un certain nombre de difficultés pour la rédaction de ce rapport, notamment parce qu'il ne bénéficie pas, en interne, des compétences épidémiologiques nécessaires pour l'interprétation des variations statistiques.

Formation

- On constate une augmentation du nombre de demandes de formation de la part du réseau socio-sanitaires (HES notamment) et du nombre de personnes formées.
- Par ailleurs la formation de base complète a également été suivie par un nombre croissant de personnes appartenant au réseau socio-sanitaire (éducateurs, infirmiers, etc.)

Prévention

- Le GSG a entrepris de recentrer ses activités, en accord avec les recommandations de l'évaluation de 2005. Ainsi on peut constater une intensification des activités à l'intention des populations migrantes (prévention, soutien, informations) et un travail de coordination important. Il assure ainsi une place centrale dans le dispositif d'interventions au profit de ce groupe-cible.
- La délégation de l'organisation des actions auprès de la population générale aux volontaires/médiateurs s'est poursuivie de manière adéquate et a permis aux intervenants du GSG de se centrer davantage sur des actions plus spécifiques comme la formation ou les activités d'outreach auprès des migrants. Ceci amène une augmentation des public-cibles touchés.

- La mise sur pied d'un outil de documentation des thèmes abordés au cours des entretiens de courte durée amène des éléments intéressants, mais il convient encore d'améliorer le nombre d'entretiens documentés

Migrants

- On relève une augmentation du nombre de personnes migrantes touchées par les différentes activités du GSG.
- De nombreuses communautés sollicitent les prestations du domaine « Vivre avec » (soutien et prévention) dont des migrants subsahariens.
- De nouvelles actions ont vu le jour en 2006 : flyers et contacts avec HUG, stand de prévention lors de la remise de chèques aux requérants. Il est toutefois encore trop tôt pour juger de leur impact. Le rôle que pourrait jouer le lieu d'accueil du « 6 » n'est pas encore très clair.

Soutien/conseil

- D'une manière générale on constate une augmentation des activités et du nombre de nouvelles personnes reçues aussi bien dans le secteur du soutien individuel que du conseil juridique (respectivement 53 et 70 nouvelles personnes).
- La documentation des activités de prévention auprès des personnes séropositives, notamment l'administration du questionnaire lié à la remise de la trousse de prévention n'est pas suffisante.

Recommandations

- 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 1^{er} décembre.
- 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.

3.1.1 Objectifs de l'association

Le Groupe Sida Genève (GSG) est actif dans le domaine du Sida depuis le début de l'épidémie et est une des antennes de l'ASS à Genève. Il mène des actions de prévention de différents types auprès de la population générale et de groupes cibles (jeunes, migrants, personnes précarisées) et propose aux personnes vivant avec le VIH/sida ainsi qu'à leurs proches un soutien et un accompagnement selon les besoins. Il est également une ressource importante en terme de formation dans le domaine du VIH/sida. Il reçoit du canton de Genève une subvention de 1'520'000 fr. qui constitue environ 78% de son budget annuel.

Les objectifs poursuivis par le GSG sont^a :

- « éviter autant que possible les nouvelles contaminations par le VIH/sida ;
- diffuser une information ample et objective concernant le virus et la maladie ;

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

- promouvoir et développer la solidarité et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida et leurs proches ;
- lutter contre les mesures de discrimination et les attitudes d'exclusion ».

L'organisation du GSG a été retravaillée en 2006 et a abouti à la définition de quatre domaines d'intervention :

- Le domaine institutionnel : il comprend l'accueil, l'organisation d'événements tels que les manifestations en lien avec les 20 ans du GSG et le service aux projets qui regroupe tous les aspects administratifs.
- Le domaine de la communication et de la mobilisation qui englobe les relations avec les médias, mais aussi la mise à disposition d'une information complète sur le VIH/sida. Les activités de formation sont aussi incluses dans ce domaine.
- Le domaine de la prévention qui vise à maintenir et augmenter la visibilité du VIH/Sida auprès de la population générale (information, sensibilisation) et de groupes-cibles spécifiques (migrants, situations de vulnérabilité telles que jeunes en rupture, personnes marginalisées, etc.).
- Le domaine du « vivre avec » qui englobe le soutien individuel et l'accompagnement, les conseils juridiques lors de démarches d'ordre juridique ou administratif, mais aussi des activités de soutien collectif tels que les groupes de parole et l'accueil au « 6 ». pour les personnes vivant avec le VIH/sida et leurs proches.

Cet effort de réorganisation a amendé déjà d'importantes améliorations dans la conceptualisation du rôle et des orientations du GSG. Cependant, le nombre de projets différents menés reste très élevé et il est encore difficile de cerner l'ensemble des activités de l'association. Un exercice de priorisation des interventions (théorie d'action) pourrait être profitable à la structure.

Suite au bilan de 2005 et aux recommandations émises, certains des outils de monitoring ont été retravaillés pour mieux rendre compte de l'activité du GSG. Les données qui figurent dans ce rapport couvrent l'ensemble de l'année.

3.1.2 Communication et mobilisation

Médias

Le GSG a mené une activité d'information via les médias importante en 2006 : plus de 130 contacts directs ont été établis au cours de l'année avec des journalistes de presse écrite, de radio et de télévision. 116 d'entre eux ont donné lieu à une citation du Groupe sida Genève dans les médias genevois, suisses et étrangers. A noter, en particulier, un total de 8 passages à la télévision sous forme d'interview ou de reportage, contre 2 l'an passé et une quarantaine de passages en radio contre une quinzaine en 2005.

43 actions étaient en rapport avec des activités de prévention, soit à l'attention de la population générale, soit pour des groupes cibles tels que les adolescents ou les usagers de drogues. 5 actions concernaient davantage le « vivre avec » en traitant par exemple de l'emploi et du VIH. Dans 14 cas, c'est principalement de l'information sur des données statistiques ou des conférences internationales en rapport avec le VIH qui a été transmise. Pour ces thèmes « classiques » du GSG, la couverture dans le domaine de la presse écrite est équivalente à celle de 2005, tandis que celle de l'audio-visuel a quasiment doublé.

Par ailleurs, la mobilisation médiatique mise en œuvre en lien avec la décision de la suspension des prestations des assurances maladies pour les personnes n'assurant plus le versement des primes (et les

répercussions pour les personnes vivant avec le VIH) a été très importante et on ne dénombre pas moins de 66 actions médiatiques.

Enfin, le site internet du GSG a attiré davantage de visiteurs en 2006, avec 72'300 visites contre 68'600 en 2005.

En 2006, le GSG a été mandaté par la DGS pour compiler les informations portant sur le VIH/Sida (HUG, OFSP, DGS) sous forme d'un document unique accepté et utilisé par tous dans le canton et réalisé pour le 1^{er} décembre. Pour valider ce rapport, l'IUMSP et l'OFSP ont été mis à contribution. Le constat est que cela n'a pas été un exercice facile pour le GSG, car il n'a pas en interne les compétences épidémiologiques nécessaires pour l'interprétation des variations statistiques. Il semblerait de ce fait plus judicieux à l'avenir que le mode de faire du niveau national soit repris, à savoir une compilation et interprétation statistique des résultats par la DGS qui serait ensuite soumise au GSG pour commentaire.

Bilan médias

- Le GSG a augmenté de manière importante ses contacts avec les médias et s'est notamment fortement mobilisé pour défendre les intérêts des personnes séropositives face à la décision de certaines assurances maladie de suspendre leurs prestations pour les personnes n'assurant plus le paiement de leurs primes.
- Il ressort du travail d'accompagnement mené par l'IUMSP lors de l'analyse des données statistiques VIH/Sida en vue du rapport du 1^{er} décembre, que le GSG a rencontré un certain nombre de difficultés pour la rédaction de ce rapport, notamment parce qu'il ne bénéficie pas, en interne, des compétences épidémiologiques nécessaires pour l'interprétation des variations statistiques. Il serait aussi avantageux que le GSG en charge de la préparation de la conférence de presse obtienne les résultats de l'OFSP plus vite (par ex dès que la version allemande de l'article est terminée et avant les délais de traduction/impression).

Information via la permanence téléphonique

Le GSG offre une permanence téléphonique du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h00. La permanence permet de répondre à des demandes d'informations sur le VIH/sida.

Il y a eu 498 réponses téléphoniques (répertoriées) en 2006 dont le 80% ont été données durant les jours ouvrables et 20% durant les week-ends. 69% des demandes ont été formulées par des hommes. 3 appels sur 4 venaient du canton de Genève, 16% du reste de la Suisse et 9% de l'étranger.

Très souvent, les appels regroupent des demandes sur des informations diverses (symptômes, traitements, famille, transmission, etc.). Un grand nombre de demandes concernent le test VIH et des informations sur les pratiques bucco-génitales ; 24 demandes concernaient la PEP.

En plus des téléphones, il est possible de poser des questions via le site Internet du GSG. Au total 115 messages ont été reçus en 2006. Les questions les plus souvent posées sont les risques liés aux diverses pratiques sexuelles (du baiser aux pratiques bucco-génitales), les types de transmission et les règles du safer sex. Les cas de relations non protégées et de ruptures de préservatifs sont évoquées dans une question sur 6, ainsi que les demandes d'information sur le test.

Secteur de la formation

L'objectif de la formation proposée par le GSG est de renforcer les capacités du réseau à offrir des réponses adéquates aux questions touchant de près ou de loin à la problématique du VIH/sida. Deux types de formation sont proposés par le GSG (Tableau 3-1), ainsi que des séances d'information pour les personnes désirant développer des actions de prévention dans le cadre d'activités privées.

- Le programme de formation du GSG propose 9 modules, d'environ 2 heures chacun, qui sont principalement destinés aux animateurs, éducateurs et autres personnels d'encadrement qui souhaitent améliorer leurs connaissances et leurs compétences dans le domaine du VIH/sida. Elle s'adresse à des professionnels du réseau, à des volontaires ou aux médiateurs/trices. Le contenu peut varier selon les besoins, mais en règle générale il y a toujours au moins les connaissances de base médico-sociales sur le VIH/sida et les connaissances complètes sur les préservatifs.
La formation a été donnée trois fois en 2006, regroupant 69 participants provenant de l'ensemble du réseau de professionnels genevois.
- La formation en plusieurs module, pour les bénévoles actifs dans le cadre de l'accompagnement au GSG, qui reprend en partie le programme de formation complet du GSG.
- Les formations organisées à la demande d'institutions. Elles sont organisées de manière régulière ou ponctuelle en fonction des demandes du réseau socio-sanitaires et sont payantes. Les modules et la durée varient selon la disponibilité et les besoins des institutions demandeuses. Environ 350 personnes ont bénéficié d'une formation (de 3 à 12heures) suite à la demande de leur institution. Un grand nombre des participants étaient en formation dans le domaine de la santé : sage-femmes, hygiénistes dentaires, aides soignants, mais pas uniquement. Ce secteur a connu une augmentation importante en 2006.
- Les séances d'information mensuelles (2 à 3h), visant à former des personnes ressources pour une activité de prévention (sur Genève ou à l'étranger).

Tableau 3-1 Activités d'information et de formation, GSG 2006

Quoi	Type d'action	Public-cible	Participants collaboration	Nombre d'actions et de personnes touchées
Formation de base VIH/sida 9 modules (18heures)	Prestations GSG, réseau VIH/sida, Info VIH/sida de base, transmission, dépistage, préservatifs, PEP, logistique et communication, IST, sexualité HSH, ...	Volontaires, professionnels du réseau, médiateurs	Dialogai, Nuit blanche, Croix Rouge, etc.	3/69
Formation sur demande de 3 à 12h	Prestations GSG et réseau VIH/sida à Genève, Info VIH/sida de base, modes de transmission, dépistage, préservatifs, PEP, vécu des personnes séropositives.	Institutions demandeuses (santé, social)	Ecole Aide familiale Ecole Aide soignant Croix Rouge Jeunesse Ecole Hygiéniste dentaire Ecole Sage femme HUG, infirmières consultation	6/84 4/120 1/9 2/34 1/17 2/34
Séances d'information (2h30)	Info VIH/sida de base, modes de transmission, dépistage, préservatifs	Personnes ressources	Divers	9/77

Bilan formation

- On constate une augmentation du nombre de demandes de formation de la part du réseau socio-sanitaires et du nombre de personnes formées. Ainsi de nombreuses écoles ont fait appel au GSG.
- Par ailleurs la formation de base complète a également été suivie par un nombre croissant de personnes appartenant au réseau socio-sanitaire (éducateurs, infirmiers, etc.)

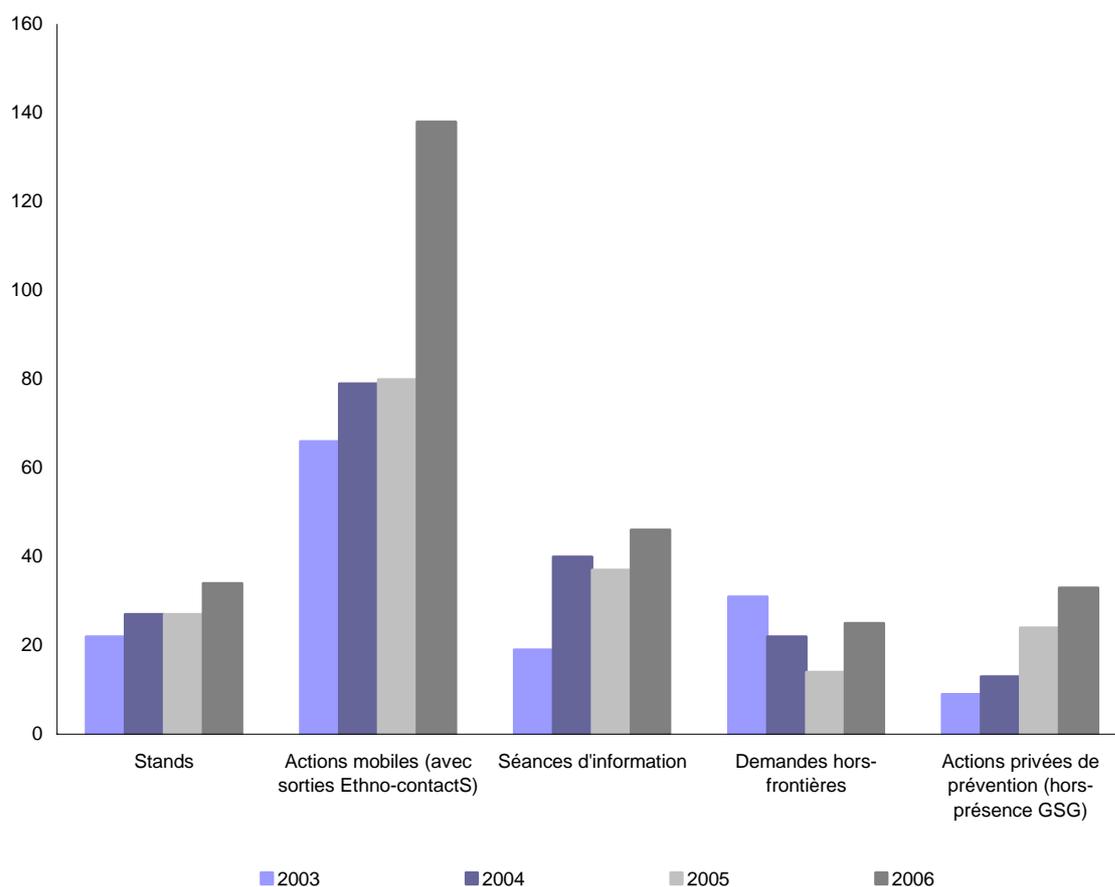
3.1.3 Activités du domaine prévention

Le secteur prévention vise d'une part la population générale ou des populations de migrants par des activités proposées lors de manifestations "tout public"^a. D'autre part, des activités plus adaptées visent des sous-groupes spécifiques dont on peut penser qu'ils sont plus particulièrement affectés par le VIH/sida ou plus vulnérables, du fait d'un manque d'accès à l'information ou d'une situation de précarisation ou de vulnérabilité (par ex. Ethno-contactS).

On constate (cf. Figure 3-1) qu'en 2006, le GSG a développé de nombreuses activités mobiles, essentiellement à travers l'augmentation des sorties Ethno-contactS. En effet le nombre d'actions ayant pour cible la population migrante est passé de 108 à 140. Les autres types d'actions ont été légèrement plus nombreux aussi ce qui amène une augmentation du nombre total des actions menées dans le cadre de la prévention.

Cette évolution suit les recommandations émises par l'évaluation fin 2005.

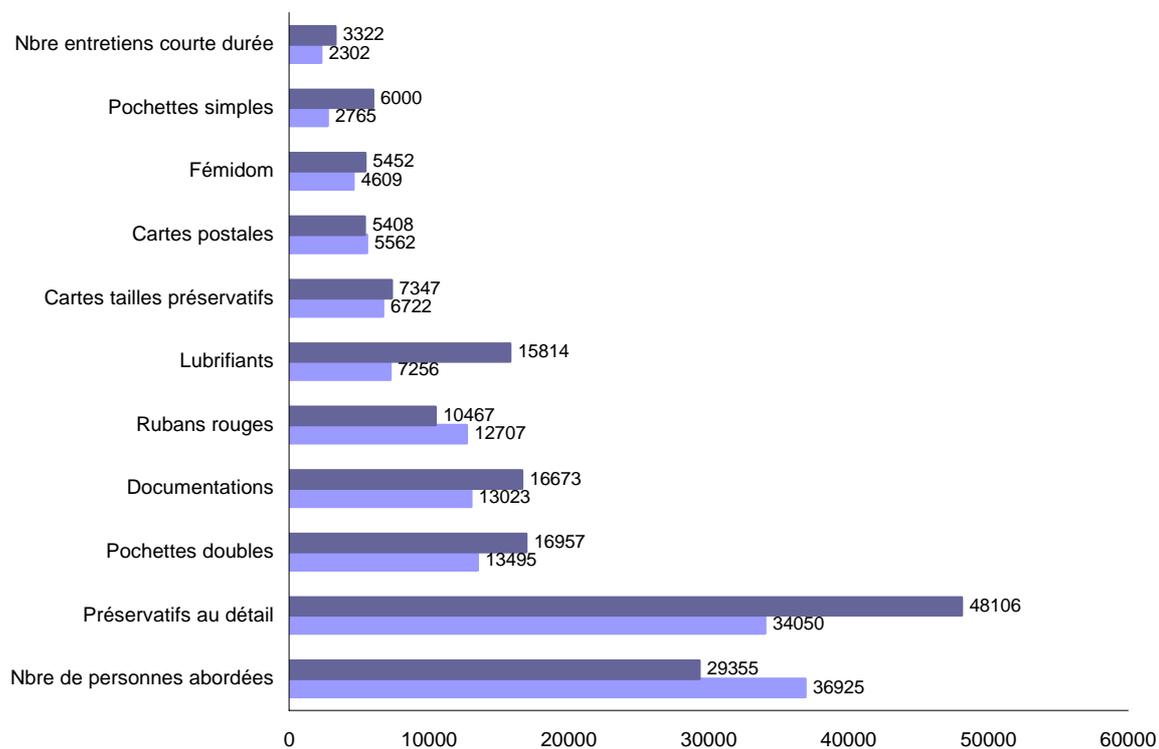
Figure 3-1 Différents types d'action du secteur prévention, GSG 2003-2006



L'ensemble de ces actions a permis de rencontrer plus de 35'000 personnes et de remettre plus de 45'000 préservatifs sans compter le matériel remis dans le cadre de projet de prévention ayant lieu à l'étranger. Ces différentes interventions ont eu pour cibles des publics différents : population générale, migrants, situations de vulnérabilité et sont détaillées dans les sous chapitres suivants.

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

Figure 3-2 Personnes rencontrées et matériel distribué, ensemble du domaine de prévention, 2005-2006 (sans projets hors-frontière)



Population générale

Au cours des activités de prévention visant la population générale, les intervenants proposent au public du matériel de prévention et sont à disposition pour donner de l'information et mener des entretiens de courte durée selon les demandes. Depuis 2004, le GSG a mis en place une politique de délégation de l'organisation des actions de prévention aux médiateurs et volontaires. La supervision des actions reste toutefois du ressort d'un collaborateur référent (salarié du GSG). Celui-ci assure selon besoin les liens entre les organisateurs de la manifestation et les médiateurs/volontaires ; il intervient en cas de problème administratif ; il s'assure de la qualité des activités prévues et de l'agenda retenu et enfin, il supervise l'évaluation de l'activité une fois celle-ci terminée. De ce fait, le total des heures de travail sur le terrain assurées par les salariés du GSG a diminué au cours des dernières années sans que le volume des actions sur le terrain ne diminue. En 2006, pour l'ensemble des actions mobiles et stands de prévention, migrants y compris, seules 10% des heures de présence sur le terrain ont été assurées par les salariés du GSG (26% en 2003), 49% par les médiateurs et les volontaires (74% en 2003 y inclus les partenaires du réseau) et 41% par des partenaires du réseau (Co-Ge, Co-ro^a, etc.).

Durant l'année 2006, le GSG a ainsi organisé 26 stands et 17 actions mobiles pour un total de 6 projets de grande envergure à l'attention de la population générale (Tableau 3-2).

Afin de renouveler son mode d'intervention auprès de la population générale, le GSG a sollicité la Troupe "Guignol à Roulettes" avec un de ses spectacle « L'hôtel Pasaç ». Ce spectacle de marionnettes est un spectacle comique réservé aux adultes et aborde la sexualité. Le spectacle est itinérant et est prévu pour être joué dans les bars, les restaurants ou les festivals. C'est un spectacle que

^a Respectivement Coordination genevoise et coordination romande.

l'on peut voir aussi en tournée dans d'autres cantons romands en partenariat avec les Antennes romandes de l'ASS.

Dans les actions de prévention visant les jeunes, le GSG a été présent dans différents festivals de musique (Vernier sur Rock, OpenSky Festival, Grouna Festival, notamment).

Il est difficile de mesurer l'évolution et les changements par rapport à l'année 2005 en terme de nombre de personnes touchées et de matériel distribué notamment parce le décompte des personnes rencontrées lors du Paléo festival a été tenu en 2006 par l'association Point Fixe Vaud qui était l'organisateur principal des actions de prévention lors de cette manifestation.

Tableau 3-2 Actions auprès de la population générale, GSG 2006

Quoi	Type d'action	Public-cible	Participants collaboration	Nb de personnes touchées	Nb entretiens	Nb de préservatifs**	Nb de Femidoms**
Paléo et Actions diverses	4 stands et 12 actions mobiles	publics mélangés et " + 35 ans"	Antennes romandes pour le Paléo	5650*	180	5'661	376
Guignol à Roulettes, Théâtre de marionnettes	prévention dans les bars, 10 soirées à Genève	Tout public	partenariat Antennes romandes de l'ASS	1450	88	798	58
Actions "jeunes"	3 stands et 6 interventions Sida Parlons'en	Jeunes	Service Santé Jeunesse, planning familial, projet école.	2400	218	3930	564
Fête de la musique	1 stand sur 3 jours, 3 actions mobiles	Tout public		1135	105	3714	438
1 ^{er} décembre	4 stands	Tout public	Partenaires de la Co-GE (PVA, Dialogai)	4900	65	3'080	119

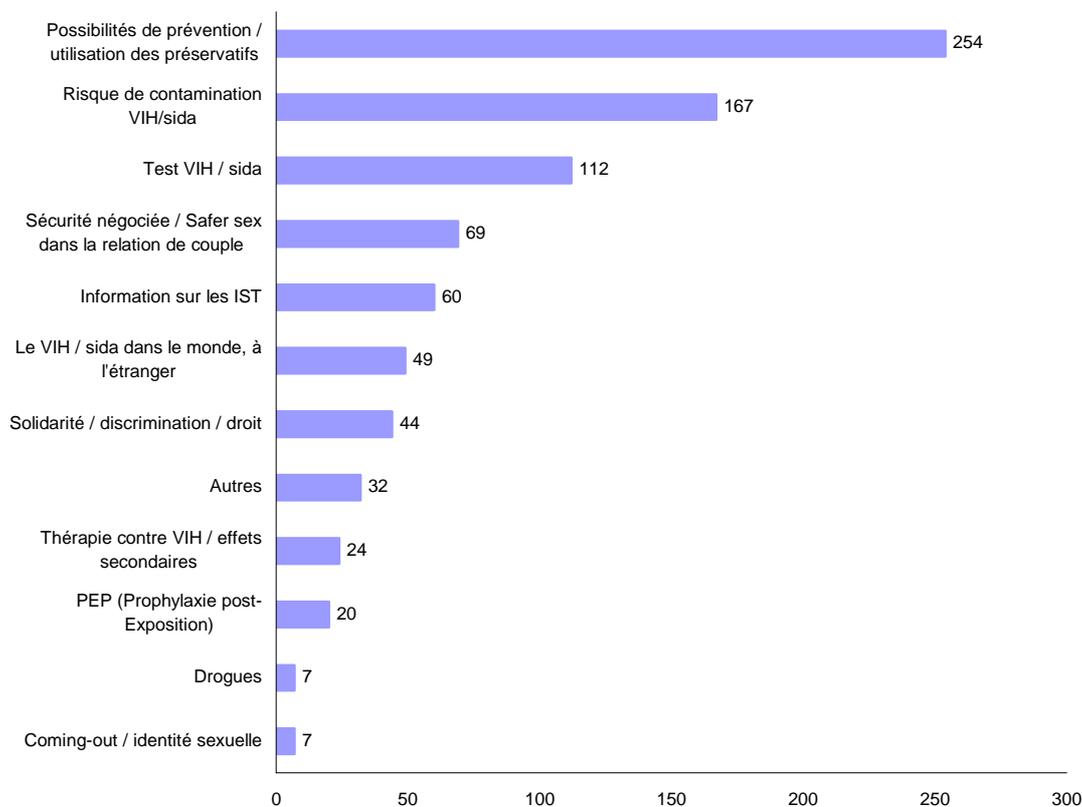
* une seule journée assurée par le Groupe sida Genève décomptée et sans les données totales du Festival Paléo car la coordination et le décompte total du matériel distribué et des personnes rencontrées ont été du ressort de Point Fixe Vaud en 2006.

** distribués gratuitement.

Pour la première fois en 2006, l'outil d'évaluation mis en place pour les actions de prévention comportait une documentation des thèmes abordés lors des entretiens de courte durée. Au total 845 entretiens ont été documentés^a. Les thèmes les plus souvent abordés au cours des petits entretiens sont l'utilisation des préservatifs et les possibilités de se protéger du VIH (traités 254 fois) ainsi que les risques de contamination (traités 167 fois).

^a Le fait que les actions de prévention soient assurées par de nombreux volontaires rend la tenue des outils d'évaluation plus difficile à introduire. Pour l'année 2007, un effort de documentation des entretiens devra être fait afin d'améliorer les statistiques.

Figure 3-3 Thèmes abordés lors d'entretiens de courte durée (n=845), 2006



Bilan prévention

- Le GSG a entrepris de recentrer ses activités, notamment en accord avec les recommandations de l'évaluation de 2005. Ainsi on peut constater une intensification des activités à l'intention des communautés migrantes (prévention, soutien, informations) et un travail de coordination important. Il assure ainsi une place centrale dans le dispositif d'interventions au profit de ce groupe-cible.
- La délégation de l'organisation des actions auprès de la population générale aux volontaires/-médiateurs s'est poursuivie de manière adéquate et a permis aux intervenants du GSG de se centrer davantage sur des actions plus spécifiques comme la formation ou les activités d'outreach auprès des migrants. Ceci amène une augmentation des public-cibles touchés.
- La mise sur pied d'un outil de documentation des thèmes abordés au cours des entretiens de courte durée amène des éléments intéressants, mais il convient encore d'améliorer le nombre d'entretiens documentés

Migrants

Le GSG a développé des efforts importants dans la prévention auprès des migrants. En accord avec les recommandations de l'évaluation de 2005, il a assuré la coordination (cf. Chapitre 3.6) des activités des différentes associations de prévention auprès des migrants (Afrimédia, ASFAG). Par contre, s'il a assuré la formation des médiateurs/trices de ces différentes associations quand cela était nécessaire, il n'a pas eu de mandat de supervision du travail de ces différentes équipes sur le terrain.

Le GSG a ainsi intensifié ses actions auprès de la population migrante : sorties dans les parcs, actions lors de fêtes organisées par des communautés migrantes et organisation de séances d'informations sur le VIH/sida (Tableau 3-3). Au total 140 actions ont eu lieu dont 112 sorties dans le cadre du projet

Ethno-contact'S. 19 séances d'information sur le VIH ont été organisées et 3 stands ont été tenus. Ceci représente une augmentation de plus de 20% du nombre d'actions menées par rapport à 2005.

Le projet **Ethno-ContactS** travaille avec des médiateurs qui vont à la rencontre des (primo)migrants dans différents lieux (parcs publics, imprimerie du journal GHI, maisons de quartier^a), informent et donnent des conseils de prévention VIH/sida. Pour assurer les activités liées au projet, une équipe de 8 médiateurs/trices^b a fonctionné en 2006 sous la coordination d'un collaborateur du GSG. Actuellement ce poste de coordination est assuré par un intervenant d'origine sénégalaise ce qui permet de renforcer le pôle africain du projet.

Au total, plus 3000 contacts avec des migrants ont été dénombrés en 2006. Les 112 sorties Ethno-contact'S ont permis de rencontrer plus de 1500 personnes (1264 personnes en 2005) dont 58% de femmes. Les populations les plus rencontrées étaient les communautés latino-américaine et africaine (cf. Figure 3-4) et environs 600 entretiens concernaient la population subsaharienne. Des entretiens de 5 minutes ou plus ont été menés avec 90% d'entre eux. Les aspects de santé ont été abordés au cours des entretiens dans 70% des cas et un tiers des entretiens a abordé des problèmes de migration. Dans 80% des entretiens du matériel de prévention a été remis.

Tableau 3-3 Actions auprès des migrants, GSG 2006

Quoi	Type d'action	Public-cible	Participants collaboration	Nb de personnes touchées	Nb sub-sahariens	Nb petits entretiens	Nb de préservatifs**	Nb de Femidoms**
Ethno-contact'S	112 sorties	Population générale migrants		1538	~450	~1200*		
Information VIH/sida (2h.30)	Info VIH/sida de base, modes de transmission, dépistage, préservatifs	19 séances d'info	Centre Santé Migrants, OSEO, Camarada, GenèV'Roule, Ateliers, Hospice, Général	272	120			
Requérants asile	1 stand	requérants asile	Hospice, Général, Afrimédia	171	50	12	233	56
Autres actions	2 stands et 5 actions	Population latino		1500				

* plus de 5 minutes de discussions

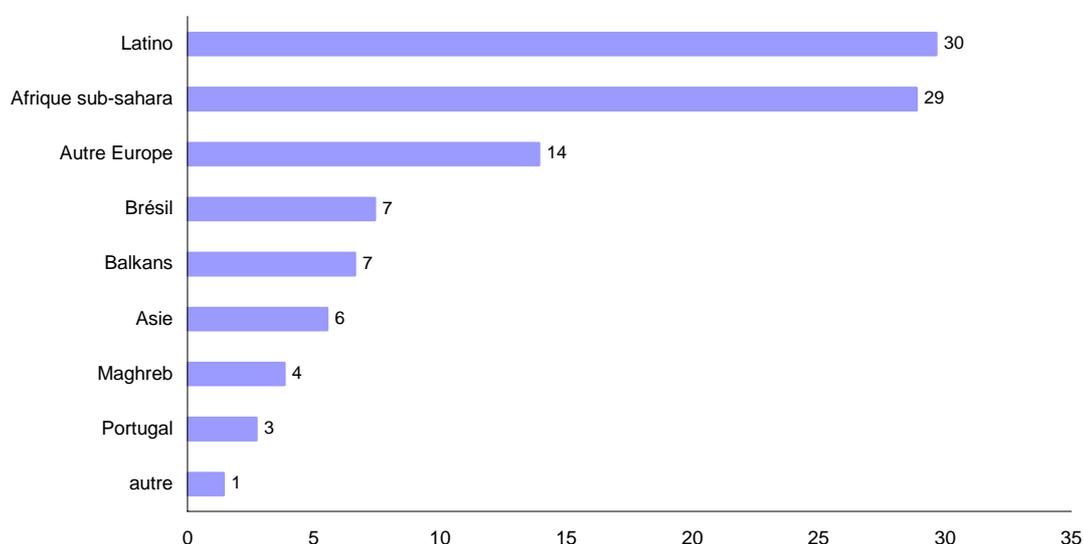
** distribués gratuitement

^a Au début du projet Ethno-parcs en 1993, les médiateurs se rendaient dans les parcs publics afin de rencontrer les femmes d'origine latino-américaine, souvent employées comme baby-sitter et qu'il était facile de rencontrer dans ces lieux. Par la suite, les interventions se sont étendues à d'autres communautés, originaires des Balkans dans un premier temps puis africaines et les lieux se sont aussi diversifiés : maisons de quartier, distribution du journal gratuit GHI le matin.

^b Soit 2 médiateurs de plus qu'en 2005 et qui se répartissent de la manière suivante : 3 médiateurs d'origine subsaharienne, 2 originaires des Balkans, 2 d'origine latino-américaine et 1 lusophone.

Diverses actions à l'attention des communautés latino-américaines ont également lieu dans le cadre d'une collaboration avec le projet "permanentes volantes" de l'EPER (Entraide protestante suisse), grâce à la formation et l'encadrement d'une équipe de "personnes ressources latinos". En 2006, en sus de stands ou actions mobiles lors de fêtes organisées par ces communautés (par exemple : Concert de Juanes à l'Arena, Fête du Pérou,...), une action spécifique avec un théâtre de prévention VIH/Sida latino a pu être mise sur pied. L'EPER et le GSG ont appuyé une demande personnelle de deux metteurs en scène latino à la fondation RADIX (fondation pour la promotion de la santé), qui leur a octroyé les fonds nécessaires. Une équipe de comédiens amateurs a travaillé bénévolement avec eux, pour un total de 5 représentations dans 5 lieux différents en 2005. Les représentations étaient toujours suivies d'une action mobile de prévention. Le GSG a supervisé l'élaboration de la pièce, et fourni une formation-sensibilisation à la troupe de comédiens amateurs. Les diverses actions des personnes ressources latino ainsi que du projet théâtre ont permis d'aborder plus de 2'000 migrants d'origine latino-américaine.

Figure 3-4 Personnes rencontrées selon leur origine en pour cent (n=1518), Ethno-ContactS, GSG 2006



Des prestations de prévention spécifiques à certains groupes de migrants sont organisées par le GSG en collaboration avec des organismes partenaires, notamment le Centre santé migrants et l'Hospice général^a. Ces interventions offrent information, sensibilisation et contact. Au total 19 séances d'information ont eu lieu en 2006. Toutefois, certaines séances d'information à l'intention des requérants d'asile ont été annulées (séances à "Genève/Roule") en raison du nombre décroissant de personnes ayant demandé l'asile en Suisse durant l'année. Les séances organisées avec l'OSEO (Œuvre suisse d'entraide ouvrière) (5 en 2006) visent toujours une population migrante très variée et les participants sont de nationalités très diverses. Lors de ces diverses séances d'information, environ 270 personnes ont été touchées en 2006.

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

Bilan migrants

- On relève une augmentation du nombre de personnes migrantes touchées par les différentes activités du GSG.
- De nombreuses communautés sollicitent les prestations du domaine « Vivre avec » (soutien et prévention) dont des migrants subsahariens.
- De nouvelles actions ont vu le jour en 2006 : flyers et contacts avec HUG, stand de prévention lors de la remise de chèques aux requérants. Il est toutefois encore trop tôt pour juger de leur impact. Le rôle que pourrait jouer le lieu d'accueil du « 6 » n'est pas encore très clair.

Situations de vulnérabilité

Par situations de vulnérabilité, le GSG entend toute situation, ponctuelle ou de longue durée, qui peut amener un individu à des prises de risques sexuels. C'est ainsi que 4 situations principales ont été définies: la précarité financière ou/et sociale qui touche les adultes ou les jeunes en rupture de liens sociaux, la consommation de substances psycho-actives, les situations de détention, et la consommation de sexe non-tarifé.

En ce qui concerne la population précarisée (SDF, etc.), la mise à disposition de préservatifs est assurée dans la plupart des centres d'accueil offrant des repas ou des nuitées gratuites (square Hugo, Le Carré, Emmaüs, Clubs sociaux de la Ville de Genève, etc.) ; les interventions du GSG ont pour objectif de maintenir un contact avec la prévention pour les personnes sans argent. Pour assurer la qualité de cette distribution, des séances d'information ad'hoc pour les collaborateurs des institutions sont effectuées. De telles séances ont eu lieu en 2006 pour les collaborateurs du Club Social rive Droite et Club social rive Gauche de la Ville de Genève.

En 2006, 5 séances d'information ont été organisées dans des lieux regroupant des personnes en situation de vulnérabilité : 2 séances d'information pour les usagers d'Emmaüs, deux séances à la prison de Champ Dollon pour les collaborateurs du service médical et une autre au centre de semi-liberté du Vallon pour les hommes détenus. (Tableau 3-4).

On dénombre également 4 actions de type stand visant à rappeler les risques liés au VIH/Sida dans des situations de vulnérabilité (soirées festives avec risques de consommation de drogues ou soirées libertines) : le GSG a ainsi participé à des soirées dans le cadre du projet Nuit Blanche (2 volontaires du Groupe sida Genève intégrés à l'équipe des volontaires de Nuit Blanche, participation du GSG à la formation de Nuit Blanche, cf. Chapitre 3.3) ainsi qu'à l'organisation et la tenue de 3 stands lors de la Lake Parade. Le GSG a coordonné et tenu un stand dans le cadre du salon de l'érotisme « Extasia^a » pendant trois jours à Morges (en 2005, le salon se tenait à Genève), en collaboration avec les antennes romandes de l'Aide Suisse contre le Sida. Il a aussi visité trois vidéothèques X pour mettre à disposition de la documentation sur le VIH/Sida et la prévention, sur mandat de l'Aide Suisse contre le Sida.

^a Soirées pour les « adeptes des sexualités multiples, pour les libertins partisans d'une sexualité ludique basée sur le respect de chacun, entre adultes avertis et mutuellement consentants, pour les couples échangistes, mélangistes, exhibitionnistes ou voyeurs, pour tous ceux qui apprécient les plaisirs d'éros conjugués à une ambiance festive ».

Tableau 3-4 Actions auprès de la population en situations de vulnérabilité (précarité financière ou/sociale, prisons, consommation substances, consommation de sexe non tarifé), GSG 2006

Quoi	Type d'action	Public-cible	Participants collaboration	Nb de personnes touchées	Nb entretiens	Nb de préservatifs**	Nb de fémidons**
Information	séances de 2h	Prisons (détenus "Vallon" et service médical Champ-Dollon)		22			
		Jeune en rupture (TSHM Vernier, Locado Plan-les-Ouates)		14			
		Emmaüs (1 séance homme + 1 séance femmes)		36			
Autres actions	3 stands	Nuit Blanche (Lake Parade)	Première Ligne	2000	Pas doc	6337	1330
	1 stand (3 jours)	Extasia	Antennes romandes ASS	800 477*	115	4550	800
	3 actions mobiles	Vidéotheque X					

* nombre de dépliants distribués

** distribués gratuitement

3.1.4 Activités du domaine du « vivre avec »

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

Monitoring du secteur juridique

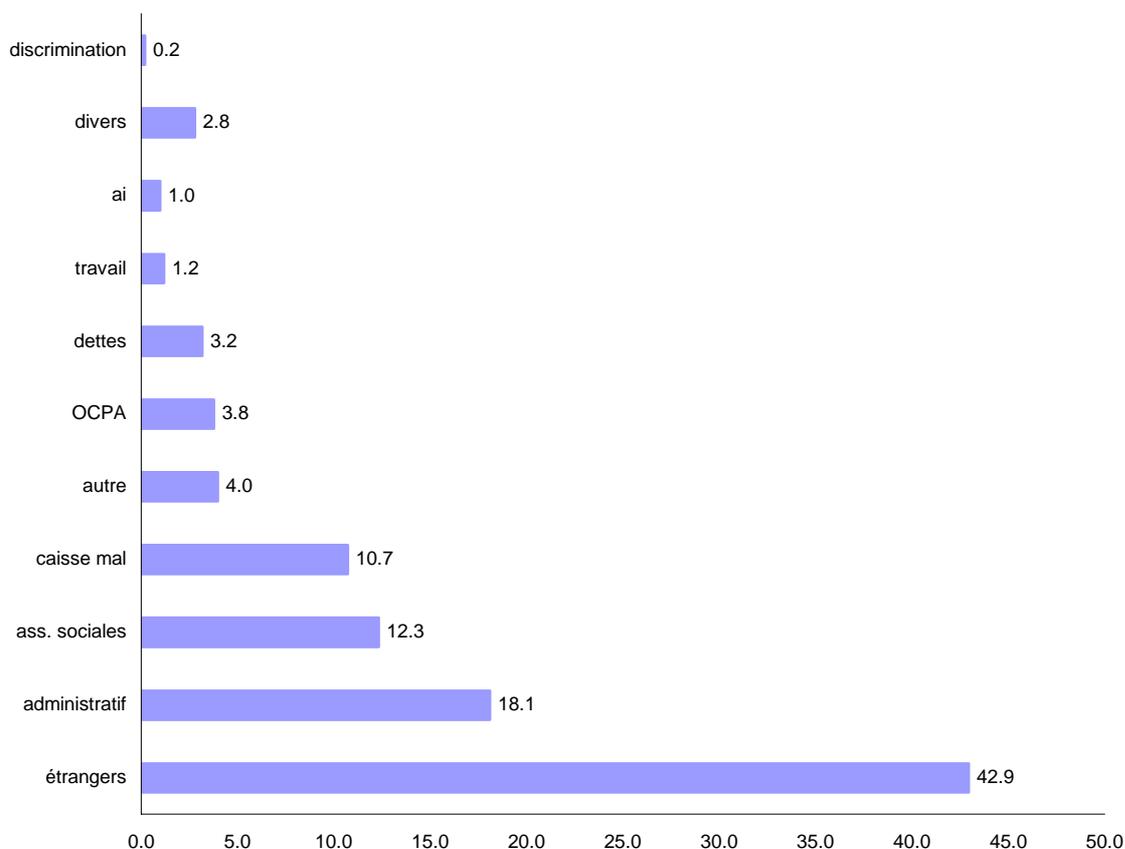
L'offre de consultations juridiques pour les personnes concernées par le VIH/sida est largement sollicitée puisque pour 2006, plus de 500 demandes d'entretiens ont été enregistrées, ce qui correspond à une quarantaine d'entretiens en face à face par mois (une trentaine en 2005) (Figure 5-2 en annexe).

Ces entretiens se sont adressés pour 51% d'entre eux à des femmes. Les personnes de nationalité suisse sont les plus nombreuses à utiliser le service juridique. Elles sont suivies par les personnes originaires d'un pays d'Afrique. Les entretiens portaient sur des questions relatives au droit des étrangers dans 43% des cas. Les questions concernant des problèmes administratifs formaient près de 20% des entretiens, tandis que les assurances sociales étaient le thème de 12% des entretiens et les caisses maladies le 10%. Une situation de discrimination a été identifiée et traitée en 2006.

Près de 200 personnes différentes ont fait appel au secteur juridique en 2006 dont 73 nouvelles personnes. Le nombre moyen d'entretiens par personnes est de 2 à 3 entretiens.

Parmi les nouvelles personnes figurent 32% de femmes ; les personnes d'origine suisse constituent 47% des nouveaux cas et les personnes originaires d'un pays d'Afrique 36%. 7% proviennent d'autres pays de l'Europe et 5% d'Amérique latine.

Figure 3-5 Nature des entretiens juridiques, GSG, 2006 (n=503)^a



Monitoring du secteur soutien individuel

L'activité du secteur de soutien a augmenté en 2006 et un nombre important de nouvelles personnes (53) ont sollicité ce service du GSG. Parmi celles-ci, plus de la moitié sont des personnes d'origine étrangère.

En 2006, 449 entretiens de soutien ont été demandés au GSG (380 pour 2005). Au total, 257 personnes différentes ont sollicité un ou plusieurs entretiens de soutien. Les femmes constituent près des deux tiers des personnes (45% en 2005). 18% des entretiens ont été menés avec des personnes de moins de 20 ans, essentiellement dans le cadre de la plate-forme « Sida et enfants ». Dans 83% des contacts, l'interlocuteur était séropositif.

La nationalité des personnes concernées est indiquée à la Figure 3-6 : la proportion de personnes d'origine africaine a fortement augmenté et représente le 40% des contacts, contre 23% en 2005. Cette augmentation est peut-être en partie liée à la diminution, entre 2005 et 2006, des personnes pour lesquelles l'origine est inconnue ou non précisée (29% en 2005 versus 7% en 2006). Les personnes de nationalité suisse constituent toujours un tiers des contacts. La répartition des contacts selon les autres origines reste également stable.

Parmi les 53 nouveaux cas, il y a eu 31 femmes (13 suissesses, 15 africaines, 1 asiatique, 2 européennes) et 22 hommes (11 suisses, 5 africains, 2 latino américains, 2 européens de l'Est, et 2 européens).

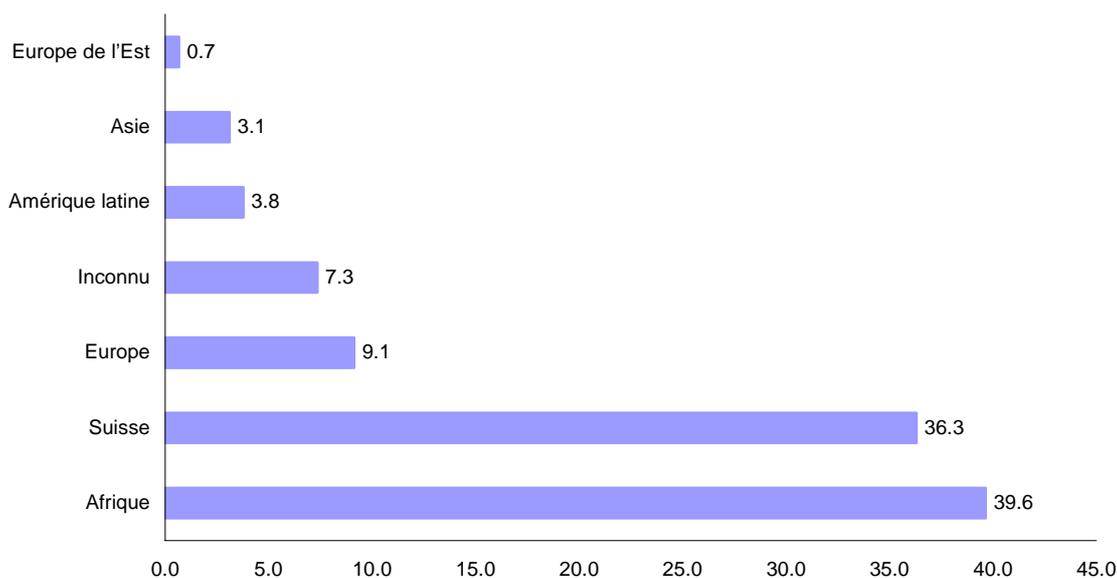
^a L'OCPA est l'Office cantonal des personnes âgées qui gère l'octroi de prestations complémentaires aux personnes bénéficiant d'une rente AVS ou AI

Les personnes qui demandent un soutien sont souvent dans une situation difficile comme le montre la répartition des personnes selon leur statut professionnel : en effet, seules 16% ont un travail à plein temps ou temps partiel et 12% sont sans revenu.

Tableau 3-5 Statut professionnel des personnes demandant un entretien de soutien au GSG, 2006

Statut	Nombre de personnes	
	n	%
Sans revenu	55	12
AI	113	25
Requérant d'asile	27	6
Chômage	31	7
Hospice général	83	18
Travail plein temps	48	11
Travail temps partiel	24	5
En étude, à l'école ou inconnu ^a	68	15

Figure 3-6 Entretiens selon l'origine des personnes rencontrées en pour cent (n=449), 2006



Près de la moitié des personnes sollicitant un entretien demandent un soutien psycho-social. On estime que dans 70% des entretiens psycho-sociaux des thèmes relevant de la prévention sont abordés : difficultés de vie, intimité, prévention de la transmission du VIH/Sida, enfants, famille. 124 personnes (28%) ont demandé un soutien financier, 52 personnes ont demandé qu'on les accompagne dans leurs problèmes liés à leur quotidien et 13 personnes sont venues pour des informations sur la transmission.

Les réponses aux demandes d'aide financières peuvent être de différentes natures : dans certains cas le GSG peut décider d'aider la personne en utilisant le fonds de solidarité du GSG ou en sollicitant le

^a Ce regroupement n'est pas adéquat et devrait être revu en 2007.

fonds de l'ASS ou d'autres fondations privées ; un relais vers le CSP ou Caritas peut être organisé pour les cas trop endettés ou, dans certaines situations, un relais vers les services sociaux de la Ville de Genève.

Trousse femme

La Trousse femme est un outil de prévention/conseil qui s'adresse aux femmes vivant avec le VIH/sida à Genève, conçu et élaboré en 2005 conjointement par le GSG, le Ministère Sida et l'ASFAG. Elle devait permettre aux intervenants de ces différentes associations d'aborder plus facilement lors d'entretiens individuels différents aspects de la prévention de la transmission du VIH et de la santé en générale. En effet le contenu de la trousse (préservatifs féminins et masculins, crème de soins, boîte pour médicaments, etc.) lorsqu'il était passé en revue avec la femme concernée permettait d'aborder différents thèmes comme la sexualité, le désir d'enfant, l'estime de soi, dans le double but de renforcer l'autonomie des femmes, et de favoriser les comportements de prévention.

Dans le cadre de la présente évaluation, une fiche Trousse femme a été élaborée afin d'évaluer le rôle que peut jouer cet outil dans la conduite d'entretien et de connaître à la fois les contenus abordés au cours de l'entretien et le profil des femmes qui en bénéficient.

En 2006, la fiche Trousse femme n'a pas été remplie au GSG, alors qu'une dizaine de trousse ont été distribuées. Les données sur les femmes ayant bénéficié d'une trousse^a et sur les entretiens menés ne sont donc pas disponibles.

Accompagnement

Les personnes touchées par le VIH vivent parfois dans une situation d'exclusion importante. Le GSG leur offre depuis de nombreuses années la possibilité de faire appel à des bénévoles pour toutes sortes d'accompagnement et de rencontres. Les bénévoles sont des hommes et des femmes de tous horizons et de tous âges qui désirent exprimer leur solidarité par une présence concrète et se sont engagés comme volontaires au GSG. Ils sont formés et soutenus de manière régulière par le GSG et travaillent dans le respect absolu de la confidentialité, des croyances et du choix de vie de chaque personne.

Environ 30 bénévoles formés ont participé à l'accompagnement de personnes séropositives en 2006 et 5 nouvelles personnes ont été formées. Au total, 20 personnes ont bénéficié d'un accompagnement.

Groupes de paroles

Le GSG anime deux groupes de parole depuis de nombreuses années.

Le premier a lieu tous les mercredis soirs et est destiné à toutes les personnes vivant avec le VIH/sida ou intéressées. Lors de ces soirées, deux professionnels sont présents. Il a été fréquenté en moyenne par 6 personnes durant l'année 2006. Il permet aux participants qui vivent les mêmes difficultés de parler de préoccupations, de sortir de l'isolement, mais également de partager des moments positifs.

Le deuxième est un groupe de parole qui s'adresse aux femmes séropositives, malades ou concernées par le VIH/Sida. Elles se retrouvent pour partager leurs problèmes, angoisses, mais aussi des thèmes plus positifs. Il a lieu une fois par mois au GSG. Ce groupe réunit en moyenne 13 femmes par rencontre.

Les thèmes abordés ainsi que la fréquentation de ces deux groupes ne sont malheureusement que très partiellement documentés.

^a Seuls 4 questionnaires ont été remplis par l'ASFAG en 2006.

Accueil au « 6 »

Dans le domaine du soutien collectif, le GSG gère depuis 2002 un espace d'accueil et de rencontre, le « 6 », situé dans le quartier des Grottes et ouvert aux personnes concernées par le VIH/Sida.

Du lundi au mercredi ainsi que le vendredi, le GSG propose à des personnes concernées par le VIH/Sida et qui le souhaitent de petits jobs rémunérés. Au total en 2006, 1077 heures de petits jobs ont été proposées par le GSG. 48 personnes ont bénéficié de cette offre pour un nombre moyen de 22,5 heures de travail par personne. Par rapport à 2005, 11 nouvelles personnes se sont vues confier un petit job.

Le lieu de rencontre est également ouvert tous les jeudis après-midi et, un jeudi sur 2, un repas préparé à tour de rôle par un participant est offert pour 5 francs. Les personnes qui viennent ont la possibilité de discuter avec un intervenant du GSG, d'utiliser gratuitement Internet, de recevoir une aide administrative (rédaction de CV, de lettres officielles...) ou de participer aux après-midi à thème animés par un spécialiste.

En 2006, des repas ont été organisés au cours de 20 jeudis avec une moyenne de 9 personnes présentes par repas (total 174 repas servis). L'accueil a été ouvert 39 jeudis et a touché 112 personnes soit 3 par jeudi en moyenne.

En 2006 un **flyer** décrivant le lieu d'accueil et de rencontre du « 6 » a été créé. Il a été distribué aux médecins prenant en charge les requérants d'asile afin qu'ils puissent orienter les personnes rencontrées vers le « 6 » et est aussi remis via les consultations VIH/Sida aux HUG. Par ailleurs le collaborateur du "vivre avec" chargé de ce projet est appelé régulièrement par les HUG lorsqu'un de leur patient d'origine sub-saharienne est hospitalisé (indépendamment de la cause de l'hospitalisation) pour lui offrir un soutien et un relais sur d'autres prestations du GSG ou du réseau genevois si nécessaire. Le projet à moyen terme est de réunir suffisamment d'hommes africains dans le cadre des activités du « 6 » pour former un groupe de parole.

Bilan soutien/conseil

- D'une manière générale on constate une augmentation des activités et du nombre de nouvelles personnes aussi bien dans le secteur du soutien individuel que du conseil juridique (respectivement 53 et 70 nouvelles personnes).
- La documentation de la prévention secondaire reste à améliorer, notamment le questionnaire lié à la remise de trousse femme qui n'a pas été rempli. Les thèmes abordés dans les groupes de parole sont aussi peu documentés.

3.2 DIALOGAI

Résumé Association homosexuelle du canton de Genève, Dialogai est active depuis plus de 20 ans dans la prévention VIH/sida auprès des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH). C'est une antenne de l'Aide suisse contre le sida. En janvier 2005, elle a ouvert Checkpoint, une consultation anonyme de dépistage du VIH et des autres IST.

Prévention

- Que ce soit par l'organisation d'une campagne de dépistage des IST, par l'organisation de débats/conférences ou par l'*outreach*, l'association Dialogai a sensiblement renforcé en 2006 sa présence dans la scène gay de Genève, voire de l'arc lémanique (en collaboration avec Vogay, association vaudoise des personnes concernées par l'homosexualité). L'association tend à diversifier la forme et le contenu de ses interventions donnant un nouveau souffle à la prévention du VIH. En ce sens, l'association fait preuve de beaucoup de dynamisme et de créativité.

Campagne de dépistage des IST

- Bien qu'elle ait touché un public tout à fait pertinent par rapport aux objectifs de départ, la campagne de dépistage n'a détecté qu'une seule infection sur 194 tests effectués. Ce résultat, relativement décevant en regard des moyens investis, peut être lié aussi bien à un problème de sélection (en dépit d'un triage préalable des participants sur la base de facteurs de risques objectifs) qu'à la qualité des tests, respectivement des échantillons prélevés. On ne peut pas être absolument sûr que les personnes testées aient fourni un échantillon correspondant aux normes (ie. Il ne fallait pas avoir uriné dans les deux dernières heures). Cela étant la découverte d'un grand nombre d'infection n'était pas l'objectif prioritaire de Dialogai dans cette action. Celle-ci était avant tout un instrument – certes onéreux – de sensibilisation, d'information et d'éducation à la santé (reconnaissance des symptômes d'une IST, par exemple).

Checkpoint

- La consultation de dépistage Checkpoint a poursuivi son activité sans difficultés apparentes. Le nombre de tests effectués est stable par rapport à l'année dernière, indiquant un niveau d'occupation de l'offre satisfaisant. S'agissant de l'occupation de l'offre, on ne dispose néanmoins pas de toutes les données nécessaires pour établir des indicateurs comparables à ceux établis lors de la première évaluation. Malgré les recommandations émises l'an dernier, on ne dispose pas non plus de données suffisamment fiables sur les raisons qui ont amené la clientèle de Checkpoint à se faire tester. S'agissant des caractéristiques de la clientèle, on constate que la consultation a renforcé le triage à l'entrée, en orientant vers d'autres services les personnes n'appartenant pas au public-cible (femmes, hétérosexuels). D'une manière générale, Checkpoint attire une clientèle dont l'anamnèse sexuelle (activité sexuelle et exposition au risque) justifie un de dépistage du VIH ou d'autres IST.
- En 2006, une importante proportion de clients de Checkpoint avait déjà utilisé ce service. Ce pourcentage élevé reflète probablement la routinisation de la pratique du dépistage parmi les HSH. Cela étant, ces clients ont un niveau d'exposition au risque similaire aux autres (ils ne se protègent ni mieux, ni moins bien que les autres). Il est malheureusement difficile d'apprécier la portée de ce constat – notamment en ce qui concerne l'efficacité du counselling – en l'absence des données précisant les motivations à l'origine du test.

« Etre Gai Ensemble »

- Par les objectifs qu'il poursuit, ce programme s'inscrit principalement dans une démarche de promotion de la santé. Par certains thèmes et/ou approches qu'il met en avant, il constitue un champ d'expérimentations et d'innovations vraisemblablement utiles à l'heure où la prévention du VIH pourrait avoir atteint ses limites auprès d'une partie de la population des HSH. On notera également que ce programme comprend le groupe de jeunes gais, une ressource importante pour les jeunes en phase de questionnement identitaire, qu'il faut par conséquent maintenir et développer.

Recommandations

- La forte prévalence de VIH au sein de la communauté homosexuelle rend nécessaire le maintien d'une prévention importante sur la scène gaie, notamment dans les lieux de consommation sexuelle. Il est important que Dialogai continue à mettre sur pied des manières novatrices pour faire passer les messages de prévention.

3.2.1 Objectifs de l'association

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

L'Etat de Genève a donné pour mandat à l'association Dialogai de mettre en œuvre la prévention du VIH/sida auprès des HSH. Elle reçoit une subvention du canton de Genève de 680'000 Fr. Conformément au contrat de partenariat, l'association développe les axes d'intervention suivants :

- **Actions de prévention** : interventions sur le terrain (campagnes et travail de proximité), entretiens individuels (en face-à-face, au téléphone ou sur Internet), interventions au niveau de l'environnement (établissements gays, municipalités, etc.).
- **Dépistage VIH et autres IST (Checkpoint)** – Depuis janvier 2005, Dialogai gère un centre de conseil et de dépistage *gay friendly*. Ce service propose un test VIH rapide, le dépistage d'autres IST et la vaccination contre les hépatites A et B.
- **Formation des volontaires** – Dialogai participe à la formation de base des volontaires, organisée par le GSG, et assure, dans ce cadre, la prévention VIH/IST auprès des HSH (cf. chapitre GSG).
- **Actions de type 'promotion de la santé'** – Dans ce domaine, l'association propose une série d'activités de groupe (ateliers, groupes de parole, dont un groupe de jeunes) coordonnés dans le cadre du programme « Etre Gai Ensemble » (EGE).
- **Informations sur le réseau médical** – Dialogai a établi et continue de développer une liste de thérapeutes *gay friendly* regroupant une vingtaine de spécialités médicales sur Genève et l'arc lémanique.

S'agissant de la prévention du VIH/sida auprès des HSH, les points forts de l'année 2006 sont :

- Une présence accrue de la prévention dans la scène gay (commerciale, associative et anonyme), notamment au travers de l'outreach et d'une action mobile de dépistage de la gonorrhée et chlamydiae génitales dans les établissements et événements gays de l'arc lémanique ;
- le lancement du nouveau programme « Etre gai ensemble » (groupes de parole, débats et talk-shows) ;
- la poursuite de l'activité de la consultation anonyme de dépistage (Checkpoint) ;
- la mise en ligne du site Internet www.damepipi.ch, un site d'information et de prévention pour les HSH (non traité ici) ;
- la conception et la diffusion de la campagne « Le savais-tu ? » en collaboration avec l'Aide suisse contre le sida et le groupe de travail HSH de l'OFSP. Dialogai a notamment participé à la rédaction de la brochure éponyme qui thématise la question de la réduction des risques (non traité ici) ;
- conception d'un projet de promotion de la santé mentale (non traité ici).

Ce chapitre a pour objectif d'établir un bilan des actions menées en 2006, par la mise à jour notamment des données de monitoring. La première section porte sur les actions d'envergure et de routine menées sur la scène commerciale et anonyme (dont la campagne de dépistage) ; la deuxième section met à jour les données relatives à la consultation de dépistage Checkpoint. La troisième section traite des actions

menées dans le cadre du programme « Etre gai ensemble ». Enfin la dernière section met à jour les données de l'accueil.

3.2.2 Interventions dans la scène gay commerciale, associative et anonyme

Actions spéciales

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

En 2006, trois actions de ce genre ont été menées : la campagne de dépistage des IST (gonorrhée et chlamydia), une action de visibilité lors de la Gay Pride nationale (Lausanne, 7-9 juillet) et la campagne de promotion du programme 'Etre gai ensemble' (une campagne à travers laquelle la prévention du VIH et les questions de santé mentale ont été thématiques). Par rapport à l'année 2005, on observe une augmentation dans l'intensité des interventions : davantage de préservatifs distribués et d'entretiens réalisés.

Dans le cadre de ce monitoring, la campagne de dépistage des IST a fait l'objet d'une attention particulière (section suivante).

Tableau 3-6 Actions spéciales au cours de l'année 2006

Quand	Quoi	Public-cible	Intervenants	Nb de personnes touchées	Nb entretiens	Nb de refus	Nb de dépliants	Nb de préservatifs
Avril-juillet	Action mobile de dépistage	HSH sexuellement actifs fréquentant la scène gay (arc lémanique)	13 dont 10 infirmiers	~ 1000	750 (194 tests)	300 (refus du test)	934	5000
Juillet Swiss pride	Action de visibilité (stand et animation)	Public gay et tout public	13	~400	50	0	100	200
Automne 2006	Promotion du programme EGE	HSH fréquentant les établissements gays de la région genevoise	5	~ 1000	99	75	931	1012

Bilan Prévention – Que ce soit par l'organisation de la campagne de dépistage des IST, par l'organisation de débats/conférences ou par l'*outreach*, l'association Dialogai a sensiblement renforcé en 2006 sa présence sur la scène gay de Genève, voire de l'arc lémanique (en collaboration avec Vogay, association vaudoise des personnes concernées par l'homosexualité). L'association tend à diversifier la forme et le contenu des ses interventions donnant un nouveau souffle à la prévention du VIH. En ce sens, l'association fait preuve de beaucoup de dynamisme et de créativité.

■ Campagne de dépistage de la gonorrhée génitale et chlamydiae génitales

Réplique d'une campagne similaire menée à Zurich en 2005, cette campagne de dépistage (gonorrhée et chlamydiae) s'inscrit dans un contexte de probable recrudescence des IST dans les zones urbaines². Les objectifs généraux de l'intervention étaient les suivants :

- Les HSH de l'arc lémanique sont informés sur le VIH et les IST, la prévention, le dépistage, les traitements et les services offerts par Dialogai ;
- ils sont informés sur les risques réels de contracter une IST (VIH compris) en fonction de leurs pratiques sexuelles et de leur comportements préventifs. Leurs connaissances sont améliorées ;
- le port du préservatif comme moyen de prévention du VIH et des IST est confirmé ;
- ils sont informés sur la prévalence des principales IST parmi les HSH ;
- ils sont à même de détecter plus facilement les éventuels symptômes d'une IST et savent comment réagir (Checkpoint, médecin traitant ou hôpital, notification des partenaires, etc.) ;
- les personnes infectées sont traitées et la propagation des IST parmi le public-cible est diminuée.

Plus indirectement, l'action avait également pour objectif de renouer le contact avec un public vraisemblablement lassé des actions de prévention VIH standards. Dans le cas d'espèce, l'idée était d'offrir une prestation d'un autre ordre afin de susciter l'intérêt et l'adhésion du public-cible.

Public-cible

L'offre de dépistage était prioritairement adressée aux hommes ayant les facteurs de risques suivants :

- Avoir pratiqué la pénétration anale non protégée ;
- avoir des rapports sexuels à plusieurs (plus d'un partenaire à la fois) ;
- avoir déjà eu une IST ou manifester des symptômes indiquant la présence probable d'une IST ;
- avoir beaucoup de partenaires sexuels différents ;
- avoir des rapports sexuels dans des darkrooms ou autres lieux de rencontre anonyme.

Au total, 23 interventions ont été réalisées dans 21 établissements (Tableau 5-8 en annexe) : 1050 hommes ont été approchés, 750 ont participé à un entretien (plus ou moins long) et 194 ont fait un test de dépistage (dont 19 à Checkpoint), soit un taux de participation d'environ 26%. La participation variait en fonction du type d'établissement visité. En l'occurrence, la clientèle des saunas était davantage disposée à participer que la clientèle des bars et discothèques, établissements généralement bruyants moins propices à ce type d'action.

Caractéristiques des personnes testées – Parmi les 194 tests de dépistage, 92 (47%) ont été pratiqués sur des résidents genevois, 53 (27%) sur des résidents vaudois, 4 sur des résidents d'un autre canton et 45 (23%) sur des personnes résidant à l'étranger (dont 30 en France voisine)^a. La moyenne d'âge s'élève à 35.9 ans (Tableau 5-9 en annexe).

Activité sexuelle et expositions au risque – Environ un répondant sur six (17%) déclare avoir des partenaires des deux sexes. Le nombre médian de partenaires sexuels (12 derniers mois) s'élève à 10. Environ un répondant sur cinq a déclaré avoir pratiqué la pénétration anale sans préservatif avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu, soit un niveau d'exposition au risque légèrement plus élevé que celui observé parmi les répondants 'genevois' de Gaysurvey (15%). Le rimming (sexe

^a Analyse fondée sur l'indication du code postal.

oral-anal) et le fist fucking (poing/main dans l'anus) sont des pratiques relativement répandues (respectivement rapportées par 68% et 13% des répondants).

Anamnèse IST – Quarante-deux pour cent des personnes testées ont déjà contracté une IST par le passé ; 10% (n=19) en ont déclaré une au cours des 12 derniers mois, soit une proportion équivalente à celle observée, en 2004, parmi les répondants genevois de Gaysurvey (9%), mais les données ne sont pas directement comparables. Parmi les infections les plus fréquemment citées figurent les chlamydia, la gonorrhée génitale et les condylomes (Tableau 5-9 en annexe). Les personnes ayant contracté une IST au cours des 12 derniers mois ont davantage été testées dans des établissements proposant du sexe sur place (12 cas) que dans les autres types d'établissement (7 cas).

Test VIH – La grande majorité des répondants (93%) ont déjà fait le test de dépistage du VIH ; près d'un tiers d'entre eux (31%) l'ont passé au cours du premier semestre (en 2006) et 39% au cours de l'année 2005, ce qui porte à près 70% la proportion de répondants testés récemment.

Près d'un répondant sur cinq (21%) a déjà consulté Dialogai-Checkpoint. Trois-quarts des répondants (75%) ont un médecin traitant ; 57% d'entre eux parlent de leur sexualité avec leur médecin.

Hépatites – La proportion de répondants vaccinés pour les hépatites A et B s'élèvent respectivement à 44% et 57%.

Bilan de l'intervention

Sur les 194 participants, 134 (69%) ont appelé Dialogai-Checkpoint afin d'obtenir le résultat de leurs analyses.

Une seule infection (chlamydia) a été découverte (0.5%). En l'absence d'estimation au préalable du nombre d'infections attendues, il est difficile de se prononcer sur ce résultat. Il peut néanmoins paraître relativement faible au vu des hauts taux d'incidence observés parmi les HSH. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce taux apparemment bas :

1. Qualité des échantillons examinés – Les recommandations en vigueur préconisent de prélever l'urine du matin ou que la personne n'ait pas uriné au cours des deux dernières heures précédant le prélèvement. Dans le cas d'espèce, il est vraisemblable que toutes les personnes testées n'aient pas satisfait la deuxième condition (qui était adaptée à la circonstance), hypothéquant ainsi les chances de détecter une infection.
2. La sélection des participants était biaisée (les personnes infectées ayant soit refusé de se soumettre au test ou n'ayant tout simplement pas été exposées à l'action précisément en raison de leur état de santé).

Au vu des caractéristiques socio-sexuelles de la population testée, l'action était néanmoins bien ciblée, dans la mesure où elle a touché un public fortement concerné par les IST (près de la moitié des personnes testées ont déjà contracté une IST au cours de la vie et une sur dix au cours des 12 mois) et un profil de risque adapté (grand nombre de partenaires sexuels, rapports non protégés).

La campagne a globalement fait l'objet d'un accueil favorable et bienveillant de la part des commerçants concernés (propriétaires, gérants d'établissements) et du public-cible. L'action n'a pas pu néanmoins être menée dans le cadre de la Swiss Pride de Lausanne, ni lors d'une *party* à Lausanne, en raison de l'opposition des organisateurs de ces événements.

On notera enfin que la Direction générale de la santé a entrepris d'identifier d'éventuels effets indirects de la campagne quant au recours au dépistage des IST dans le canton de Genève (Nombre de déclarations totales par semaine pour les maladies à déclaration obligatoire : chlamydia, gono, syphilis, VIH ; nombre de déclarations par semaine chez les hommes ; nombre de tests demandés aux labos des HUG et Unilabs).

Interventions de routine sur la scène gay

Ces interventions figurent dans le cahier des charges des collaborateurs du programme HSH de l'ASS. Il est défini comme un travail de proximité (outreach work) et comprend l'ensemble des interventions menées sur les lieux où se rencontrent les HSH, soit essentiellement les établissements commerciaux gays (bars, discothèques, saunas, parties) et les lieux extérieurs de drague (parcs, toilettes publiques). Sont également consignés comme activités de routine, les conseils délivrés en face-à-face, au téléphone ou sur Internet.

Les interventions de routine sur la scène commerciale gay (Tableau 3-7) consistent principalement à diffuser du matériel de prévention (brochures, dépliants, préservatifs et lubrifiants), ainsi qu'à entrer en contact avec le public-cible. La scène commerciale est ainsi fréquemment approvisionnée en matériel (345 interventions en 2006). Les interventions visant directement le public-cible ont fortement augmenté entre 2005 et 2006, passant de 49 à 89.

Sur les lieux de drague, les interventions visent directement les personnes qui les fréquentent et donnent lieu le plus souvent à des contacts superficiels. En 2006, néanmoins, on constate une forte augmentation du nombre d'entretiens plus approfondis (de 14 à 87).

Parmi les prestations fournies par les travailleurs de proximité (outreach worker) figure également le conseil individuel – sur demande – en face-à-face ou au bureau. En 2006, 89 contacts ont été consignés dont deux tiers étaient des entretiens approfondis. Les interventions sur Internet – dans les salons de discussion – sont nettement moins nombreuses en 2006 qu'en 2005. Dialogai a mis ce type d'action en veille, dans l'attente d'un projet d'envergure nationale placé sous la responsabilité de l'Aide suisse contre le sida (projet : e-streetworking).

Tableau 3-7 Interventions de routine (données annuelles)

	2005	2006
Interventions sur la scène commerciale gay (en nombre d'interventions)		
Cafés, bars discos		
Remise de matériel	230	211
Intervention public-cible	26	53
Saunas, sex-clubs		
Remise de matériel	67	64
Intervention public-cible	20	36
Autres		
Remise de matériel	31	70
Intervention public-cible	3	
Total		
Remise de matériel	328	345
Intervention public-cible	49	89
Interventions sur les lieux extérieurs de drague (en nombre de contacts)		
Total (lieux extérieurs de drague)		
Contacts superficiels	147	141
Contacts approfondis	14	84
Conseil individuel		
Face à face (au bureau)		
Contacts superficiels	19	20
Contacts approfondis	15	14
Contacts approfondis non documentés	~40	

	2005	2006
Au téléphone		
Contacts superficiels	16	39
Contacts approfondis	4	16
Total face-à-face + approfondis		
Contacts superficiels	35	59
Contacts approfondis	19	30
Sur Internet		
Contacts superficiels	22	7
Contacts approfondis	245	42

* Par rapport aux données présentées dans le précédent rapport d'évaluation, les données 2005 ont été complétées pour le dernier trimestre.

3.2.3 Checkpoint

La consultation anonyme de conseil et de dépistage Checkpoint a ouvert ses portes en janvier 2005 en collaboration avec les Hôpitaux Universitaires de Genève. En 2006, la consultation est assurée par un médecin (poste à 20%), et un infirmier (poste à 40%) et des bénévoles. Elle est ouverte huit heures par semaine, les lundis et les mardis. Elle peut accueillir neuf personnes au maximum par semaine, sur rendez-vous uniquement.

Cette section a pour objectif de faire le bilan des activités de Checkpoint en 2006 et de présenter le profil épidémiologique de la patientèle.

L'activité de Checkpoint en chiffres (monitoring)

Le tableau ci-dessous dresse un rapide aperçu quantitatif des prestations fournies par Checkpoint. Il n'est malheureusement pas possible de calculer un taux d'occupation pour le dernier exercice.

En 2006, 260 nouvelles situations (cas) ont été examinées, contre 265 en 2005. Au total, 282 tests VIH (23.5 tests par mois) ont été pratiqués. Le niveau d'activité est par conséquent resté stable par rapport à 2005, année de l'ouverture de la structure. D'une manière générale, les examens de dépistage pour les autres IST ont augmenté.

Tableau 3-8 Activité de Checkpoint, 2005-2006

	2005			2006		
	Total	Positifs	Vaccinations en cours	Total	Positifs	Vaccinations en cours
Nombre de situations (numéro de dossier)	265*			260		
Dépistages et vaccinations réalisés						
Test VIH rapides réalisés (sans les tests de confirmation faisant suite à un test combiné)	241 (233)	6		253 (224)	6	
Tests combinés réalisés (depuis octobre 2005)	8	0		29		
Tests syphilis classiques VDRL TPHA	43	0		65	1	
Tests syphilis rapides (abandonnés fin 2005)	101	0		-	-	
Dépistage hépatites B	52		24	51		54
Dépistage gonorrhée génitale PCR	34			67		

	2005			2006		
	Total	Positifs	Vaccinations en cours	Total	Positifs	Vaccinations en cours
Dépistage Chlamydia génitale PCR	39			68	2	
Dépistage gonorrhée anale				3	1	

* estimation sur la base du rapport 2005 (un problème survenu au cours du processus d'informatisation des données ne permet plus d'établir le nombre exact de numéros de dossier ; le nombre de dossiers est par conséquent estimé à partir des 10 premiers mois d'activité).

Caractéristiques de la clientèle de Checkpoint

Les données présentées dans cette section sont récoltées à l'aide d'un questionnaire auto-administré que les clients de CP remplissent peu avant la consultation. Ce questionnaire fournit des indications d'ordre socio-démographique (sexe, âge, canton de domicile), médical (recours au dépistage du VIH et/ou d'autres IST), et comportemental (activité sexuelle, comportements préventifs et expositions au risque au cours des 12 derniers mois). En 2006, le questionnaire a été informatisé (les clients de CP saisissent eux-même leurs réponses sur un PC). Les données sont analysées par l'IUMSP et sont comparées aux données collectées en 2005.

Le questionnaire ayant été finalisé quelques temps après l'ouverture de CP, la plupart des données récoltées en 2005 ne concernent que la moitié (n=109) de la clientèle ayant consulté durant cette année. On ne dispose malheureusement pas de données utilisables concernant l'indication au test (motivation du test), ce malgré les recommandations émises lors du précédent rapport d'évaluation.

■ Profil socio-épidémiologique de la clientèle de Checkpoint 2005-2006

Au total, 260 questionnaires ont été remplis au cours de l'année 2006, contre 219 en 2005.

Les hommes représentent, comme en 2005, 95% de la clientèle. L'âge a légèrement augmenté entre 2005 et 2006, passant d'une valeur médiane de 32 ans à 34 ans.

On observe des changements sensibles dans les autres variables du profil socio-épidémiologique. Le pourcentage de clients déclarant résider dans le canton de Genève accuse une sensible diminution, passant de 61% à 52%. En 2006, près d'un client sur cinq résidait dans le canton de Vaud ; autant déclarait résider à l'étranger (principalement en France voisine).

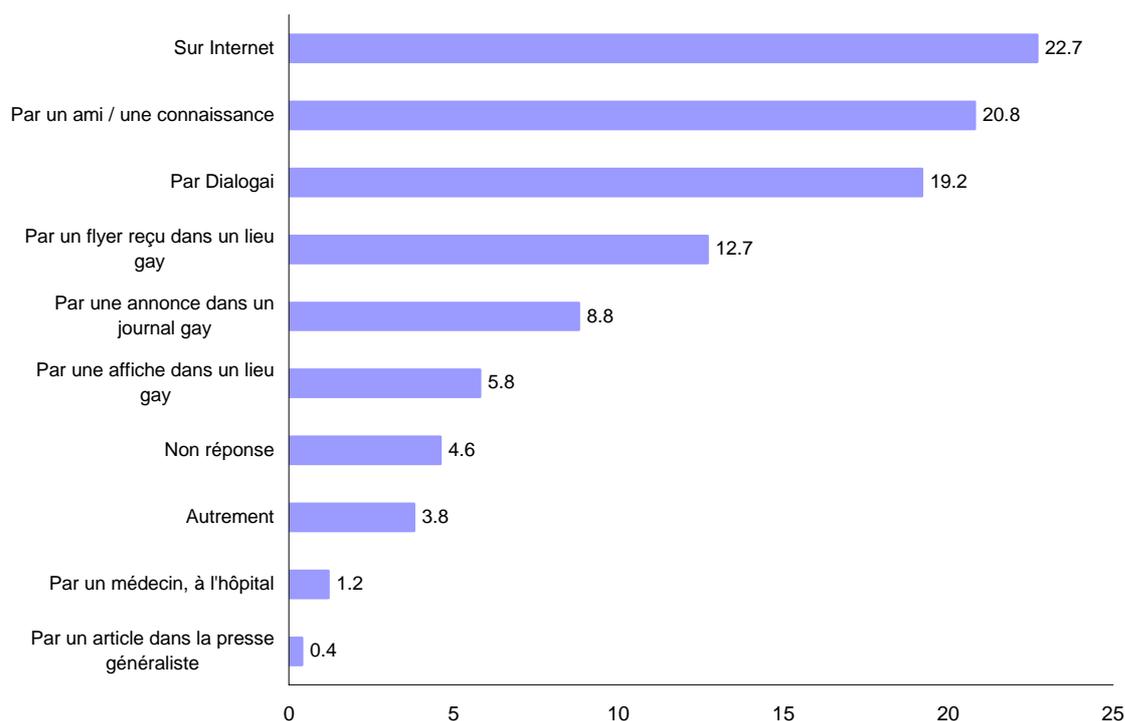
Sur le plan des caractéristiques socio-sexuelles, près de trois quarts des clients se définissent comme 'gay' ou 'homosexuel'. Le pourcentage de personnes se définissant comme hétérosexuel a diminué entre 2005 (12.8%) et 2006 (5.8%). Parmi les hommes, 3.6% ont déclaré n'avoir des rapports sexuels qu'avec des femmes.

■ Connaissance de checkpoint

La Figure 3-7 décrit par quels moyens les clients de Checkpoint ont appris l'existence de la structure.

Internet, le bouche-à-oreille (ami, connaissance) et la communication directe de Dialogai (dialogai info, dialomail) figurent parmi les canaux les plus mentionnés.

Figure 3-7 Médias par lesquels Checkpoint s'est fait connaître de sa clientèle (n=260)



Note. Le design de la question ayant changé^a, les données 2005 et 2006 ne sont pas comparables.

Dans le but d'optimiser la comparaison des données Checkpoint avec l'enquête Gaysurvey, la suite des analyses porte uniquement sur les clients de sexe masculin déclarant avoir des rapports sexuels avec des hommes (2005 : n=185 ; 2006 : n=237).

■ Informations médicales

Environ deux tiers (65%) des répondants ont déclaré avoir un médecin traitant (2005 : 54%). Dans un cas sur deux (48%), ces répondants ont affirmé parler ouvertement de leur sexualité et de leur mode de vie à leur médecin.

Dans leur grande majorité (86%), les clients de Checkpoint ont déjà recouru au test VIH par le passé. Parmi ces répondants, un sur quatre a subi son dernier test durant l'année même (2006) ; 64% y ont recouru en 2005 ou 2006. La proportion de personnes récemment testées pour le VIH est, par conséquent, relativement importante. La proportion de personnes testées dans les deux dernières années civiles a légèrement augmenté en 2006 (Tableau 5-11 en annexe).

En 2006 (comme en 2005), on note que, un peu plus de la moitié des clients de Checkpoint a déjà recouru par le passé au dépistage d'autres IST que l'infection à VIH (Tableau 5-12 en annexe). La gonorrhée uro-génitale, l'infection à chlamydia ainsi que les condylomes sont les pathologies les plus fréquemment observées dans la période des 12 derniers mois.

S'agissant des vaccinations, 44% des clients de Checkpoint déclarent être vaccinés contre l'hépatite A (2005 : 40%) et 48% contre l'hépatite B (2005 : 44%).

^a En 2005, les répondants avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses, alors qu'en 2006 le questionnaire informatisé n'acceptait qu'une seule réponse.

■ *Vie sexuelle et affective*

Environ un patient sur deux déclare, au moment de remplir le questionnaire, avoir une relation de couple avec un partenaire masculin. Parmi ces clients, 12% déclarent que leur partenaire est séropositif et 24% affirment ne pas connaître le statut sérologique de leur partenaire (Tableau 5-13 en annexe).

Le nombre médian de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois s'élève à 6. Il descend à 3 si l'on ne tient compte que des partenaires avec lesquels les répondants ont pratiqué la pénétration anale (Tableau 5-14 en annexe).

On observe une légère augmentation du pourcentage de répondants déclarant avoir eu plus de 10 partenaires au cours des 12 derniers mois, y compris le nombre de partenaires avec lesquels les répondants ont pratiqué la pénétration anale (Tableau 5-14 en annexe). Cependant, cette évolution semble davantage liée à la diminution des données manquantes en 2006 qu'à une réelle augmentation du nombre de partenaires^a.

Globalement, la proportion de clients ayant eu des partenaires occasionnels (connus et anonymes) reste inchangée (environ 90%). La pratique de la pénétration anale demeure moins fréquente avec les partenaires anonymes qu'avec les partenaires connus ou stable(s) (Tableau 5-14 en annexe).

■ *Exposition au risque d'infection par le VIH*

Plus d'un quart des participants (28.7%) ont déclaré avoir pratiqué (au moins une fois) la pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique discordant ou inconnu. Cette proportion a très légèrement baissé par rapport à 2005 (31.2%), mais reste sensiblement plus élevée que celle relevée en 2004 dans l'enquête Gaysurvey (Ge : 15% ; CH : 15%).

Près d'un répondant sur deux déclare des rapports non protégés dans le cadre de relations stables. Cette proportion tend à diminuer en fonction du degré d'interconnaissance des partenaires (28% dans le cadre de relations occasionnelles non anonymes et 17% dans le cadre de relations occasionnelles anonymes).

La communication verbale avec les partenaires sexuels au sujet de la prévention a une certaine importance. On observe que plus de 90% des clients de Checkpoint affirment parler de prévention du sida et des IST avec leur partenaire stable. Environ 30% des clients de Checkpoint affirment néanmoins ne pas l'avoir informé de leur démarche de dépistage.

Le thème de la prévention du sida ou des IST est moins fréquemment évoqué avec les partenaires occasionnels : 54% (n=57) des clients de Checkpoint déclarent en parler avec ce type de partenaire.

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

La proportion de clients déclarant connaître la PEP a fortement augmenté entre 2005 et 2006, passant de 27.5% à 52.3%. Ce niveau reste néanmoins inférieur à celui observé parmi les répondants genevois de Gaysurvey en 2004 (76.5%). On notera ici que toute personne ayant consulté Checkpoint reçoit une information ad hoc concernant la PEP.

■ *Frequent users*

Parmi les HSH ayant consulté Checkpoint en 2006, 21% (n= 49) y étaient déjà venu auparavant. En termes d'activité sexuelle et d'exposition au risque, ces clients ne présentent pas de profil différent (du point de vue statistique) des patients venus pour la première fois consulter à Checkpoint (cf. Tableau 5-18 en annexe).

^a Lorsque le questionnaire a été informatisé, une catégorie a été insérée pour indiquer les grands nombre de partenaires (plus de 29 partenaires). Cette option a pu se révéler profitable pour les personnes qui ne connaissaient pas le nombre exact de leurs partenaires sexuels et qui, en temps normal, n'auraient pas répondu.

Bilan Checkpoint – La consultation de dépistage Checkpoint a poursuivi son activité sans difficultés apparentes. Le nombre de tests effectués est stable par rapport à l'année dernière, indiquant un niveau d'occupation de l'offre satisfaisant. S'agissant de l'occupation de l'offre, on ne dispose néanmoins pas de toutes les données nécessaires pour établir des indicateurs comparables à ceux établis lors de la première évaluation. Malgré les recommandations émises l'an dernier, on ne dispose pas non plus de données suffisamment fiables sur les raisons qui ont amené la clientèle de Checkpoint à se faire tester. S'agissant des caractéristiques de la clientèle, on constate que la consultation a renforcé le triage à l'entrée, en orientant vers d'autres services les personnes n'appartenant pas au public-cible (femmes, hétérosexuels). D'une manière générale, Checkpoint attire une clientèle dont l'anamnèse sexuelle (activité sexuelle et exposition au risque) justifie un de dépistage du VIH ou d'autres IST.

En 2006, une importante proportion de clients de Checkpoint avait déjà utilisé ce service. Ce pourcentage élevé reflète probablement la routinisation de la pratique du dépistage parmi les HSH. Cela étant, ces clients ont un niveau d'exposition au risque similaire aux autres (ils ne se protègent ni mieux, ni moins bien que les autres). Il est malheureusement difficile d'apprécier la portée de ce constat – notamment en ce qui concerne l'efficacité du counselling – en l'absence des données précisant les motivations à l'origine du test.

3.2.4 « Etre Gai Ensemble »

« Etre Gai Ensemble » désigne une série d'ateliers, groupes de paroles, ou débats portant sur différents aspects du vécu des personnes homosexuelles. Les objectifs de ce programme sont de l'ordre de la promotion de la santé: accepter son homosexualité, rompre l'isolement, bâtir et entretenir un réseau d'amis et de proches, « construire autour de soi sa famille gaie pour les bons et les mauvais moments »^a. En 2006, l'offre était composée de 3 groupes et de deux cycles de (mini) forums/débats ou discussions de groupe. Le Tableau 3-9 donne le détail de l'offre, une brève description ainsi que le nombre de participants. L'animation des groupes est confiée à des professionnels expérimentés.

D'une manière générale, les groupes ont relativement bien fonctionné, le nombre de participants restant relativement stable ou augmentant avec le temps. Un groupe sur la thématique « homosexualité et vieillissement » a suspendu ses activités au terme du programme (en 2007), la méthode utilisée (thérapie communautaire) ne correspondant pas aux attentes des instigateurs du groupe. On observe également une diminution du nombre de participants au groupe de jeunes gays (5 participants en moyenne), lesbiennes et bisexuels, par rapport à l'année 2005 (10 participants en moyenne)^b.

Organisés dans des lieux ou à des heures de forte affluence (à Dialogai lors du repas hebdomadaire). Les débats/forums ont quant à eux touché un plus grand nombre de personnes. Plus particulièrement, la conférence/débat sur le sexe anal a remporté un franc succès, celle-ci ayant fait l'objet d'un large écho sur la scène HSH de Genève.

^a <http://www.santegaie.ch/pourquoi-etre-gai-ensemble/>

^b En 2007, le nombre de participant aurait à nouveau augmenté (environ une quinzaine par séance)

Tableau 3-9 « Etre Gai Ensemble » – bilan à fin 2006

Intitulé	Descriptif Thèmes traités	Conditions	Nombre /fréquence des sessions	Nombre de participants	Observations
Groupes d'explorations sensuelles ^a	Méditation et expression corporelle : la rencontre de son corps et de celui des autres.	Sur inscription De 6 à 20 participants	6	15 participants 7 à 14 par session	Augmentation du nombre de participants au fil des sessions.
Jeunes gays, lesbiennes et bisexuel(les)	Sexualité, identité sexuelle, coming out	Avoir entre 16 et 25 ans	18 (2 fois par mois)	5 participants par soirée en moyenne 1 nouveau participant par soirée en moyenne	Groupe géré par des bénévoles, avec une supervision du responsable 'santé sexuelle'
Paroles aux matous matures	Homosexualité et vieillissement	Dès 49 ans	18	17 participants 3 à 8 participants par session	Problème autour de la méthode utilisée (elle ne conviendrait pas aux initiateurs du groupe)
Sexe, risques, drogues et rôles...	Discussions en petit groupe ou en binômes autour de la sexualité gaie et de la façon de gérer ses risques Le travailleur de proximité engage la discussion avec les clients d'un bar très fréquenté par des HSH, en binôme ou avec des tablées.	Aucune	5	84 participants dont 9 femmes	Beaucoup de monde et de bruit. Nécessité pour le travailleur de proximité d'adapter les sujets traités en fonction de la demande.
Débats public et talk show	Débats :	Aucune	3		
	A la recherche d'un équilibre"			70 participants	L'intérêt sur l'enquête santé gaie reste élevé dans la communauté gay malgré la complexité des données et la gravité du sujet
	Présentation des résultats de l'enquête santé gaie (Focus sur la santé mentale et débat sur les ressources dans la communauté gay pour y faire face)				
	Sexe anal : le vivre avec plaisir et sans risque			135 participants	
	Du sexe, un peu... beaucoup... passionnément ... à la folie... trop... pas du tout ?			60 participants	Le débat sur le sexe anal a rencontré large écho sur la scène gay genevoise

Bilan « Etre Gai Ensemble » – Par les objectifs qu'il poursuit, ce programme s'inscrit principalement dans une démarche de promotion de la santé. Par certains thèmes et/ou approches qu'il met en avant, il constitue un champ d'expérimentations et d'innovations vraisemblablement utiles à l'heure où la prévention du VIH pourrait avoir atteint ses limites auprès des HSH. On notera également que ce

^a En marge du programme, un atelier d'expression corporelle de 2 jours a eu lieu en avril (sur inscription avec 130 francs d'émoluments non couverts par la DGS). Il y eut 10 participants.

programme comprend le groupe de jeunes gais, une ressource importante pour les jeunes en phase de questionnement identitaire, qu'il faut par conséquent maintenir et développer.

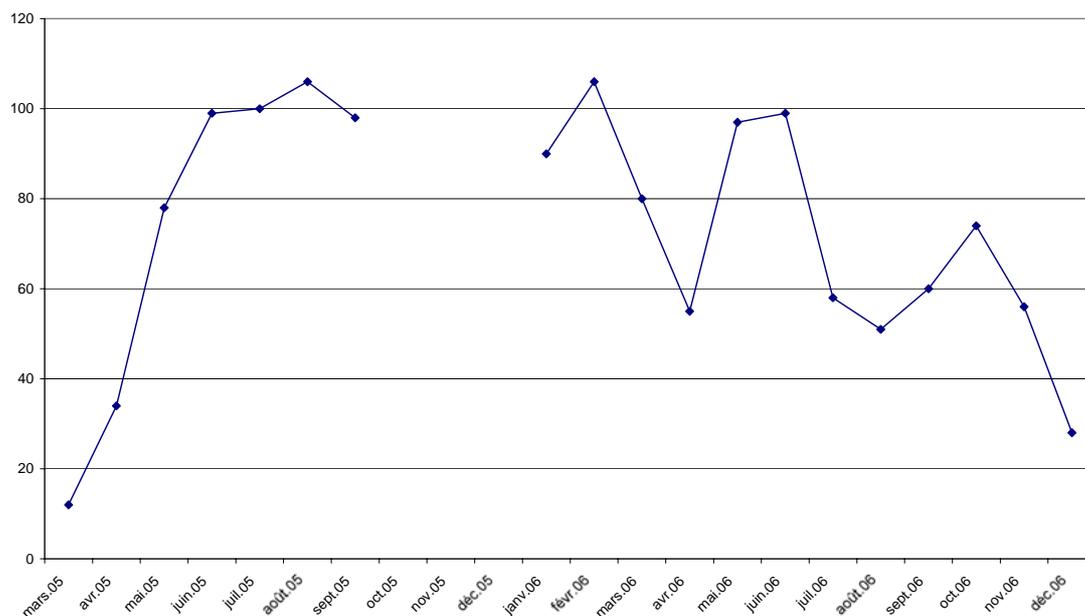
3.2.5 Monitoring de l'accueil

En 2006, l'équipe de Dialogai a recensé un total de 850 contacts, soit 71 contacts par mois en moyenne. Mensuellement, le nombre de contacts suit une évolution en dents de scie (en fonction vraisemblablement des pics d'activité de l'association : campagne de dépistage, campagne 'Etre gai ensemble'). Au dernier trimestre, le nombre de contacts accuse une baisse relativement importante. Bien que l'on ne puisse exclure un problème de sous-enregistrement, cette baisse peut refléter – selon les collaborateurs de Dialogai – une baisse d'intérêt pour la problématique du VIH parmi les HSH.

Environ un tiers des contacts (64% ; 2005 : 63%) se font par téléphone, 19% (2005: 21%) sont des visites dans les locaux de l'association, 7% (2005 : 7%) des courriers électroniques. La durée moyenne consacrée à chaque contact s'élève à 12.4 minutes.

Huit contacts sur dix sont sollicités par des hommes (2005 : 76%). On dispose d'une estimation grossière de l'âge des personnes ayant adressé une demande à l'association : 2% auraient moins de 20 ans, 25% entre 20 et 29 ans et 66% plus de 30 ans (âge non estimé pour 8.5% des contacts).

Figure 3-8 Nombre de contacts enregistrés par mois, 2005-2006



En 2005, les données ont été récoltées entre le 16 mars et le 28 septembre.

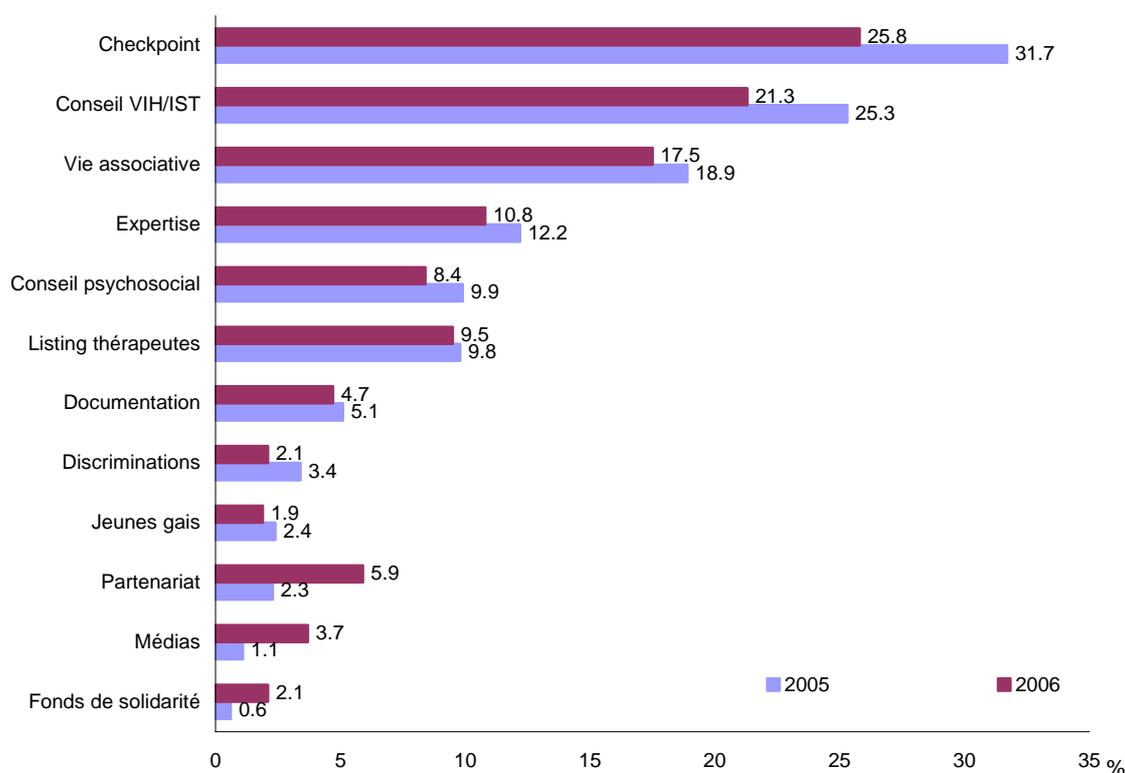
La problématique du VIH/sida et des autres IST arrive en tête des thèmes soulevés par le public. Un quart (25%) des demandes concernent Checkpoint et 21% se rapportent à un conseil en lien avec le VIH/sida (Figure 3-9). Vient ensuite la *vie associative* (18%), qui regroupe, par extension, toutes les questions relatives aux associations et établissements LGBT^a, notamment à Genève. Près d'une demande sur dix vise à obtenir l'adresse d'un thérapeute *gay friendly* ; une proportion similaire évoque des diffi-

^a Acronyme pour : lesbian, gay , bisexual, transsexuel.

cultés d'ordre psychosocial. Les demandes d'expertise, émanant de publics divers (administration, écoles, associations, etc.), occupent une place importante (11% des demandes)^a. On observe une augmentation des questions relatives au partenariat enregistré.

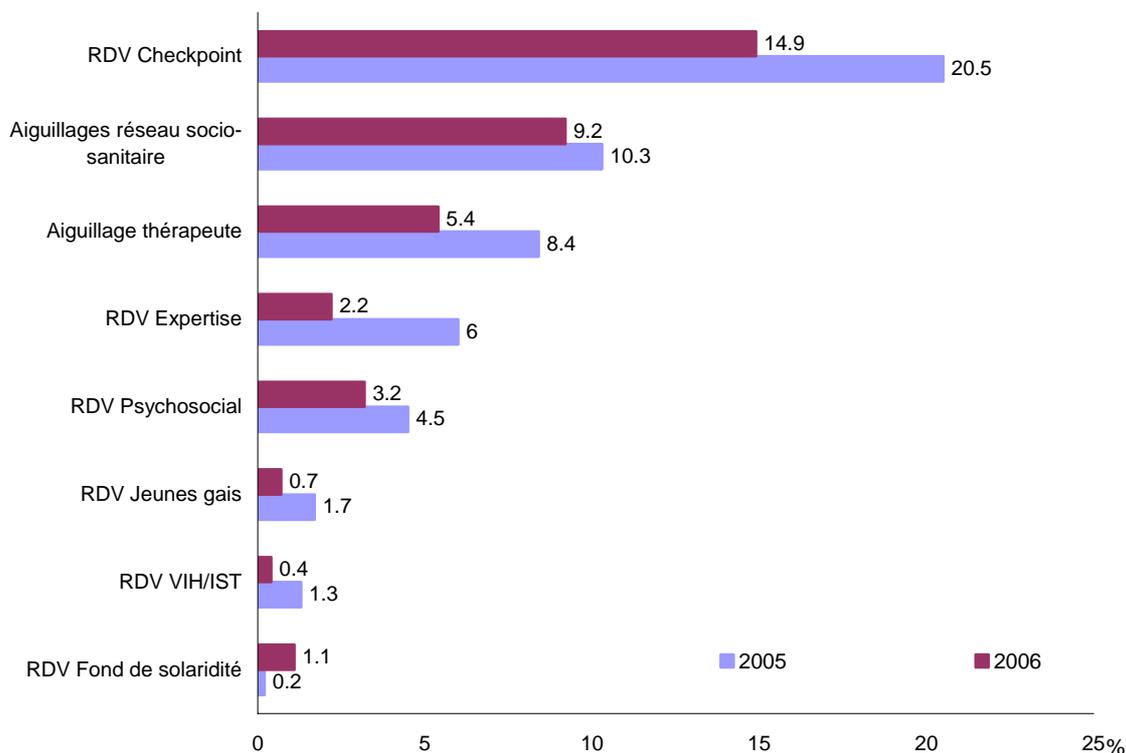
En principe, toute demande obtient une réponse, soit de façon immédiate, soit sous forme d'aiguillage ou de rendez-vous. D'après les données récoltées, un peu plus d'un tiers (35% ; 2005 : 48%) des contacts ont abouti sur un rendez-vous ou sur un aiguillage (prestations mutuellement non exclusives). Comme le montre la Figure 3-10, 15% (2005 : 20%) aboutit à un rendez-vous Checkpoint, près d'un sur dix à un aiguillage vers le réseau socio-sanitaire et 5% vers un thérapeute reconnu par l'association comme *gai-friendly*. D'une manière générale, on observe dans tous les domaines une diminution du pourcentage de demandes ayant donné lieu à un rendez-vous ou à un aiguillage, à l'exception des demandes concernant le fonds de solidarité, le partenariat enregistré et les médias.

Figure 3-9 Distribution des demandes selon leur objet, en pour-cent, 2005-2006



^a Par exemple, des demandes au sujet des instruments ou d'outils mis en place dans le cadre de la consultation Checkpoint.

Figure 3-10 Aiguillages et rendez-vous suite à une demande (en % du total des demandes)



3.3 L'ASSOCIATION PREMIÈRE LIGNE

Résumé L'association Première ligne a été créée en septembre 2004 et a repris les activités de réduction des risques liés à l'injection de drogues qui étaient gérées depuis 13 ans par le GSG. Ces activités se partagent entre le BIPS et Boulevards (bus de remise de matériel d'injection stérile), Quai 9 (structure d'accueil avec local d'injection) et « Nuit blanche ? », projet d'intervention en milieu nocturne mis en place au milieu de l'année 2005. Le projet "Nuit blanche ?" n'est pas intégré dans la présente évaluation. Il fait actuellement l'objet d'une évaluation spécifique menée par l'IUMSP.

Réduction des risques

- Le monitoring mis en place par Première ligne est performant et permet de suivre adéquatement les activités des structures de réduction des risques ainsi que les caractéristiques de la nouvelle clientèle ou de la consommation (statistiques de la salle d'injection). L'informatisation du système amènera encore des améliorations.
- La diminution du nombre de seringues remises constatée ces dernières années semble s'être stabilisée en 2006 avec toutefois une évolution contrastée : diminution au BIPS et augmentation à Quai 9. L'immobilisation du BIPS à un seul endroit durant toute l'année peut vraisemblablement expliquer en partie la diminution observée.
- Le nombre d'injections faites à Quai 9 est légèrement remonté en 2006 et ceci malgré les nuisances importantes liées au chantier du tram tout autour de la structure.
- Le nombre de soins concernant des abcès liés à l'injection a augmenté.

Evolution de la clientèle et nouveaux usagers

En 2006, la population des nouveaux usagers consommant par injection de Quai 9 tend à se diversifier en 2006 avec l'apparition d'un sous-groupe important d'usagers provenant de pays de l'Est et qui, pour la première fois, se distinguent des usagers « régionaux » :

- Rajeunissement chez les nouveaux arrivants régionaux (âge moyen 31,2). Les nouveaux usagers originaires de pays de l'Est sont en moyenne plus jeunes de 3 ans.
- L'héroïne constitue le produit le plus régulièrement consommé tandis que la consommation régulière de cocaïne diminue légèrement. Les nouveaux usagers originaires de pays de l'Est consomment essentiellement de l'héroïne.
- Si une majorité des nouveaux usagers suivaient un traitement de substitution en 2002, seul 32% des nouveaux usagers de 2006 sont dans ce cas. Les nouveaux usagers originaires de pays de l'Est sont encore moins nombreux à bénéficier d'un traitement de substitution.
- Du point de vue de la réduction des risques, on observe un partage de seringues plus fréquent et un nombre moyen d'injection la veille plus élevé dans le groupe des ressortissants des pays de l'Est.
- Pour la première fois en 2006, l'équipe a commencé à demander aux usagers n'ayant jamais consommé par injection de remplir également un questionnaire d'entrée. Il ressort de l'analyse de ces données que les non-injecteurs sont en moyenne plus jeunes et mieux insérés du point de vue professionnel. On ne relève pas de différences significatives du point de vue des produits consommés

Recommandations

- L'augmentation des séroconversions chez les personnes toxicodépendantes, ainsi que la fréquence élevée d'abcès chez les personnes consommant par injection doivent amener les intervenants à réfléchir 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. Les mesures de réduction des risques actuellement en place devraient être suffisantes, toutefois, il convient de garantir et de faciliter l'accès aux structures (local, bus) qui est parfois menacé par des problèmes liés aux périmètres d'exclusions mis en place par la police, des difficultés liées aux travaux d'aménagement du tram, etc.
- L'offre de prise en charge médicale aux consommateurs dépendants en situation illégale à Genève devrait aussi être discutée/mise sur pied ?

3.3.1 Objectifs de l'association

Pour l'ensemble de ces projets, l'association Première Ligne reçoit une subvention cantonale de 2'500'000 Fr. ce qui correspond à 98% environ de son budget. Elle poursuit les objectifs suivants :

- « Réduire les conséquences négatives liées à la consommation : transmission du VIH/sida et des hépatites, infections diverses, overdoses, problèmes psychologiques sociaux associés à l'usage de drogues

- Encourager le maintien du lien social et renforcer la dignité de l'utilisateur en contribuant à limiter les situations d'exclusion
- Etablir le contact avec des personnes ne fréquentant pas ou peu les services sociaux et médicaux (ou en rupture avec ceux-ci), en leur offrant des espaces d'accueil et des interlocuteurs facilement accessibles. Favoriser l'accès aux institutions actives dans le traitement de la toxicodépendance et aux autres institutions socio-médicales
- Promouvoir l'information et la solidarité en sensibilisant l'ensemble des partenaires de la communauté à la réduction des risques et à la situation de vie des usagers de drogues
- Observer et produire des données objectives sur les évolutions des modes de consommation des substances psycho-actives, prendre en compte les nouvelles problématiques (ex. drogues de synthèse) et initier des projets de réduction des risques adaptés
- Collaborer avec la population pour le développement de pratiques de gestion communautaire des problèmes liés à l'usage de drogues, sensibiliser le public à la problématique et contribuer à limiter certains problèmes vécus par le voisinage. »

3.3.2 L'activité de Quai 9

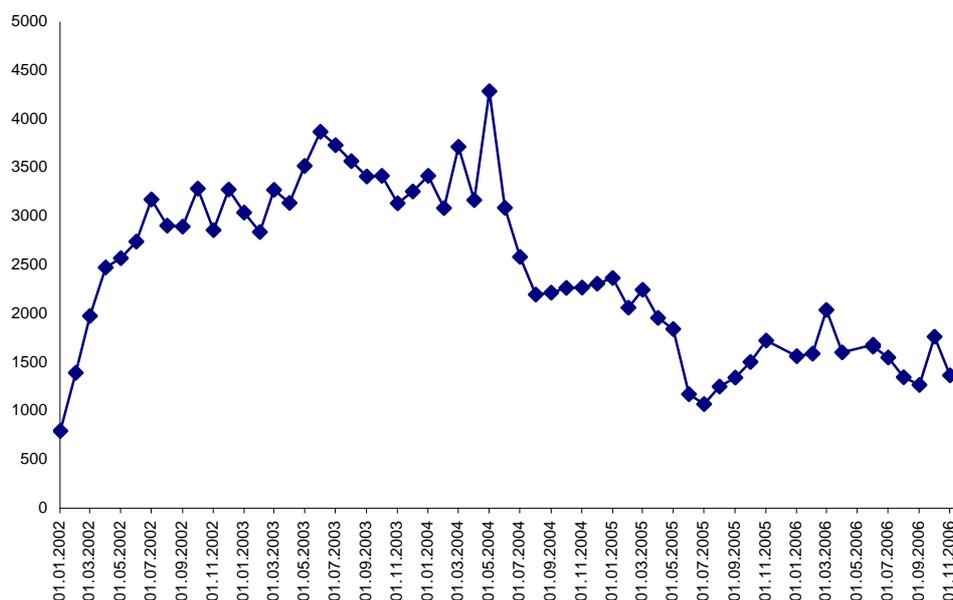
L'association Première Ligne avait déjà mis en place un certain nombre d'outils d'évaluation, notamment le monitoring des seringues ou le suivi de l'activité de Quai 9. Quelques éléments, par exemple le questionnaire d'entrée de Quai 9, ont fait l'objet de discussion en vue d'améliorer la qualité des données saisies. Par ailleurs, l'association a demandé l'aide d'une entreprise en informatique pour informatiser la saisie de l'ensemble des données de Quai 9. Cette informatisation a débuté en 2006. Elle a connu toutefois des problèmes de maintenance et pour certains mois une saisie manuelle des données a dû être faite pour ne pas perdre des informations. Le travail de monitoring a ainsi été légèrement perturbé par ces dysfonctionnements, toutefois les données à disposition, même si elles ne couvrent parfois pas toute l'année, permettent d'évaluer les activités de Quai 9.

Depuis le début des travaux de construction de la ligne de tram Cornavin-Meyrin-Cern, l'espace d'accueil et d'injection pour personnes toxicodépendantes est au centre d'un vaste chantier. Sur le tronçon qui relie la rue des Gares à la Servette, les bâtiments voisins de Quai 9, un restaurant et un garage, ont été démolis. Plus en retrait de la voie couverte, Quai 9 a été épargné mais a souffert de nuisances considérables. Au-delà du bruit occasionné par le chantier, le déplacement des arrêts de bus juste en face de Quai 9 pendant l'été, a donné lieu à certaines confrontations entre usagers de Quai 9 et usagers des TPG et a en tout cas privé les usagers de Quai 9 d'un relatif anonymat.

Monitoring de l'activité en salle d'injection

La fréquentation de la salle d'injection s'est stabilisée et a même ré-augmenté légèrement (plus 4000 passages environ en 2006) après la forte baisse de juillet 2004 (Figure 3-11). Le nombre moyen de passages par mois qui était passé d'environ 3300 passages en 2003 à 1600 en 2005 s'est stabilisé à ce niveau. La moyenne quotidienne des passages en salle d'injection est également stable (2005 : 56 et 57 en 2006).

Figure 3-11 Evolution du nombre de passages en salle d'injection de Quai 9 par mois, 2002-2006



Treize pour-cent des injections enregistrées en 2006 ont été réalisées par des femmes (Tableau 3-10) ; la diminution déjà observée les années précédentes se poursuit donc. Si, comme pour les années précédentes, la majorité des injections se déroule en moins de quinze minutes, on observe une augmentation de 21% du nombre d'injections durant entre 15 et 30 minutes.

La proportion de cocaïne dans les produits consommés en salle d'injection a encore diminué par rapport aux années précédentes (16%) et l'héroïne est devenue le produit le plus fréquemment consommé en 2006 (64%). Ce changement dans le produit le plus fréquemment consommé peut expliquer partiellement la diminution du nombre de passages en salle d'injection. S'agissant des mélanges, on relève une diminution de la consommation simultanée d'héroïne et de cocaïne (4% versus 9% en 2005 et 20% en 2003) et le mélange le plus fréquent en 2006 est l'héroïne et les médicaments qui forment 6% du total des injections. Parmi les autres produits injectés figurent pour la première fois la Ritaline et le Subutex.

La majorité des injections s'effectuent dans le bras. Bien que ne constituant qu'une faible proportion du total, les injections réalisées dans le cou ou dans l'aîne (6% et pas d'augmentation par rapport à 2005) représentent tout de même plus de 1000 actes pouvant être considérés comme relativement problématiques.

Tableau 3-10 Description des injections réalisées dans la salle d'injection du Quai 9, 2002-2006 (en %)

	2002	2003	2004	2005	2006
	n=30417	n=40177	n=34580	n=14740	n=18950
Sexe					
Hommes	69	71	81.5	80	87
Femmes	31	29		20	13
Age moyen	33.0 ans	33.6 ans	33.9 ans	34.2 ans	*
Durée des injections					

	2002	2003	2004	2005	2006
	n=30417	n=40177	n=34580	n=14740	n=18950
Maximum 15 minutes	84	87	93	95	69
Entre 16-30 minutes	19	12	6	5	26
Plus de 30 minutes	1	2	1	1	5
Produits consommés					
Héroïne	17	23	49	52	64
Cocaïne	63	49	31	28	16
Méthadone	1	2	3	2	2
Médicament	4	2	2	4	6
Mélange	16	24	15	14	12
Dont**					
▪ héroïne + cocaïne	-	20	10	9	4
▪ héroïne + médicament	-	1	2	2	6
▪ cocaïne + méthadone	-	1	1	2	1
▪ cocaïne + médicament	-	1	1	1	1
▪ autres mélanges	-	1	1	2	<1

* Données non disponibles en 2006

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

Une file active estimée à environ 700-750 personnes différentes^a a fréquenté le local d'injection de Quai 9 en 2006 (entre 900 et 1000 en 2005). Toutefois, les problèmes liés à l'informatisation des données dans la salle d'injection entraînent probablement une sous-estimation de la file active de 2006. Par ailleurs, pour les années précédentes, la saisie des pseudonymes était peu fiable au niveau notamment de l'orthographe et comportait très probablement un nombre important de doublons.

En moyenne, chaque personne vient 19 fois par année au local (13 en 2005), avec une médiane à 5 (2 en 2005) et au minimum une fois et maximum 432 fois. On observe ainsi une augmentation de la fréquence par utilisateur depuis 2005.

Monitoring de la distribution de seringues

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

En 2006, 73'871 seringues ont été distribuées pour être emportées, soit une diminution importante par rapport à 2003 (127982 pour l'année entière), mais en légère augmentation par rapport à 2005, principalement sur la fin de l'année (Figure 3-12).

En revanche, le taux de retour des seringues est resté stable entre 2005 et 2006 (87.4%).

Tableau 3-11 Nombre de seringues à Quai 9 et au BIPS 2002-2006

	2002 ^a	2003	2004	2005**	2006
Seringues remises en salle d'injection	30417	40177		14740	18950
Total seringues distribuées accueil	80420	127982		71836	73871
Total seringues rendues	64248	110280		64416	64571

^a Par rapport à l'année précédente, on note un net progrès dans l'utilisation des identifiants et une meilleure estimation de la file active.

Taux de retour à l'accueil	79.9%	86.2%	89.6%	87.4%
Total seringues distribuées à Quai 9 y compris celles pour la salle d'injection	110837	168159	86576	92821
Total seringues distribuées au BIPS	126849	112223	107313	98578
Total seringues distribuées à Genève	237606	280382	243225	185149

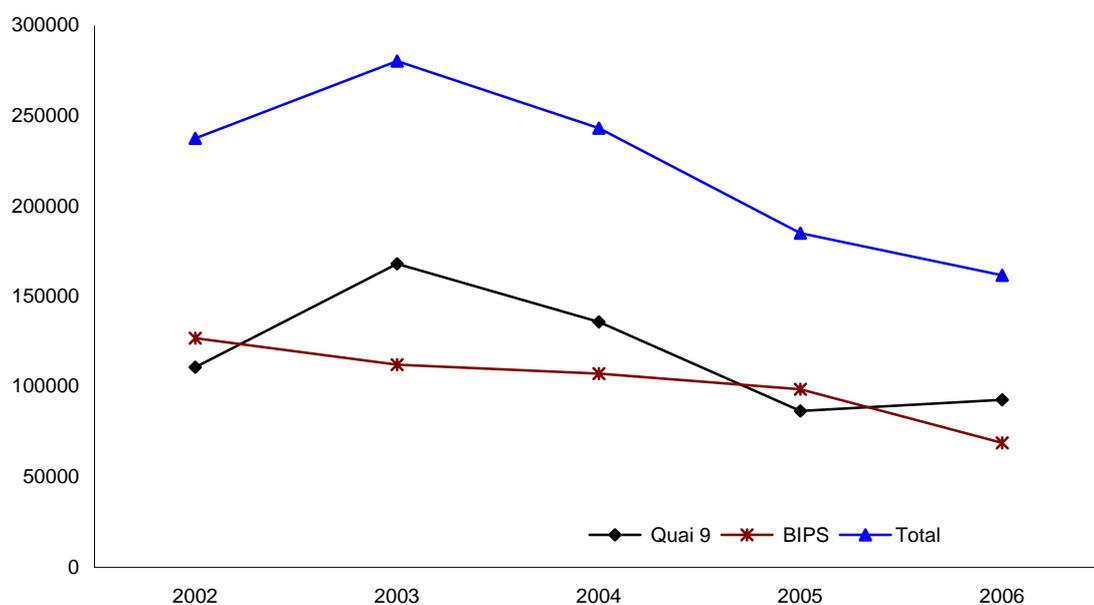
* Y compris les données de fin décembre 2001

** total estimé pour 2005 en multipliant par 2 les résultats des 6 premiers mois

A Genève, des seringues sont également disponibles auprès du BIPS. En 2006, ce dernier en a remis 68'982. Cette baisse importante par rapport à 2005 peut être due partiellement au fait que le bus a été immobilisé durant toute l'année à Bel Air, les intervenants ne disposant plus du permis nécessaire à sa conduite. Dans les années précédentes, le BIPS était présent à la Gare et en ville selon un horaire variable et les intervenants ont relevé un changement aussi dans la clientèle venant échanger du matériel stérile.

Cumulé aux chiffres obtenus pour Quai 9, le total des seringues distribuées^a à Genève s'élève à 161'803 seringues en 2006. Depuis, l'été 2003, le nombre de seringues échangées diminue donc régulièrement. Cette tendance ressort également des données de monitoring de la remise dans le canton de Vaud³.

Figure 3-12 Evolution du nombre de seringues distribuées, BIPS / Quai 9, 2002-2006



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

^a Sans celles distribuées par des pharmacies.

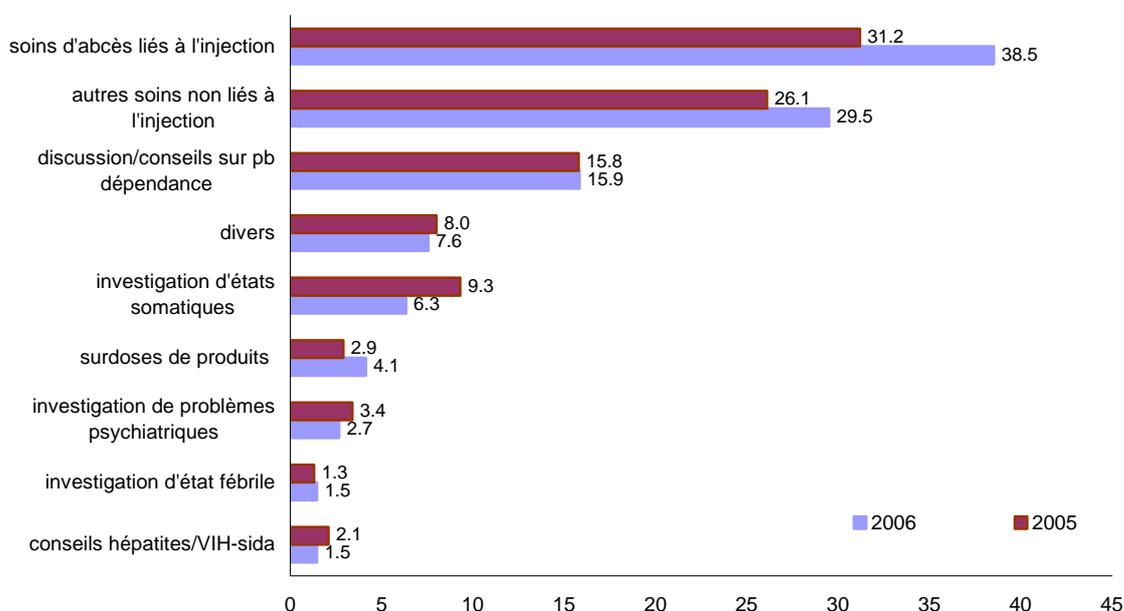
Monitoring de l'activité en salle de soins

Dans le cadre du local de soins, 2 à 3 soins en moyenne sont prodigués chaque jour, soit un total de 413 soins pour les 7 premiers mois de 2006 (Figure 3-13).

Les principaux soins donnés sont le traitement d'abcès dus à la pratique de l'injection (39% des cas, soit 7% de plus qu'en 2005), ainsi que le traitement d'autres plaies non liées à l'injection (30% des cas, soit 3% de plus qu'en 2005). Dans 20% des cas (79 situations), un relais médical a été organisé et dans 3% une orientation vers le réseau social.

Le moment des soins est également l'occasion d'aborder les problèmes de dépendances et si, l'utilisateur le souhaite, les possibilités de sevrage. Cela a été le cas dans 16% des soins en 2006. Dans 4% des cas (n=17), il s'agit d'une surveillance suite à un surdosage des produits consommés et le 144 a été appelé 23 fois dans les 7 premiers mois de l'année, principalement pour des overdoses. Il n'y a eu aucun cas de décès.

Figure 3-13 Types de soins prodigués à Quai 9 en %, 2005 (n=766) et janvier à juillet 2006 (n=410)



Bilan des activités monitorées

- Le monitoring mis en place par Première ligne est performant et permet de suivre adéquatement les activités des structures de réduction des risques ainsi que les caractéristiques de la nouvelle clientèle ou de la consommation (statistiques de la salle d'injection). L'informatisation du système amènera encore des améliorations.
- Le nombre d'injections faites à Quai 9 est légèrement remonté en 2006 et ceci malgré les nuisances importantes liées au chantier du tram tout autour de la structure. La diminution du nombre de seringues remises constatée ces dernières années semble s'être stabilisée en 2006 avec toutefois une évolution contrastée : diminution au BIPS et augmentation à Quai 9. L'immobilisation du BIPS à un seul endroit durant toute l'année peut vraisemblablement expliquer en partie la diminution observée.

3.3.3 Description des nouveaux usagers de Quai 9

Le nombre de nouveaux usagers enregistrés à Quai 9 (n=315) en 2006 a fortement augmenté par rapport à 2005. Toutefois cette augmentation est partiellement due à la décision de faire remplir un questionnaire aux personnes consommant par sniff et/ou inhalation et qui viennent à Quai 9 pour prendre du matériel tel que l'alu. 78 personnes ont ainsi été incluses dans les nouveaux usagers bien que n'ayant jamais consommé par injection au cours de leur vie. Certaines de ces personnes venaient d'ailleurs déjà en 2004 ou 2005 à Quai 9 et ne sont donc pas réellement des nouveaux usagers. Si l'on veut comparer l'évolution des nouveaux usagers de Quai 9 utilisant la salle d'injection, on a malgré tout une augmentation de 91 personnes par rapport à 2005, soit un total de 235 consommateurs par injection sur un total de 315 nouveaux utilisateurs de la structure (75%). La suite de l'analyse concerne essentiellement le groupe des injecteurs, un bref texte décrit les non-injecteurs en fin de chapitre.

Les nouveaux usagers ayant une expérience de l'injection

Les nouveaux usagers de Quai 9 ayant déjà consommé par injection au cours de leur vie comportent une particularité en 2006 par rapport aux années précédentes. En effet, en 2006, une proportion élevée (29%) des nouveaux usagers de Quai 9 sont originaires de Géorgie ou de Russie. Ce fait n'est pas nouveau^a, toutefois pour 2006 les caractéristiques socio-démographiques de ces nouveaux usagers sont très différentes rendant la comparaison avec les années précédentes difficile. Dans les tableaux qui suivent, figurent d'une part les résultats pour 2002 à 2005 pour l'ensemble des nouveaux usagers puis 2 colonnes distinguent les nouveaux usagers de 2006 en fonction de la langue dans laquelle le questionnaire a été rempli^b : géorgien et russe d'une part, ce qui permet de constituer le groupe des « usagers des pays de l'Est » et questionnaire rempli en français ou anglais qui regroupent les usagers « régionaux ».

■ *Caractéristiques socio-démographiques*

Parmi les nouveaux usagers de Quai 9 ayant déjà consommé par injection, les femmes sont un peu moins nombreuses en 2006 et forment 16% des nouveaux usagers. L'âge moyen des usagers arrivés à Quai 9 diminue et est passé de 32.8 ans en 2004 à 31.2 ans, sans différence significative selon le sexe. La proportion des usagers de moins de 30 ans a augmenté de 37 à 47% et constitue donc la moitié des nouveaux usagers. Pour ces deux variables, sexe et âge, le groupe des usagers des pays de l'Est se distingue fortement avec 99% d'hommes et un âge moyen plus faible, soit 28.5 ans contre 31.2 pour le groupe ayant rempli le questionnaire en français ou anglais. Par ailleurs, 8% de ces usagers ont moins de 20 ans (2% chez les usagers « régionaux »).

La proportion de nouveaux usagers domiciliés à Genève est restée stable, soit 36% en 2006. Là aussi, une différence existe parmi les usagers des pays de l'Est qui sont pour 72% d'entre eux domiciliés à Genève.

Le pourcentage de personnes sans domicile fixe a augmenté durant la période 2002-2006, passant de 16 à 25%. Pour les usagers venant des pays de l'Est, la situation en 2006 est moins bonne avec 43% de personnes sans domicile fixe.

Les différentes sources de revenus sont restées relativement stables entre 2004 et 2006. Toutefois, si l'on compare les résultats depuis 2003, il y a une diminution des personnes bénéficiant de l'aide sociale (chômage, aide sociale et AI ne sont pas distingués dans le questionnaire), même si elles continuent à constituer numériquement le groupe le plus important. Les personnes citant leur famille, ami ou proche comme source de revenus augmentent pendant la même période de même que la proportion d'usagers déclarant des revenus illégaux. Enfin, on trouve toujours environ un tiers des nouveaux

^a 65 questionnaires en 2004 et 19 en 2005 ont été remplis en géorgien ou en russe.

^b 52 questionnaires en géorgiens et 15 russes, 160 questionnaires en français et 8 questionnaires en anglais.

usagers qui ont un revenu lié à une activité professionnelle. Une différence importante existe selon la langue du questionnaire, les usagers des pays de l'Est bénéficiant plus du soutien de proches et moins de l'aide sociale quelle qu'elle soit.

Tableau 3-12 Profil sociodémographique des usagers de Quai 9 consommant par injection à l'entrée : comparaison 2002 - 2006 (en %)

	2002	2003	2004	2005	2006 régionaux	2006 pays Est
	n=736	n=378	n=311	n=144	n=168	n=67
Sexe						
Hommes	73	81	85	77	84	99
Femmes	27	19	15	23	16	1
Age						
Age moyen	32.7 ans	32.0 ans	32.6 ans	32.8 ans	31.2	28.5
Domicile						
Canton de Genève	70	54	45	36	36	72
Logement						
Sans domicile fixe	16	20	28	23	25	43
Présence enfant(s)						
Oui	32	31	34	34	16	*21
Sources de revenus dernier mois						
Activité professionnelle	33	42	37	36	49	10
Aide sociale et assurance	60	51	53	49	43	44
Famille, ami	9	15	20	22	27	43
Prostitution					1	0
Revenu illégaux	5	6	8	9	12	7

* La question a été légèrement modifiée en 2006 et est « enfants vivant avec l'usager : oui/non »

■ Produits consommés et modalités de consommation

Entre 2002 et 2006, on constate une augmentation progressive de la consommation d'héroïne. En effet, en 2006, 83% des usagers ont consommé de l'héroïne au cours du mois précédant leur venue à Quai 9 ; 59% l'ont fait régulièrement contre seulement 28% en 2002. Les usagers originaires des pays de l'Est sont encore plus nombreux à consommer de l'héroïne puisque 91% en avaient consommé régulièrement le mois précédant leur arrivée au Quai 9.

La consommation de cocaïne par contre montre une légère diminution durant la même période avec 58% des usagers rapportant en avoir consommé au cours du dernier mois, dont 30% seulement régulièrement (38% en 2002). Les usagers des pays de l'Est sont moins nombreux à consommer régulièrement de la cocaïne (21%).

La consommation de benzodiazépines est restée stable et concernait 26% des nouveaux arrivants en 2006. 19% d'entre eux les consommaient régulièrement. Cette consommation est moins fréquente chez les usagers des pays de l'Est (10% de consommateurs réguliers en 2006).

La proportion des nouveaux usagers suivant un traitement de substitution au moment de leur arrivée à Quai 9 a diminué entre 2002 et 2006 passant de 59% à 41% d'usagers en traitement. Le traitement à base de méthadone est le plus fréquent (32%) suivi par le Subutex® (8%) et 21% pour l'héroïne. Le groupe des usagers des pays de l'Est se distingue par un très faible pourcentage de personnes en

traitement : 9%^a. Ce pourcentage moindre de personnes en traitement peut expliquer la prédominance de la consommation régulière d'héroïne beaucoup plus importante chez ce groupe d'usagers.

Le nombre d'injections réalisées la veille de l'enregistrement à Quai 9 change selon que l'on soit régional ou originaire des pays de l'Est avec 2.6 injections en moyenne pour les premiers et 3.8 pour les deuxièmes.

La durée moyenne de consommation par injection des nouveaux usagers régionaux est de 9.4 ans en 2006 et c'est la première forte diminution depuis 2002. Les usagers des pays de l'Est ont une durée de consommation par injection légèrement plus faible soit 7.1 ans. Cette diminution de la durée moyenne de consommation est aussi visible sur la Figure 3-14. On voit que 17% des usagers régionaux ont commencé à s'injecter depuis 2 années ou moins (12% en 2005) et 23% consomment par injection depuis 2 à 4 ans. Les usagers des pays de l'Est entrent en contact plus tardivement avec Quai 9 puisqu'ils ne sont que 12% à consommer par injection depuis moins de 2 ans lors de leur arrivée au Quai 9.

Tableau 3-13 Profil de consommation des nouveaux usagers de Quai 9, 2002-2006 (en %)

	2002	2003	2004	2005	2006 régionaux	2006 pays Est
	n=736	n=378	n=311	n=144	n=168	n=67
En traitement	59	46	39	50	41	9
Traitement héroïne	1	<1	<1	1	1	4.5
Traitement méthadone	52	34	28	35	32	4.5
Traitement Subutex®	5	11	8	12	8	0
Traitement morphine ^b	-	-	1			
Consommation régulière* durant le dernier mois**						
Héroïne	28	37	51	54	59	91
Cocaïne	38	31	31	27	30	21
Benzodiazépines	22	15	16	15	19	10
Nombre moyen d'injections la veille	1.8	2.1	2.1	2.6	2.6	3.8
Age moyen à la première injection	21.2 ans	21.5 ans	21.9 ans	21.6 ans	21.7	21.9
Durée moyenne de la période de consommation par injection	11.6 années (range 0-37)	10.7 années (range 0-36)	10.9 années (range 0-30)	11.5 années (range 0-36)	9.4	7.1

* Quotidiennement ou plusieurs fois par semaine

** Les missing sont inclus dans les non consommateurs

Sept nouveaux usagers disent avoir procédé à leur première injection à Quai 9. Ces usagers sont légèrement plus jeunes, de sexe masculins et aucun d'entre eux ne provenait des pays de l'Est. Un seul d'entre eux suivait un traitement de substitution. Certains questionnaires montrent toutefois des incohérences dans la manière de répondre aux questions traitant de l'injection et certains usagers pourraient déjà avoir eu une expérience de l'injection. Même si c'était le cas pour certains d'entre eux, il

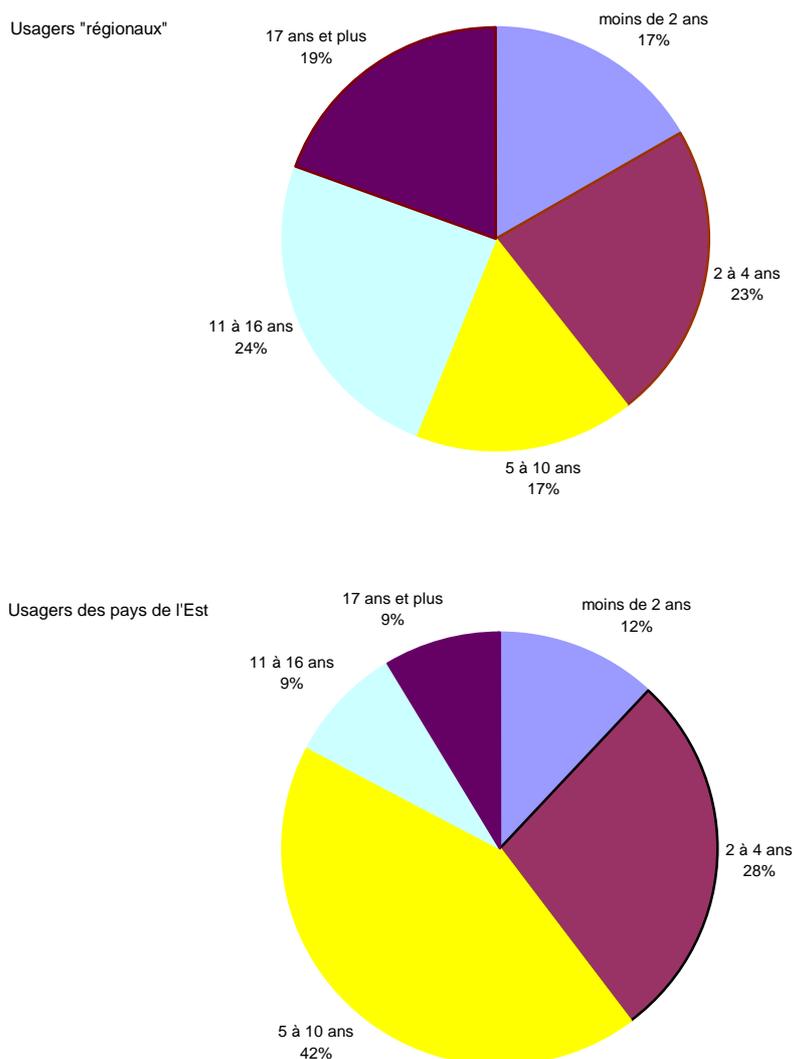
^a Il est de plus très probable que ce taux soit en réalité plus faible car la moitié des Géorgiens en traitement disent suivre un traitement à l'héroïne. Pour avoir accès à un tel traitement à Genève, il faut cependant être domicilié légalement ce que les Géorgiens sont rarement. Il y a vraisemblablement un problème de compréhension de la question.

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

y a lieu d'être très attentif à l'évolution de ces usagers qui n'étaient que 2 en 2005 à rapporter une première injection à Quai 9.

22% des nouveaux usagers déclaraient reprendre l'injection après une période d'arrêt d'un peu plus d'un an en moyenne. Les principales raisons de l'interruption étaient une cure ou un sevrage, puis l'hospitalisation ou un séjour en prison.

Figure 3-14 Distribution des nouveaux usagers selon la durée de consommation et selon la langue dans laquelle le questionnaire d'entrée a été rempli, 2006



■ Cadre de l'injection

Les informations recueillies auprès des nouveaux usagers du Quai 9 à propos de leur dernière injection montrent que celle-ci s'est déroulée à domicile pour près de trois quarts d'entre eux (76%) et dans un lieu public pour un petit quart. Ces proportions sont assez semblables à celles observées les années précédentes avec des résultats différents pour le groupe usagers des pays de l'Est (50% au domicile).

La moitié (54%) des nouveaux usagers régionaux estime avoir des veines en bon état, 29% jugent leur état moyen et 17% mauvais. Ces résultats montrent une légère amélioration par rapport à 2003 et 2004.

La proportion de usagers des pays de l'Est estimant avoir un mauvais état veineux est toutefois légèrement supérieure (23% versus 17%).

6% des usagers déclarent avoir connu des problèmes infectieux durant le mois précédant la présentation du questionnaire, contre 12% en 2005.

Le partage de seringues usagées n'a pas évolué de façon significative depuis 2002 : 8% des nouveaux usagers l'ont pratiqué au cours des six mois précédant la présentation du questionnaire et 4% au cours du mois précédent. La proportion d'usagers rapportant avoir partagé leur seringues est toutefois plus importante parmi les usagers venant des pays de l'Est (16% au cours des 6 derniers mois et 9% au cours du dernier mois).

Tableau 3-14 Cadre de la dernière injection, points principaux d'injection, état des veines et exposition aux risques d'infection des nouveaux usagers du Quai 9 (en %)

	2002	2003	2004	2005	2006 régionaux	2006 pays Est
	n=736	n=378	n=311	n=157	n=168	n=67
Lieu de la dernière injection						
Domicile	75	72	76	75	76	50
Lieu public	20	27	24	17	19	33
Autre (voiture par exemple)	5	1	-	8	5	6
Etat des veines actuel						
Bon	41	54	52	50	54	48
Moyen	32	31	32	31	29	29
Mauvais	26	16	16	19	17	23
Problèmes infectieux durant le dernier mois						
	15	11	9	12	6	8
Partage de seringues						
Durant les 6 derniers mois	9	8	11	10	8	16
Durant le dernier mois	4	4	5	6	4	9

■ *Etat de santé*

Les données de prévalences rapportée du VIH et des hépatites (B et C) ne peuvent pas être traitées en 2006. En effet, comme les questionnaires de santé ont aussi été remplis par des personnes n'ayant jamais consommé par injection et qu'il n'est pas possible de les distinguer des autres questionnaires, il n'est pas possible de calculer les prévalences en distinguant les usagers selon leur mode de consommation.

Profil des nouveaux usagers de Quai 9 non-injecteurs

78 questionnaires d'entrée ont été remplis en 2006 a Quai 9 par des usagers n'ayant jamais consommé par injection au cours de leur vie. Cela représente un quart des nouveaux usagers de Quai 9.

■ *Caractéristiques socio-démographiques*

Les nouveaux usagers de Quai 9 n'ayant jamais consommé par injection sont en moyenne nettement moins âgés que les injecteurs, soit de 3 ans environ (27.4 ans). C'est essentiellement la catégorie des 20 à 24 ans qui est sur-représentée. Les femmes sont aussi un peu plus nombreuses (14%).

La principale différence, hormis l'âge, est l'insertion professionnelle : les personnes ne consommant pas par injection sont plus nombreuses à avoir une activité professionnelle (51% versus 38%), de même le pourcentage de personnes en formation est plus important dans ce groupe d'utilisateurs (9 contre 5% chez les consommateurs par injection). Au niveau du logement ou du lieu de domicile par contre, on ne relève pas de différences notables.

■ *Produits consommés et modalités de consommation*

En 2006, 68% des utilisateurs ont consommé régulièrement de l'héroïne au cours du mois précédant leur venue à Quai 9 et la consommation de cocaïne est un peu moins fréquente avec 59% des utilisateurs rapportant en avoir consommé au cours du dernier mois, dont 26% seulement régulièrement. Enfin, la consommation de benzodiazépines concernait 21% des nouveaux arrivants et 12% d'entre eux les consommaient régulièrement.

Il n'y a pas de différence significative dans la consommation régulière d'héroïne et de cocaïne entre les non-injecteurs et les injecteurs, la consommation de benzodiazépines est toutefois un peu moins fréquente chez les non-injecteurs.

La proportion des nouveaux utilisateurs non injecteurs qui suivent un traitement de substitution au moment de leur arrivée à Quai 9 est plus faible avec 26 % d'utilisateurs en traitement.

Pour les non injecteurs, la consommation par inhalation ou sniff dure depuis 6,6 ans en moyenne (médiane à 5 ans). Le nombre moyen de sniffs ou d'inhalations la veille de l'entrée à Quai9 est de 2.5 et 72% des dernières consommations ont eu lieu au domicile de l'utilisateur. Enfin, 35% d'entre eux ont déjà partagé leur paille.

Bilan de l'évolution 2002-2006 et nouveaux utilisateurs

En 2006, la population des nouveaux utilisateurs consommant par injection de Quai 9 tend à se diversifier en 2006 avec l'apparition d'un sous-groupe important d'utilisateurs provenant de pays de l'Est et qui, pour la première fois, se distinguent des utilisateurs « régionaux ».

- Parmi les évolutions, on observe un léger rajeunissement d'un an et demi environ chez les nouveaux arrivants régionaux. Les nouveaux utilisateurs originaires de pays de l'Est sont en moyenne plus jeunes de 3 ans.
- Chez les utilisateurs régionaux, le produit le plus régulièrement consommé est l'héroïne tandis que la consommation régulière de cocaïne diminue légèrement. Les nouveaux utilisateurs originaires de pays de l'Est consomment essentiellement de l'héroïne.
- L'insertion sociale en terme de logement tend à se dégrader avec un pourcentage de personnes sans domicile privé en augmentation (16 à 25%). La situation des nouveaux utilisateurs originaires de pays de l'Est est moins bonne tant du point de vue du logement que de l'insertion professionnelle (plus de personnes sans domicile fixe et moins de personnes bénéficiant d'aides sociales ou de travail).
- Si une majorité des nouveaux utilisateurs suivaient un traitement de substitution en 2002, seul 32% des nouveaux utilisateurs de 2006 sont dans ce cas. Les nouveaux utilisateurs originaires de pays de l'Est sont encore moins nombreux à bénéficier d'un traitement de substitution. Du point de vue de la réduction des risques, on observe également un partage de seringues plus élevé dans ce groupe et un nombre moyen d'injection la veille plus élevé.
- Pour la première fois en 2006, l'équipe a commencé à demander aux utilisateurs n'ayant jamais consommé par injection de remplir également un questionnaire d'entrée. Il ressort de l'analyse de ces données que les non-injecteurs sont en moyenne plus jeunes et mieux insérés du point de vue professionnel. On ne relève pas de différences significatives du point de vue des

produits consommés (type de produit et fréquence), toutefois la durée de consommation est plus courte en moyenne.

3.4 ASSOCIATION SOLIDARITÉ FEMMES AFRICAINES DE GENÈVE ASFAG

<p>Résumé L'Association Solidarité Femmes Africaines de Genève (ASFAG) est un groupe d'entraide qui s'adresse aux femmes africaines vivant avec le VIH/sida et à leurs proches. L'association a démarré en mai 2002 avec le soutien de l'OFSP, du canton de Genève, de Sida Accueil et du GSG. L'ASFAG était parrainée par le Ministère Sida qui assurait sa stabilité institutionnelle, ainsi qu'une surveillance budgétaire. Ce soutien s'est poursuivi malgré la fermeture du Ministère en juin 2005.</p> <p>Prévention</p> <ul style="list-style-type: none">• L'ASFAG a démarré en 2006 ses activités de prévention auprès de la population africaine en générale à travers des visites dans les commerces alimentaires et de cosmétiques proposant des produits africains.• Les ressources attribuées à ce domaine d'intervention sont cependant insuffisantes pour assurer le travail de prévention. De plus la qualité du monitoring de ces activités n'est pas satisfaisant. <p>Accueil et soutien</p> <ul style="list-style-type: none">• Ce domaine d'intervention de l'ASFAG fonctionne bien et répond à un besoin.• Les résultats des monitoring de l'accueil et du soutien sont restés stables par rapport à 2005. <p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• Dans ce sens, 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.• 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.
--

3.4.1 Objectifs de l'association

Dès 2004, l'association a pu bénéficier de locaux mis à disposition par la Ville de Genève et reçoit actuellement une subvention annuelle de 100'000 Fr. L'objectif global de l'ASFAG est la création d'un cadre de solidarité afin d'offrir aux femmes africaines vivant avec le VIH/sida à Genève et dans la région la possibilité de partager leurs expériences, de s'entraider et d'améliorer leur santé et leur bien-être.

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

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

Dans les statuts de l'association, l'accent est mis sur les activités de soutien. En revanche, dans le contrat de partenariat avec l'Etat de Genève, il est également fait mention de tâches de prévention, auprès des femmes africaines concernées par le VIH et des populations sub-sahariennes en général, sans toutefois que les activités soient détaillées ni qu'une clé de répartition des ressources entre activités de soutien et de prévention y figure. En 2006, la majorité des ressources a été attribuée au soutien et à la gestion de l'association. La personne en charge de la supervision les années précédentes a poursuivi son travail au cours de réunions bi-mensuelles ; la supervision a toutefois porté plus sur l'organisation interne de l'ASFAG que sur le travail des médiatrices chargées de la prévention.

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

3.4.2 Activités de prévention auprès de la population subsaharienne en général

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

Contrairement aux autres structures intervenant dans le domaine de la prévention auprès de populations migrantes (GSG, Afrimédia), l'ASFAG a développé ces activités sur le terrain au cours de l'année 2006 seulement suite au mandat attribué par le Canton. Toutefois, ce volet d'interventions n'a pas fait l'objet d'une redistribution conséquente des ressources de l'association. Ceci a eu pour conséquences que le poste de coordination des médiatrices a été assumé entièrement bénévolement par une femme africaine^b. Quant aux 2 médiatrices qui vont sur le terrain, elles ont reçu 50Fr par personne et par matinée (y inclus les frais de transports). Chacune a travaillé en moyenne 3 demi-journées par mois.

^a Source : statuts de l'ASFAG, 2004.

^b En 2007, un poste à 20% lui sera attribué pour cette tâche.

■ *Commerces visités*

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

Au total 15 commerces ont été choisis par les médiatrices de l'ASFAG : 10 sont des salons de coiffure et 5 des épiceries proposant toute sorte de produits africains (alimentation, tissus, cosmétique, etc.). Chaque mois, 3 commerces reçoivent la visite des médiatrices, mis à part au mois d'août (vacances). Les commerces ont le plus souvent été choisis en raison des contacts déjà existant entre les gérants ou propriétaires et l'ASFAG. Ils se répartissent sur l'ensemble du territoire de la ville de Genève.

Les propriétaires des lieux sont toujours informés à l'avance des visites des médiatrices. Il semble ne pas y avoir eu de difficultés au cours de l'année, mais 3 commerces auraient manifesté en décembre 2006 leur souhait d'arrêter la collaboration avec l'ASFAG (1 fois pour des raisons de religion incompatible avec les messages de prévention donnés, et 2 fois en invoquant le dérangement occasionné à la clientèle par la présence des médiatrices).

Par ailleurs, le fait que certains magasins aient reçu la visite à la fois de l'ASFAG et d'Afrimédia (problème de coordination) a pu entraîner un sentiment de stigmatisation de la part des gérants/-propriétaires.

■ *Contacts médiatrices*

Un outil d'évaluation sous la forme de fiche de contact a été mis en place début 2006 pour rendre compte du travail des médiatrices. L'utilisation de cette fiche n'est pas satisfaisante pour les besoins de l'évaluation. En effet, il semble que certaines médiatrices n'ont pas compris la manière de remplir la fiche malgré une remise au point fin juin avec les personnes concernées : certaines fiches remplies décrivent non pas les contacts individuels, mais l'ensemble de la visite d'un commerce. Ceci ne rend identifiables ni le nombre de personnes touchées par l'intervention, ni leur sexe, âge, communauté, etc.

Seules 51 fiches ont été remplies correctement en 2006. Voici les quelques résultats que l'on peut en tirer.

Au total, 28% des contacts ont eu lieu dans les commerces de type alimentation et 59% dans des salons de coiffure. Parmi les autres commerces visités figurent les boutiques de cosmétique (7%). 59% des contacts étaient féminins, 27% concernaient des hommes et les non réponse formaient 14%. La majorité des personnes rencontrées étaient âgées de 20 à 30 ans (51%), 35% avaient entre 30 et 50 ans et 8% avaient moins de 20 ans. 71% des contacts ont eu lieu en français, 18% en anglais et 2% en swahili.

Les contacts durent en moyenne 10 minutes. Il s'agit essentiellement de remise de matériel de prévention (92%), souvent accompagnée de démonstration d'utilisation de Femidon (75%) et d'information sur le VIH (75%). Dans 70% des contacts, une information sur l'ASFAG est donnée. Une orientation vers le réseau, la prise de rendez-vous à l'ASFAG ou encore les risques de transmissions sont évoqués dans 20% des contacts ou moins. D'une manière générale, les médiatrices relèvent qu'elles ont peu de temps pour discuter avec les client(e)s.

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

■ *Evaluation interne*

L'ASFAG a interrompu ses activités de prévention en septembre pour faire un premier bilan interne du travail sur le terrain. Il ressort de ce bilan qu'une des difficultés rencontrées est la mixité dans certains commerces et les contacts avec les hommes parfois difficiles pour les médiatrices. Le choix a été fait pour l'avenir de recentrer les actions des médiatrices sur des lieux exclusivement féminins et de remettre à Afrimédia les visites des commerces dans lesquels les hommes africains sont relativement nombreux.

Sinon, les médiatrices ont pris de l'assurance après des débuts un peu hésitants et se sentent plus à l'aise pour aborder les clients des commerces. Elles relèvent l'importance d'offrir un accompagnement aux personnes qui souhaitent faire le test VIH. Elles sont toutefois conscientes de la nécessité de mettre des limites et de définir jusqu'où doit aller l'accompagnement. Ainsi l'exemple des femmes séropositives qui souhaitent avoir un enfant est donné. Dans ce cas, les médiatrices peuvent être à l'écoute, mais renvoient pour les réponses médicales à la consultation HUG ou au GSG.

Il semble cependant qu'un encadrement sur le terrain à la fois pour faire le relais avec les gérants des commerces et préparer les interventions, mais aussi pour assurer la diffusion de messages de prévention (comment certains sujets peuvent être abordés) soit encore fortement nécessaire.

3.4.3 Activités d'accueil et de soutien

Accueil au bureau

L'ASFAG propose aux femmes concernées par le VIH/sida un soutien individuel sous forme d'entretiens. Pour répondre aux demandes, un poste de coordinatrice (50%) est attribué à l'accueil. Par ailleurs, une partie du poste de secrétariat (50% également) est également utilisé, notamment lorsque des personnes viennent demander une aide administrative. Le local est également un lieu de rencontre informelle des femmes.

Les données reçues de l'ASFAG pour l'accueil et le soutien couvrent la période de août à novembre 2006 lié à un manque de compréhension de la demande des évaluateurs par la personne responsable de ce domaine.

Entre 30 et 40 entretiens ont été comptabilisés chaque mois. Les 2/3 ont lieu en face à face, les autres étant des téléphones. Dans 56 % des contacts, l'interlocuteur est une femme, 12% concernent des hommes et pour un tiers des contacts, le sexe n'est pas précisé.

Les personnes qui s'adressent à l'ASFAG sont pour la moitié âgées de 30 à 50 ans et un quart à moins de 25 ans. Les personnes de 50 ans ou plus forment 6% des contacts. Les contacts ont lieu majoritairement en français (48%), suivi par l'anglais (21%). 6% des contacts ont lieu en Swahili et pour 24% des contacts l'information est manquante. Les entretiens durent en moyenne 40 minutes.

Les communautés africaines rencontrées au cours de ces entretiens sont très diverses car pas moins de 21 nationalités différentes sont mentionnées dans les fiches de contacts. Les entretiens concernent cependant plus fréquemment certains pays : Cameroun, Afrique du Sud, Burundi, Ouganda, Burkina Faso et Zimbabwe pour citer les plus fréquents^a.

Les demandes les plus fréquemment formulées concernent des conseils en matière de VIH, un soutien le plus souvent sous forme d'écoute, ainsi que des conseils administratifs. Des informations sur l'ASFAG ou l'organisation d'une aide pratique sont moins fréquentes.

L'ASFAG fournit en moyenne 10 aides administratives par mois et environ 60 sacs de nourriture. Elle offre également une orientation dans le réseau social et/ou sanitaire selon les demandes des personnes.

^a Voir le chapitre sur les migrants et le mapping pour plus de détails.

Environ 30 femmes ont participé à une activité génératrice de revenu en 2006 (cuisine, responsables d'ateliers, mise sous plis de courrier, entretien du local de l'association...).

Visites hôpital et à domicile

71 visites à l'hôpital ont été effectuées en 2006, cela concerne 11 personnes différentes, 7 ont bénéficié en plus de plats traditionnels cuisinés pour elles. 4 femmes ont donc reçu simplement des visites de soutien.

41 visites à domicile ont été effectuées (impossibilité de se déplacer au local pour des raisons de santé) et ont concerné 9 femmes différentes.

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

L'ASFAG a mis sur pied des réunions d'information mensuelles sur le VIH/sida. Il s'agit d'un groupe de parole ouvert aux membres de l'association qui réunit entre 5 et 15 femmes par mois. En 2006, les animatrices ont constaté un tournus important dans la participation au groupe avec des changements et des nouvelles personnes. Il semble qu'il y ait un problème de garantie de la discrétion dans le groupe et que la peur de la stigmatisation et de la rupture de la confidentialité soit très importante. Ceci pourrait être un facteur limitant la participation des femmes à ce groupe de parole. Le groupe sert ainsi davantage à transmettre des informations inter-communautés et à discuter des problèmes migratoires et financiers ou à régler des conflits internes.

3.4.4 Activités mixtes soutien / prévention : les ateliers

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

Les ateliers proposés sont les suivants :

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

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

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

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

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

Prévention

- PVA participe aux différentes manifestations de prévention tout public organisées conjointement par les associations de la place, telles que le 1^{er} décembre.
- Elle a également publié régulièrement en 2006 des annonces porteuses de message de prévention dans différents quotidiens de la presse généraliste.
- la prévention est également abordée lors de l'accueil, pour autant qu'un élément de la discussion permette de faire le lien. La clientèle séropositive bénéficie d'un message de prévention transmis le plus souvent de manière individuelle et le partage d'un vécu de séropositif permet d'aborder la prévention de manière concrète.

Accueil

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

Activités orientées vers l'amélioration du bien être

- Les activités proposées par PVA sont largement fréquentées et trois nouvelles activités ont été offertes en 2006. Il n'est cependant pas possible de déterminer pour l'instant combien de personnes différentes en bénéficient et les bases d'attribution des séances aux différents participants n'ont pas fait l'objet d'une évaluation.
- PVA est la seule association généraliste de personnes concernées par le VIH/sida. Le soutien qu'elle apporte permet d'améliorer le bien-être des personnes concernées ; cette amélioration peut contribuer à la prévention et à la compliance aux traitements.

Recommandations

- Le soutien et la promotion de la solidarité doivent rester la priorité dans les activités de PVA. La prévention auprès des personnes séropositives peut encore être renforcée, mais il n'y a pas de sens à développer des actions de prévention auprès de la population générale.
- 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.

^a Rapport d'activité 2006.

3.5.1 Objectifs de l'association

L'association reçoit une subvention de 200'000 fr. de la part du canton pour soutenir ses activités, soit un peu moins du 80% de son budget total. Les objectifs de PVA décrits dans le contrat de partenariat sont :

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

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

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

3.5.2 Accueil et contacts à PVA

Les personnes qui viennent chaque semaine à PVA dans le cadre des moments d'accueil et lors du repas du lundi soir sont majoritairement des personnes séropositives qui souhaitent parler de leurs difficultés et bénéficier de l'écoute des bénévoles présents ou simplement voir du monde.

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

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

Accueil

Le monitoring des contacts ayant lieu au secrétariat et durant les moments d'accueil a été revu au début de l'année 2006 et permet de mieux rendre compte des demandes formulées par les usagers.

Les contacts qui ont lieu à travers le desk de PVA sont relativement peu nombreux, soit environ 3 à 4 par mois. La proportion d'hommes et de femmes est relativement équilibrée. La plupart de ces contacts ont lieu par téléphone et portent essentiellement sur des demandes d'information, par exemple sur le réseau ou sur PVA, mais également sur le VIH en général.

Les personnes qui viennent à l'accueil sont plus nombreuses et 35 à 40 contacts sont dénombrés par mois durant le dernier trimestre de 2006^a avec cependant une fréquentation plus faible durant les mois d'été. Ces contacts sont des entretiens approfondis, d'une durée moyenne de 40 minutes. Les thèmes les plus souvent abordés sont les difficultés liées à la vie quotidienne (61% des contacts), des questions sur les traitements (20%), notamment sur l'évolution des nouveaux traitements et les effets secondaires. Dans un tiers des contacts, il y a également une demande d'information sur la vie associative de PVA. Enfin, les personnes s'adressent aussi à PVA pour recevoir des conseils sur le VIH (11%), parler de discriminations (11%) de la vie professionnelle et de leur vie familiale (respectivement 12 et 15% des contacts). Les demandes concernant l'envoi d'un listing des thérapeutes ou le fond de solidarité entraîne le plus souvent un aiguillage vers les services sociaux et de santé.

Dans plus de 90% des contacts, la première réponse est une écoute des difficultés de la personne accueillie et dans près de 50% une information sous la forme de remise de documentation ou d'aiguillage est formulée par les bénévoles de PVA. Dans 13% des contacts, l'intervenant profite également de remettre du matériel de prévention.

Repas

En moyenne 17 personnes ont participé aux repas du lundi soir. Les hommes sont un peu plus nombreux à ces occasions. Sur les 3 derniers mois de 2006, 5 nouvelles personnes ont participé aux repas. Les thèmes abordés au cours de ces soirées sont variés. Un sujet fréquemment abordé est la question de dire ou non sa séropositivité lorsque l'on rencontre quelqu'un ou lors de vacances avec des personnes séronégatives etc. La question de la dépendance à l'alcool ou aux drogues est également revenue plusieurs fois, de même que la question des traitements de tri thérapies et de la mise à disposition de nouveaux traitements. D'autres sujets ont été abordés : avoir un enfant, la bisexualité, l'homosexualité, la transmission, etc. mais de manière plus ponctuelle.

Tableau 3-15 Nombre moyen de contacts à l'accueil par les bénévoles par mois, PVA, 2006

Accueil	Nombre de contacts (par mois)
Téléphone, mail	3 à 4
Accueil par les bénévoles	30 à 40
Repas	60 à 80

3.5.3 Activités thérapeutiques

Comme en 2005, PVA propose à ses membres une palette d'interventions de type thérapeutique: réflexologie, shiatsu, massages, thérapie individuelle, art-thérapie, groupe de parole à visée thérapeutique. L'offre s'est étoffée avec la possibilité de suivre trois nouvelles thérapies : Reiki, magnétothérapie et programmation neuro-linguistique.

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

Globalement les activités thérapeutiques, qu'elles soient de soutien, de relaxation ou artistiques, sont appréciées des membres de PVA, ce qui se traduit par un nombre important de séances offertes. Toutefois celui-ci a dû être revu à la baisse pour 2005 en raison d'une diminution de la subvention

^a Un envoi de fiches a été perdu à la poste et pour 2006, seules les données du dernier semestre sont exploitées dans ce rapport.

reçue par l'Association. En 2006, la fréquentation moyenne mensuelle des thérapeutes était d'environ 70 personnes par mois.

Le groupe de parole à visée thérapeutique s'est réuni 11 fois en 2006 et a été fréquenté par 6 à 7 personnes. C'est un lieu d'accueil des souffrances des personnes séropositives et il permet l'échange du vécu quotidien.

PVA's a réfléchi également à la mise sur pied d'un groupe de parole autour de la santé et du plaisir sexuel qui sera proposé début 2007.

Les activités proposées par PVA sont largement fréquentées. Il est cependant pas possible de déterminer pour l'instant combien de personnes différentes en bénéficient et les bases d'attribution des séances aux différents participants n'ont pas fait l'objet d'une évaluation.

Les news

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

Les New's sortent tous les mois avec un tirage des 500 news, dont environ 150 pour les membres et 350 pour les associations, instituts et hôpitaux. Plus de 100 news sont envoyés par ailleurs par mail aux autres membres qui ne désirent pas recevoir du courrier.

PVA participen aux différentes manifestations de prévention tout public organisées conjointement par les associations de la place, telles que le 1^{er} décembre. Elle a également publié régulièrement en 2006 des annonces porteuses de message de prévention dans différents hebdomadaires.

3.6 MIGRANTS

Le chapitre migrants du rapport portant sur l'année 2005 présentait un état de l'offre en matière de prévention et de prise en charge auprès des migrants et plus particulièrement des migrants d'origine subsaharienne. Il regroupait les informations récoltées au cours d'un focus group avec des intervenants du domaine migrants, ainsi que les données d'activités des associations.

Au vu des nombreuses actions de prévention mises en œuvre par les différentes associations, l'enjeu, relevé à fin 2005 était de parvenir à coordonner l'ensemble des interventions, afin d'éviter tant les doublons que les lacunes dans le dispositif. En première partie de ce chapitre, nous présenterons donc un compte rendu de la coordination mise en place, suivi d'un *mapping* informel des communautés africaines présentes à Genève. En dernière partie, les activités en matière de prévention mises à jour pour 2006 sont présentées.

3.6.1 Coordination des interventions et ressources à disposition

Coordination

Un processus de coordination existait déjà entre Afrimédia et le GSG, et l'ASFAG a été intégrée à cette démarche début 2006. Les coordinateurs respectifs de chacune de ces associations se sont rencontrés de manière régulière au cours de l'année. Par ailleurs, une réunion de l'ensemble des médiateurs travaillant sur le terrain dans le domaine des migrants a eu lieu.

Suite à la reprise d'Afrimédia au niveau national par l'Aide Suisse contre le Sida, un rapprochement avec le Groupe sida Genève a été discuté en 2006. Pratiquement, il a été envisagé que le coordinateur

national, employé par l'ASS, continuerait à travailler à Zurich, mais que les médiateurs/trices auraient plutôt un contact avec le GSG en ce qui concerne l'organisation pratique sur Genève. Ces aménagements n'ont eu aucune incidence sur le mode de travail des médiateurs/trices en 2006 et n'ont pas entraîné de changement de budget ou d'orientation durant l'année. Pour 2007, par contre, les deux médiateurs d'Afrimédia seront entièrement intégrés au GSG, lequel touchera 50% du budget du projet Afrimédia pour intégrer les activités développées dans ce cadre.

Planification

Il a été décidé par les participants réunis au cours de la première séance de coordination que le Groupe sida Genève tiendrait à jour les documents de coordination, soit :

- Un tableau des Ressources Humaines à disposition, **y compris les ressources bénévoles**, indiquant le taux de travail de chaque personne, sa communauté d'origine, sa tâche, la/les langues parlées.
- Un tableau de calendrier des actions faites ET des actions prévues. Des couleurs différentes différencient chaque type d'action (stand, séance d'info, action mobile, visite famille).
- Pour le détail de chaque action, il a été convenu que les copies de fiches d'évaluation de **chaque action** soient rassemblées dans un classeur au Groupe sida Genève.
- Une liste des commerces visités par les médiateurs devait également être dressée afin de connaître l'ensemble des lieux visités.

Seule la liste des noms des médiateurs a été dressée, mais sans description de leur profil (communauté, langues parlées, tâches, etc.)

Le planning officiel des interventions respectives a souvent été rempli a posteriori ce qui n'a pas permis d'empêcher certains doublons entre les interventions (visites de médiateurs d'Afrimédia et de l'ASFAG durant la même semaine dans le même commerce). Il permet donc juste de dresser un inventaire des lieux visités et de la fréquence des visites. Le tableau n'a de plus pas été complété pour l'ensemble de l'année malgré les rappels du coordinateur du GSG chargé cette tâche.

A cause de problème de restructuration (passage d'Afrimédia de la Croix-Rouge et Institut Tropical à l'ASS) il a été impossible pour cette équipe d'avoir des fiches d'évaluation de janvier à avril 2006. Seuls les mentions générales pour chaque action figurent sur le tableau de planification des interventions. Quant à l'ASFAG, les fiches décrivant les commerces visités et les contacts avec les gérants n'ont pas été remplies.

Ressources

Le projet d'Ethno-ContactS du GSG implique 8 médiateurs qui vont sur le terrain à la rencontre des migrants dans les parcs et les maisons de quartier notamment, informe et donne des conseils de prévention VIH/sida. Cette action ne concerne cependant pas uniquement les migrants africains, mais touche également les communautés sud-américaines et celles originaires des Balkans.

L'équipe de médiateur/trices d'Afrimédia ne comportait plus que 2 médiateurs en 2006, qui assument un nombre d'heure plus important chacun par mois (reprise des heures non faites par d'autres médiateur/trices soit respectivement 15 et 19 heures par mois). Du fait de la réduction de leur nombre, il a été décidé de s'appuyer sur des « personnes-clefs » de la communauté qui peuvent contribuer au travail de prévention.

Les médiatrices de l'ASFAG sont actuellement au nombre de 4 (6 personnes formées), dont deux fonctionnent à titre de « remplaçantes ». Les 2 médiatrices en activité travaillent en moyenne 3 demi-journées par mois. Le GSG s'est inquiété de la perte des acquis de la formation si les médiatrices ne

travaillent pas et a proposé que les médiatrices remplaçantes soient impliquées dans des actions de prévention du Groupe sida Genève.

Fin 2005, l'idée de recenser les personnes ayant reçu la formation de base du GSG et des langues parlées afin d'avoir une liste des gens formés, susceptibles de répondre aux questions de base et d'assurer un relais avait été retenue. Une liste des médiateurs actifs ou remplaçants a été dressée toutefois la liste des langues pratiquées n'a pas encore été établie.

Formation et supervision

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

Le GSG a proposé de participer à une ou deux actions de prévention d'Afrimédia et Asfag à titre d'observateur. L'idée était 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.

Les médiatrices de l'ASFAG dont c'était la première année d'activité ont été supervisées de manière interne par une personne bénévole.

3.6.2 Mapping informel

La population étrangère vivant à Genève regroupe de nombreuses communautés différentes et des personnes au statut très variables. 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 :

- 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^a.

Le Tableau 5-26 en annexe compile les données quantitatives des associations et du canton. La population d'origine africaine comptait 15'749 personnes enregistrées au Contrôle des habitants du canton. Parmi elles, 2021 ont un statut de réfugiés et 87 NEM sont comptabilisés en 2005 (226 en 2004). L'Hospice général estime que la grande majorité des NEM sont originaires de l'Afrique subsaharienne et ont entre 18 et 25 ans. En plus de ce décompte officiel, un certain nombre d'étrangers vivent clandestinement dans le canton. En comparant les chiffres des statistiques avec les résultats des

^a Kultura est une association qui offre aux groupements qui en font la demande la possibilité de bénéficier d'une infrastructure et de moyens pratiques pour monter une association. Elle regroupe pas moins de 16 associations se définissant comme en lien avec un pays d'Afrique ou avec l'Afrique en général.

monitoring de l'ASFAG ou du GSG, il ressort que certaines communautés africaines bien présentes à Genève n'ont eu aucun contact relevé ni au GSG ni à l'Asfag. On peut citer en exemple la Somalie et le Sénégal pour l'Afrique sub-saharienne.

Il convient de poursuivre le mapping pour mieux cerner les manques en matière d'intervention et examiner les possibilités de collaborations avec les différentes associations qui existent à Genève.

Les hommes africains

Le GSG a entamé une collaboration avec les HUG afin d'essayer d'approcher les hommes africains concernés par le VIH. Dans ce cadre, un *flyer* décrivant le lieu d'accueil et de rencontre du « 6 » a été créé. Il est remis aux hommes africains notamment via les consultations aux HUG et a été distribué aux médecins prenant en charge les requérants d'asile afin qu'ils puissent orienter les personnes concernées vers le « 6 ». Par ailleurs le collaborateur du "vivre avec" chargé de ce projet est appelé régulièrement par les HUG lorsqu'un de leur patient d'origine sub-saharienne est hospitalisé pour lui offrir un soutien et un relais sur d'autres prestations du GSG ou du réseau genevois si nécessaire.

Le but à moyen terme de ces contacts est d'arriver à constituer un groupe de parole pour les hommes africains. Par contre, la solution évoquée en 2005 de travailler avec les hommes en créant des groupes de personnes ressources^a n'a pas été développée en 2006.

Approche des nouveaux migrants

Dans le cadre de la prévention auprès des requérants d'asile (Groupe tripartite Centre Santé Migrants, Hospice Général et Groupe sida Genève) le GSG a organisé une action de prévention lors de la remise des chèques dans le bureau de l'hospice général et a invité Afrimédia et l'ASFAG à se joindre à cette action, afin de pouvoir tenir le stand sur une plus longue durée. Cette action a eu lieu en septembre 2006. L'expérience a été vécue de manière différentes selon les personnes présentes : l'ASFAG relève notamment un risque de stigmatisation des requérants, pour le GSG ce moment reste une opportunité de contacts avec les requérants et pour Afrimédia, qui a suivi la mise en place et l'évaluation d'une intervention similaire à Zurich, le fait d'avoir un stand à ce moment constitue une plus-value non négligeable. Il n'a pas encore été clairement décidé si cette intervention serait poursuivie et quelle association souhaiterait y participer.

^a Il s'agirait de former des personnes motivées issues des communautés visées pour ensuite assurer un relais pour les informations VIH/sida avec le réseau existant.

4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

4.1 EPIDÉMIOLOGIE^a

Par rapport à l'année 2005, les données de 2006 du système de déclaration du VIH/Sida confirment la stabilisation générale du nombre de nouveaux tests VIH positifs (n=88) déclarés dans le canton de Genève. Toutefois, des dynamiques différentes semblent être à l'œuvre dans les divers groupes de population :

- le nombre de nouveaux cas chez les HSH reste élevé (n=22) ;
- on note une augmentation des nouveaux cas chez les personnes consommant des drogues par injection (n=10 en 2006);

Cette augmentation des nouveaux cas de VIH chez les consommateurs de drogue est préoccupante : en effet dans l'enquête sur les comportements des personnes consommatrices fréquentant les structures à bas seuil, on constate un rajeunissement des personnes commençant à fréquenter Quai 9 et un retour de la consommation d'héroïne. Par ailleurs, l'utilisation de seringues déjà utilisées par un tiers (partage) est en légère augmentation et la prévalence rapportée d'abcès durant les 6 derniers mois est élevée.

On note une amélioration des comportements préventifs chez les personnes séropositives dans le cadre de relations stables.

4.2 SUIVI DES ASSOCIATIONS TRAVAILLANT DANS LE DOMAINE DU VIH/SIDA

Les 5 associations suivies dans le cadre de cette évaluation présentent des profils très différents : 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. Elles sont dotées de budgets élevés dont la part la plus importante est constituée de subventions cantonales (plus d'un million par association). Les tâches qui leurs sont dévolues et les attentes que l'on peut avoir sont de ce fait aussi plus importantes.

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. Il s'agit dans les deux cas d'associations de personnes séropositives ou concernées par le VIH/Sida dont l'intérêt premier est de réunir et soutenir des personnes concernées, et qui, par conséquent, ont une action plus limitée dans le domaine préventif. Il convient d'avoir des attentes réalistes par rapport aux activités qui peuvent être menées dans le cadre de ces deux associations.

Dans l'ensemble, les associations financées dans le cadre des contrats de partenariat, remplissent les tâches qui leur ont été assignées. La complémentarité entre elles semble bien fonctionner. Pour l'ASFAG, la définition de nouvelles tâches de prévention représente toujours un enjeu important et le changement introduit n'est pas encore suffisamment opérationnel.

^a Nombre d'infections récentes, demande en cours auprès de l'OFSP.

GSG

Le GSG a entamé en 2006, une réorganisation de ses activités en 4 domaines d'interventions. Le nombre de projets différents menés ou soutenus par le GSG est cependant très élevé et devrait probablement faire l'objet d'une priorisation afin de rendre plus claires les interventions de l'association et limiter le risque de dispersion.

En terme d'activités, le GSG a poursuivi ses réflexions sur son mode d'intervention. Il a ainsi 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) conformément aux recommandations émises dans le rapport d'évaluation précédent.

Dialogai

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.).

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. 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.

Première Ligne

Première Ligne a poursuivi ses activités de prévention en milieu festif. Par ailleurs, l'activité de Quai 9 s'est poursuivie normalement malgré les perturbations engendrées par les travaux d'aménagement urbain autour du local d'injection. Malgré ces conditions difficiles, la fréquentation de la structure est restée relativement stable et un nombre important de nouveaux usagers a été enregistré en 2006.

En ce qui concerne la clientèle de Quai 9, il faut relever les aspects suivants :

- Un rajeunissement de la clientèle des nouveaux usagers provenant de la région.
- L'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.
- La demande provenant de jeunes consommateurs de drogues par inhalation et sniff pour lesquels il s'agit de réfléchir à une offre de prise en charge.

ASFAG

L'association a démarré des activités de prévention auprès de la population africaine en général en mettant sur pied une équipe de médiatrices. Toutefois, pour mener à bien cette activité, une part plus conséquente des ressources financières de l'association devrait être utilisée pour ce domaine d'intervention et une supervision par des professionnels du GSG devrait être mise en place afin d'augmenter la compétence des intervenants en matière de prévention et de gestion du projet et ainsi garantir la qualité des interventions.

PVA'S

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

Le soutien et la promotion de la solidarité doivent rester la priorité dans les activités de PVA. La prévention auprès des personnes séropositives peut encore être renforcée.

Il n'y a pas de sens à développer des actions propres de prévention auprès de la population générale si ce n'est la participation au 1^{er} décembre ou à d'autres activités en collaboration avec d'autres associations.

4.3 PRÉVENTION AUPRÈS DE LA POPULATION MIGRANTE SUB-SAHARIENNE

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

Coordination et planification

Un processus de coordination existait déjà entre Afrimédia et le GSG ; l'ASFAG a été intégrée à cette démarche début 2006. Les coordinateurs respectifs de chacune de ces associations se sont rencontrés de manière régulière au cours de l'année.

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

Formation et supervision

Les médiateurs des différentes associations ont reçu une formation commune donnée par le GSG.

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.

Les médiatrices de l'ASFAG dont c'était la première année d'activité ont été supervisées de manière interne par une personne bénévole.

4.4 TABLEAUX DE BORD

La révision des indicateurs proposés dans les contrats de partenariat et la définition des indicateurs de processus et des objectifs visés à moyen terme a été entamée avec les associations. Chaque contrat contient en effet un tableau de bord fixant des objectifs d'intervention, les activités prévues, ainsi que des indicateurs d'activité et de résultats. 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.

4.5 EXPLORATION DES POSSIBILITÉS DE COMPARER LES CLIENTÈLES ET LA DEMANDE DE TEST DANS LES CENTRES DE TEST ANONYME DE CHECKPOINT ET DES HUG

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).

4.6 RECOMMANDATIONS

Epidémiologie

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.

Dispositif

Le système de monitoring doit continuer à permettre de suivre la qualité et la pertinence des interventions et de l'offre. Pour l'ensemble des associations, il est encore nécessaire d'améliorer la qualité des données récoltées.

GSG

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 de presse du 1^{er} décembre.

Il convient d'envisager la supervision par le GSG de tous les mandants travaillant auprès des populations migrantes, sub-sahariennes notamment.

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.

Dialogai

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. Il est important que Dialogai continue à mettre sur pied des manières novatrices pour faire passer les messages de prévention.

Première ligne

L'augmentation des nouvelles déclarations de VIH chez les personnes toxicodépendantes, ainsi que la fréquence élevée d'abcès rapportée par les personnes consommant par injection doivent amener les intervenants à réfléchir 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.

Il convient aussi de garantir et de faciliter l'accès aux structures (local, bus) qui est parfois menacé par des problèmes liés aux périmètres d'exclusions mis en place par la police, des difficultés liées aux travaux d'aménagement du tram, etc.

L'offre de prise en charge médicale aux consommateurs dépendants en situation illégale à Genève devrait aussi être discutée/mise sur pied.

ASFAG

Le soutien 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 la prévention auprès des populations subsahariennes.

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.

PVA'S

Le soutien et la promotion de la solidarité doivent rester la priorité dans les activités de PVA. La prévention auprès des personnes séropositives peut encore être renforcée, mais il n'y a pas de sens à développer des actions de prévention auprès de la population générale.

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.

Prévention auprès des migrants sub-sahariens

Les résultats des premières investigations sur les différentes communautés de populations migrantes vivant à Genève offrent des pistes intéressantes, mais 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.

Une mise à niveau des différentes équipes de médiateurs actifs dans la prévention auprès des populations migrantes est nécessaire tant en termes de ressources que de supervision et doit être clairement confiée au GSG. La coordination mise en place par le GSG doit par ailleurs être poursuivie et améliorée notamment en intégrant davantage les personnes actives sur le terrain aux séances de planification.

En termes de couverture de la population migrante, il conviendrait de renforcer les actions auprès des hommes migrants.

5 ANNEXES

5.1 ANNEXE AU CHAPITRE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Tableau 5-1 Données existantes ou dont la récolte est prévue dans la période 2005-2007

	2005	2006	2007
Toutes populations	Analyse des données pour GE du système de déclaration VIH/sida et des autres IST (OFSP)	Poursuite de l'analyse des données pour GE du système de déclaration VIH/sida /IST (OFSP)	Poursuite de l'analyse des données pour GE du système de déclaration VIH/sida / IST (OFSP)
Hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HSH)	Revue des données de l'Enquête de population santé gaie Genève (internet + computer-based) menée en 2002 par ISPM Zurich		
	Monitoring des activités menées par Dialogai (y.c utilisation des données de l'évaluation prévue de Check Point)	Poursuite du monitoring	Poursuite du Monitoring
	Analyse secondaire des données des participants de la région genevoise de l'enquête de population HSH Suisse menée en 2004 par l'IUMSP, sur mandat de l'OFSP 2004-2008		Répétition de l'enquête HSH suisse prévue, avec la même possibilité d'exploitation des données des participants de la région genevoise
Migrants (en particulier subsahariens)	Monitoring des activités menées par le Ministère sida et ASFAG + autres intervenants dans le domaine (GSG, Afrimedia)	Poursuite du monitoring Exercice de mapping informel	Poursuite du monitoring
	Utilisation résultats de l'évaluation mise en œuvre ASFAG 2004 (mandat OFSP, consultant extérieur)		
	Exploitation des données genevoises provenant des interviews et du panel d'experts VD/GE (nov-déc 2004) sur la situation des migrants subsahariens et des clandestins dans les cantons de VD/GE, sur mandat de l'OFSP 2004-2008		
	Exploration des possibilités d'utilisation des résultats de l' Enquête de population sur la santé des migrants réalisée en 2004-2005 sur mandat de l'OFSP par le Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands et LINK (représentativité de GE incertaine)		
Consommateurs de drogues	Utilisation des données de l'Enquête de population dans la clientèle des structures à bas seuil de GE (Bus et Quai 9) menée en 2001, questionnaire identique à l'enquête nationale des structures à bas-seuil (SBS)		
	Enquête de population dans les structures à bas seuil (SBS) Suisse (questionnaire) y.c GE, menée en 1993, 94, 96, 2000, sur mandat OFSP	Répétition en 2006 par IUMSP Lausanne, dans le cadre du mandat OFSP 2004-2008	
	Monitoring des activités de l'association Première ligne Monitoring des activités Quai 9 et Bus sida analysées dès 2001 jusqu'à 2004 y.c. par IUMSP	Poursuite du monitoring	Poursuite du monitoring
PVAs	Monitoring des activités des associations qui travaillent auprès des PVAs (ASFAG, Ministère sida, GSG, Dialogai)	Poursuite du monitoring	Poursuite du monitoring
	Demande à la SHSC de l'exploitation des données pour les patients genevois (questions sur les comportements sexuels)	Exploitation des données concernant les PVAs dans enquête SBS et dans la Cohorte SHCS	Exploitation des données concernant les PVAs dans enquête HSH et dans la Cohorte SHCS
Jeunes	Exploitation secondaire des données pour Genève de SMASH (Swiss Multicentric Adolescent Survey on Health), étude menée en 1992 et 2002 par IUMSP Lausanne et Uni Berne		Enquête de population de 17-45 ans sur les comportements sexuels (Suisse) 1987, 88, 89, 90, 92, 94, 96, 2000, sur mandat OFSP. Menée par l'IUMSP Lausanne et LINK Prévue en 2007 (possibilité à discuter de surreprésenter GE chez les 17-20 ans)

Récapitulation des outils d'évaluation utilisés en 2006

	Secteur	Monitoring
GSG	Permanence téléphonique	Mise en place d'un bref questionnaire pour tout contact (à la place de l'outil proposé par Et Alii en 2005) Listing des thèmes traités lors de contact portant sur un conseil VIH
	Prévention	Fiche d'activité des actions sur le terrain (première page revue) Bref questionnaire pour tout contact de médiation Fiche de séances d'information Fiche de formation
	Conseil	Adaptation de l'outil mis en place par Et Alii
	Juridique	Adaptation de l'outil mis en place par Et Alii
Dialogai	Accueil	Bref questionnaire pour tout contact Listing des thèmes traités lors de contact portant sur un conseil VIH
	Check Point	Questionnaire d'accueil avec questions supplémentaires sur la demande
	Programme MSM de l'ASS	Fiche d'activité des actions sur le terrain
1^{ère} ligne	Quai 9	Statistiques de routine, y.c analyse fiches nouveaux clients
	Boulevards	Statistiques de routine
	Seringues	Statistiques de remise de Quai 9, Boulevards, BIPS
ASFAG	Accueil	Bref questionnaire pour tout contact au bureau
	Prévention	Bref questionnaire pour tout contact de médiation Fiche de description des commerces et lieux visités
	Ateliers	Fiche de fréquentation des ateliers
	Trousse	Questionnaire pour toute remise de trousse (aussi fait par les partenaires : GSG, Ministère).
PVA	Accueil	Bref questionnaire pour tout contact étendu si possible à l'ensemble des activités des bénévoles.
Autres données	Migrants	Exercice de mapping informel Suivi des séances de coordination et de planification « migrants »
	MSW Aspasia	Poursuite de l'intégration des données de monitoring recueillies dans le rapport d'évaluation
Toutes associations		Révision des indicateurs proposés dans le contrat de partenariat 2 à 3 Réunions de suivis

5.2 TABLEAUX DE BORD

Contrat de prestations entre le DES et le GSG

Tableau de bord 2008

Les associations actives dans le domaine du VIH contribuent à atteindre les objectifs sanitaires suivants :

1. D'ici à 2010, il y aura moins de 10 infections VIH récentes par an (séroconversion dans l'année et infections aiguës) diagnostiquées chez des résidents du canton de Genève.
2. D'ici 2009, tous les centres de d'information et de dépistage VIH (Centres VCT) du canton appliquent les "règles du VCT" de l'OFSP.

Mission du GSG (en lien avec le contrat de prestations)

- Favoriser la prévention et offrir un soutien aux personnes concernées par le VIH/sida
- Contribuer à la diminution des nouvelles infections
- Lutter contre les discriminations

Prestation générale : Prévention des maladies transmissibles

- Objectifs généraux :**
- favoriser les conduites à moindre risque et réduire le risque de transmission de l'infection VIH ;
 - améliorer les connaissances de la population sur le VIH, promouvoir la solidarité et lutter contre les discriminations ;
 - améliorer la qualité de vie des personnes infectées par le VIH.

Prestation 1 : Mise en œuvre de projets de prévention de l'infection VIH auprès de la population générale et de groupes vulnérables

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Fournir de l'information sur le VIH/sida et du matériel de prévention à la population générale	- Nombre de personnes directement abordées (y.c. entretiens de courte durée, entretien individuels, conseils par téléphone et internet)	30'000 personnes / an 450 personnes par téléphone / an 100 échanges internet / an
	- Nombre d'institutions/lieux offrant du matériel de prévention grâce au GSG	40 institutions-lieux / an
Contribuer à la mise en œuvre et au suivi de projets de VCT et fournir de l'information sur le VIH/sida, du matériel et des mesures de prévention aux populations vulnérables, en particulier les migrants	- Nombre de migrants directement abordés (y.c. entretiens de courte durés, VCT, participants à des séances d'information)	2'500 personnes au moins / an dont : - 500 par séances d'information - 1'200 entretiens de courtes durées
	- proportion de ressortissants de pays ou de populations à haute prévalence de VIH/sida parmi les migrants abordés ci-dessus	50% au moins
	- Nombre de femmes ayant reçues la trousse de prévention (yc counselling – 1h)	10 / an (au moins)
	- Nombre de nouveaux relais capables de distribuer la trousse de prévention (yc counselling)	5 nouveaux relais / an
	- Nombre de centres VCT liés au GSG qui appliquent les normes de qualité de l'OFSP	Tous les centres liés au GSG



Prestation 2 : Mise en œuvre d'actions de communication, de mobilisation et de formation

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Colliger, analyser et diffuser des informations sur le VIH/sida	- Nombre total d'apparitions dans les médias locaux (radio, articles de presse, TV)	20 / an
	- Nombre de visite sur le site/blog du GSG	60'000 / an
Identifier les situations de discrimination et défendre les intérêts des personnes concernées par le VIH/sida	- Nombre de démarches entreprises en lien avec des situations de discrimination	25 / an (à vérifier)
Former des professionnels et des volontaires du réseau socio-sanitaire sur le VIH/sida.	- Nombre de personnes concernées par des actions de formation	150 personnes formées / an (détail par type de formation et cible à préciser)

Prestation 3 : Soutien des personnes séropositives et les mesures préventives individuelles qu'elles mettent en œuvre

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Soutenir, aider et accompagner les personnes séropositives et leurs proches dans leurs difficultés liées au VIH/sida	- Nombre de contacts avec des personnes séropositives au travers des entretiens individuels (groupe de parole, accueil, petits jobs)	+ de 400 contacts en entretiens individuels / an + de 400 contacts dans les groupes de paroles / an + de 1000 heures de petits jobs offerts /an + de 80 contacts à l'accueil du 6 / an
	- Nombre de nouvelles (*) personnes bénéficiant d'un soutien ou d'un accompagnement	50 nouvelles personnes / an reçues en entretiens individuels et confidentiels
Favoriser les conduites à moindre risque chez les personnes séropositives en particulier par le développement de leurs compétences sociales et en matière de prévention secondaire	- Nombre d'entretiens durant lesquels les questions de sexualité sont abordées	200 entretiens / an
	- Nombre de personnes bénéficiant de petits jobs	70 personnes différentes



Contrat de prestation entre le DES et Dialogai Tableau de bord 2008

Les associations actives dans le domaine du VIH contribuent à atteindre les objectifs sanitaires suivants :

1. D'ici à 2010, il y aura moins de 10 infections HIV récentes par an (séroconversion dans l'année et infections aiguës) diagnostiquées chez des résidents du canton de Genève.
2. D'ici 2009, tous les centres de d'information et de dépistage VIH (Centres VCT) du canton appliquent les "règles du VCT" de l'OFSP.

Mission de [Dialogai] (en lien avec le contrat de prestation)

- Offrir à la communauté homosexuelle une structure d'accueil, d'écoute d'information, d'expression, de convivialité, et de solidarité
- Agir dans le cadre de la lutte contre le sida et en faveur de la promotion de la santé des membres de la communauté homosexuelle

Prestation générale : Prévention des maladies transmissibles

- Objectifs généraux :**
- Réduire les risques de transmission du VIH dans la communauté homosexuelle ;
 - améliorer la capacité des HSH à adopter des pratiques à moindre risque ;
 - sensibiliser les professionnels de la santé et améliorer leurs compétences dans le domaine de la santé gai et de l'homosexualité.



Dialogari

Prestation 1 : Mettre en œuvre des actions de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, et de promotion de la santé sexuelle

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Faciliter l'accès au conseil et dépistage volontaire du VIH (VCT) et d'autres IST pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de consultations réalisées- Nombre de tests VIH réalisés- Nombre de tests IST réalisés (détail par IST)	<ul style="list-style-type: none">300-400 consultations / an200-250 tests VIH / an50-100 tests IST / an (total)
Informier et conseiller les HSH qui fréquentent la scène gai de Genève et de l'arc lémanique et utilisent Internet sur le VIH/sida et les IST et/ou promouvoir la santé sexuelle (travail de terrain).	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un entretien pendant une action de terrain- Nombre de personnes directement touchées (contact) dans le cadre d'action de terrain ou de chat- Nombre de personnes touchées dans le cadre d'actions de terrain- Nombre de visites du site internet www.damepipi.ch	<ul style="list-style-type: none">100 entretiens / an1200 contacts directs sur le terrain / an (mini entretiens)10'000 / an5000-7000 visites / mois



Prestation 2 : Mettre en œuvre des actions de promotion de la santé et de la solidarité

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Mettre en œuvre des actions permettant le développement des connaissances et des compétences personnelles par des méthodes de travail de groupe (programme "Etre gai ensemble")	- Nombre de participants au débats/talk shows/ateliers/groupes de parole/partage	900 participants / an
Mettre à disposition de la communauté gaie une liste à jour de thérapeutes et de services "gay friendly"	- Nombre de demandes du listing par des gais	200 demandes / an
Offrir et animer une structure d'accueil, d'écoute et de conseil en particulier dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé des HSH	- Nombre de contacts (détail par type et raison de la demande i.e. IST, VIH, dépistage, discrimination, expertise, etc.)	1'000 / an
Lutter contre l'homophobie en identifiant les situations de discrimination et en sensibilisant l'opinion sur ce thème	- Voir indicateur ci-dessus - Nombre total d'apparition dans les médias (radio, articles de presse, TV), et détail par thème	Voir cible ci-dessus 30 (à vérifier)
Mettre en œuvre des actions de promotion de la santé mentale en particulier à travers le programme "alliance contre la dépression" dans la communauté gai.	- Voir indicateur du programme "alliance contre la dépression"	A déterminer



Prestation 3 : Mettre en œuvre des actions de formation et fournir une expertise

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Sensibiliser et former les professionnels (santé, social, éducation) et les volontaires du réseau socio-sanitaire aux aspects spécifiques HSH de prévention du VIH et des IST et de la santé gaie	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de personnes formées- Heures d'interventions dans le cadre de la formation des professionnels de santé ou de demandes ponctuelles	<p>250 / an (détail par groupe)</p> <p>100 heures / an (détail par groupe)</p>
Former et sensibiliser les forces de l'ordre et autre professionnels de la sécurité publique aux problématiques des violences homophobes et à la prise en charge des personnes qui en sont victimes	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation- Nombre d'heures de cours de sensibilisation	<p>50 à 80 professionnels formés</p> <p>10 heures de cours</p>
Fournir sur demande une expertise dans le domaine de la prévention du VIH.	<ul style="list-style-type: none">- Nombre d'expertises et bénéficiaires	?

Revu et approuvé par Dialogai (2-4-07)

I:\Dgs\09RELATIONS EXTERIEURES\09.10.Institutions subventionnées\Dialogai\Tab_bord_Dialogai_2007_04_24.doc



Contrat de prestations entre le DES et Première Ligne Tableau de bord 2008

Les associations actives dans le domaine du VIH contribuent à atteindre les objectifs sanitaires suivants:

1. D'ici à 2010, il y aura moins de 10 infections HIV récentes par an (séroconversion dans l'année et infections aiguës) diagnostiquées chez des résidents du canton de Genève.
2. D'ici 2009, tous les centres de d'information et de dépistage VIH (Centres VCT) du canton appliquent les "règles du VCT" de l'OFSP.

Missions de Première Ligne (en lien avec le contrat de prestations)

- Amélioration des conditions de santé et d'existence des personnes en phase de consommation active de produits psychotropes
- Gestion des structures d'accueil et de prévention destinées aux usagers de drogues
- Observation et information sur l'évolution des modes de consommation et les questions relatives aux drogues

Prestation générale : Prévention des maladies transmissibles

- Objectifs généraux :**
- Réduire les risques de transmission de l'infections VIH, Hépatite C et les autres affections liées à la consommation de produits psychotropes ;
 - faciliter les actions de réduction des risques au sein de la communauté ;
 - améliorer la pertinence des actions, des partenaires et l'information des décideurs.



Prestation 1: Mise en œuvre des actions de réduction des risques à l'intention des personnes consommant des substances psycho actives

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Favoriser une consommation à moindre risque chez les personnes consommant principalement par injection, inhalation, ingestion et sniff	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre total de seringues distribuées - Nombre d'injections au local Quai 9 - Nombre d'OD mortelles à Quai 9 - Nombre de personnes vues au moins une fois à Quai 9 - Nombre de contacts au BIPS - Nombre de contacts liés à la remise de kits sniff/paille 	<p>12'500 par mois (<i>détail par lieux</i>)</p> <p>1600 par mois</p> <p>0 (zéro)</p> <p>env. 700 par an</p> <p>20'000 par an</p> <p>400 par an</p>
Favoriser les conduites à moindre risque lors de consommations récréatives et en milieu festifs	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes rencontrées lors des activités de Nuit Blanche - Nombre de petits entretiens 	<p>1500 personnes par an</p> <p>500 par an</p>
Offrir des soins de base et une orientation dans le réseau socio-médical aux usagers de drogues	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre total de soins prodigués (Quai 9, BIPS et Bus Boulevards) - Nombre total d'orientations (Quai 9, BIPS et Bus Boulevards) 	<p>70 soins par mois</p> <p>40 par mois</p>
Favoriser la réduction des risques sexuels, notamment en lien avec la prostitution	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de contacts avec des personnes pratiquant la prostitution - Nombre de préservatifs distribués 	<p>1'500 par an</p> <p>80'000 par ans (total des activités)</p>



Prestation 2 : Promotion de la solidarité par la sensibilisation de la population à la réduction des risques et amélioration de la situation pour le voisinage

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Sensibiliser et informer la population sur les difficultés liées à la consommation de drogues et celles des usagers de drogues	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de bulletins d'information distribués par 1^{ère} ligne (journal Première Ligne)- Nombre d'actions de communication spécifiques en direction de la population générale(- Nombre total d'apparitions dans les médias (radio, articles de presse, TV))	<p>3 X 5'000 par an</p> <p>Au moins 2actions par an</p> <p>(20 par an)</p>
Favoriser les relations entre habitants et usagers de drogues par le développement de pratiques de gestion communautaire des problèmes liés à l'usage de drogues	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de soirées publiques- Nombre total de participants - Nombre de seringues retrouvées dans le quartier par les usagers volontaires en prévention communautaire- Nombre d'heures consacrées à la recherche de seringues dans le quartier par les usagers volontaires en prévention communautaire	<p>4 par an</p> <p>30 par séance (moyenne, avec proportion comparable de voisins, de membres, de professionnels et d'usagers)</p> <p>1500 par an</p> <p>1'000 heures par an</p>



Prestation 3 : Observation et documentation de l'évolution de la réalité des personnes consommant des substances psychoactives et de leur environnement ; formation des professionnels du réseau socio-sanitaire

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Collecter, analyser et restituer des données et des informations sur la consommation de drogues et l'évolution des problèmes rencontrés sur le terrain	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de rapports écrits à l'attention des partenaires et des autorités- Nombre d'échantillons de drogues testés	<p>Au moins 2 rapports par an (par exemple sur la consommation en milieu festif, la clientèle de Quai 9, la sécurité, ...)</p> <p>25 tests par an</p>
Former et informer les professionnels dans le domaine de la réduction des risques	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de visiteurs (professionnels) à Première ligne- Nombre de personnes concernées par des actions de formation	<p>50 par an</p> <p>500 par an (préciser par type de formation)</p>

Version du 24 avril 2007, approuvée par 1^{ère} ligne le 4-4-07



Contrat de prestations entre le DES et l'ASFAG Tableau de bord 2008

Les associations actives dans le domaine du VIH contribuent à atteindre les objectifs sanitaires suivants:

1. D'ici à 2010, il y aura moins de 10 infections HIV récentes par an (séroconversion dans l'année et infections aiguës) diagnostiquées chez des résidents du canton de Genève.
2. D'ici 2009, tous les centres de d'information et de dépistage VIH (Centres VCT) du canton appliquent les "règles du VCT" de l'OFSP.

Mission de ASFAG (en lien avec le contrat de prestations)

- Création d'un réseau de solidarité afin d'offrir aux femmes vivant avec le VIH/Sida d'origine africaine de Genève et de sa région des possibilités de se soutenir mutuellement et d'améliorer leur santé et leur bien-être

Prestation générale : Prévention des maladies transmissibles

- Objectifs généraux :**
- réduire le risque de transmission de l'infection HIV et des autres IST en favorisant les conduites à moindre risque ;
 - améliorer la qualité de vie des femmes africaines concernées par le VIH/Sida.



Prestation 1 : Mise en œuvre de projets de prévention de l'infection VIH pour les femmes africaines vivant à Genève

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Sensibiliser les femmes africaines aux questions en lien avec le VIH/sida en leur fournissant les informations permettant le développement de compétences préventives	- Nombre de femmes rencontrées lors du travail de médiation dans les commerces africains	150 contacts individualisés par an
	- Nombre de commerces fonctionnant comme relais de prévention (documentation et préservatifs à disposition de la clientèle)	15 commerces par an
	- Nombre de "médiatrices" actives et supervisées ayant bénéficié d'une formation à la prévention	6 nouvelles médiatrices formées / an 2 médiatrices formées supervisées /an
Développer les compétences préventives des femmes africaines vivant avec le VIH/Sida leur permettant de vivre une sexualité à moindre risque	- Nombre de femmes participant aux groupes de parole de l'ASFAG	Au moins 60 femmes différentes / an
	- Nombre de femmes ayant reçues la trousse de prévention (yc counselling – 1h)	10 femmes / an
	- Nombre de contact au bureau portant sur le VIH (face à face, téléphone, autre)	60-80 contacts par mois (cible par type de contact à préciser)

Prestation 2 : Soutien et accompagnement des femmes africaines concernées par le VIH/Sida et promotion de mesures préventives individuelles

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Permettre aux femmes africaines concernées par le VIH/Sida de mieux vivre leur situation à travers des mesures de soutien culturellement adapté	- Nombre de visites à domicile et à l'hôpital	150 visites par an (détail et cible à préciser)
	- Nombre de personnes différentes concernées par les visites	A préciser
	- Nombre de repas traditionnels livrés	A préciser
Améliorer l'intégration sociale et les conditions de vie des femmes africaines concernées par le VIH/Sida	- Nombre de ménages recevant un carton alimentaire	- 80 ménages en moyenne / par mois - x ménages différents / an
	- Nombre de femmes ayant participé à une activité génératrice de revenus (cuisine, coiffure, couture par ex.)	10 personnes par mois (détail et cible à préciser)
	- Nombre d'aides administratives fournies	10 personnes / mois

Version du 30 avril 2007 approuvée par ASFAG

I:\Dgs\09RELATIONS EXTERIEURES\09.10.Institutions subventionnées\ASFAG\Tab_bord_ASFAG_2007-04-30.doc

Contrat de prestations entre le DES et PVA's Tableau de bord 2008

Les associations actives dans le domaine du VIH contribuent à atteindre les objectifs sanitaires suivants :

1. D'ici à 2010, il y aura moins de 10 infections HIV récentes par an (séroconversion dans l'année et infections aiguës) diagnostiquées chez des résidents du canton de Genève.
2. D'ici 2009, tous les centres de d'information et de dépistage VIH (Centres VCT) du canton appliquent les "règles du VCT" de l'OFSP.

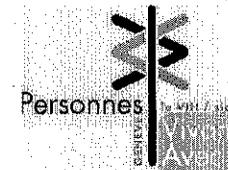
Mission de PVA's (en lien avec le contrat de prestations)

- Offrir aux PVA's une structure d'accueil, d'écoute, d'information, d'expression, de coordination, de convivialité et de solidarité
- Défendre les intérêts des PVA's et de leurs proches qui feraient l'objet de discrimination fondées sur le statut sérologique
- Favoriser l'intégration et l'expression des PVA's dans tous les groupes de travail

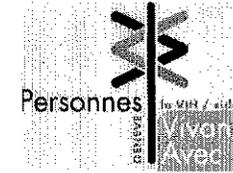
Prestation générale : Prévention des maladies transmissibles

Objectifs généraux : - Favoriser les conduites à moindre risque ;
- diminuer la transmission du VIH.

Prestation 1 : Mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention chez les personnes vivant avec le VIH et leurs proches (PVA's)



Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Contribuer au mieux être des PVA's	Nombre total de participants différents aux thérapies	40 participants / mois en moyenne 145 personnes / an (valeur à vérifier par PVA)
	Nombre total de thérapies	80 séances / mois en moyenne
Aider les PVA's à mieux gérer leur sexualité et encourager les comportements à moindre risque	Nombre total de personnes participant (au moins une fois) au groupe de parole hétérosexuels	15 participants / mois en moyenne 50 personnes / an (valeur à vérifier par PVA)
Favoriser l'échange, l'accueil et l'écoute entre PVA's	Nombre total de personnes accueillies au repas du lundi soir, rencontrées lors des heures d'ouverture de l'association ou ayant contacté l'association pour des demandes spécifiques (exprimé en nombre de contacts)	120 contacts / mois en moyenne
Répondre aux demandes d'information et de conseils concernant le VIH/sida	Nombre de contacts individualisés durant lesquels de l'information sur le VIH/sida a été donnée (téléphone, email, face-à-face)	120
Orienter de manière adéquate les PVA's dans le réseau socio-sanitaire	Nombre d'orientations vers les services sociaux, de santé et les thérapeutes	25



Prestation 2 : Mise en œuvre d'activités de prévention de l'infection VIH auprès de la population générale

Objectifs	Indicateurs	Valeurs cibles (indicatives)
Sensibiliser la population genevoise aux conséquences de l'infection VIH/Sida, aux difficultés de vivre avec et l'informer sur le VIH/Sida et les moyens de prévention	- Nombre de personnes directement contactées lors d'action auprès de la population générale	40 personnes / an 2 actions / an
	- Nombre d'annonces gratuites publiées dans différents journaux genevois	60 annonces / an
	- Nombre total d'apparitions dans les médias (radio, articles de presse, TV), et détail par thème	4 / an

Version reçue approuvée de PVA le 17 avril 2007

I:\Dgs\09RELATIONS EXTERIEURES\09.10.Institutions subventionnées\Pva\Tab_bord_PVA_2007_04_26.doc

5.3 ANNEXE À L'ENQUÊTE AUPRÈS DES CONSOMMATEURS DE DROGUES

Méthode

La récolte des données a eu lieu à la fin du premier semestre (mai, juin), sauf en 1996 (automne). Durant 5 jours consécutifs, un à deux enquêteurs, formés pour la circonstance, proposaient à tout usager fréquentant la structure de participer à l'enquête.

Si la personne n'était pas disposée à répondre tout de suite, le questionnaire lui était proposé à nouveau ultérieurement. Lors de la dernière enquête, dans le cas de refus motivés et définitifs, une fiche de « refus » était remplie par les enquêteurs, laquelle fournit des indications sur le sexe, l'âge et la motivation du refus.

En 2003 et 2006, la récolte des données a été prolongée de façon à obtenir un échantillon plus grand.

Tableau 5-2 Structures participantes et nombres de répondants par vague d'enquête

	1993	1994	1996	2000	2002	2006
BIPS	132	66	53	59	54	53
Quai 9					46	85
Total	132	66	53	59	100	138

Note : 2 répondants du BIPS en 2006 n'ayant pas répondu à la question sur l'injection durant la vie figurent dans ce tableau mais ont été exclus de la suite des analyses

Le questionnaire utilisé en 1993 a été adapté et complété au fil des vagues d'enquête. Les questions posées fournissent des indications sur :

- les caractéristiques socio-démographiques des usagers des SBS (sexe, âge, formation) ;
- l'insertion sociale (sources de revenu et logement) ;
- la consommation de substances au cours de la vie et au cours du dernier mois (produits consommés, durée de la consommation, mode principal de consommation, etc.) ;
- la pratique de l'injection (fréquence) et le partage du matériel servant à l'injection (aiguille, et autre matériel), y compris lors de séjours en prisons ;
- l'activité sexuelle, l'exercice de la prostitution et l'usage de préservatifs ;
- l'état de santé (perçu) et le statut sérologique pour le VIH, le VHC et le VHB.

La première partie du questionnaire (caractéristiques socio-démographiques, consommations, pratique de l'injection) est entièrement administrée par l'enquêteur ; la seconde partie (partage du matériel, activité sexuelle, usage du préservatif et insertion sociale) est, en principe, remplie par le répondant (ou par l'enquêteur si le répondant en faisait la demande) et la dernière partie (sur l'état de santé) est uniquement remplie par le répondant (sans contrôle subséquent des réponses par l'enquêteur).

Tableau 5-3 Partage de seringue: injection au moins une fois dans les six derniers mois avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre. Genève 2006

	Analyse bivariée			Régression logistique	
	n	% ayant partagé	p-value*	aOR**	CI 95%***
Tous	107****	13.8			
Sexe					
Hommes	80	12.5		1.0	
Femmes	27	14.8	.758	1.3	.29 - 6.2
Age					
Moins de 25 ans	11	18.2		2.5	.3 - 21.3
25 ans ou plus	96	12.5	.597	1.0	
Logement					
Domicile fixe privé	88	13.6		1.0	
Autre, sans domicile	19	10.5	.715	.4	.1 - 2.3
Statut sérologique VIH					
Séronégatif, non testé, non réponse	101	10.9		1.0	
Séropositif	6	50.0	.006	4.8	.7 - 34.7
Fréquentation de la structure					
Moins que quotidiennement	84	8.3		1.0	
Quotidiennement ou plus	23	30.4	.005	6.3	1.4 - 28.1
Injection comme mode de consommation principal de cocaïne ou cocktail si consommateur					
Non, non consommateur de cocaïne	84	8.3		1.0	
Oui	23	30.43	.005	6.0	1.4 - 26.2
Nombre d'injections durant la dernière semaine					
Inférieur à la médiane de 6.5	69	8.7		1.0	
Supérieur à la médiane de 6.5	38	21.05	.070	1.4	.4 - 5.4
Actuellement en cure de méthadone par voie orale					
Non, non réponse, non concerné	45	12.9		1.0	
Oui	62	13.3	.948	1.8	.4 - 9.2

* niveau de significativité statistique du test du chi-carré de Pearson

** odds ratios ajustés

*** intervalles de confiance à 95% pour les odds ratios ajustés

**** 1 répondant exclu de l'analyse par manque d'information sur le sexe

Tableau 5-4 Séjour, injection et partage de la seringue en prison, en %, 1993-2006

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p=	2006 CH
Séjour en prison au cours des deux années qui ont précédé l'année d'enquête	n.d.	n.d.	26.4	6.8	18.0	10.1	0.021	20.6
<i>Effectifs</i>			14	4	18	14		
Pratique de l'injection lors de séjour en prison			21.4	25.0	16.7	21.4	0.988	22.6
<i>Effectifs</i>			3	1	3	3		
Partage de seringue en prison			33.3	0.0	0.0	33.3	0.939	10.5

Signification statistique des trends calculés après exclusion des données manquantes

Tableau 5-5 Activité sexuelle et utilisation du préservatif

	1993 n=132	1994 n=66	1996 n=53	2000 n=54	2002 n=97	2006 n=108	nptrend ; p	2006 CH
Nombre de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois*								
Aucun			7.6	35.2	32.0	21.8		26.1
Un			56.6	42.6	38.1	34.6		42.4
Deux à cinq			24.5	18.5	21.7	21.8		20.3
Six et plus			1.9	3.7	6.2	10.0		6.4
NR			9.4	0.0	2.1	11.8	.804	4.9
Médiane			1	1	1	1		1
Relations sexuelles avec un partenaire stable (6 derniers mois)	63.6	53.0	77.4	50.0	52.6	52.7	.027	51.9
Utilisation du préservatif avec le partenaire stable au cours des 6 derniers mois								
Toujours	26.2	20.0	29.3	18.5	33.3	29.3		28.5
Parfois	7.1	20.0	9.8	33.3	15.7	29.3		17.2
Jamais	64.3	60.0	56.1	48.2	51.0	36.2		52.6
Non réponse	2.4	0.0	4.9	0.0	0.0	5.2	.008	1.7
Relations sexuelles avec des partenaires occasionnels	31.8	33.3	28.3	20.4	29.9	42.7	.188	27.3
Utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels au cours des 6 derniers mois								
Toujours	66.7	81.8	66.7	100.0	65.5	80.9		71.8
Parfois	16.7	13.6	20.0	0.0	20.7	12.8		12.6
Jamais	16.7	4.6	13.3	0.0	10.3	6.4		15.3
Non réponse	0.0	0.0	0.0	0.0	3.5	0.0	.230	0.5
Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel	n.d.	48.5	32.1	40.7	52.6	53.6	.036	48.2

Signification statistique des trends calculés après exclusion des données manquantes

* Pourcentages calculés sans tenir compte des non réponses

Tableau 5-6 Pratique de la prostitution et utilisation du préservatif avec les partenaires sexuels payants

	1993	1994	1996	2000	2002	2006	nptrend ; p=	2006 CH
Prostitution féminine								
Effectifs femmes		19	14	12	21	28		
Prostitution au cours de la vie	n.d.	26.3	28.6	33.3	47.6	39.3	.233	46.1
Prostitution au cours des 6 derniers mois	n.d.	10.5	7.1	8.3	23.8	17.9	.256	19.8
Prostitution masculine								
Effectifs hommes		47	39	42	75	81		
Prostitution au cours de la vie	n.d.	4.3	0.0	9.5	8.0	11.1	.042	12.2
Prostitution au cours des 6 derniers mois	n.d.	0.0	0.0	0.0	2.7	1.2	.293	2.6

Signification statistique des trends calculés après exclusion des données manquantes

Tableau 5-7 Fréquentation régulière (quotidienne) des structures à bas seuil d'accès Genève 2006

	Analyse bivariée			Régression logistique	
	n	% fréquentant quotidiennement	p-value*	aOR**	CI 95%***
Tous	107	21.5			
Sexe					
Hommes	80	18.8		1.00	
Femmes	27	29.6	.234	2.4	(0.6; 9.1)
Age					
Moins de 25 ans	11	27.3		1.0	
25 ans ou plus	96	20.8	.622	0.8	(0.1; 5.7)
Formation					
Ecole obligatoire	43	23.3		1.0	
Formation plus élevée	64	20.3	.716	1.9	(0.5; 6.5)
Logement					
Domicile fixe privé	88	19.3		1.0	
Autre, sans	19	31.6	.238	0.8	(0.2; 4.3)
Emploi					
Avec emploi	29	20.7		1.0	
Sans emploi	78	21.8	.902	1.3	(0.3; 5.2)
Revenu par assurances sociales					
Avec revenu de ce type	77	20.1		1.0	
Sans revenu de ce type	30	23.3	.773	3.0	(0.6; 14.4)
Revenu illégal					
Avec revenu de ce type	21	28.6		1.0	
Sans revenu de ce type	86	19.8	.379	2.1	(0.4; 11.6)

	Analyse bivariée			Régression logistique	
	n	% fréquentant quotidiennement	p-value*	aOR**	CI 95%***
Nombre de partenaires sexuels durant les 6 derniers mois					
Aucun, non réponse	35	14.3		1.0	
1 partenaire	37	27.3		1.9	(0.4; 10.2)
2 ou plus	35	22.9	.409	2.2	(0.4; 11.2)
Structure où le questionnaire a été rempli					
Quai 9	65	24.6		1.0	
BIPS	42	16.7	.328	2.4	(0.6; 9.6)
Etat de santé rapporté					
Bon, plutôt bon	74	21.6		1.0	
Mauvais, plutôt mauvais	33	21.2	.962	0.6	(0.2; 2.3)
Statut sérologique VIH					
Séronégatif, non testé, non réponse	101	20.8		1.0	
Séropositif	6	33.3	.468	1.7	(0.2; 16.2)
Statut sérologique VHC					
Séronégatif, non testé, non réponse	64	21.9		1.0	
Séropositif	43	20.9	.907	0.8	(0.2; 2.9)
Injection durant les 7 derniers jours					
Non, non réponse, non concerné	37	10.8		1.0	
Oui	70	27.1	.050	3.1	(0.6; 15.5)
Consommation de cocaïne plusieurs fois par semaine au cours du dernier mois					
Non	35	11.4		1.0	
Oui	72	26.4	.077	4.9	1.0; 25.1)
Consommation d'héroïne plusieurs fois par semaine au cours du dernier mois					
Non	66	12.1		1.0	
Oui	41	36.6	.003	2.8	(0.9; 9.2)
Cure de méthadone par voie orale					
Non, non réponse, non concerné	45	33.3		1.0	
Oui	62	12.9	.011	0.2	(0.1; 0.9)
Dose de méthadone par voie orale					
1 - 62 mg/jour****	29	13.8			
63 mg/jour ou plus	31	12.9			
Non concerné, non réponse	47	31.9	.067	n.d.	n.d.

* niveau de significativité statistique du test du chi-carré de Pearson

** odds ratios ajustés

*** intervalles de confiance à 95% pour les odds ratios ajustés. n.d. : non disponible: variable non incluse dans la régression logistique pour cause de collinéarité avec "Cure de méthadone par voie orale". En gras: coefficients significatifs au seuil de .05

**** médiane de la dose prescrite rapportée (ensemble des structures à bas seuil de Suisse)

5.4 ANNEXE GSG

Figure 5-1 Personnes rencontrées et matériel distribué lors des activités de prévention, 2005-2006

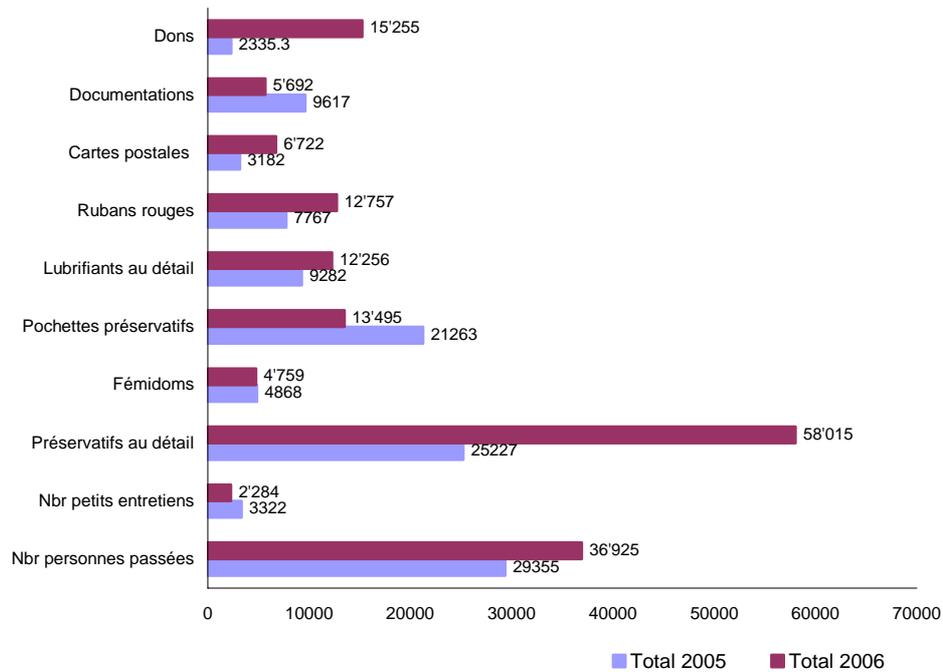


Figure 5-2 Nombre d'entretiens, secteur juridique, GSG, 2006

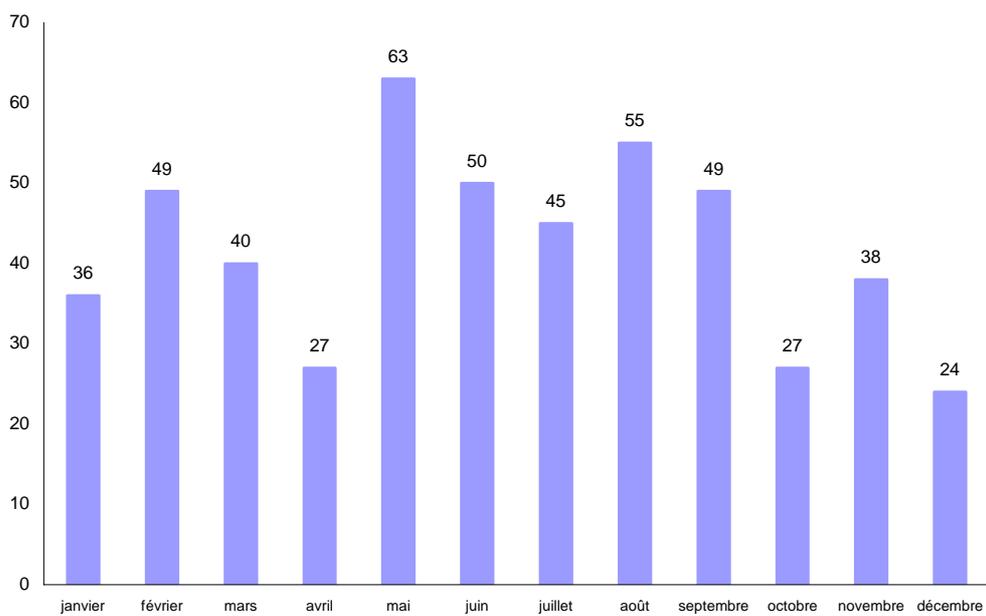
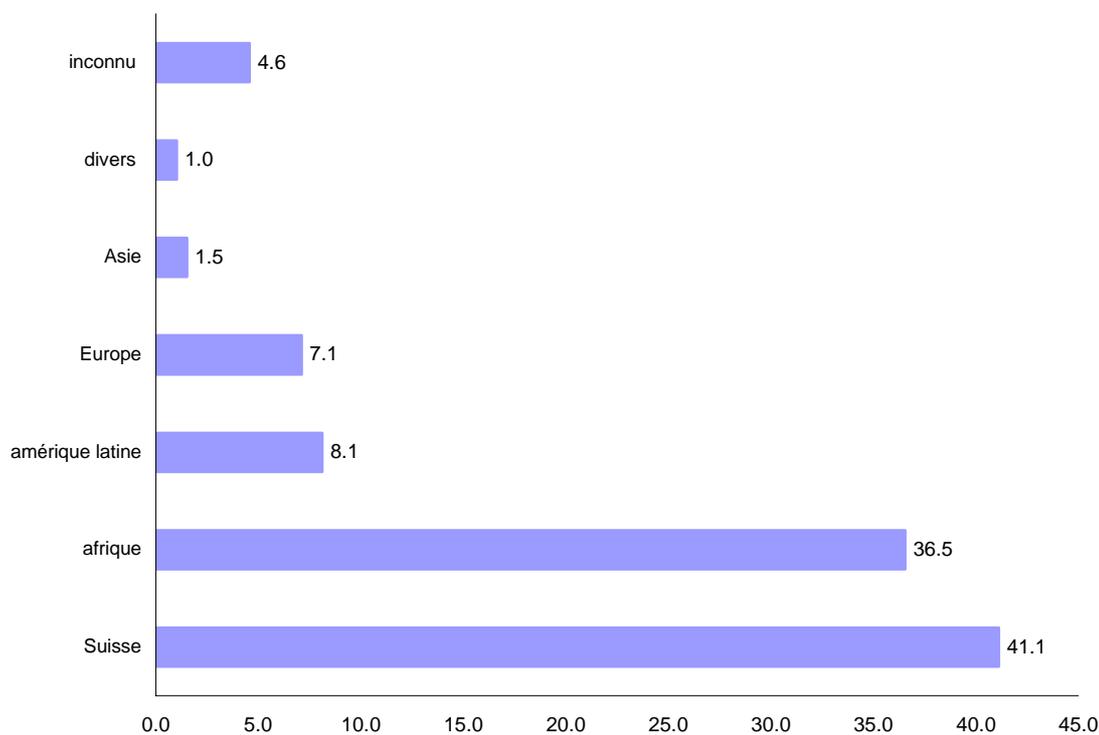


Figure 5-3 Origine des personnes consultant le secteur juridique, GSG, 2006



5.5 ANNEXES DIALOGAI

Tableau 5-8 Nombre de tests pratiqués selon le type de lieu et le canton

Lieux	Nombre de tests
Saunas et sexclubs	
Genève	31
Lausanne	46
Annemasse	6
Bars	
Genève	25
Soirées et discothèques*	
Genève	20
Vaud	24
Dialogai	38
Parc (Genève)	4
Total	194

* Dont deux discothèques (GE) équipées de backrooms

Tableau 5-9 Caractéristiques des hommes testés lors de la campagne de dépistage (N=194)

	n	En pour cent
Age		
Moyenne	194	35.9 ans
Médiane	194	35.0 ans
<20 ans	4	2.1
20-29 ans	56	28.9
30-39 ans	66	34.0
40 et plus	68	35.1
Activité sexuelle		
Nombre de partenaires 12DM		
Moyenne	194	22 part.
Médiane	194	10 part.
A un partenaire stable	76	39.2
Exposition au risque de transmission HIV, 12DM*	41	21.1
IST, 12DM		
Chlamydia, 12M	7	3.6
Condylomes, 12M	4	2.1
Gonorrhée anale, 12M	3	1.6
Gonorrhée génitale, 12M	5	2.6
Gonorrhée pharyngée, 12M	0	0
Hépatite A, 12M	1	0.5
Hépatite B, 12M	3	1.6
Herpès génital, 12M	3	1.6
LGV, 12M	1	0.5
Syphilis, 12M	3	1.6

12DM : 12 derniers mois

* Question posée : « Ces douze derniers mois, as-tu pratiqué au moins une fois une pénétration anale non protégée avec un partenaire dont tu ne connais pas le statut sérologique VIH ou qui était d'un statut sérologique différent du tien? »

Tableau 5-10 Caractéristiques socio-démographiques des répondants, checkpoint, 2005-2006

	2005			2006		
	N	%	% hommes uniquement (n=207)	N	%	% hommes uniquement (n=247)
Sexe						
Homme	207	94.5	-	247	95.0	
Femme	12	5.5	-	4	1.5	
Sexe inconnu				9	3.5	
Age						
Age (min-max)		20-66 ans	20-66 ans		19-69 ans	19-69 ans
Age moyen		34.9 ans	34.7 ans		36.0 ans	36.0
Age médian		32 ans	32 ans		34 ans	34 ans
Classe d'âge						
<20 ans	0	0.0	0.0	4	1.5	1.6
20-29 ans	77	37.0	37.2	76	29.2	30.0

	2005			2006		
	N	%	% hommes uniquement (n=207)	N	%	% hommes uniquement (n=247)
30-39 ans	74	35.2	35.7	88	33.9	35.2
40 ans et plus	56	27.8	27.1	82	31.5	32.8
Age inconnu	0	0.0	0.0	10	3.9	0.4
Domicile						
Genève	134	61.2	59.4	134	51.5	53.4
Vaud	34	15.5	16.4	51	19.6	19.8
Autre canton	15	6.9	7.3	13	5.6	5.8
France ou autre pays	23	10.5	10.6	50	19.2	20.2
Non réponse	13	5.9	6.3	11	4.2	0.8
Se définit comme...						
Gay / homosexuel	153	69.9	73.4	192	73.8	77.7
Bisexuel	36	16.4	15.5	43	16.5	17.0
Hétérosexuel	28	12.8	10.6	15	5.8	4.9
Non réponse	2	0.9	0.5	10	3.8	0.4
Relations sexuelles avec des						
Hommes exclusivement	147	-	68.6	195	75.0	77.3
Hommes et des femmes	43	-	18.8	46	17.7	18.6
Femmes exclusivement	23	-	10.6	9	3.5	3.6
Non réponse	6	-	1.9	10	3.8	0.4

Tableau 5-11 Recours au test VIH au cours de la vie, Checkpoint 2005-2006

	2005		2006	
	n=185	%	N=237	%
A déjà subi un test VIH au cours de la vie				
Oui	159	86.0	204	86.1
Non	22	11.9	33	13.9
Non réponse	4	2.1	0	0.0
Nombre de tests au cours de la vie				
Moyenne	3.8		5.1	
Médiane	3		4	
Année du dernier test				
2006	-	-	51	25.0
2005	29	18.3	79	38.7
2004	60	37.5	-	-
Avant	70	43.8		36.3
Non réponse	1	0.6		

Tableau 5-12 Dépistage et prévalence rapportée des IST autres que le VIH/sida

	2005		2006	
	N=188	%	n=237	%
Examens IST au cours de la vie				
Non	76	39.5	81	34.2
Oui, une fois	48	26.0	67	28.3
Oui, deux fois ou plus	53	28.5	88	37.1
Non réponse	11	6.0	1	0.4
IST⁽¹⁾				
Gonorrhée uro-génitale, blennorragie				
12 derniers mois	10	5.4	12	5.1
Avant	24	13.0	34	14.3
Gonorrhée rectale, blennorragie anale				
12 derniers mois	2	1.1	3	1.3
Avant	2	1.1	5	2.1
Chlamydia / LGV				
12 derniers mois	8	4.3	5	2.1
Avant	10	5.4	13	5.5
Syphilis				
12 derniers mois	1	0.5	4	1.7
Avant	8	4.3	10	4.2
Hépatite A				
12 derniers mois	0	0.0	0	0.0
Avant	9	4.9	9	3.8
Hépatite B				
12 derniers mois	0	0.0	1	0.4
Avant	8	4.3	14	5.9
Herpès génital				
12 derniers mois	2	1.1	3	1.3
Avant	7	3.8	8	3.4
Condylomes, papillomavirus				
12 derniers mois	6	3.2	4	1.7
Avant	10	5.4	19	8.0

Tableau 5-13 Relation stable au moment du test et statut sérologique du partenaire

	2005		2006	
	n=109	%	n=237	%
Relation stable				
Oui	55	50.5	129	54.4
Non	51	46.8	101	42.6
Non réponse	3	2.8	7	3.0
Statut sérologique du partenaire				
Séronégatif	35	63.6	81	62.8
Séropositif	7	12.7	16	12.4
Statut inconnu ⁽¹⁾	13	23.6	32	24.8

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

Tableau 5-14 Activité sexuelle (nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois)

	2005		2006	
	n=109	%	N=237	%
Nombre de partenaires sexuels				
25 pct	3	-	3	
Médiane	5.5	-	6	
75 pct	10	-	14	
Partenaire(s) stable(s)	60	55.1	167	70.5
Partenaires occasionnels	95	87.2	216	91.1
Partenaires occasionnels connus	58	53.2	172	72.6
Partenaires occasionnels anonymes	75	68.8	164	69.2
Pratique de la pénétration anale				
Nombre de partenaires				
25 pct	1	-	1	
Médiane	3	-	3	
75 pct	5	-	7	
Partenaire(s) stable(s) ⁽¹⁾	52	86.7	139	83.2
Partenaire(s) occasionnel(s) ⁽¹⁾	77	81.1	173	80.1
Partenaire(s) occasionnel(s) connus ⁽¹⁾	46	79.3	139	80.8
Partenaire(s) occasionnel(s) anonymes ⁽¹⁾	55	73.3	114	69.5

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

Figure 5-4 Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois et nombre de partenaires avec lesquels les répondants ont pratiqué la pénétration anale, 2005 (n=109) ; 2006 (n=237)

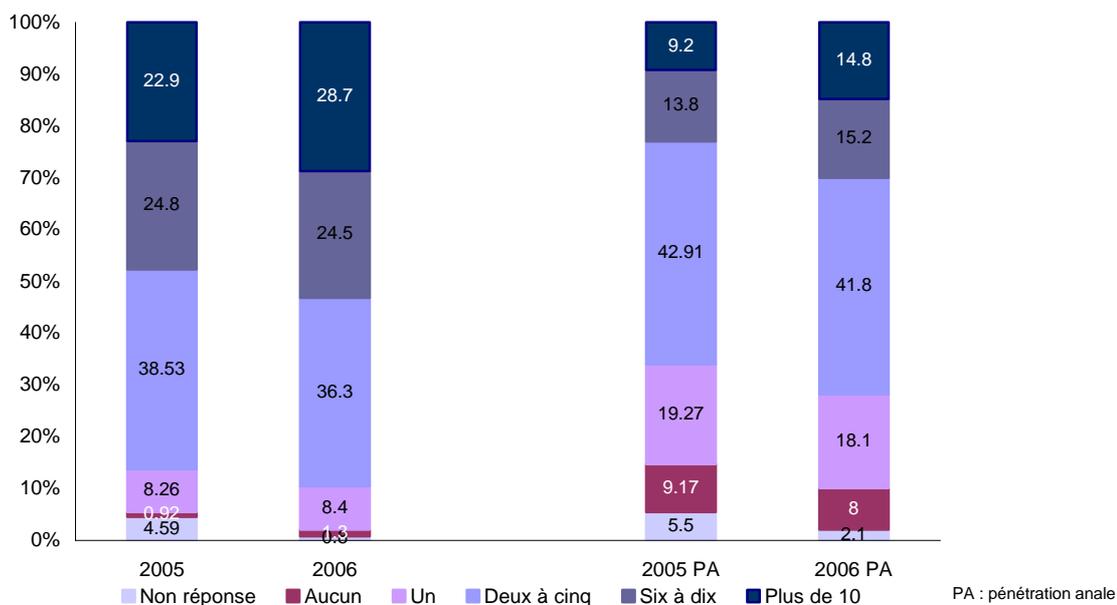


Tableau 5-15 Exposition au risque et utilisation de préservatifs selon le type de partenaire (dans les 12 derniers mois)

	2005		2006	
	n	%	n	%
Pénétration anale non protégée avec au moins un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu				
Oui	34	31.2	68	28.7
Non	69	63.3	164	69.2
Non réponse	6	5.5	5	2.1
Avec le(s) partenaire(s) stable(s)				
Pas de pénétration anale	8	13.3	26	15.6
Toujours préservatif	14	23.3	62	37.1
Parfois/jamais de préservatif	38	63.3	77	46.1
Non réponse	0	0.0	2	1.2
Avec le(s) partenaires occasionnels connus				
Pas de pénétration anale	12	20.7	32	18.6
Toujours préservatif	29	50.0	91	52.9
Parfois/jamais de préservatif	17	29.3	48	27.9
Non réponse	0	0.0	1	0.6
Avec le(s) partenaires occasionnels anonymes				
Pas de pénétration anale	20	26.7	49	29.9
Toujours préservatif	39	52.0	85	51.8
Parfois/jamais de préservatif	10	13.3	28	17.1
Non réponse	6	8.0	2	1.2
Avec les partenaires occasionnels				
Pas de rapports non protégés	65	68.4	112	71.8
Mention de rapports non protégés	24	25.3	61	28.2
Non réponse	6	6.3	-	-

Tableau 5-16 Communication avec les partenaires sexuels sur le thème de la prévention VIH et autres IST

	2005		2006	
	n	%	n	%
Parlez-vous de prévention sida et IST avec votre partenaire ?				
Oui	51	92.7	121	93.8
Non	4	7.3	8	3.4
Partenaire au courant de la démarche CP				
Oui	42	76.4	91	70.5
Non	13	23.6	38	29.5
Est-ce que vous parlez de la prévention du sida et des autres IST avec vos partenaires occasionnels ?				
Oui	57	52.3	117	54.2
Non	39	35.8	53	24.5
Non réponse	13	11.9	46	21.3

Tableau 5-17 Connaissance de la prophylaxie post-exposition

	2005		2006	
	n	%	n	%
Connaissez-vous la PEP ?				
Oui	30	27.5	124	52.3
Non	70	64.2	111	46.8
Non réponse	9	4.9	2	0.8

Tableau 5-18 Profil comparé des clients déjà venus à CP auparavant

		Etes-vous déjà venu à CP ?			
		oui		non	
		n	%	n	%
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois	<10 partenaires	32	66.7%	135	72.2%
	10+ partenaires	16	33.3%	52	27.8%
Ces 12DM, pratique de la PA avec part de statut sérologique inconnu ou différent	Oui	14	29.2%	54	29.3%
	Non	34	70.8%	130	70.7%
Utilisation de préservatifs lors de la PA avec part. stable/s, 12 DM	Pas de pénétration anale	3	8.8%	23	17.6%
	Toujours préservatif	13	38.2%	49	37.4%
	Parfois, jamais préservatif	18	52.9%	59	45.0%
Utilisation de préservatif lors de la PA avec les partenaires occasionnels	Pas de pénétration anale	7	15.9%	36	20.9%
	Toujours préservatif	24	54.5%	88	51.2%
	Parfois, jamais préservatif	13	29.5%	48	27.9%
Statut sérologique VIH de votre partenaire	Séronégatif	17	70.8%	64	61.0%
	Séropositif	3	12.5%	13	12.4%
	NSP	4	16.7%	28	26.7%

Aucune mesure d'association statistiquement significative.

5.6 ANNEXE AU CHAPITRE 4.3. PREMIÈRE LIGNE

5.6.1 Monitoring de la salle d'injection

Tableau 5-19 Nombre de passages en salle d'injection de Quai 9 par mois 2002-2006

Mois	2002	2003	2004	2005	2006
Janvier	795	3039	3416	2366	1561
Février	1392	2838	3084	2059	1589
Mars	1976	3270	3714	2244	2039
Avril	2474	3138	3166	1955	1602
Mai	2570	3516	4286	1839	1681
Juin	2741	3867	3086	1171	1659
Total 6 mois	11948	19668	20752	11634	10131
Juillet	3172	3731	2582	1068*	1548
Août	2904	3567	2196	1249	1345
Septembre	2895	3408	2213	1341	1268
Octobre	3284	3416	2263	1502	1763
Novembre	2859	3133	2267	1722	1365
Décembre	3275	3254	2307		1530
Total 12 mois	30337	40177	34580	17448	18950

5.6.2 Description des nouveaux usagers de Quai 9

Tableau 5-20 Evolution du nombre de questionnaires d'entrée remplis à Quai 9

Mois	2002 nombre questionnaires	2003 nombre questionnaires	2004 nombre questionnaires	2005 nombre questionnaires	2006 nombre questionnaires
Janvier ⁽²⁾	135	40	45	15	15
Février	81	28	27	12	27
Mars	80	25	22	15	32
Avril	61	26	21	13	17
Mai	56	36	34	15	17
Juin	37	33		9	23
Juillet	47	27		21	23
Août	64	33		9	25
Septembre	50	39	⁽⁴⁾ 155	24	21

	2002	2003	2004	2005	2006
Mois	nombre questionnaires	nombre questionnaires	nombre questionnaires	nombre questionnaires	nombre questionnaires
Octobre	37	25		(1)9	22
Novembre	41	27			18
Décembre	43	35			38
Total	732	⁽³⁾ 374	311	⁽¹⁾ 144	315

(1) Y compris les données concernant fin décembre 2001

(2) Questionnaires récoltés jusqu'au 10 octobre 2005

(3) 378 questionnaires d'entrée ont été remplis en 2003. Quatre n'étaient pas datés et n'ont pas pu être attribués à un mois de référence

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

Tableau 5-21 Profil socio-démographique des usagers de Quai 9 consommant par injection à l'entrée : comparaison 2002 - 2006 (en %)

	2002	2003	2004	2005	2006	2006 régionaux	2006 pays de l'Est
	n=736	n=378	n=311	n=144	n=235	n=168	n=67
Sexe							
Hommes	73	81	85	77	89	84	99
Femmes	27	19	15	23	12	16	1
Age							
Age moyen (ans)	32.7	32.0	32.6	32.8	30.5	31.2	28.5
Age moyen des hommes (ans)	32.6	31.9	⁽¹⁾ 32.9	⁽²⁾ 32.9	30.6		
Age moyen des femmes (ans)	32.9	32.3	⁽³⁾ 31.1	32.5	29.7		
Age minimum (ans)	18	18	18	19	17	18	17
Age maximum (ans)	62	58	56	51	55	55	51
< 20	2	2	2	1	4	2	8
20-24	9	14	12	15	19	18	22
25-29	23	23	19	21	26	27	25
30-34	28	29	34	26	23	20	31
>34	38	32	33	37	27	33	12
Canton							
Domicilié dans le canton de Genève	70	54	45	36	47	36	72
Domicilié dans le canton de Vaud	11	16	21	26	16	20	7
Domicilié en France	15	23	⁽⁴⁾ 26	26	26	34	6
Domicilié ailleurs (Valais, Tessin, etc.)	5	8	8	12	11	10	13
Domicile principal le dernier mois							
Domicile fixe	84	79	72	77	66	69	57
Sans domicile fixe	16	20	28	23	30	25	43
Prison ou autre (hôtel par ex.)	-	1	-		4	6	0

	2002	2003	2004	2005	2006	2006 régionaux	2006 pays de l'Est
	n=736	n=378	n=311	n=144	n=235	n=168	n=67
Présence enfant(s)							
Oui	32	31	34	34	⁽⁵⁾ 17	16	21
Sources de revenus dernier mois							
Activité professionnelle	33	42	37	36	38	49	10
Aide sociale et assurance	60	51	53	49	43	43	44
Famille, ami	9	15	20	22	31	27	43
Prostitution						1	0
Revenu illégaux	5	6	8	9	12	12	7

⁽¹⁾ Médiane à 32 ans pour les hommes et pour les femmes

⁽²⁾ Médiane : 33 ans

⁽³⁾ Médiane : 30 ans

⁽⁴⁾ Dont 3% ont déclaré avoir aussi partiellement vécu dans le canton de Vaud au cours du mois précédant leur arrivée à Quai9

⁽⁵⁾ La question a été légèrement modifiée en 2006 et est « enfants vivant avec l'usager » : oui/non

Tableau 5-22 Profil de consommation des nouveaux usagers de Quai 9, 2002-2006 (en %)

	2002	2003	2004	2005	2006	2006 régionaux	2006 pays de l'Est
	n=736	n=378	n=311	n=144	n=235	n=168	n=67
En traitement							
Traitement héroïne	1	<1	<1	1	2	1	4.5*
Traitement méthadone	52	34	28	35	24	32	4.5
Traitement Subutex®	5	11	8	12	6	8	0
Traitement morphine ⁽¹⁾	-	-	1	-	-		
Consommation durant le dernier mois							
Héroïne			77	77	87	83	99
Cocaïne			56	53	49	58	25
Benzodiazépines			23	22	23	26	16
Consommation régulière durant le dernier mois⁽²⁾							
Héroïne	28	37	51	54	68	59	91
Cocaïne	38	31	31	27	27	30	21
Benzodiazépines	22	15	16	15	17	19	10
Nombre moyen d'injections la veille	1.8	2.1	2.1	2.6	2.9	2.6	3.8
Age moyen à la première injection (ans)	21.2	21.5	⁽³⁾ 21.9	21.6	21.8	21.7	21.9
Durée moyenne de la période de consommation par injection	11.6 années (range 0-37)	10.7 années (range 0-36)	10.9 années (range 0-30)	11.5 années (range 0-36)	8.7 années (range 0-35)	9.4	7.1

⁽¹⁾ Le traitement à la morphine (trois personnes) n'a été relevé qu'en 2004. Il ne s'agit donc pas des premiers usagers recevant un tel traitement

⁽²⁾ Quotidiennement ou plusieurs fois par semaine

⁽³⁾ Médiane = 20 ans (minimum 12, maximum 50)

* Chiffre probablement faux lié à une mauvaise compréhension/traduction du questionnaire en géorgien

Tableau 5-23 Cadre de la dernière injection, points principaux d'injection, état des veines et exposition aux risques d'infection des nouveaux usagers du Quai 9 (en %)

	2002	2003	2004	2005	2006	2006 régionaux	2006 pays de l'Est
	n=736	n=378	n=311	n=157	n=235	n=168	n=67
Lieu de la dernière injection hors Quai 9							
Domicile	75	72	76	75	71	76	50
Lieu public	20	27	24	17	23	19	33
Autre (voiture par exemple)	5	1	-	8	6	5	6
Lieu supposé de la prochaine injection hors Quai 9							
Domicile	74	75	79	73	77	79	73
Lieu public	13	20	21	19	19	16	25
Ne sait pas ou 2 réponses	12	5	-	8	4	5	2
Injection soi-même	94	86	90	93	93	92	94
Injection à autrui	32	32	26	20	25	23	31
Point principal d'injection⁽¹⁾							
Bras	81	80	80	82	83		
Mains	7	3	3	8	11		
Jambes	4	3	5	2	6		
Cou	2	1	1	1	3		
Aine	2	3	2	2	3		
Autre ⁽²⁾	3	2	1	1	3		
Réponses manquantes	2	9	8	8			
Etat des veines actuel							
Bon	41	54	52	50	52	54	48
Moyen	32	31	32	31	29	29	29
Mauvais	26	16	16	19	19	17	23
Problèmes infectieux durant le dernier mois	15	11	9	12	7	6	8
Partage de seringues							
Durant les 6 derniers mois	9	8	11	10	10	8	16
Durant le dernier mois	4	4	5	6	6	4	9

⁽¹⁾ Plusieurs réponses possibles en 2006

⁽²⁾ Aisselle, pieds, sexe, partout

5.6.3 Profil des nouveaux usagers n'ayant jamais consommé par injection

Tableau 5-24 Profil sociodémographique des usagers de Quai 9 consommant par injection à l'entrée, 2006 (en %)

	Non injecteur	Injecteurs
	n=78	n=243
Sexe		
Hommes	86	89
Femmes	14	12
Age		
Age moyen	27.4 ans	30.5 ans
Age moyen des hommes	27.7 ans	30.6 ans
Age moyen des femmes	25.5 ans	29.7 ans
Age minimum	19 ans	17 ans
Age maximum	47 ans	55 ans
< 20	3	4
20-24	37	19
25-29	24	26
30-34	21	23
>34	15	27
Canton		
Domicilié dans le canton de Genève	47	47
Domicilié dans le canton de Vaud	15	16
Domicilié en France	26	26
Domicilié ailleurs (Valais, Tessin, etc.)	11	11
Domicile principal le dernier mois		
Domicile fixe	64	66
Sans domicile fixe	31	30
Prison ou autre (hôtel par ex.)	5	4
Présence enfant(s)		
Oui	6	17
Sources de revenus dernier mois		
Activité professionnelle	51	38
Aide sociale et assurance	30	43
Famille, ami	29	31
Revenu illégaux et prostitution	18	11

Tableau 5-25 Profil de consommation des nouveaux usagers de Quai 9, selon le mode de consommation, 2006 (en %)

	Non injecteur	Injecteur
	n=78	n=235
En traitement	26	32
Traitement héroïne	0	2
Traitement méthadone	21	24
Traitement Subutex®	5	6
Traitement morphine ⁽¹⁾		-
Consommation régulière durant le dernier mois⁽²⁾		
Héroïne	68	68
Cocaïne	26	27
Benzodiazépines	12	17
Nombre moyen d'injections/sniff/inhalations la veille	2.6	2.9
Age moyen à la première injection/inhalation	19.8 ans	21.8 ans
Durée moyenne de la période de consommation par injection ou inhalation/sniff	6.6 années (range 10-21)	8.7 années (range 12-31)

⁽¹⁾ Le traitement à la morphine (trois personnes) n'a été relevé qu'en 2004. Il ne s'agit donc pas des premiers usagers recevant un tel traitement

⁽²⁾ Quotidiennement ou plusieurs fois par semaine

5.7 ANNEXE CHAPITRE MIGRANTS

Tableau 5-26 Population résidante, requérants d'asile et contact avec les associations VIH/Sida en 2005-2006

	Population résidante à Genève en 2005^a	Dont requérants d'asile vivant à Genève en 2005	Nombre de contacts relevés au GSG et à l'ASFAG en 2006
Maroc	1843		0
Tunisie	1279		0
Congo Kinshasa	1207	300	32
Algérie	1155		18
Somalie	933	508	0
Cameroun	899		114
Angola	807	238	15
Sénégal	694		0
Egypte	658		0

^a La statistique cantonale de la population inclut depuis 2002 toutes les personnes relevant du domaine de l'asile, soit les requérants d'asile au sens strict (permis N) et les personnes au bénéfice d'une admission provisoire (permis F). Les chiffres présentés ici comprennent donc tous les ressortissants étrangers titulaires d'une autorisation de séjour officielle, qui habitent effectivement dans le canton, c'est-à-dire : les résidents confédérés, genevois, les étrangers titulaires d'un permis B, C, L, N et F, ainsi que les fonctionnaires internationaux et membres de leur famille (exempts et permis Ci).

	Population résidente à Genève en 2005 ^a	Dont requérants d'asile vivant à Genève en 2005	Nombre de contacts relevés au GSG et à l'ASFAG en 2006
Ethiopie	631	146	20
Côte-d'Ivoire	448		13
Nigeria	399		7
Ghana	393		1
Guinée	353	133	4
Erythrée	332	138	3
Kenya	324		11
Togo	246		0
Afrique du Sud	241		23
Madagascar	230		0
Soudan	227		1
Maurice	215		0
Rwanda	192		10
Burkina Faso	187		9
Libye	184		0
Ouganda	166		15
Burundi	161		25
Tanzanie	160		4
Bénin	150		0
Congo Brazaville	146		2
Zimbabwe	116		7
Cap-Vert	113		0
Mali	88		4
Zambie	67		1
Sierra Leone	66		7
Gambie	55		0
Libéria	47		0
Tchad	41		0
Gabon	39		0
Mauritanie	34		0
Niger	33		3
Mozambique	31		0
Malawi	25		0
Lesotho	23		0
Swaziland	20		0
Centrafricaine	17		1
Namibie	17		0
Botswana	15		0
Guinée-Bissau	11		0
Guinée-Equatoriale	11		0
Seychelles	10		0
Djibouti	6		0
Comores	3		0

Références bibliographiques

- 1 Wolf K, Young J, Rickenbach M, Vernazza P, Flepp M, Furrer H, et al. Prevalence of unsafe sexual behaviour among HIV-infected individuals: The Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;33(4):494-9.
- 2 Abraham S, Toutous-Trellu L, Pechere M, Hugonnet S, Liassine N, Yerly S, et al. Increased incidence of sexually transmitted infections in Geneva, Switzerland. *Dermatology* 2006;212(1):41-6. Available at: URL: PM:16319473.
- 3 Huissoud T, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud : période d'évaluation 2002-2004, Cahier 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé, 112).