Aids-Hilfe Schweiz
Aide Suisse contre le Sida
Aiuto Aids Svizzero

Prévention auprès des HSH/TSH

Plan d'Action 2027-2030

Marc Eggenberger, responsable du projet « Gays et autres HSH »
Florian Vock, responsable des projets « populations clés »

18 septembre 2026

Nous remercions tous les participants aux ateliers de la retraite qui s'est tenue du 29 au 31 janvier 2026, notamment Adrian Knecht, Andrea Volpicelli, Dominik Cavalli, Jules Claude Gisler, Loïc Wanderley da Silva-Michaud, Max Kranich, Mike Deml, Oliver Stapfer, Sandro Niederer, Thomas Bieli et Vincent Jobin. Nous tenons également à remercier tout particulièrement Florent Jouinot, Vinicio Albani, la commission spécialisée HSH et l'OFSP pour leurs précieux commentaires et remarques, qui ont contribué à l'élaboration du Plan d'Action.

marc.eggenberger@aids.ch
+41 44 447 11 38

aids@aids.ch
+41 44 447 11 11

Freilagerstrasse 32
8047 Zurich

Table des matières

Plan d'Action 2027-2030 ..... **1**
Résumé 3
1 Principes fondamentaux 4
1.1 Lois, programmes, lignes directrices **4**
1.2 Responsabilités **5**
2 Modèle d'impact 6
3 Définition de la population clé 7
3.1 Dimension horizontale : identité et appartenance **7**
3.2 Dimension verticale : exclusion structurelle **9**
4 Situation initiale 11
4.1 Le modèle existant **11**
4.2 D'autres milieux et davantage de milieux **15**
4.3 Stagnation épidémiologique **16**
4.4 Évolution du paysage du dépistage **18**
4.5 Réduction des offres **20**
4.6 La logique universaliste « one size fits all » **21**
5 Évolutions 22
6 Mise en œuvre 27
6.1 Campagne **27**
6.2 Groupes d'Action Gays **28**
7 Plan d'évaluation 29
8 Calendrier 30
9 Annexes 31
9.1 Aperçu des parties prenantes **31**
9.2 Campagne : liste de mesures **32**
9.3 Bibliographie **33**

Résumé

L'élimination du VIH est possible. Mais seulement si nous la voulons tou·x·te·s ensemble.

La Suisse dispose de tout ce qu'il faut pour y parvenir : des connaissances, de l'expérience, des professionnel·x·le·s engagé·x·e·s, des structures communautaires solides, des offres de dépistage bien établies, des stratégies de protection efficaces et des décennies de travail en matière de prévention. De nombreuses personnes œuvrent depuis des années pour que les hommes gays et bisexuels puissent vivre leur sexualité de manière saine, sûre et épanouissante.

Les hommes gays et bisexuels ont acquis une maîtrise exceptionnelle en matière de santé. Presque aucun autre groupe ne connaît aussi bien ses risques, les moyens de protection et les recommandations de dépistage, ne parle aussi ouvertement de sexualité et n'a développé des routines de santé aussi solides. C'est le résultat de décennies de travail communautaire. Aujourd'hui, de nombreux hommes gays savent très précisément comment vivre leur sexualité de manière saine, sûre et autonome.

Nous sommes aujourd'hui à un point où la routine seule ne suffit plus. Le nombre de HSH découvrant vivre avec le VIH ne diminue pas assez rapidement pour atteindre l'objectif commun fixé pour 2030. Des défis subsistent également en ce qui concerne la syphilis et d'autres IST. Le travail actuel porte surtout ses fruits là où il existe déjà un lien étroit avec la communauté. Ceux qui sont bien intégrés sont facilement atteints. En revanche, ceux qui sont distants, anonymes, qui ne se définissent pas comme gay ou sont exclus en raison des structures sociales restent en marge de nos offres.

Ce Plan d'Action 2027-2030 (PA27-30) ne marque pas une rupture avec le travail mené jusqu'à présent. Il dessine un chemin jusqu'en 2030 et s'inscrit dans la continuité de ce qui a fait la force du mouvement de lutte contre le sida dès ses débuts : la solidarité, le pragmatisme et la volonté d'aller là où la prévention est nécessaire. Le modèle existant est désormais plus clairement axé sur la prise en compte des différentes réalités de vie des HSH/TSH : les hommes gays, les hommes bisexuels, les personnes queer, les personnes sans identité genrée, ainsi que les HSH/TSH faisant face à l'exclusion structurelle ont des besoins, des obstacles et des modes d'accès différents.

Nous devons rester honnêtes à ce sujet. Les ressources sont limitées. Les services spécialisés, les organisations communautaires et les intervenant·x·e·s en prévention font déjà beaucoup, et il n'est pas réaliste de simplement en faire toujours plus. Le Plan d'Action mise donc avant tout sur une hiérarchisation commune des priorités :

– Qu'est-ce qui fonctionne ?
– Où y a-t-il des lacunes ?
– Où pouvons-nous nous soutenir mutuellement ?
– Où faut-il privilégier la proximité locale, et où faut-il des offres nationales et largement soutenues ?
– Et où devons-nous cesser d'allouer des moyens si cela entraîne une pénurie là où le virus est présent ?

Le principal changement réside dans la **concentration de la campagne nationale de sensibilisation et de dépistage sur une période unique en novembre**. Les offres complémentaires doivent être développées, et le travail de proximité, en particulier, doit être encore renforcé. Parallèlement, des « Action Groups » seront mis en place ; ils serviront d'espaces de travail régionaux au sein desquels les services spécialisés et la communauté décideront ensemble des mesures pertinentes et réalisables sur le terrain. De nouvelles approches y verront le jour, davantage axées sur les réalités de vie des HSH/TSH.

Le programme d'action 27-30 exige une position commune. Il sert à la fois d'outil de travail et de mission commune. Il tient compte du fait que de nombreux acteurs et de nombreuses actrices sur le terrain travaillent avec des ressources limitées. L'élimination du VIH ne se fera pas d'elle-même. Nous devons nous réorienter ensemble, unir nos forces et partager les responsabilités. Aucune organisation ne peut tout faire à elle seule. Mais ensemble, nous pouvons veiller à ce que la prévention auprès des HSH/TSH parvienne là où elle est nécessaire.

L'élimination du VIH reste possible. Mais elle ne se fera pas toute seule. Elle ne se produira que si nous la voulons tou·x·te·s ensemble et si nous agissons en conséquence.

1 Principes fondamentaux

1.1 Lois, programmes, lignes directrices

Les activités et mesures du Plan d'Action 2027-2030 (PA27-30) décrites ci-après s'appuient sur ces fondements :



Illustration 1 : Présentation des fondements du PA 27-30

Loi sur les épidémies (LEp)

L'article 5c de la loi sur les épidémies (LEp) prévoit l'élaboration d'un programme national visant à détecter, surveiller, prévenir et combattre le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Ce mandat figure également dans la révision en cours de la LEp et devrait être renforcé par des adaptations, telles que la facilitation de l'accès aux vaccinations et aux dépistages.

Programme national (NAPS)

« Stop au VIH, au virus de l'hépatite B, au virus de l'hépatite C et aux infections sexuellement transmissibles – Programme national (NAPS) » : tel est le nom du programme qui fixe comme objectif, d'ici 2030, l'élimination des transmissions du VIH, du VHB et du VHC, ainsi que la réduction de la syphilis, du HPV, du virus Mpox, de la chlamydia et de la gonorrhée. Dans le NAPS, les HSH sont définis comme une population clé. Une partie des prestations de l'Aide Suisse contre le Sida (AHS) destinées aux HSH/TSH est financée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Directives de l'EKSI

Le PA27-30 respecte les directives de la Commission fédérale pour les questions relatives aux infections sexuellement transmissibles (EKSI). Notamment :

- la distribution au grand public de tests de dépistage du VIH à usage personnel (« autotests VIH »)
- Directive sur le dépistage du VIH (2025)
- Recommandations relatives à l'utilisation de la PrEP contre le VIH – « The SwissPrEPared Guidance » (2026)
- Utilisation de la doxycycline en prophylaxie post-exposition contre les infections sexuellement transmissibles (Doxy-PEP) en Suisse (2026)
- Recommandations actualisées en 2025 pour la prophylaxie post-exposition au VIH (PEP-VIH)

Publications de l'Aide Suisse contre le Sida

Les mesures de prévention décrites dans les pages 27 à 30 s'appuient également sur des rapports, des documents de travail, des guides et des décisions relatives aux meilleures pratiques de l'AHS :

- Guide « Safer Sex » (2023)
- EMIS-2024 : rapport national pour la Suisse
- Recommandation de l'AHS concernant le dépistage de la syphilis (2025)
- Stratégies de lutte contre la gonorrhée et la chlamydia (2025)
- Rapport 2026 sur la vaccination des HSH

1.2 Responsabilités

La responsabilité de la mise en œuvre du programme d'action 2027-2030 est répartie comme suit :

Au niveau national

Direction du projet : l'AHS assume, au sein de son secrétariat, la responsabilité du domaine « Hommes gay, bi et autres HSH ». Cela inclut également la direction du projet PA27-30. Elle est chargée de la conception, de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation du PA27-30, de la coordination et de la mise en réseau des partie prenantes, ainsi que du suivi des données de santé disponibles.

Commission spécialisée HSH : La commission spécialisée HSH (FK MSM) est un organe consultatif de l'AHS composé de 29 membres. Elle offre un espace d'échanges techniques et pratiques. La FK MSM accompagne la mise en œuvre du Plan d'Action, assure la coordination entre les niveaux national et régional et conseille l'AHS dans la mise en œuvre.

Au niveau régional

Coordination régionale : le secrétariat de l'AHS dispose de coordinations régionales qui soutiennent les organismes locaux dans la mise en œuvre pratique des mesures et organisent les réunions des groupes d'action.

Groupes d'action : des groupes d'action régionaux sont créés pour mettre en œuvre le Plan d'Action. Ils sont composés des responsables HSH des organisations membres et de représentant·x·e·s des communautés locales. Les groupes d'action coordonnent les mesures régionales et constituent la base des coopérations et des mises en œuvre concrètes.

Organismes locaux : les organismes locaux participant au PA27-30 mettent en œuvre les mesures. Il s'agit principalement de centres de dépistage et/ou de conseil axés sur les communautés, mais des organisations communautaires ou d'autres structures peuvent également assumer certaines tâches. Ces organismes entretiennent des relations avec les parties prenantes locales, qu'il s'agisse d'entreprises, d'associations ou de groupes formels ou informels, et constituent le premier point de contact pour la population clé. La participation en tant qu' organisme local suppose la volonté et les ressources nécessaires pour vouloir et pouvoir mettre en œuvre les mesures décrites dans le PA27-30.

2 Modèle d'impact

L'AHS fonde ses activités sur la logique d'impact (Input-Output-Outcome-Impact), qui permet de représenter de manière compréhensible les relations de cause à effet. Il s'agit de l'instrument central du travail axé sur l'impact, qui facilite la planification, la hiérarchisation des priorités, la transparence et l'évaluation. Le présent modèle d'impact résume schématiquement les explications suivantes.

<table>
<tr><th colspan="2">Prestations
Les travaux prévus qui seront réalisés grâce aux moyens mis en œuvre.</th><th colspan="2">Impacts
Les changements directs et indirects obtenus.</th></tr>
<tr><th>Input / Intrants
Quels moyens ?
Quelle voie ?</th><th>Output / Résultats
Quelles mesures ?</th><th>Outcome / Résultats
Quels effets ?</th><th>Impact
Quelle vision ?</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Finances : aide financière de l'OFSP, contributions de fondations, parrainages et dons
Personnel : médiateurs et médiatrices au secrétariat de l'AHS et au sein des organisations membres, prestataires et partenaires externes
Réseau : parties prenantes au sein de l'association, autorités, recherche, industrie et acteurs internationaux
Connaissances issues de la recherche et des communautés
Orientations générales telles que les objectifs mondiaux d'élimination, les programmes nationaux et stratégies (notamment le NAPS) et principes tels que l'équité en matière de santé
Valeurs pour la mise en œuvre : participation, prise en compte des besoins et attentes, égalité des chances, approche fondée sur des données probantes et efficacité</td><td>Informations : grâce à la marque Dr. Gay, les connaissances sont diffusées en 6 langues via des supports imprimés, le web, les réseaux sociaux, les médias, des cadeaux promotionnels ainsi que des partenariats publicitaires.</td><td>Connaissances : les HSH/TSH savent comment vivre leur sexualité de manière saine, sûre et épanouissante. Ils·Elles connaissent leurs risques individuels et disposent de connaissances en matière de santé sexuelle. Ils·Elles ont accès aux informations nécessaires à cet effet.</td><td rowspan="2">Les HSH/TSH vivent et perçoivent leur sexualité comme saine, sûre et épanouissante.</td></tr>
<tr><td>Interventions : des collaborations avec des leaders communautaires, des entreprises et des organisations permettent de diffuser les informations adaptées à leurs contextes de vie respectifs. Des acteur·x·trice·s de santé communautaires mènent des actions de prévention et de dépistage sur le terrain.</td><td>Compréhension : les HSH/TSH comprennent ce qu'ils·elles peuvent faire pour mener une vie sexuelle épanouie et saine. Ils·Elles sont capables d'adapter à leur contexte de vie les recommandations en matière de vaccination, de protection, de dépistage et de traitement. Ils·Elles sont encouragé·x·e·s à le faire dans leur milieu de vie grâce à des interventions adaptées.</td></tr>
<tr><td>Offres : les HSH/TSH bénéficient d'un accès facilité aux conseils, aux vaccinations, aux moyens de protection et aux dépistages, tant dans les centres spécialisés que lors d'interventions de proximité et via des plateformes numériques.</td><td>Comportements et conditions : les HSH/TSH ont une vie sexuelle épanouie, sûre et saine.
Les HSH/TSH utilisent les offres existantes : ils·elles se vaccinent, se protègent, se dépistent et se traitent conformément aux recommandations. Pour cela, ils·elles disposent d'offres spécifiques destinées aux HSH/TSH, qui tiennent compte de leur situation individuelle, telle que leur statut socio-économique ou le fait d'avoir ou non révélé son orientation sexuelle.</td><td>Les HSH/TSH présentent une charge de morbidité réduite en matière d'infections sexuellement transmissibles.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Indicateurs (évaluation des prestations)
- Rapport sur les mesures mises en œuvre à l'aide d'indicateurs de réalisation des objectifs
- Prise en compte des résultats d'évaluation dans les mesures futures</td><td colspan="2">Indicateurs (mesure indirecte de l'impact)
- Enquête sur les connaissances et les comportements
- Chiffres clés relatifs à l'utilisation des offres
- Épidémiologie du VIH, de la syphilis, des hépatites et d'autres IST</td></tr>
</table>

3 Définition de la population clé

La population clé peut être défini selon deux dimensions : l'ancrage social de l'identité et les exclusions structurelles.

3.1 Dimension horizontale : identité et appartenance



Figure 2 : Représentation des HSH/TSH sur la dimension horizontale

L'une des dimensions permettant de stratifier la population clé est le **degré d'importance accordé à sa propre identité GBQ+ et à son lien avec une communauté.** Cela concerne l'intersection entre la pertinence subjective de l'identité (déviante) et son ancrage social (sous-culturel). Cela se reflète par exemple dans les questions suivantes : est-ce que je me définis comme gay ? Cette auto-identification est-elle importante pour moi et source d'identité, sur le plan privé ou politique ? Est-ce que je vis ma sexualité de manière situationnelle et discrète ou de façon explicite et axée sur l'identité ? À combien de personnes ai-je révélé mon orientation sexuelle (outness) ? Est-ce que je fréquente des bars, des soirées ou des événements queers (ex. Pride) ? Ai-je des ami·x·e·s queers ? Est-ce que je m'engage au sein de la communauté ? Est-ce que j'évolue dans des espaces numériques communautaires ? Tous ces facteurs augmentent la probabilité d'entrer en contact avec des interventions de prévention et des offres de santé communautaires.

Dans le même temps, il convient de noter qu'il s'agit d'un processus social performatif : l'identité et sa signification dans la vie ne naissent pas « ex nihilo », mais sont façonnées de manière déterminante par le contexte individuel et collectif ; elles sont donc marquées par des dimensions historiques et socio-spatiales, et sont également contingentes. Il existe également une coexistence de contradictions. À cet égard, cependant – et l'histoire du mouvement gay contre le sida le montre –, un travail de prévention engagé peut lui-même créer de nouveaux espaces qui, à leur tour, forgent l'identité et le sentiment d'appartenance tout en plaçant la santé au centre.

GBQ+ | The Gays, Bisexuals, Queers and Theys

Le groupe GBQ+ est composé d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et de personnes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes (TSH) qui s'identifient fortement à la communauté gay et/ou queer, connaissent les offres existantes et y ont recours. Il représente toujours le **groupe le plus important et le plus central**. Des marques telles que Dr. Gay jouissent d'une grande confiance au sein de ce groupe et sont perçues comme des lieux sûrs et compétents.

Les membres de ce groupe considèrent les services tels que les Checkpoints comme « les leurs ». Ils·Elles s'impliquent, réclament des services lorsqu'il y a des lacunes et endossent le rôle de pairs/adelphes expérimenté·x·e·s au sein de la communauté lorsqu'ils·elles le jugent nécessaire.

Le groupe comporte deux pôles sous-culturels dont la distinction s'opère sur le plan performatif et social, mais qui, dans la vie quotidienne de chacun·x·e, sont certainement plus perméables et coexistent :

Les Gays™ évoluent avec aisance au sein des structures gay, connaissent les dispositifs de prévention existants et y ont régulièrement recours. Les messages de prévention sont bien reçus, en particulier lorsqu'ils sont communiqués dans un langage visuel clairement gay et dans des contextes familiers.

Dans le même temps, on observe une démarcation culturelle vis-à-vis des discours et des appellations à forte connotation « queer ». Une communication qui se définit principalement à travers un cadre LGBTQ+ élargi peut être perçue comme peu appropriée ou peu pertinente.

Les « Queers » et les « theys » se situent davantage dans des contextes queers, fluides ou post-identitaires. L'appartenance se définit moins par rapport aux scènes gays classiques que par un ancrage queer plus large, marqué par des dimensions politiques ou culturelles.

L'identité est comprise comme situationnelle, relationnelle et, en partie, délibérément non spécifique. En conséquence, les espaces sociaux sont également plus fragmentés. Outre les événements et réseaux queers, les plateformes numériques, les contextes militants ou les champs sociaux hors « scène » jouent un rôle important.

Cependant, du point de vue des pratiques de prévention, on observe un certain découplage entre identité et comportement : même si un ancrage clair au sein des sous-cultures gays fait défaut ou est délibérément évité, la sexualité s'exerce souvent dans les mêmes réseaux que chez « The Gays™ ».

Les GBQ+ **ont en commun les besoins** suivants :

- des informations fiables et actualisées sur la santé sexuelle,
- des services de conseil qualifiés et complets,
- des possibilités de dépistage et de traitement professionnelles, efficaces et de qualité, et
- une action militante et courageuse de l'AHS et des centres spécialisés.

NINC | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et personnes transgenres (TSH) non identitaires et/ou non communautaires

Le groupe des HSH/HTS non identitaires et/ou non communautaires (NINC) comprend les HSH/HTS dont la vie ne s'articule pas, ou seulement de manière limitée, autour de la communauté gay/queer. L'identification aux symboles, lieux ou discours collectifs de la communauté est faible ou n'occupe pas une place centrale dans leur mode de vie. Pour ces personnes, la sexualité est un aspect parmi d'autres de leur vie, mais elle ne constitue pas nécessairement un élément identitaire ni un moteur d'action.
On observe différentes motivations, qui se traduisent toutefois par un obstacle commun à l'accès : les offres centrées sur la communauté sont soit totalement rejetées, soit perçues comme peu pertinentes ou inadaptées.

Les individualistes : une partie de ces personnes est fortement individualiste. L'accent est mis sur leur propre santé et sur la fonctionnalité des offres. Elles souhaitent un accès simple et rapide au dépistage, sans accompagnement ni conseil, ni gestion des relations. La confiance naît ici moins d'un contact personnel ou d'une proximité institutionnelle que de la simplicité et de l'efficacité du processus.

Les distant·x·e·s : une partie de ces personnes est intégrée collectivement, mais en dehors de la communauté queer. Elles évoluent dans d'autres contextes sociaux tels que le travail, le sport, la culture ou les réseaux familiaux, dans lesquels leur orientation sexuelle n'est certes pas un tabou, mais n'est pas non plus au centre

– ou ne doit pas l'être. Une image de marque fortement gay ou un discours communautaire explicite est perçu comme inapproprié, sans pour autant qu'il y ait fondamentalement un besoin moindre en matière de soins de santé sexuelle.

Les anonymes : ce groupe comprend notamment des hommes hétérosexuels qui ont des rapports sexuels avec des hommes ou des personnes trans. Il s'agit d'un groupe d'HSH difficile à atteindre, caché et probablement aussi construit par les professionnels[1], qui vivent leur sexualité dans le secret, souvent parallèlement à une vie hétéronormative (et hétérosexuelle). On ignore quelle est la taille réelle de ce groupe (heuristique de disponibilité), quels sont ses besoins précis et où nous pouvons l'atteindre. Ces personnes ne souhaitent être perçues ni par la communauté ni par les institutions.

En principe, les NINC n'exprimeraient guère de besoins correspondant aux enjeux de santé publique. Pour eux·elles, les autres défis de leur vie (par exemple l'usage de substances ou le stress) ne sont pas liés à leur sexualité. Ils·Elles ont la conviction que le VIH et la santé sexuelle constituent des problèmes purement individuels, à résoudre de manière autonome, mais qui ne les concernent pas, qu'ils·elles peuvent contrôler eux·elles-mêmes ou qu'ils·elles ne souhaitent tout simplement pas aborder davantage. Pour eux·elles, un diagnostic est synonyme d'échec personnel ou de comportement répréhensible, ce qui peut les conduire à adopter des stratégies d'évitement : pas de dépistage, donc pas de diagnostic. S'ils·elles décident de se dépister, ils·elles privilégient des services efficaces, simples et anonymes, où les interactions humaines sont réduites au minimum, ce qui va souvent à l'encontre des principes des professionnel·x·le·s et des offres proposées.

3.2 Dimension verticale : exclusion structurelle

Les groupes de personnes structurellement exclus en raison de la pauvreté, d'un parcours migratoire, d'expériences de racisme et de discrimination, ainsi que d'autres facteurs sociaux, sont plus difficiles à atteindre par le biais des offres « classiques », indépendamment de la manière dont elles se définissent elles-mêmes. L'intersectionnalité décrit cette interaction entre différentes caractéristiques sociales.



Illustration 3 : Représentation des HSH/TSH sur deux dimensions

[1] Conceptuel, car les hypothèses concernant ce groupe de personnes sont teintées, d'une part, par les craintes des professionnels et, d'autre part, par la fétichisation des hommes qui « ont l'air » hétérosexuels. Les informations sur ce groupe sont principalement anecdotiques et non scientifiques (voir par exemple Le Bot 2025).

Exemple de l'âge : la discrimination fondée sur l'âge dans le système de santé se manifeste par exemple lorsque des recommandations ou des offres sont soumises à des limites d'âge (par exemple, les vaccinations), lorsque les jeunes sont assuré·x·e·s par la caisse d'assurance maladie de leurs parents (absence d'anonymat) ou lorsque des hypothèses erronées sont formulées sur l'activité sexuelle d'une personne en fonction de son âge.

Exemple du statut de séjour : les personnes dont le statut de séjour n'est pas régularisé se montrent très méfiantes envers les institutions qu'elles ne connaissent pas et qui peuvent être proches des pouvoirs publics ; elles craignent qu'un diagnostic ne conduise à un signalement aux autorités.

Exemple de la capacité financière : les mesures préventives qui ne semblent pas urgentes ni indispensables sont inévitablement reléguées au second plan lorsque des dépenses perçues comme plus importantes se présentent. Sans revenus disponibles suffisants, un dépistage, avec les éventuels frais de traitement qui en découlent, coûte trop cher. De même, les mesures d'urgence telles que la PEP contre le VIH, bien qu'elles soient prises en charge par l'assurance maladie, entraînent des coûts élevés liés à la franchise et à la quote-part, qui sont inabordables pour de nombreuses personnes.

Exemple du racisme : les personnes noires en Suisse sont confrontées à des préjugés racistes et ont souvent vécu des expériences négatives, notamment au sein du système de santé. Le recours à une offre institutionnalisée leur semble peu attrayant.

Personnes structurellement exclues

Les HSH/TSH structurellement exclu·x·e·s n'ont, en raison de facteurs externes, qu'un accès limité, voire aucun accès, aux informations ou aux offres existantes en matière de santé sexuelle et/ou se trouvent dans des situations de vie où d'autres enjeux sont prioritaires. Ils·Elles ne constituent pas un groupe homogène, et l'exclusion structurelle n'implique pas nécessairement des expériences communes ou un sentiment d'appartenance sociale, car cette exclusion repose souvent sur des facteurs stigmatisés (par exemple, la pauvreté).

Les HSH/TSH structurellement exclu·x·e·s comprennent notamment les personnes trans, les travailleurs du sexe masculins (MSW) et les personnes trans exerçant le travail du sexe (TSW), les personnes en situation de pauvreté, les personnes ayant un parcours migratoire, en particulier celles sans statut de séjour régulier, ainsi que les personnes confrontées au racisme, à des discriminations multiples ou à des barrières institutionnelles. Les personnes en situation de précarité professionnelle ou de logement, ainsi que celles ayant un accès limité au système de santé, font également partie de ce groupe.

Souvent, ces personnes ne sollicitent pas activement les services proposés, que ce soit pour des raisons financières, en raison d'un manque de couverture sociale, de barrières linguistiques, de la crainte de la discrimination ou d'expériences négatives avec les institutions. L'intersection de ces facteurs constitue un fardeau supplémentaire et réduit les chances d'atteindre ces personnes.

Ces personnes ont **besoin** de services qui s'intègrent dans leur quotidien et qui soient facilement accessibles à tous les niveaux.

4 Situation initiale

4.1 Le modèle existant

Les prestations de l'AHS sont décrites ci-après. À celles-ci s'ajoutent de nombreuses mesures variées mises en œuvre par des entités internationales, régionales et locales. L'AHS s'efforce donc de garantir la cohérence de l'ensemble grâce à de nombreux mécanismes de coordination.

Informations

Les HSH/TSH sont sensibilisé·x·s via les canaux du Dr Gay. On veille à utiliser un langage simple et adapté à la communauté. Les contenus sont fondés sur des données probantes et correspondent à l'état actuel des connaissances scientifiques ainsi qu'aux recommandations de la Confédération. En complément, les HSH moins affirmés dans leur identité peuvent également être atteints par les canaux de l'AHS.

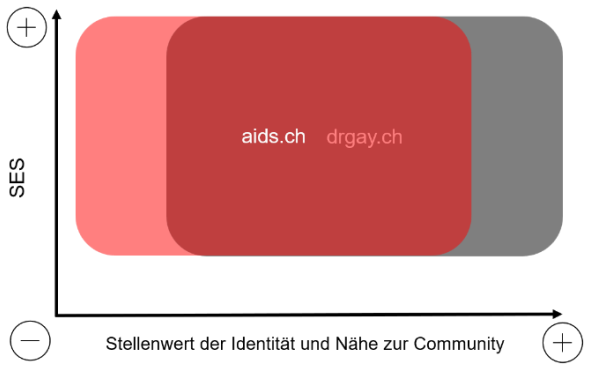


Figure 4 : Personnes touchées par les informations (par exemple, sites web de l'AHS vs Dr. Gay)

L'efficacité de ces informations est attestée, par exemple, par l'étude EMIS-2024 : au moment de l'enquête, la quasi-totalité des HSH/TSH (92 %) avaient consulté, au cours des 12 derniers mois, des informations spécifiques aux HSH sur le VIH ou les infections sexuellement transmissibles (Schmidt et al. 2026 : 109).

Cette visibilité permet une large sensibilisation, établit des références communes au sein de la communauté et contribue à ce que les recommandations soient connues et restent pertinentes.
Les canaux d'information existants fonctionnent de manière fiable, en particulier pour les personnes GBQ+.

Une limite apparaît toutefois : les canaux utilisés supposent une certaine proximité avec la communauté, les plateformes numériques ou les thèmes liés à la santé sexuelle. Les personnes qui se tiennent à l'écart de ces contextes ou qui n'y trouvent aucun écho ne peuvent être touchées que de manière limitée ou indirecte par ces moyens. Elles dépendent de professionnel·x·le·s ou de pairs/adelphes. La communication entre pairs/adelphes, en particulier, semble bien fonctionner, comme l'a montré par exemple le cas du Mpox.

Interventions

La méthode d'intervention la plus importante, mais aussi la plus coûteuse, est le travail de prévention de proximité. Les offres de dépistage mobiles, la présence lors d'événements de la scène, de soirées ou dans des lieux de rencontre permettent d'atteindre des personnes qui ne se rendent pas, ou rarement, dans les structures spécialisées habituelles. L'AHS soutient ces activités dans le cadre de ses campagnes de dépistage, tandis que l'OFSP les finance par le biais de ses aides financières annuelles.



Figure 5 : Personnes touchées par les interventions (p. ex. services de dépistage mobiles et travail de proximité numérique/analogique)

Le travail de proximité s'avère particulièrement efficace là où les offres institutionnalisées ne suffisent pas. Il réduit les barrières d'accès,

atteint des personnes en dehors des horaires d'ouverture habituels, permet de fournir des informations et de réaliser des dépistages dans un environnement familier et renforce la visibilité des offres professionnelles dans le quotidien du groupe à atteindre.Cela permet d'instaurer la confiance et d'accroître la notoriété. La prévention s'inscrit directement dans les réalités de la vie.

Dans la scène festive, les actions de dépistage mobiles touchent principalement les GBQ+. Les campagnes numériques touchent un public bien plus large, y compris les NINC grâce au ciblage. Des formats tels que les dépistages dans les saunas, le travail de proximité dans les aires de repos ou la présence sur les lieux de drague permettent également d'établir des contacts pertinents avec des personnes en dehors de la scène.

Les discussions informelles, la diffusion d'informations ou la simple visibilité des offres (par exemple, des affiches dans les toilettes) contribuent de manière importante à la proximité sociale de ces offres. Dans tous les scénarios décrits, des (jeunes) personnes qui ont encore peu de connaissances sont informées sur la santé sexuelle dans un environnement familier. En même temps, ce travail demande beaucoup d'efforts. Son succès ne peut pas être mesuré, comme c'est le cas pour les campagnes de dépistage, par le nombre de tests effectués. Dans de nombreux cas, l'accès aux offres de dépistage et de conseil ne se fait qu'avec un certain décalage, à la suite de ces premiers contacts informels.

Offres

Lancées au début des années 2010 avec « Break The Chains » et « Stop Syphilis », les campagnes nationales de dépistage sont institutionnalisées depuis 2017 et se déroulent chaque année, avec des offres de dépistage en mai et en novembre. Ces campagnes s'accompagnent à chaque fois de mesures de sensibilisation.

Ces mois de dépistage récurrents ont permis d'instaurer une routine stable au sein de la communauté. Le dépistage est ainsi devenu plus visible, plus facile à planifier et plus accessible à tou·x·te·s.
Des campagnes telles que « Parlons de nous » ont en outre renforcé le dialogue sur l'amitié, la solidarité et la discussion autour de la santé sexuelle. Travail de dépistage et de sensibilisation s'imbriquent les uns dans les autres et génèrent une dynamique de mobilisation qui va au-delà de la simple offre de dépistage.

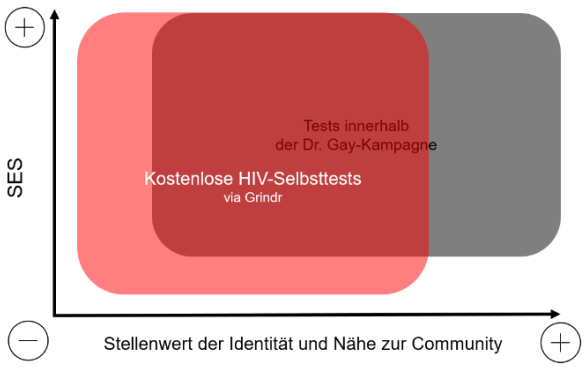


Illustration 6 : Personnes touchées par les offres (par exemple, dépistages dans le cadre de campagnes, programme d'autotest du VIH

Dans les centres urbains tels que Zurich ou Genève, une clientèle régulière et stable s'est par ailleurs développée. De nombreuses personnes recourent régulièrement à ces offres et suivent les recommandations, même en dehors des campagnes. Les offres de dépistage sont bien établies, perçues comme fiables et constituent un pilier central de la prise en charge des personnes GBQ+ et autres HSH/TSH.

Depuis 2025, l'offre existante est complétée par l'envoi d'autotests de dépistage du VIH. L'étude de mise en œuvre (Eggenberger et al. 2026, non encore publiée) montre que cela permet d'atteindre des personnes supplémentaires et, dans certains cas, différentes ; en particulier, les personnes qui sont moins touchées par les campagnes classiques menées au sein des communautés ont ainsi la possibilité d'accéder pour la première fois à une offre de dépistage.

Dans l'ensemble, cela révèle un système efficace et largement soutenu, qui mise à la fois sur la mobilisation collective par le biais de campagnes et sur des accès individuels grâce à des offres complémentaires.

Et pourtant, les offres existantes, tant au sein des structures spécialisées que dans le cadre de campagnes, s'adressent principalement à celles et ceux qui sont déjà proches des services de prévention, des communautés ou des services de santé. Les personnes ayant une forte préférence pour l'anonymat, sans lien avec une communauté ou se trouvant dans des situations de vie structurellement difficiles ne sont toujours touchées que de manière limitée par ces formats.

GBQ+

Les personnes GBQ+ sont bien touchées par les offres existantes. Elles constituent le pilier de la structure actuelle de prévention et de prise en charge et resteront à l'avenir le principal groupe à atteindre. Il n'y a donc pas de besoin fondamental d'adapter les offres de base existantes.

Il existe un potentiel d'amélioration en termes de simplification de l'accès aux soins : des offres numériques (par exemple, l'autotest à domicile), un accès simplifié aux soins (par exemple, la PrEP VIH) ou des dépistages faciles d'accès (par exemple, des plages sans rendez-vous et/ou des horaires d'ouverture le week-end) conduiraient à une augmentation du nombre de personnes dépistées/dépistages.

Les expériences pratiques montrent également qu'il existe un potentiel de développement en matière de fidélisation à long terme. L'utilisation répétée, la fidélité et la confiance ne sont jusqu'à présent guère reconnues ni encouragées de manière systématique (absence de système de récompense). De premières initiatives, telles que la fonction de rappel proposée dans le cadre de l'autotest de dépistage du VIH, fournissent des premiers enseignements. Par ailleurs, il existe une multitude de possibilités issues du marketing ou du renforcement de la communauté pour impliquer encore davantage ce groupe et en faire ainsi des acteurs de leur propre santé.

À noter : la fidélisation de ces personnes repose principalement sur la routine. Tout changement concernant les recommandations ou les offres doit être communiqué immédiatement, de manière transparente et compréhensible, afin d'éviter toute confusion et de garantir la pérennité de la relation.

NINC

Ce groupe n'est atteint que de manière limitée par les campagnes et les offres de dépistage existantes, fortement axées sur la communauté. Le déficit de prise en charge réside également dans le manque de connaissances et la perception insuffisante des risques, mais surtout dans l'inadéquation entre le ton, la forme de l'offre et les conditions d'accès.

Il est également important que les contenus soient disponibles sans attribution d'identité. Le design et l'expéditeur, en particulier, doivent être choisis de manière stratégique, en fonction de l'objectif de la mesure.

Grâce à des collaborations avec des leaders communautaires, à une portée organique via le web et les réseaux sociaux, ainsi qu'au bouche-à-oreille, il est possible de diffuser des informations au sein de ce groupe cible, mais de manière moins efficace.

C'est pourquoi la diffusion d'informations lors des interventions est essentielle : grâce à des actions de sensibilisation accompagnées de conseils et à des campagnes en ligne à large diffusion et ciblées dans le temps, il est plus facile d'atteindre les HSH/TSH qui ne s'identifient pas à cette communauté.

Le défi central consiste à proposer une gamme de services permettant l'accès à des informations et au dépistage hors contexte (guichet unique), sans exiger une identification à la communauté gay/queer et sans lier le recours à ces services à des conseils ou à la construction d'une relation. Les offres fonctionnant selon une **logique de commerce électronique** – à la demande, à prix abordable, facilement accessibles, sans engagement – répondent à ces besoins.

À noter : pour le développement futur des offres, ce groupe mystifié ne doit pas être utilisé à tort comme point de référence pour évaluer les mesures (leur succès ou leur échec). Le travail de prévention ne peut être efficace que là où des accès réels, des contextes de vie et des besoins concrets sont identifiables, et non dans des représentations abstraites et anecdotiques de ce que ces personnes pourraient être.

Personnes structurellement exclues

Ces personnes sont très difficilement atteintes par les informations ou les offres de dépistage et de conseil. L'exclusion de ces personnes dans le cadre des mesures existantes est structurelle. Les offres institutionnalisées et leur recours volontaire, de leur propre initiative, n'ont ici qu'une portée limitée.

Dans ces contextes, l'accès aux soins de santé sexuelle ne se fait presque exclusivement que lorsque les offres sont intégrées dans des structures existantes et familières ou combinées à d'autres prestations (« Tant que tu es là… »). Cela peut se faire, par exemple, dans le cadre de consultations sociales ou juridiques, d'un travail communautaire, d'offres culturelles ou éducatives, ou encore d'un travail de proximité dans des environnements familiers. La sensibilisation et la formation continue du personnel en contact avec des personnes marginalisées (organisations d'aide, mais aussi cabinets de médecine générale, hôpitaux ou permanences répondant aux besoins des HSH/TSH), ainsi que l'orientation éventuelle vers nos services, peuvent également constituer une mesure de soutien.

Le défi principal consiste à considérer la santé sexuelle comme une thématique transversale, sans en faire une préoccupation isolée ou prioritaire (voir également Seretlo, Smuts et Mokgatle 2024). Les offres correspondantes doivent être ancrées localement, facilement accessibles et développées en étroite collaboration avec les entités existantes (par exemple, un sauna, un groupe trans, un groupe WhatsApp ou un label de soirée). Il est nécessaire d'établir et d'entretenir des relations de confiance au niveau local. Les structures nationales peuvent soutenir ce processus par le biais d'offres de formation continue, de financements et en définissant des priorités en matière de contenu.

À noter : l'exclusion de ces groupes n'est pas un problème de communication, mais un problème structurel. Par conséquent, elle ne peut être résolue uniquement par des logiques de campagne classiques ou par une simple extension des offres d'information. Seules des approches à long terme, ancrées localement et fondées sur la coopération permettent d'obtenir des résultats. Celles-ci nécessitent beaucoup de ressources, sont difficilement transposables à plus grande échelle et leur impact n'est souvent mesurable qu'indirectement, mais elles sont indispensables pour pouvoir combler les lacunes en matière de prise en charge.

Conclusion

Le modèle actuel atteint très bien la partie la plus importante et la plus nombreuse des HSH/TSH. Les services sont régulièrement utilisés et le Dr Gay ainsi que les Checkpoints sont des marques reconnues au sein de la communauté.

Cependant, cette vue d'ensemble montre également qu'il existe une lacune dans l'accès à l'information et aux offres, notamment chez les personnes peu intégrées et fortement défavorisées sur le plan structurel. Il faut partir du principe que les personnes non identitaires et fortement exclues, en particulier, ne peuvent guère être atteintes par les offres nationales.

4.2 D'autres milieux et davantage de milieux

Les lieux de rencontre du groupe à atteindre évoluent : les lieux classiques tels que les bars et les clubs perdent de leur importance, voire disparaissent, dans un contexte de gentrification urbaine et de changement des comportements. Des applications comme Grindr sont devenues ces dernières années un lieu de rencontre central et une place de marché sexuelle. Les saunas et le « cruising » connaissent une renaissance surprenante, reliés par le numérique. De ce fait, on assiste à la disparition de lieux d'accès faciles et éprouvés, sur lesquels reposaient jusqu'à présent de nombreuses stratégies de sensibilisation et de dépistage, tandis que, dans les espaces numériques précisément, la prévention de proximité reste de fait impossible à ce jour.

Parallèlement, le groupe à atteindre s'est fortement diversifié. Les réalités de vie, les liens communautaires, l'accès aux services de santé et les priorités au quotidien sont aujourd'hui plus hétérogènes que jamais. Dans ces conditions, un format de campagne uniforme, mené dans des délais limités, ne peut plus atteindre tous les sous-groupes avec la même efficacité.

Avec la disparition des espaces communs, les contacts sociaux se fragmentent de plus en plus en contextes numériques, privés ou thématiques. Ceux-ci sont plus difficiles à aborder collectivement et échappent largement à la présence directe des actions de prévention. Alors que les lieux physiques ont pu, au fil du temps, instaurer une fiabilité, une reconnaissance et une proximité institutionnelle, les contextes numériques doivent d'abord instaurer la confiance – souvent dans des délais d'interaction très courts et en concurrence avec une multitude de contenus commerciaux.

Parallèlement, cette individualisation s'accompagne d'une perte partielle de la prévention informelle : dans ces espaces, les informations relatives à la santé n'étaient pas seulement transmises par des organismes spécialisés, mais aussi renforcées par les pairs/adelphes, les normes sociales et des interactions récurrentes. Lorsque ces espaces disparaissent, cet ancrage social s'affaiblit. Les stratégies de protection et le recours aux offres découlent moins de dynamiques collectives que de décisions individuelles.

Conclusion

La disparition des lieux de rencontre traditionnels met en évidence la nécessité d'avoir

- des approches faisant appel à des pairs/adelphes et à des ambassadeur·x·drice·s issu·x·e·s des communautés, afin de diffuser des informations via des réseaux informels et
- une plus grande continuité dans le temps et une répétition des messages dans la communication numérique, afin de rester efficace dans des contextes en ligne fragmentés et éphémères.

4.3 Stagnation épidémiologique

La situation chez les HSH/TSH en termes de charge de morbidité ne montre pas de tendance claire : le nombre de personnes découvrant vivre avec le VIH oscillent autour de 100 par an depuis 2020, tandis que les diagnostics de syphilis sont volatiles et en baisse depuis 2023 (OFSP 2025 : Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse et au Liechtenstein en 2024 : une évaluation épidémiologique).

Les campagnes de l'AHS ont été très efficaces pour traduire les recommandations de dépistage en changements de comportement. Il apparaît toutefois que, depuis 2023/2024, les campagnes ne contribuent plus autant qu'au cours des années précédentes à la détection des nouvelles infections, tant pour le VIH que pour la syphilis.

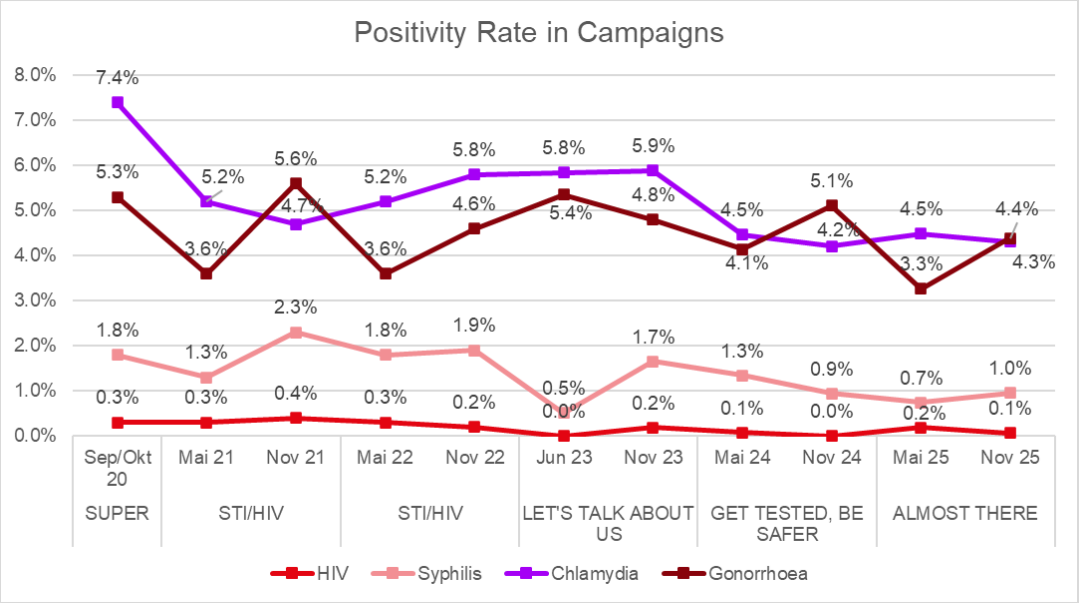


Figure 7 : Taux de positivité issus des campagnes de dépistage et de sensibilisation (2020-2025)

En ce qui concerne la syphilis, cela s'explique probablement principalement par le fait que les personnes les plus touchées sont prises en charge dans le cadre de SwissPrEPared et n'apparaissent plus dans ces campagnes. Pour le VIH, la situation est ambiguë : le nombre annuel de personnes découvrant vivre avec le VIH ne diminue pas suffisamment, même chez les HSH/TSH, pour atteindre les objectifs d'élimination – parallèlement, la campagne ne donne lieu qu'à très peu de diagnostics.

Le fait d'identifier les infections n'est pas l'objectif direct (*Output*) des campagnes, même si c'est bien sûr leur objectif final (*Outcome*). L'information, le conseil et la mise en place de routines constituent des objectifs centraux qui ne se reflètent pas directement dans les chiffres des dépistages, mais qui contribuent de manière essentielle à la stabilisation à long terme des compétences en matière de santé et des comportements de dépistage. Les campagnes déploient leurs effets au sein de la communauté et créent de la visibilité, favorisent la mobilisation collective et contribuent à ce que le dépistage reste une norme sociale.

La stagnation des diagnostics de VIH semble plutôt indiquer que les campagnes existantes touchent principalement les personnes déjà bien intégrées dans les structures de prévention. Cette observation est corroborée par l'évolution des stratégies de protection : malgré l'amélioration des moyens de prévention (PrEP contre le VIH) et d'une forte visibilité des campagnes, la proportion de personnes potentiellement exposées au VIH reste stable sur les trois vagues d'enquête EMIS (figure 9). Il convient en outre de tenir compte du fait que les utilisateurs et utilisatrices de la PrEP VIH sont surreprésentés dans l'EMIS.

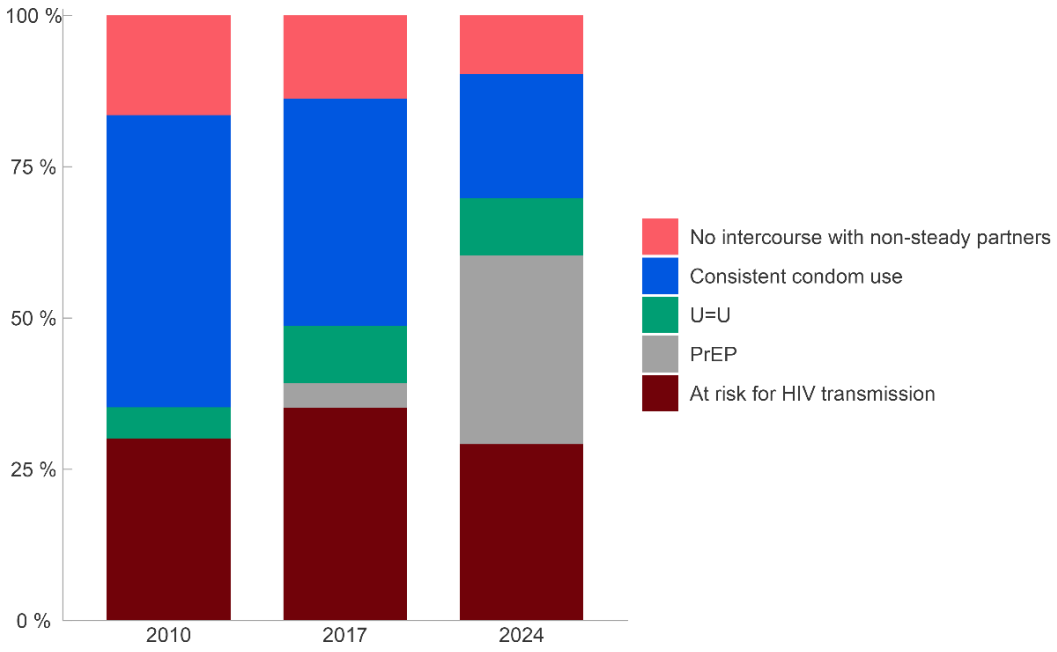


Figure 8 : Évolution des stratégies de protection contre le VIH au fil des vagues d'enquête EMIS (Schmidt et al. 2026, p. 62)

Les connaissances, la visibilité et l'accès sont bien présents, mais ne conduisent pas nécessairement à une réduction supplémentaire du risque. Cela montre également qu'une attention particulière portée à la communication sur la protection et au changement de comportement individuel ne suffit pas à elle seule pour atteindre les objectifs épidémiologiques.

Conclusion

Les campagnes menées jusqu'à présent génèrent un volume d'actions important (*Output*) et ont un effet stabilisateur au sein de la communauté, qui est bien atteinte. Dans le même temps, on observe un écart croissant entre le rendement (*Output*) et l'impact : la portée et la mobilisation obtenues ne conduisent que de manière limitée à une nouvelle réduction des transmissions du VIH. Les campagnes agissent principalement là où l'accès, la visibilité et une certaine routine de dépistage existent déjà. Sans approches complémentaires, elles n'atteignent que de manière limitée les contextes et les groupes dans lesquels des risques significatifs persistent.

4.4 Évolution du paysage du dépistage

Nouvelles recommandations en matière de dépistage

Les publications de ces dernières années suggèrent que les stratégies de dépistage doivent être davantage différenciées en fonction de l'agent infectieux, des réseaux et des possibilités d'accès. Il convient de préserver les atouts existants (forte accessibilité, infrastructure de dépistage bien établie, bonne prise en charge du VIH) tout en réévaluant les bénéfices, les effets secondaires et les routines.

Concernant le dépistage asymptomatique des IST, Kenyon et al. (2023) font valoir que les données disponibles ne démontrent pas que le dépistage régulier de la gonorrhée et de la chlamydia permette de réduire la prévalence et les effets néfastes, tandis que les inconvénients du traitement de la chlamydia et de la gonorrhée asymptomatiques (à l'instar de M. genitalium) pèsent lourdement :

> « [I]l n'existe aucune preuve solide quant aux bénéfices d'un dépistage fréquent de la gonorrhée non gonococcique (NG), de la chlamydia (CT) et de M. genitalium (MG) chez les HSH, et de plus en plus de données mettent en évidence les effets néfastes du dépistage de ces infections, en particulier chez des populations telles que les sous-populations d'HSH ayant des réseaux sexuels denses. Dans ces populations, il a été démontré que le dépistage entraîne une consommation d'antimicrobiens à large spectre dépassant considérablement les seuils induisant une résistance. (…) [C]ette exposition intense peut entraîner une dysbiose, un affaiblissement de l'immunité et une diminution de la résistance à la colonisation. (…) »

En conséquence, les auteurs proposent de se concentrer sur le dépistage régulier du VIH et de la syphilis chez les personnes asymptomatiques issues de populations présentant une prévalence élevée, et d'envisager des offres supplémentaires dans le cadre du conseil individuel :

> « En revanche, nous disposons de données solides pour préconiser le dépistage du VIH et de la syphilis chez les populations les plus exposées, notamment celles évoluant dans des réseaux sexuels denses, tels que les HSH sous PrEP. Ces résultats divergents constituent le fondement de notre recommandation en faveur d'une
> approche du dépistage des IST spécifique à la population et à l'agent infectieux. Il est probable que le risque, les bénéfices et le rapport coût-efficacité du dépistage varient en fonction de la population et de l'agent infectieux testés, du test diagnostique utilisé, de la fréquence des tests et du modèle de système de santé. Les préférences de la population ciblée et de chaque patient devraient également jouer un rôle important dans la détermination de notre approche du dépistage. »

La CFIST examine, au sein d'un groupe de travail, une adaptation des recommandations en Suisse. Une éventuelle réévaluation aurait des conséquences considérables sur le paysage du dépistage en Suisse et affecterait le travail de l'AHS, notamment en matière de communication.

À titre de mesure préparatoire, l'AHS a déjà adapté sa communication. On ne parle plus du VIH et des IST, mais plutôt du VIH, de la syphilis et d'autres IST. L'objectif est également de mieux mettre en évidence les risques pour la santé liés à la syphilis en tant que maladie systémique.

À cela s'ajoutent d'autres agents inctieux importants tant pour la santé publique que pour la santé individuelle : dans l'échantillon suisse de l'EMIS, 17,6 % des personnes interrogées ont déclaré avoir eu, au cours de leur vie, des verrues anales ou génitales dues aux HPV (Schmidt et al. 2026 : 42). Des études internationales montrent en outre que l'incidence de certains cancers anaux et génitaux est plus élevée chez les HSH que celle du VIH (Clifford et al. 2021).

Parallèlement, on constate un taux de vaccination très faible au sein de cette population : seuls 31,6 % ont reçu au moins une dose de vaccin contre les HPV (Schmidt et al. 2026 : 112). Dans le même temps, 24,1 % auraient souhaité se vacciner, mais ont déclaré ne pas avoir pu le faire (ou plus) en raison de leur âge, ou ne pas avoir pu le faire dans le cadre recommandé.

Nouvelles offres de dépistage

En Suisse, les autotests de dépistage du VIH à domicile sont recommandés depuis 2018 (Office fédéral de la santé publique [OFSP] 2018). Ils permettent un accès facile, autonome et discret au dépistage du VIH. Ils peuvent ainsi toucher en particulier les personnes qui ne souhaitent pas se rendre dans un centre spécialisé ou pour lesquelles un cadre de dépistage classique présente des obstacles trop importants.

Les autotests de dépistage du VIH à domicile disponibles présentent une sensibilité et une spécificité élevées, mais leur fenêtre diagnostique est plus longue que celle des tests de laboratoire et des tests à résultat rapide de 4e génération. Un autotest de dépistage du VIH ne peut donc exclure de manière fiable une infection par le VIH que 12 semaines après une exposition potentielle.

Dans le cadre du travail de prévention, les autotests de dépistage du VIH ne remplacent donc pas les offres de dépistage encadrées par des professionnel·x·le·s, mais viennent les compléter. Leur intérêt réside avant tout dans l'élargissement de l'accès au dépistage. Ils sont particulièrement adaptés aux situations où l'anonymat, la flexibilité horaire ou une interaction minimale sont essentiels. Ils répondent ainsi aux besoins des NINC et d'autres HSH/TSH, qui ne sont atteint·x·e·s que de manière limitée. Parallèlement, leur distribution doit être organisée de manière à ce que les limites des tests soient clairement communiquées et qu'une orientation vers des services de conseil, d'analyses de confirmation et de prise en soin soit possible si nécessaire.

Les autotests ou tests rapides pour d'autres IST ne sont actuellement pas recommandés. D'un point de vue technique, deux raisons en particulier s'y opposent : la sensibilité n'est pas suffisamment élevée pour certains agents infectieux. Cela peut entraîner des résultats faussement négatifs, notamment dans le cas de la chlamydia. De plus, dans le cas de la syphilis, les tests rapides ne permettent pas de distinguer de manière fiable une infection antérieure guérie d'une infection aiguë. La mise en évidence d'une syphilis active nécessite un test d'activité supplémentaire en laboratoire. Ces tests ne constituent donc pas une base fiable pour formuler des recommandations à l'intention des HSH/TSH. Pour les autres IST, il reste nécessaire de recourir à des offres de dépistage encadrées par des professionnel·x·le·s, avec un diagnostic approprié et une confirmation en laboratoire.

Les offres d'auto-prélèvement à domicile pour les IST proposées actuellement par des prestataires tiers (notamment des laboratoires) sur le marché suisse ne sont pas suffisantes pour être recommandées aux HSH/TSH. Leur qualité est médiocre, leurs coûts élevés, et ces offres reposent sur un marketing de la peur et une logique de profit. L'offre de l'AHS (« Check at Home ») a été interdite par l'autorité de surveillance Swissmedic. Les offres d'auto-prélèvement à domicile pourraient constituer une alternative précieuse, en particulier pour les personnes NINC. L'AHS examine en permanence la possibilité de remettre en place sa propre offre.

De plus, **des pharmacies ou des laboratoires** font leur entrée sur le marché avec des offres de dépistage sur place qui ne répondent en aucun cas aux critères du dépistage volontaire et de conseil (VCT). Outre les coûts, des questions de qualité et de confiance se posent également ici. Du point de vue de la prévention, il est par exemple problématique que de nombreuses offres ne prévoient pas de prélèvements rectaux et buccaux. Des personnes sont soit sur-testées, soit sous-testées, soit testées de manière erronée, et les conseils prodigués ne sont pas suffisamment éclairés – notamment en ce qui concerne les populations clés –, ce qui crée un faux sentiment de sécurité chez les client·x·e·s.

Conclusion

- À l'avenir, le dépistage mettra (à nouveau) davantage l'accent sur le VIH et la syphilis.
- Les autres dépistages (par exemple CT/NG) ne devraient pas être effectués de manière systématique, mais faire l'objet d'une décision au cas par cas, en fonction des symptômes et d'une évaluation individuelle des risques/bénéfices.
- Les vaccinations doivent être davantage ancrées dans la stratégie de santé sexuelle.
  En conséquence, les offres doivent être axées sur le groupe clé des HSH/TSH, car les obstacles ne sont pas principalement dus à un « manque de motivation », mais à des barrières d'accès (éligibilité, coûts, centres de vaccination).
- Des offres de dépistage alternatives doivent, lorsque cela s'avère pertinent, être recommandées et proposées afin d'élargir l'accès aux dépistages. Il convient de déconseiller de manière proactive les offres de mauvaise qualité et de limiter les acteurs par tous les moyens possibles.

4.5 Réduction des offres

Les conditions-cadres du travail de prévention ont considérablement évolué. Les services spécialisés et les organisations responsables sont soumis à une pression croissante en matière de ressources : les capacités en personnel, en moyens financiers et en temps sont limitées, tandis que les exigences en matière de différenciation, d'assurance qualité et de portée ne cessent d'augmenter.

Dans certains cantons, des mesures pour la prévention auprès des HSH/TSH ou les offres spécifiques sont supprimées. Il en résulte une perte de spécialisation, de visibilité et d'efficacité ciblée sur les groupes visés.

Dans le même temps, la pression pour démontrer l'efficacité s'accroît. Alors que les indicateurs classiques, tels que le nombre de dépistages ou la portée, restent facilement mesurables, il reste difficile de mettre en évidence des relations de cause à effet plus complexes. Les ressources nécessaires à cet effet ne sont pas disponibles. Cela comporte le risque que soient prioritaires surtout les mesures facilement quantifiables, mais pas nécessairement celles qui sont déterminantes pour l'impact.

Dans ce contexte, le pilotage stratégique gagne en importance : la mise en évidence des besoins, des risques et des recommandations pour les HSH/TSH devient essentielle pour la légitimation et le développement du travail de prévention. Un plan commun, soutenu par les parties prenantes concernées au sein de l'association et des services spécialisés, est à cet égard indispensable.

Pour mener efficacement ce travail de plaidoyer, il faut disposer de données cohérentes et fiables, d'une orientation claire en termes de priorités ainsi que d'une logique d'impact compréhensible. L'ancrage dans les objectifs nationaux (NAPS) et le recours à des données scientifiques constituent la base nécessaire aux décisions stratégiques et à l'allocation des ressources.

Conclusion

- La pression croissante sur les ressources exige une orientation stratégique claire : une logique globale coordonnée et fondée sur des données probantes est déterminante pour utiliser les ressources de manière ciblée et assurer la pérennité du travail de prévention à long terme
- Priorisation plutôt qu'extension : il n'est pas possible d'intervenir avec la même intensité auprès de tous les groupes et de mener toutes les approches en parallèle. Il faut définir des priorités claires en fonction de l'impact.
- Rendre l'impact visible : même les approches difficilement mesurables (par exemple, la sensibilisation de terrain, le travail de confiance) doivent être systématiquement justifiées et légitimées.

4.6 La logique universaliste « one size fits all »

La légitimité des offres spécifiques à certains groupes clés est de plus en plus remise en cause. Au nom de l'égalité de traitement, les offres spécifiques destinées aux HSH/TSH sont parfois présentées comme injustes ou comme une discrimination à l'égard d'autres groupes. Sous le prétexte de l'égalité, l'équité en matière de santé est sacrifiée. Ce faisant, différentes formes de marginalisation sont opposées les unes aux autres, au lieu de répondre aux besoins de santé publique et à ceux des différents groupes à atteindre sur la base de données probantes, sans motivation politique.

Les ressources destinées aux populations clés sont réaffectées à d'autres offres. Des prestations telles que les tests VIH gratuits s'adressent également à des personnes qui ne sont pas réellement exposées, tandis que les personnes les plus exposées ou ayant un accès difficile ne sont toujours pas atteintes, car la prévention de proximité n'est pas (ou plus) financée.

La prévention du VIH ou de la syphilis ne peut pas partir du principe que les mesures sont tout aussi adaptées ou nécessaires pour toutes les personnes. Il est bien plus déterminant de développer des offres en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion concrets. Cela inclut notamment le caractère communautaire des offres. Deux exemples illustrent cette idée :

Exemple des réseaux : les tests gratuits doivent-ils être proposés à un public aussi large que possible ou ciblés en fonction de la probabilité d'exposition ? Une ouverture généralisée à tou·x·te·s semble à première vue équitable, mais peut s'avérer peu efficace du point de vue de la santé publique. Les HSH/TSH évoluant dans des réseaux sexuels denses et fortement interconnectés sont beaucoup plus exposé·x·e·s que les personnes ayant peu ou pas de contacts de ce type. Une extension indifférenciée des offres à « tout le monde » ne tient pas compte de ces différences et peut conduire à ce que les ressources ne soient pas mobilisées là où elles auraient le plus grand impact sur la santé publique.

Prenons l'exemple de l'âge : en matière de prévention, l'âge est souvent utilisé comme un indicateur simplificateur (par exemple, en mettant l'accent sur les jeunes). Ce critère n'est toutefois pertinent que dans une certaine mesure, car il ne présente pas de corrélation fiable avec l'exposition réelle. Selon l'EMIS-2024, environ la moitié des HSH de moins de 20 ans n'ont jusqu'à présent pas eu de rapports sexuels avec pénétration, et en particulier pas de rapports anaux.

Conclusion

Une répartition uniforme et indifférenciée, tout comme la concentration unilatérale des ressources, affaiblissent le travail de prévention auprès des populations clés. Les moyens sont alloués sans tenir compte de l'évaluation réelle des risques, des lacunes en matière de prise en soins et des obstacles à l'accès.
En matière de prévention, le principe central de santé publique du mouvement de lutte contre le sida doit donc rester la ligne directrice : « Put the money where the virus is. » Les mesures doivent s'orienter en fonction des risques et des bénéfices réels. Les ressources sont mobilisées là où elles ont le plus grand impact sur la santé. Pour cela, il faut disposer de bases de données fiables.

5 Évolutions

Le modèle existant, qui comprend les trois volets « information », « interventions » et « offres » (cf. 4.1), est maintenu – voir le tableau ci-dessous, qui répertorie toutes les prestations. Les adaptations sont décrites ci-après.

Résultats	GBQ+ **Besoins** : qualité, fiabilité, reconnaissance	NINC **Besoins** : anonymat, absence de contexte, absence d'engagement	HSH/TSH victimes d'exclusion structurelle **Besoins** : intégration, accompagnement
Informations	Web Médias communautaires Réseaux sociaux Événements communautaires, Pairs/Adelphes Presse écrite	Web Réseaux sociaux Événements communautaires Pairs/Adelphes Publicité sur les applications de rencontres sexuelles	Web Réseaux sociaux Communauté Événements Pairs/Adelphes
Interventions	Prévention de proximité Dépistages de proximité Coopérations	Prévention de proximité Dépistages de proximité	Prévention de proximité Dépistages de proximité Coopérations
Offres	Renseignements/Triage Moyens de protection Campagne (dépistage et sensibilisation)	Renseignements/Triage Moyens de protection Campagne (dépistage et sensibilisation)	Renseignements/Triage Moyens de protection Campagne (dépistage et sensibilisation)

Principes fondamentaux

Pour mettre en œuvre le Plan d'Action, trois changements essentiels sont nécessaires : ils constituent les fondements techniques, stratégiques et communicationnels indispensables à la réussite de l'initiative.

Domaine d'activité	Description	Adaptations nécessaires	Lancement	Référence
Groupes d'action	Des groupes d'action sont mis en place pour la mise en œuvre du PA27-30, afin d'ancrer celle-ci au niveau régional. Leur champ d'action et leur composition sont définis au point 6.2.	– Prise en compte de la dimension régionale – Promotion des forces innovantes	01/2027	4.1, 4.3
Développement de la marque	La communication avec l'expéditeur Dr Gay, touche en premier lieu la communauté GBQ+ et bénéficie d'une grande confiance au sein de ce groupe. Dr Gay adopte une image affirmée, gay et queer afin de toucher la communauté GBQ+. Pour cela, le design est modernisé.	– Évaluation d'une nouvelle agence – Refonte de la marque	04/2027	4.1, 4.2
Recommandations en matière de dépistage	La CFIST définit la fréquence des dépistages du VIH et de la syphilis ainsi que les recommandations relatives aux dépistages de la chlamydia et de la gonorrhée asymptomatiques; l'AHS adapte ses recommandations en conséquence. En cas de changements significatifs, une campagne d'information systématique et de grande envergure est nécessaire.	– Communication complexe en fonction de la décision de la CFIST	À partir de la décision	4.4

Informations

Les ajustements suivants sont prévus afin de renforcer le volet « Informations » :

Domaine de prestations	Description	Adaptations nécessaires	Lancement	Référence
Site web	Le contenu du site web continue d'être mis à jour régulièrement. Mis à jour pour la dernière fois sur le plan technique en 2019, il doit être entièrement refait pour des raisons de sécurité, mais aussi en raison des avancées techniques (remplacement du référencement naturel [SEO] par l'IA).	– Évaluation d'une nouvelle agence – Refonte et relance	04/2027	4.1, 4.2
Réseaux sociaux	Afin de continuer à toucher les publics à atteindre, en particulier les personnes GBQ+, il est nécessaire de mettre à jour notre présence sur les réseaux sociaux et de renforcer la visibilité au sein de la communauté.	– Recours à une agence spécialisée – Examiner un nouveau concept	avril 2027	4.1, 4.5
Médias gay	Des partenariats ont été conclus avec tous les magazines gays suisses imprimés (DISPLAY-Magazin, cruisermagazin, PinkMail, CHECK), ce qui garantit une présence régulière de la marque et de ses contenus.	– Aucune adaptation nécessaire	01/2027	4.1
Événements communautaires	Des collaborations seront mises en place avec d'autres acteurs (par exemple, événements fétichistes, festivals de cinéma LGBTQ, manifestations de la Pride), dans la mesure où cela s'avère pertinent et possible.	– Aucune adaptation nécessaire	01/2027	4.1, 4.2
Moyens de protection	Des préservatifs avec lubrifiant (dans des Catch Cover avec la publicité drgay.ch) et des piluliers pour la PrEP VIH sont mis gratuitement à la disposition des médiateurs et médiatrices. Des préservatifs neutres (par exemple « Safer Sex » et « Love Life ») sont également disponibles.	– Aucune adaptation nécessaire	01/2027	4.1
Pairs	La transmission des connaissances s'inscrit désormais dans une perspective plus large et davantage axée sur la communauté. Les pairs/adelphes jouent un rôle important : ils·elles diffusent les informations et renforcent la portée et la crédibilité en dehors des canaux de communication formels. L'offre numérique « QueerPeer » de l'Académie, mise en place à titre pilote en 2026, doit être poursuivie, développée et ainsi renforcée.	– Développer QueerPeer – Étudier les possibilités de mise en œuvre régionale	01/2028	4.2
Supports imprimés	Les dépliants et affiches contenant les informations essentielles sur la sexualité gay, les vaccinations, les stratégies de protection et la PEP/PrEP seront remaniés après la refonte du site et mieux adaptés aux quatre principes du guide sur les rapports sexuels protégés. Cela dépendra de la décision de la CFIST concernant les recommandations relatives au dépistage chez les personnes asymptomatiques et des moyens financiers nécessaires à leur communication. D'ici là, il n'y aura ni révision ni réimpression des supports imprimés existants.	– Relance des supports imprimés, en fonction des ajustements de la fréquence des tests (cf. 4.4) conformément à la décision de la CFIST	À compter de la décision de la CFIST	4.1, 4.2

Interventions

Les ajustements suivants sont prévus afin de renforcer le résultat « Interventions » :

Domaine de prestations	Description	Adaptations nécessaires	Lancement	Référence
Prévention de proximité	Le travail de proximité permet d'entrer en contact avec des personnes qui ne se rendent pas, ou très rarement, dans les structures spécialisées habituelles. Cela concerne aussi bien les NINC que les groupes structurellement exclus, pour lesquels les offres institutionnelles présentent des barrières importantes. L'objectif est d'intégrer davantage les offres préventives et diagnostiques dans les contextes sociaux existants. Cela comprend des coopérations avec des organisations et des institutions qui sont (également) en contact avec les HSH/TSH, ainsi que l''intégration d'offres de dépistage et de conseil dans des cadres familiers. Au niveau national, on soutient les organisations régionales par – la formation des médiateurs et médiatrices par le biais d'une formation continue (Academy), – la mise à disposition du logiciel de conseil et de gestion des données SURE, afin d'étayer la base de données et, par là même, la légitimité du travail aux niveaux régional et national, ainsi que – la mise à disposition de supports pour le travail de proximité.	– Promotion du travail de terrain visant à atteindre les NINC et les HSH/TSH victimes d'exclusion structurelle	09/2027	4.5, 4.6
Dépistages de proximité		– Promotion des offres de dépistage de proximité s'adressant aux NINC et aux HSH/TSH victimes d'exclusion structurelle	septembre 2027	4.5, 4.6

Offres

Les adaptations suivantes sont prévues pour renforcer le résultat « Offres » :

Domaine d'activité	Description	Adaptations nécessaires	Lancement	Campagne
Campagne de dépistage Services spécialisés	Pour les GBQ+, les offres de dépistage classiques restent importantes. Les mois de dépistage sont clairement identifiables, accompagnés de manière professionnelle et bénéficient d'un large soutien. Ils continuent de constituer le point de référence collectif pour la communauté. La prise de rendez-vous reste l'outil central pour garantir une offre de dépistage planifiable et efficace. En complément, la campagne encourage la mise en place d'accès supplémentaires à bas seuil (sans rendez-vous, offres réservées aux personnes trans, horaires d'ouverture le week-end, etc.).	– Promotion de mesures favorisant l'accessibilité	09/2027	4.1, 4.3
Campagne de dépistage Consultation VCT	Dans le cadre des campagnes de dépistage, le dépistage du VIH et de la syphilis est proposé gratuitement dans le cadre d'une offre groupée. Il reste judicieux de proposer, lors de la consultation de dépistage, d'autres tests (chlamydia, gonorrhée, hépatite C) ou des vaccinations (HPV, hépatite A/B, Mpox).	– Priorité au VIH et à la syphilis	01/2025	4,4
Campagne de dépistage Travail de proximité	Pour les NINC et les HSH/TSH victimes d'exclusion structurelle, les approches classiques axées sur les campagnes n'ont qu'une efficacité limitée. En revanche, les interventions de proximité et adaptées au contexte offrent le plus grand potentiel pour élargir la portée des actions et combler les lacunes existantes en matière de prise en charge.	– Promotion d'interventions en dehors des centres de dépistage	09/2027	4.3, 4.5
Campagne de dépistage Autotests VIH	Les offres de dépistage basées sur un modèle de commerce électronique sont conformes à la NINC. De telles offres sont rendues possibles dans le cadre de la campagne de dépistage. On peut par exemple imaginer des codes QR dans les salles de sport, les aires de repos ainsi que dans les établissements disposant de toilettes accessibles au public. L'accès aux tests sera également disponible là où ont lieu des rapports sexuels entre hommes. Ces offres seront formulées de manière moins identitaire, avec des messages axés sur la responsabilité individuelle. L'AHS propose également des autotests de dépistage du VIH.	– Mise en place dans le cadre du travail de proximité	09/2027	4.3, 4.5

6 Mise en œuvre

Pour des raisons de ressources, il ne sera probablement pas possible de mettre en œuvre toutes les mesures à l'échelle nécessaire. Par conséquent, la mise en œuvre concrète des deux mesures les plus importantes, en collaboration avec des parties prenantes externes, est décrite ci-après. Les autres mesures (par exemple, le développement de la marque) seront mises en œuvre de manière autonome par le secrétariat, en fonction de la hiérarchisation des ressources.

6.1 Campagne

Il est nécessaire de mutualiser les ressources, de clarifier les responsabilités et d'impliquer les partenaires locaux dès le début de la planification. Dans ce contexte, la structure actuelle, qui prévoit deux phases de campagne annuelles, sera adaptée. **À partir de 2027, la campagne nationale de sensibilisation et de dépistage sera concentrée sur une période centrale en novembre.** Cela permettra également de désengorger le mois de mai, ce qui laissera aux partenaires davantage de ressources pour s'engager pendant le mois de la Pride en juin. Comme auparavant, l'AHS ne jouera pas de rôle actif pendant la Pride.

Le nouveau mois national de dépistage pour les HSH/TSH, en **novembre,** fera l'objet d'une promotion à partir de septembre. Des actions d'accompagnement seront également encouragées dans le cadre de la campagne entre **septembre et novembre**. La concentration sur un seul mois permet :

- un impact communicationnel plus fort ;
- une meilleure mutualisation des ressources ;
- une préparation intensive et une coordination régionale ;
- une visibilité nationale accrue.

Les partenaires locaux peuvent mettre en place des coopérations et planifier des actions spécifiques. Contrairement à ce qui se faisait jusqu'à présent, ils disposent désormais d'un délai plus long pour mieux s'adapter aux besoins des partenaires communautaires. Les groupes d'action accompagnent ce processus et facilitent les échanges ainsi que la définition des priorités.

La campagne nationale **de sensibilisation et de dépistage** se déroulera à partir de 2027 selon le calendrier suivant :

Mesure	Période
Campagne de sensibilisation	Du 1er septembre au 30 novembre
Actions soutenues dans le cadre de la campagne	Du 1er septembre au 30 novembre
Mois national du dépistage	Du 1er novembre au 30 novembre

Gestion de la clientèle régulière

Le mois de novembre est déjà connu comme le mois de dépistage. La suppression d'un mois de campagne existant doit être clairement expliquée. Il s'agit avant tout de regrouper les ressources et d'accroître l'efficacité. À titre de solution transitoire, la clientèle régulière peut être soutenue par les centres de dépistage grâce à des mesures spécifiques, par exemple des réductions limitées dans le temps ou des offres de rappel.

6.2 Groupes d'Action Gays

Les groupes d'action gay (GAG) sont des groupes régionaux chargés de la mise en œuvre du PA27-30. Ils traduisent la stratégie nationale en mesures régionales concrètes et veillent à ce que le Plan d'Action soit mis en œuvre de manière pratique à tous les niveaux : au sein des services spécialisés, dans les contextes communautaires, dans le cadre de coopérations avec des entités locales, et dans le travail direct avec les HSH/TSH. Ils inspirent et initient le travail. À cette fin, ils bénéficient du soutien organisationnel de l'AHS. **Leurs mesures bénéficient d'un soutien prioritaire.**

Les groupes d'action sont organisés en trois régions culturelles et se réunissent trois à quatre fois par an (lancement en février, planification entre avril et août, évaluation en décembre). Ils servent à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation communes des mesures. Ils discutent des prestations pertinentes dans une région, des entités capables de les mettre en œuvre et de la manière dont des coopérations peuvent être établies entre les entités afin d'utiliser les ressources de manière ciblée.

Composition

Les groupes d'action gays sont composés de personnes impliquées dans la mise en œuvre du PA27-30 et apportant une contribution concrète. Il s'agit notamment :

- les spécialistes de la prévention HHS/TSH du secrétariat de l'AHS
- des spécialistes de la prévention HSH/TSH des centres tels que les Checkpoints
- Des entités locales des domaines du dépistage, du conseil, de la sensibilisation de rue, de la culture, de l'animation festive, des associations ou des initiatives autonomes, ainsi que des individus impliqués dans certaines mesures spécifiques.

Missions

Les GAG assument notamment les tâches suivantes :

- Identifier les besoins régionaux et les lacunes en matière d'accès ;
- Hiérarchiser les mesures du catalogue de prestations (voir annexe 9.2) et les adapter aux réalités régionales ;
- Faciliter les coopérations entre les services spécialisés, les communautés et d'autres partenaires ;
- Exploiter les synergies régionales afin de réduire la charge de travail des petits services spécialisés ;
- Préparer des mesures dans le cadre de la campagne nationale ;
- Transmettre les retours d'expérience issus de la pratique au niveau national ;
- Tester de nouvelles approches, les documenter et, en cas de succès, les mettre à la disposition d'autres régions.

Mode de fonctionnement

La participation à un GAG suppose que les personnes adhèrent fondamentalement au PA27-30 et souhaitent collaborer activement à sa mise en œuvre. Ces groupes ne sont pas de simples instances d'accompagnement ou de retour d'expérience. Ils s'adressent à des personnes et à des organisations prêtes à assumer des responsabilités, à identifier les lacunes, à élaborer des solutions et à faire avancer des mesures concrètes.

Les GAG ont une approche orientée vers l'action. Chaque réunion doit déboucher sur des étapes concrètes pour la suite : quelle mesure sera mise en œuvre ? Qui se chargera de quelle tâche ?

Leur objectif est d'utiliser le PA27-30 comme outil de travail commun et d'en tirer une pratique de prévention contraignante, visible et efficace pour les HSH/TSH.

7 Plan d'évaluation

Résultats	Impact	Indicateur	Valeurs cibles	Source des données
Connaissances et compréhension	Les HSH/TSH savent comment vivre leur sexualité de manière saine, sûre et épanouissante.	Enquête sur les connaissances et les comportements	Suivi annuel basé sur la référence de 2027	SURE
	Les HSH/TSH connaissent leurs risques individuels	Enquête sur les connaissances et les comportements	Suivi annuel basé sur la référence de 2027	SURE
	Les HSH/TSH ont accès aux informations nécessaires	Le site web et les supports sont à jour et les chiffres d'utilisation correspondent à ceux des années précédentes	Site web : +10 % de visites chaque année Réseaux sociaux : +10 % de vues chaque année	Statistiques internes (site web, boutique en ligne, réseaux sociaux)
	Les interventions touchent les HSH/TSH	Interventions mises en œuvre	200 dépistages et consultations réalisés en mobile	SURE
Comportements et contextes	Les HSH/TSH ont accès à des offres de dépistage qui tiennent compte de leur situation (statut socio-économique, degré d'assumer son homosexualité)	Indicateurs d'utilisation des services	Les moyens disponibles sont utilisés de manière ciblée et pleinement exploités	SURE
	En Suisse, on recense moins de 25 nouvelles infections par le VIH par an chez les HSH/TSH[2]	Épidémiologie du VIH	25 déclarations de cas de VIH en laboratoire en 2030 chez les HSH (2024 : environ 150 HSH et chiffre inconnu)	Système de déclaration de l'OFSP
	L'incidence de la syphilis chez les HSH/TSH est à son plus bas niveau	Épidémiologie de la syphilis	Tendance à la baisse	Système de déclaration de l'OFSP
	En 2030, 80 % des HSH/TSH participant à la campagne de dépistage seront vacciné·x·e·s contre le HPV, Mpoxet les hépatites A/B [3]	Couverture vaccinale	Couverture vaccinale de 80 % pour les vaccins recommandés chez les HSH/TSH	SURE

[2] L'objectif de 25 nouvelles infections par le VIH par an repose sur l'objectif de l'ONUSIDA visant à réduire les transmissions du VIH de 90 % par rapport à 2010. Chez les HSH, environ 250 à 270 nouvelles infections par an ont été enregistrées en 2010 (Office fédéral de la santé publique [OFSP] 2012).

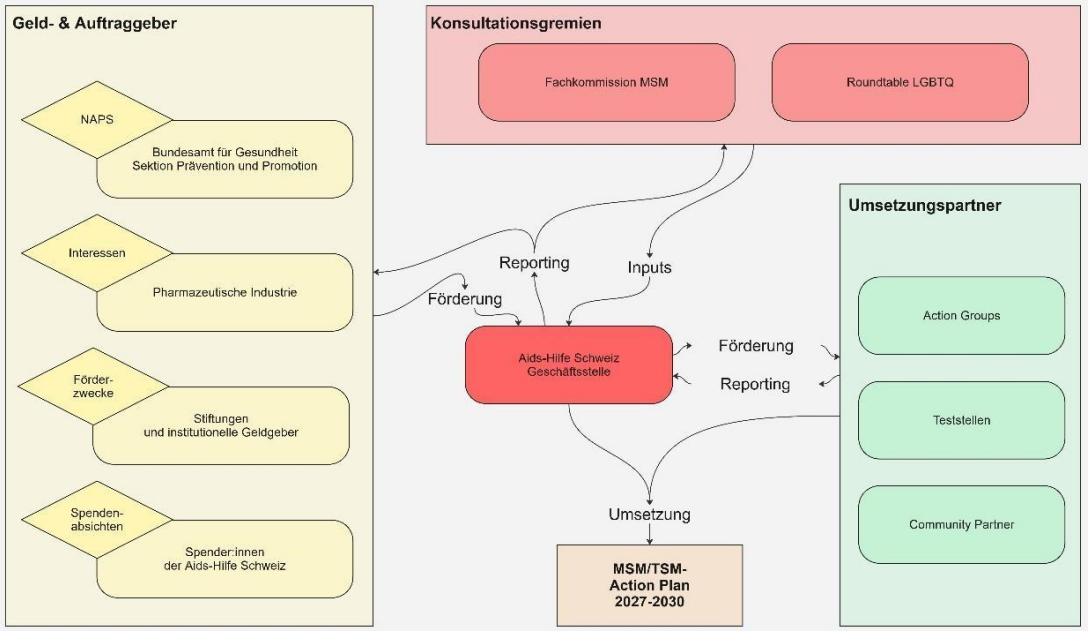
[3] Sur la base du taux de couverture vaccinale visé par le « Plan d'Action 2.0 – Stratégie nationale de vaccination (SNV) » (Office fédéral de la santé publique [OFSP] 2024)

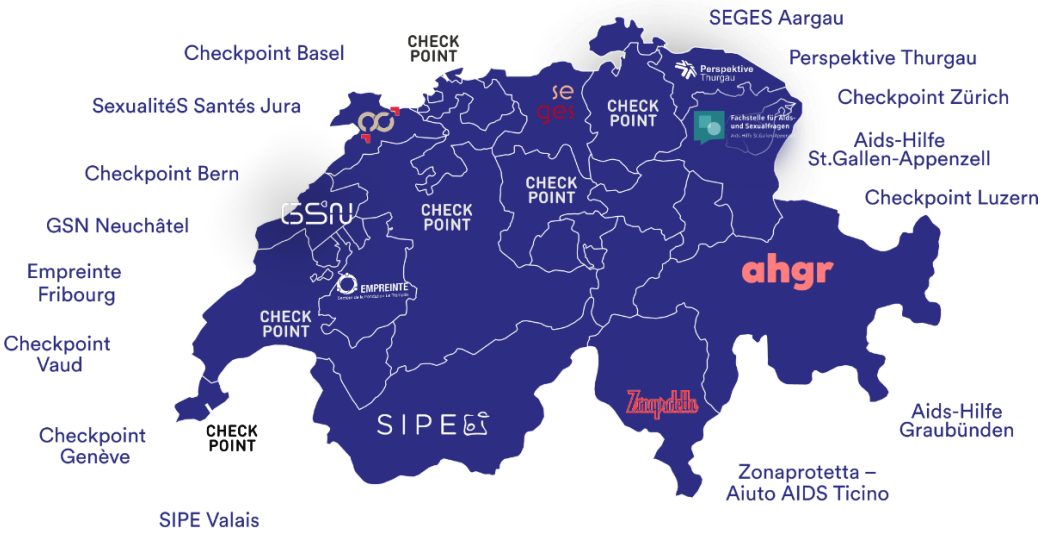
8 Calendrier

	2026	2027			2028				2029				2030				2031
	T4	1er trimestre	T2	T3	T4	T1	Q2	T3	Q4	T1	Q2	T3	Q4	T1	Q2	T3	Q4	Q1
Plan d'Action																		
Mise en place des GAG																		
Apéritif de lancement AP27-30																		
Réunion : lancement																		
Réunion : phase de planification																		
Réunion : évaluation																		
Ajustements pour l'année suivante																		
Campagne test																		
Choix de l'agence																		
Ébauches de la campagne																		
Coup d'œil rétrospectif sur les GAG			Avril															
Décision GS			Mai/juin															
Livraison des produits				Août														
Phase publicitaire				septembre-novembre				septembre-novembre				septembre-novembre				septembre-novembre		
Mise en œuvre des actions prévues				septembre-novembre				septembre-novembre				septembre-novembre				septembre-nov.		
Offre d'essai					nov.				nov.				nov.				nov.	
Rapport de campagne					déc.				déc.				déc.				déc.	
Site web/Marque																		
Choix de l'agence																		
Conception et analyse du marché																		
Lancement																		
Évaluation																		
Rapport global «AP27-30»																	(FHG)	

9 Annexes

9.1 Aperçu des parties prenantes





9.2 Campagne : liste de mesures

La liste suivante, non exhaustive, décrit les mesures possibles qui pourraient être spécifiquement encouragées dans le cadre de la campagne de sensibilisation et de dépistage. Elle sera discutée, hiérarchisée et complétée au sein des groupes d'action.

Offres complémentaires aux prestations	Pertinence pour le résultat
Soirée de dépistage au sauna (incluant une intervention de 4 à 6 heures, en coopération avec l'exploitant)	Élevée (accès direct + confiance de la communauté)
Dépistage lors d'événements ciblant des groupes spécifiques (soirée ballroom, soirée balkanique, événements trans)	Élevée (accès à des groupes mal desservis)
4 h de sensibilisation en ligne sur Grindr/Sniffies, y compris promotion de l'événement via le chat	Moyen (portée, mobilisation à court terme)
Promotion ciblée dans l'application (emplacements achetés / boost)	Moyen à élevé (ciblage précis, accès contextuel)
Horaires d'ouverture prolongés (1 soirée/week-end, y compris promotion ciblée)	Élevé (accessibilité + promotion de la fréquentation régulière)
Créneau sans rendez-vous (plage horaire définie)	Moyen (réduction des obstacles administratifs)
Action de dépistage sur une aire d'autoroute (y compris 4 h de présence, matériel, sensibilisation)	Élevé (atteinte des « anonymes »)
Tente de dépistage dans un lieu de rencontre extérieur (y compris préparation + intervention)	Élevé (groupes très difficiles à atteindre)
« Dépistage par les premier·x·ière·s intervenant·x·e·s » (dépistage mobiles dans l'espace public, 4 h)	Élevé (accessibilité maximale)
Coopération avec un centre de remise en forme (journée de dépistage ou information + distribution de kits d'autotest, 4 h)	Moyen (pour les NINC)
Événement « Coming-Out-Day » (<25 ans, en coopération avec des associations de jeunesse)	Moyen à élevé (sensibilisation précoce)
Action de proximité par les pairs/adelphes (par ex. intervention de 4 h par des espaces communautaires)	Élevé (instauration d'un climat de confiance)
Envoi/distribution d'autotests dans le cadre d'une campagne (y compris la promotion)	Moyen (accès, mais faible fidélisation à long terme)
Atelier sur place (par exemple auprès d'organisations en lien avec les HSH/TSH)	Moyen (renforcement des capacités, effet indirect)
Dépistage ponctuel dans des contextes non traditionnels (par exemple, culture, travail, éducation)	Moyen à élevé (nouveaux contextes)
Bateau de dépistage / format événementiel à forte visibilité	Faible à moyen (public ciblé)
Offre combinée : dépistage + conseil + informations sur la vaccination lors d'un événement	Élevé (impact global)
Action nocturne à bas seuil (par ex. intervention de 22 h à 2 h, cruising / milieu festif)	Élevée (accès en dehors des heures de bureau)

9.3 Bibliographie

Office fédéral de la santé publique [OFSP]. 2012. *VIH et autres maladies sexuellement transmissibles : aperçu épidémiologique 2007–2011*. Berne, Suisse : Office fédéral de la santé publique.

Office fédéral de la santé publique [OFSP]. 2018. « Recommandation de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) concernant la remise au public de tests de dépistage du VIH pour usage personnel (« autotests du VIH ») ». *Bulletin* de l'OFSP (25/2018) : 7–9.

Office fédéral de la santé publique [OFSP]. 2024. *Plan d'Action 2.0 – Stratégie nationale de vaccination (SNV)*. Berne, Suisse : Office fédéral de la santé publique. https://www.bag.admin.ch/de/nationales-programm-impfungen.

Clifford, Gary M., Damien Georges, Meredith S. Shiels, Eric A. Engels, Andreia Albuquerque, Isobel Mary Poynten, Alexandra de Pokomandy, Alexandra M. Easson et Elizabeth A. Stier. 2021. « A meta-analysis of anal cancer incidence by risk group: Toward a unified anal cancer risk scale ». *International Journal of Cancer* 148(1) : 38–47. doi:10.1002/ijc.33185.

Kenyon, Chris, Björn Herrmann, Gwenda Hughes et Henry J. C. De Vries. 2023. « Management of Asymptomatic Sexually Transmitted Infections in Europe: Towards a Differentiated, Evidence-Based Approach ». *The Lancet Regional Health - Europe* 34:100743. doi:10.1016/j.lanepe.2023.100743.

Le Bot, Adrien. 2025. *Tu cherches quoi ?* Éditions Allia.

Schmidt, Axel J., Liana Aphami, Jules L. Casalini, Tamás Bereczky, Nikolay Lunchenkov, Ulrich Marcus, Kai J. Jonas, Florian Vock et Marc Eggenberger. 2026. *European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS-2024). National Report Switzerland.* Zurich : Fédération suisse contre le sida.

Seretlo, Raikane James, Hanlie Smuts et Mathildah Mpata Mokgatle. 2024. « Holistic Sexual-Reproductive Healthcare Services and Needs for Queer Individuals: Healthcare Providers' Perspectives ». *Healthcare* 12(10):1026. doi:10.3390/healthcare12101026.