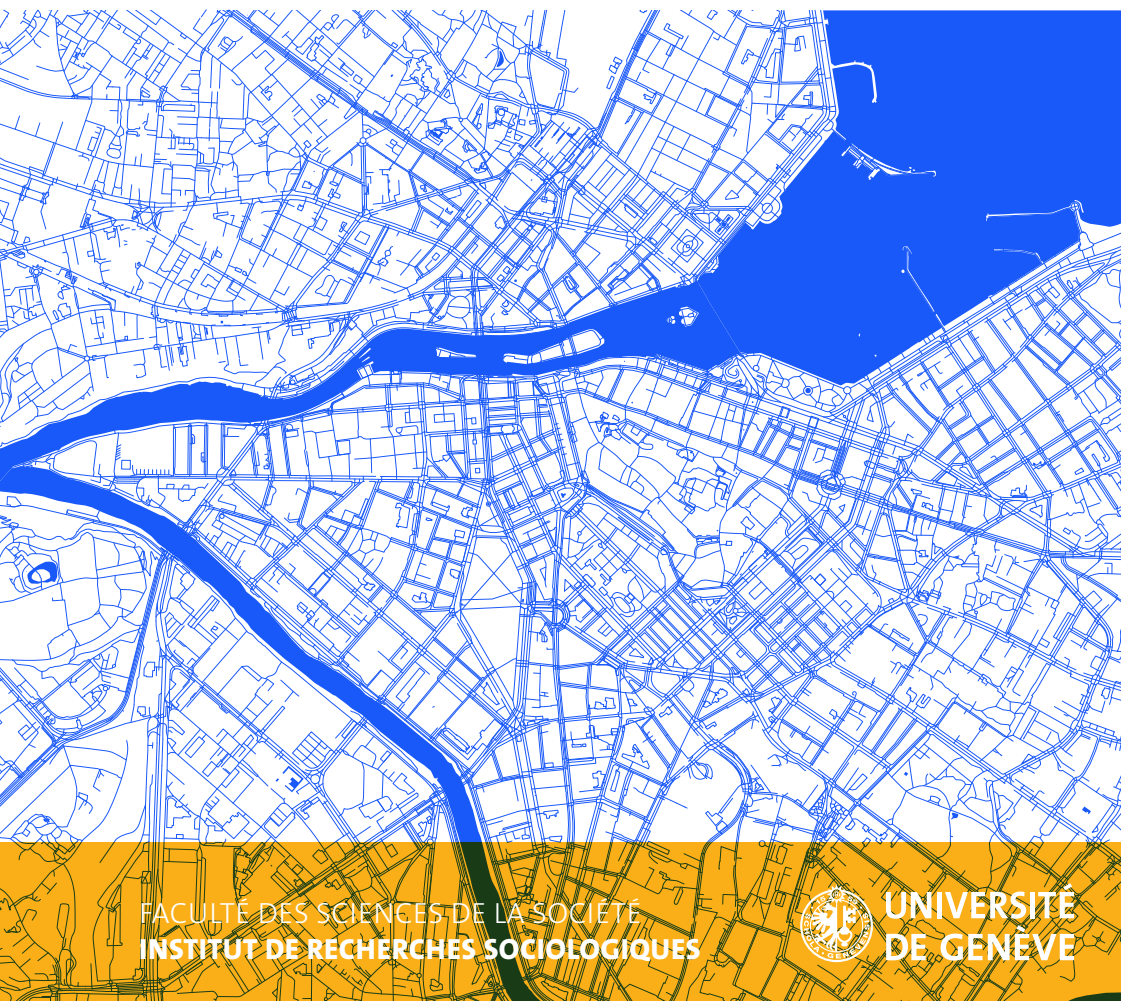


Sociograph n°67

Sociological research studies

Vulnérabilités face au VIH/sida et mobilités transfrontalières sur le Grand Genève

Édité par Sabrina Roduit, Nicolas Charpentier et Sandro Cattacin



FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
INSTITUT DE RECHERCHES SOCIOLOGIQUES



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

**VULNÉRABILITÉS FACE AU
VIH/SIDA ET MOBILITÉS
TRANSFRONTALIÈRES SUR LE
GRAND GENÈVE**

**PREMIER RAPPORT DE
L'OBSERVATOIRE
TRANSFRONTALIER DES INÉGALITÉS
SOCIALES DE SANTÉ**

**Édité par Sabrina Roduit, Nicolas Charpentier
et Sandro Cattacin**

Sociograph n°67

Crédits photos : Jiri Benovsky et Tina Latifi

Citation conseillée : Roduit, Sabrina, Charpentier, Nicolas et Cattacin, Sandro (éds) (2024). *Vulnérabilités face au VIH/sida et mobilités transfrontalières sur le Grand Genève. Premier rapport de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé*. Genève : Université de Genève (Sociograph - Sociological Research Studies, 67)

ISBN : 978-2-940386-77-2

Publication sur Internet : www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES	8
LISTE DES TABLEAUX	9
ACRONYMES	10
REMERCIEMENTS	13
INTRODUCTION	15
LES ESPACES FRONTIÈRES, UN CONTEXTE SINGULIER POUR L'ACCÈS À LA SANTÉ ?	15
L'OBSERVATOIRE EN QUELQUES MOTS	17
UN RAPPORT TÉMOIN DU « TRAVAIL EN TRAIN DE SE FAIRE »	19
RÉSULTATS	23
VERS UNE ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH SUR LE TERRITOIRE DU GRAND GENÈVE	23
UN DÉFI MÉTHODOLOGIQUE	24
Le Grand Genève comme territoire de santé, l'exemple du VIH	28
Une épidémiologie pour l'action	36
Une échelle territoriale adaptée aux comparaisons	42
Les leçons à tirer d'un exercice d'épidémiologie transfrontalière	43
VERS UNE COMPRÉHENSION DES PARCOURS DE SANTÉ TRANSFRONTALIERS, UNE APPROCHE QUALITATIVE	47
Rendre visible l'invisible	47
Méthodes et données collectées	48
Des trajectoires diverses marquées par un cumul de vulnérabilités	51
La frontière : représentations et pratiques	52
Une frontière passerelle	53
Une frontière barrière	53
Mobilités transfrontalières pour raisons de santé	54
Mobilité centre/périphérie au sein du Grand Genève	56

Mobilité entre le Grand Genève et d'autres cantons, d'autres régions françaises ou pays	57
Recours aux soins et déterminants spécifiques des mobilités transfrontalières	60
Freins systémiques et liés à la qualité de l'accueil	60
Les déterminants spécifiques des mobilités	61
Deux logiques observées dans les mobilités	63
Système d'opportunités	63
Système de contraintes	64
Un système complexe à deux faces	66
Conclusion	67
CRISE SANITAIRE LIÉE À L'ÉPIDÉMIE DE MPOX EN 2022, UN CAS D'ÉCOLE TRANSFRONTALIER	71
L'épidémie de Mpx à l'échelle transfrontalière, une chronologie	72
Inégalités sociales de santé en contexte de crise sanitaire	77
Quelles leçons tirer de cette gestion de crise sanitaire ?	80
ATELIERS	83
ATELIER 1 : DOCUMENTER LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES AU VIH A L'ECHELLE TRANSFRONTALIERE, QUELS BESOINS, QUELLES POSSIBILITES ?	85
Les besoins	86
Les expériences	88
Les limites/craintes	89
Les idées	90
Synthèse de l'atelier	92
ATELIER 2 : AGIR DANS UN ESPACE TRANSFRONTALIER : QUELLE COORDINATION DES ACTIONS ?	95
Les besoins	96
Les limites/craintes	97
Les expériences	98
Les idées	99
Synthèse de l'atelier	101
ATELIER 3 : LE GRAND GENEVE COMME TERRITOIRE DE SANTE : QUELS ENJEUX DE GOUVERNANCE ?	103
Les besoins	105
Les expériences	106
Les limites/craintes	106
Les idées	107
Synthèse de l'atelier	109

TABLE RONDE	111
RETRANSCRIPTION	111
ÉCHANGES AVEC LA SALLE	117
ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE	124
CONCLUSION	127
POUR UNE EPIDEMIOLOGIE TRANSFRONTALIERE DU VIH,	
CHANGEONS DE FOCAL	127
RENDRE VISIBLES LES MOBILITES TRANSFRONTALIERES POUR	
RAISONS DE SANTE	128
LORSQU'UNE NOUVELLE EPIDEMIE DEVIENT UN CAS D'ECOLE	
TRANSFRONTALIER : LE MPOX EN 2022	129
CONTRIBUTION A UNE PROGRAMMATIQUE	130
BIBLIOGRAPHIE	133

AUTEURS/AUTRICES

Gregory Beltran, Anthropologue social et collaborateur de l'ODENORE, Université Grenoble-Alpes.

Sandro Cattacin, Professeur de sociologie à l'Université de Genève. Directeur de l'Observatoire.

Walter Ceron, Chargé de projets au Groupe santé Genève.

Nicolas Charpentier, Coordinateur de lieux de mobilisation de l'association AIDES en Haute-Savoie et Pays de Gex. Chercheur associé à l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève.

Olivier Dufour, membre du Forum d'agglomération du Grand Genève, représentant du Club en Fauteuil Roulant Genève.

Ludovic Lacroix, Infirmier certifié en addictologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève.

Tina Latifi, Assistante de recherche à l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève.

Xavier Mabire, Premier assistant à l'Institut de psychologie de l'Université de Lausanne, membre du laboratoire PHASE.

Loïc Michaud, Infirmier responsable à Dialogai/Checkpoint.

Olivier Nawej Tshikung, Médecin infectiologue, chef de clinique à l'Unité VIH des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Emilie Piet, Médecin infectiologue au Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE), membre du Corevih Arc Alpin.

Hélène Revil, Responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), Laboratoire de sciences sociales PACTE, Université Grenoble-Alpes.

Sabrina Roduit, Coordinatrice scientifique de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé à l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève.

Anne Saturno, Directrice du Groupe santé Genève.

Jennifer Socquet, Médecin au Groupe santé Genève.

Dario Spini, Professeur à l'Institut de psychologie de l'Université de Lausanne.

Vanessa Vaucher, Infirmière spécialiste clinique en addictologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Cartographie des zones du Grand Genève utilisées comme matrice pour organiser les données recueillies	26
Figure 2 : Évolution générale des découvertes VIH sur le Grand Genève	28
Figure 3 : Évolution des découvertes VIH au sein du Grand Genève	29
Figure 4 : Représentation du Grand Genève selon une logique circulaire (centre, périphéries)	31
Figure 5 : Évolution des découvertes VIH sur le territoire du Grand Genève selon une présentation de type centre Vs périphérie	33
Figure 6 : Évolution de l'incidence du VIH sur le territoire du Grand Genève	35
Figure 7 : Distribution des découvertes VIH sur le Grand Genève selon le mode de contamination et le lieu de naissance (ou la nationalité)	38
Figure 8 : Distribution des découvertes VIH sur le Grand Genève chez les personnes hétérosexuelles selon le sexe et le lieu de naissance (ou la nationalité)	40
Figure 9 : Comparaison des incidences du VIH pour le Grand Genève, la Métropole de Lyon et le canton de Zurich entre 2017 et 2022	42
Figure 10 : Schématisation des différents types de mobilités transfrontalières pour raisons de santé	56
Figure 11 : Chronologie de la réponse à l'épidémie de Mpox à l'échelle transfrontalière	73
Figure 12 : Répartition des cas de Mpox et implantation des centres de vaccination	75

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des personnes concernées interviewées (n=9)	50
Tableau 2 : Facteurs déterminants les mobilités transfrontalières pour raisons de santé	62

ACRONYMES

AME : Aide Médicale d'État

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers-ères de Drogues

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

COREVIH : Comité Régional de la lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

FéGAPH : Fédération genevoise d'associations de personnes handicapées et de leurs proches

GLCT : Groupement local de coopération transfrontalière

GREa : Groupement Romand d'Études des Addictions

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

LaMAL : Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Mpox : Monkey Pox ou variole du singe

ODENORE : Observatoire des non-recours aux droits et services

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PrEP : Prophylaxie préexposition au VIH

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Le travail d'un tel Observatoire n'a de sens que par les partenariats qui peuvent être mobilisés.

Tout d'abord les structures de terrain qui partagent leurs données d'activité, leurs expériences et expertise : AIDES, l'Aide Suisse contre le Sida, ASPASIE, Dialogai-Checkpoint, l'APRETO/Appart 74, le Groupe santé Genève, Première Ligne, le Csapa Centre Saliba, le Cegidd du Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL), les divers services du Centre hospitalier Annecy genevois (CHANGE) et des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), les structures membres du Réseau transfrontalier en addictologie. Et plus globalement l'ensemble des structures qui ont participé et contribué au séminaire de lancement en septembre 2023.

Les partenaires universitaires qui ont accompagné le volet scientifique de l'Observatoire : L'Institut de Recherches Sociologiques de l'Université de Genève, l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) à l'Université Grenoble-Alpes, et l'Institut de psychologie de l'Université de Lausanne.

Ensuite, les institutions qui ont contribué au volet épidémiologique de l'Observatoire : le Corevih de l'Arc Alpin (notamment l'équipe des techniciennes d'études cliniques), le Corevih Lyon Vallée du Rhône, les épidémiologistes de Santé Publique France en Auvergne Rhône Alpes, les équipes des médecins cantonaux des cantons de Genève et Vaud.

Enfin, les partenaires financeurs du projet qui ont permis le lancement de l'Observatoire et la tenue du séminaire : l'Institut de Recherches sociologiques de l'Université de Genève, l'Alliance Campus Rhodanien, le Forum du Grand Genève, Annemasse

Agglo, la Ville de Ferney-Voltaire, la Communauté de Communes du Genevois.

Les remerciements ne seraient complets sans qu'ils soient chaleureusement adressés aux personnes concernées qui ont partagé leurs expériences pour permettre de mieux saisir ces mobilités transfrontalières pour des raisons de santé.

Que chacun-e soit remercié-e pour sa contribution.

INTRODUCTION

Sandro Cattacin, Nicolas Charpentier, Sabrina Roduit

Le présent ouvrage est le premier rapport de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé. Celui-ci est l'initiative d'un groupe actif dans des structures sur le Grand Genève (Université de Genève, Groupe santé Genève, association AIDES, Unité VIH des Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre hospitalier Annecy Genevois). Ce groupe s'est constitué à la suite d'une clinique d'analyse sociale conduite par l'Université de Genève en 2020, et qui portait sur les enjeux de la lutte contre le VIH/sida à l'échelle transfrontalière franco-suisse (Roduit, Charpentier, et al., 2020). La perspective de ce groupe transfrontalier était alors de se saisir de cette échelle territoriale afin de mieux lutter contre le VIH/sida. L'Observatoire est l'un des projets retenus comme prioritaire à opérationnaliser.

LES ESPACES FRONTIÈRES, UN CONTEXTE SINGULIER POUR L'ACCÈS À LA SANTÉ ?

Les frontières ne sont pas une donnée naturelle. Elles sont avant tout symboliques et socialement construites. Elles sont aussi productrices du social. La frontière est ainsi sociale et spatiale et elle implique des pratiques spécifiques de l'espace en fonction du statut que l'on occupe sur le territoire (Staszak et al., 2017). Depuis les années 1980, la façon dont les frontières sont perçues et étudiées a changé : les frontières sont passées des limites de l'État-Nation à des frontières sociales et culturelles plus poreuses et moins visibles (Kolossoff & Scott, 2013 ; Sassen, 1996). Dans un contexte de mondialisation et d'une mobilité massive des biens et

des personnes (Urry, 2012), les frontières sont devenues anodines pour certains groupes sociaux, alors qu'elles demeurent un obstacle substantiel pour d'autres (Hamman, 2013 ; Kolossov & Scott, 2013). En ce sens, les zones transfrontalières sont marquées par des divergences culturelles et politiques. Dans le même temps, ces espaces offrent les opportunités de trouver des « solutions créatives/productives pour surmonter les frontières » (Nienaber & Wille, 2020), ou peuvent devenir des « laboratoires pour résoudre les obstacles » (Peyrony, 2017, p. 33).

Pour autant, les questions de santé sont peu évoquées lorsque les espaces frontières sont discutés. Les thèmes les plus prépondérants que l'on pourrait qualifier de « transfrontaliers » sont : le marché du travail et les travailleur-euses frontalier-ères, les questions de mobilité et l'aménagement du territoire (les transports, le bâti), la fiscalité (notamment liée au paiement de l'impôt par les travailleurs-euses frontaliers-ères), certaines questions environnementales (la qualité de l'air, la gestion de l'eau). La santé est mise en débat essentiellement en lien avec les thèmes précédents : la mobilité des professionnel-les de santé vers le marché du travail de l'autre côté de la frontière, la démographie médicale de chaque territoire, l'assurance santé pour les travailleur-euses frontalier-ères, les hausses de primes des assurances santé en Suisse et le recours à une prestation à l'étranger comme pour l'achat de médicaments, ou encore la santé environnementale.

Les documents cadres pour les politiques de la santé en France et en Suisse (programme régional de santé, concept cantonal, etc.) ne prennent pas en compte jusqu'à maintenant le contexte frontalier comme un déterminant de la santé des populations résidentes sur un territoire transfrontalier en proposant des mesures spécifiques. La coopération sanitaire entre la France et la Suisse est quant à elle embryonnaire et en trompe-l'œil de ce qui a pu être perçu lors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 en 2020, lors de laquelle la mobilité des travailleur-euses frontalier-ères de la santé a été facilitée, tout comme la coopération entre hôpitaux pour prendre en charges les malades.

Les questions de santé s'avèrent d'autant plus prégnantes à l'échelle du territoire frontalier lorsque l'accès aux ressources de santé est questionné auprès des populations les vulnérables.

Le constat fait des difficultés d'accès à la santé par les personnes accueillies et prises en charge par les structures partenaires de l'Observatoire, actives auprès des publics concernés par le VIH, et du phénomène de mobilité transfrontalière pour des raisons de santé est ainsi devenu le point de départ pour dire que cette frontière révélait des angles morts en matière de lutte contre le VIH. L'Observatoire est alors conçu pour offrir un espace de rencontre entre des acteurs associatifs, hospitaliers, ou encore institutionnels, et nous nous sommes dit que nous devions aborder directement et concrètement la question de la frontière ; aller dans une direction où il est possible d'identifier un problème, de l'analyser, et montrer que nous pouvons dépasser la frontière.

L'OBSERVATOIRE EN QUELQUES MOTS

Cet observatoire repose sur deux piliers. Le premier pilier est celui des inégalités sociales de santé¹. Sa démarche repose sur le constat que la lutte contre le VIH/sida ne peut pas être considérée sous le seul prisme biomédical, mais doit tenir compte plus généralement des inégalités sociales auxquelles sont confrontées les personnes

●
¹ La notion d'inégalités de santé découle du constat qu'il existe des différences sociales pour ce qui est de l'état de santé, du comportement de santé et des soins de santé. De telles inégalités de santé s'observent pour pratiquement toutes les maladies, qu'elles soient physiques ou psychiques. Ces inégalités relèvent d'un gradient social : plus un individu a une position socioéconomique défavorable, plus sa mortalité est élevée et sa santé mauvaise. L'approche « parcours de vie » a gagné en importance ces dernières années. Elle analyse les effets des facteurs de stress et des ressources sur la santé d'un individu au cours de sa vie. D'autres déterminants susceptibles de générer des inégalités de santé sont en discussion mais n'ont été que peu étudiés à ce jour, par exemple l'importance de l'accès aux services de santé. À ce propos, on postule que les individus à bas statut social ont moins accès à des soins médicaux de qualité (*Dictionnaire de politique sociale suisse*, 2020).

usagères des structures partenaires de l'Observatoire. Ces personnes sont vulnérabilisées par une multiplicité de facteurs dépassant l'infection virale à laquelle elles sont exposées. Des déterminants comme l'origine, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou encore le niveau socio-économique nécessitent d'être mobilisés afin de mieux appréhender la dimension structurelle de ces inégalités.

Le second pilier sur lequel repose l'Observatoire réside dans la dimension transfrontalière du territoire. La question des inégalités sociales de santé et notamment dans leur dimension territoriale se pose à l'échelle d'une agglomération transfrontalière comme le Grand Genève. Les mobilités transfrontalières des personnes rencontrées dans les accueils des structures partenaires, leurs actions de terrain, les diverses consultations, etc., imposent cette lecture du territoire, celle d'un territoire de santé à part entière (Roduit, 2020; Charpentier, Roduit, Piet, et al., 2021).

L'Observatoire trouve ainsi son origine dans les constats de terrain des acteur-trices qui sont en première ligne dans la lutte contre le VIH et leur volonté de parvenir dans un horizon le plus proche possible à une fin d'épidémie. C'est pour cela que l'Observatoire s'inspire des principes de la recherche communautaire. C'est-à-dire une recherche en collaboration entre scientifiques et acteur-trices communautaires, qui s'inscrivent ensemble dans un partenariat équilibré. Les partenaires apportent chacun leurs propres expertises, et partagent les responsabilités. La recherche communautaire est issue des besoins des groupes concernés et vise à leur apporter une réponse en associant démarche scientifique et action. Elle a ainsi un double objectif : scientifique et d'utilité sociale (Demange, Henry, et al., 2012).

L'Observatoire a ainsi pour objectifs de : 1/ documenter les inégalités sociales de santé, à l'œuvre sur le territoire du Grand Genève, au travers des parcours de santé de personnes concernées par le VIH/sida. Appréhender les inégalités sociales de santé et les discriminations à l'échelle du Grand Genève permet autant de documenter et analyser ces phénomènes concernant chaque

territoire (français et suisse) que de rendre visibles les parcours de santé qui ont une dimension transfrontalière. 2/ analyser ces phénomènes afin de mieux comprendre les déterminants structurels impactant les parcours de santé, de vie. 3/ publier périodiquement des analyses afin de contribuer au débat public comme politique sur ce champ et organiser des journées d'échange sur ces thématiques.

UN RAPPORT TÉMOIN DU « TRAVAIL EN TRAIN DE SE FAIRE »

Ce premier rapport est à considérer à trois niveaux. Le premier niveau est celui de l'aboutissement d'une première année d'observation et le rapport livre en ce sens les premiers résultats pour appréhender les parcours de santé transfrontaliers de personnes vulnérables au VIH et les inégalités sociales de santé inhérentes au contexte vécu sur ce territoire du Grand Genève. Un premier chapitre permet de présenter les données épidémiologiques du VIH concernant le périmètre du Grand Genève. Ce travail est inédit car il fait apparaître une réalité de l'épidémie invisible si nous ne modifions pas notre focale, à savoir de redéfinir les limites géographiques de l'étude épidémiologique du VIH selon un bassin de vie qui ne correspond pas aux délimitations administratives usuelles. C'est ainsi que l'on peut constater l'ampleur de l'épidémie VIH sur ce territoire de santé à part entière et la comparer à la situation dans d'autres agglomérations de taille équivalente en Europe.

Un second chapitre s'attèle à décrire et analyser des parcours de santé transfrontaliers de personnes vulnérables au VIH. Ce travail est basé notamment sur des entretiens conduits auprès de personnes concernées et de professionnel·les impliqué·es dans la prise en charge et confronté·es à cette dimension transfrontalière de la prise en charge. Il s'agit d'un travail exploratoire qui permet de mieux comprendre les déterminants de ces mobilités transfrontalières pour raison de santé. Nous abordons ici les freins et les limites du recours aux soins dans un tel contexte.

Un troisième chapitre nous permet de nous décentrer un tout petit peu du VIH pour analyser la réponse mise en œuvre face à une épidémie émergente touchant une partie des personnes vulnérables au VIH, l'épidémie de Mpox survenue en 2022. Cette analyse repose sur un retour d'expérience communautaire qui permet un décryptage des inégalités sociales de santé produites dans ce contexte transfrontalier en matière d'accès à la vaccination préventive. Il s'agit d'une analyse pouvant être structurante pour développer une coopération transfrontalière² à venir.

Le second niveau qui caractérise ce rapport est de livrer un matériau plus « brut » constitué lors du séminaire de lancement de l'Observatoire qui s'est tenu en septembre 2023. Ce séminaire a rassemblé une cinquantaine de personnes issues d'une trentaine de structures associatives, hospitalières, institutionnelles, de France et de Suisse. Ce matériau apporte des éléments précieux pour dessiner les contours d'un programme pour l'Observatoire dans les années à venir. Dans un premier temps, nous retrouvons la synthèse des ateliers organisés autour de trois thématiques : La première est « *documenter les inégalités sociales de santé pour les personnes vulnérables au VIH à l'échelle transfrontalière, quels besoins, quelles possibilités ?* » ; la seconde interroge l'idée d'« *agir dans un espace transfrontalier, quelle coordination des actions ?* » ; enfin, la troisième thématique visait à discuter le « *Grand Genève comme territoire de santé, quels enjeux de gouvernance ?* ». Les participant-es à chaque atelier avaient à se prononcer selon la thématique sur : les besoins, les expériences, les limites ou craintes et enfin les idées innovantes. Dans second temps, nous retrouvons la retranscription et la synthèse de la table ronde qui a clôturé le séminaire. Cette table

●
² La coopération transfrontalière peut être définie comme toute activité cherchant à aligner les ressources d'au moins deux acteurs situés de part et d'autre d'une frontière, afin de réaliser un ou plusieurs objectifs. Elle peut avoir lieu entre des acteurs publics, privés, et ceux issus de la société civile, mais reste principalement pilotée par des institutions municipales, métropolitaines ou régionales, et demeure à ce titre considérée comme une modalité particulière de l'action publique. (Clément, Gumy, et al., 2023, p. 50)

ronde était organisée avec des participant-es représentant la diversité des contributions de la journée et chacun-e avait pour tâche de jouer le rôle de « grand témoin ». La consigne était de partager l'élément principal qui l'a marqué durant le séminaire de lancement, une interrogation restée en suspens et enfin un angle qui serait à développer de manière prioritaire. Cette série d'exposés était suivie d'un échange avec l'ensemble de l'auditoire.

Cela nous amène au troisième niveau que constitue ce rapport. Il s'agit d'offrir une boîte à outils à toute personne investie dans le champ de la lutte contre le VIH, dans le soutien aux personnes les plus vulnérables face à l'épidémie, ou encore dans l'élaboration des politiques publiques de la santé dans cet espace transfrontalier. Une boîte à outils pour trouver les ressources afin de justifier l'importance d'agir en matière de lutte contre le VIH à l'échelle transfrontalière, de mettre en débat la réalité des parcours de santé transfrontaliers vécus afin d'innover en matière d'accompagnement ou de coordination des actions de santé, et encore de trouver les concepts adaptés pour mettre en mots ces réalités invisibles, afin que celles-ci soient prises en compte. Il y a ici un double enjeu, d'abord de dignité pour que les personnes qui vivent ces réalités soient reconnues, et de santé publique pour que le territoire de santé du Grand Genève soit outillé et puisse atteindre pleinement l'objectif d'un territoire sans nouvelle infection à l'horizon 2030.



RÉSULTATS

VERS UNE ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH SUR LE TERRITOIRE DU GRAND GENÈVE

Nicolas Charpentier, Olivier Nawej Tshikung, Emilie Piet

Le présent chapitre est le résultat d'un travail initié il y a maintenant plusieurs années. Les constats d'acteur-trices de terrain interrogeaient la réalité épidémiologique sur le territoire vécu, c'est-à-dire sur le territoire transfrontalier franco-valdo-genevois. La perception était celle d'une représentation épidémiologique non congruente avec la réalité des découvertes d'infections VIH sur ce territoire. La représentation départementale ou régionale en France et celle cantonale ou lémanique en Suisse ne permettaient pas de saisir la réalité de l'épidémie qui semblait, aux acteur-ices, se dérouler sur un périmètre « autre ». Un essai d'épidémiologie transfrontalière avait été esquissé et publié en 2021 (Charpentier, Roduit, Piet, et al., 2021). Ce travail comportait de nombreuses lacunes méthodologiques mais permettait d'approcher conceptuellement cette idée de nécessité de changer de focale pour étudier l'épidémie du VIH sur ce territoire.

L'enjeu ici est similaire à celui d'une représentation cartographique. L'intégration de la dimension transfrontalière est loin d'être limitée à une logique fonctionnaliste mais revêt une portée cognitive pour reprendre les mots de Pierre Lascombes (2007). Les données concernant les nouveaux cas de VIH sont disponibles et présentées dans le périmètre institué par les frontières qui font référence au niveau bureaucratique (nationales, régionales, départementales, cantonales). L'usage d'un périmètre de conception plus récente, comme celui du Grand Genève, et bien qu'ayant sa légitimité dans le champ de l'aménagement du

territoire par exemple, produit un changement d'ordre cognitif lorsqu'il est employé dans celui de la santé.

La production des données présentées ci-après relève ainsi d'un défi méthodologique et permet, par l'épreuve, de regarder le territoire du Grand Genève comme un territoire de santé à part entière. Le modèle et les données ainsi produites proposent une nouvelle boîte à outils tant pour les acteur-ices de terrain que pour les autorités de santé.

UN DÉFI MÉTHODOLOGIQUE

L'étude épidémiologique, à l'échelle d'un territoire qui ne correspond pas aux périmètres usuels, implique en tout premier lieu de déterminer les unités de territoires pour lesquelles il nous faudrait renseigner les données. Ces données, ici les nouveaux cas VIH déclarés chaque année³, une fois agrégées, permettent d'en obtenir une nouvelle, mais cette fois composite, pour le territoire en question.

Dans le cas du Grand Genève, ce travail d'identification des unités s'est arrêté : en France sur l'EPCI (établissement public de coopération intercommunale) comme niveau relevant, et en Suisse sur le canton d'une part pour le canton de Genève et le district d'autre part pour la région de Nyon. Une fois les unités de territoire retenues, il fallait vérifier la disponibilité des données. Cette disponibilité s'est vérifiée d'abord en France auprès des Corevih qui ont une mission de recueil épidémiologique des infections VIH à partir des files actives hospitalières. Néanmoins les données n'étaient pas disponibles telles quelles, il a fallu reconstruire la donnée pour l'obtenir par EPCI. En Suisse, les

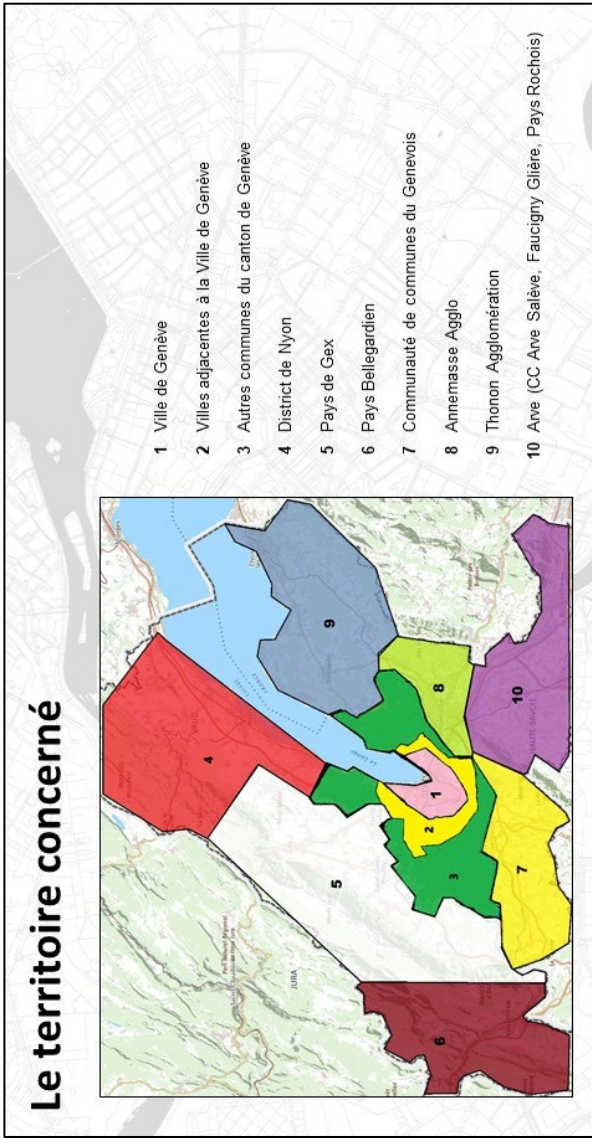


³ Les données produites correspondent également à des données d'incidence, nombre de nouveaux rapportés à la taille de la population – par exemple nombre de nouveaux cas en année X pour 100'000 habitant-es. Ce qui est différent de la prévalence, qui considère le nombre total de personnes vivant avec le VIH.

données cantonales étaient disponibles, facilitant le travail pour le canton de Genève. La direction Générale de la Santé du Canton de Genève a néanmoins décrit plus finement ces données en les présentant selon trois niveaux : la Ville de Genève, les communes adjacentes à la Ville de Genève et enfin les autres communes du canton. En revanche, pour le district de Nyon il a fallu que la Direction Générale du canton de Vaud retravaille les données pour les circonscrire à ce périmètre. Ces différents niveaux de territoire sont représentés sur la figure 1. Il est important de relever que ces données ont pu être construites de par leur disponibilité, ce qui ne serait pas le cas s'il était entrepris de reproduire ce travail pour les hépatites virales, les infections sexuellement transmissibles ou encore le Mpox. Cet effort d'épidémiologie transfrontalière pour le VIH constitue néanmoins un modèle.

Le second élément méthodologique a été d'interroger si ces données étaient partageables puisque celles-ci ne relèvent pas d'une publication en open data. La mise à disposition des données et leur utilisation a été possible par la collaboration des Corevih et des Directions générales de la santé des cantons de Genève et Vaud. L'Observatoire a ainsi constitué un espace d'échange pour collaborer à la production et à l'analyse de ces données.

Figure 1 : Cartographie des zones du Grand Genève utilisées comme matrice pour organiser les données recueillies



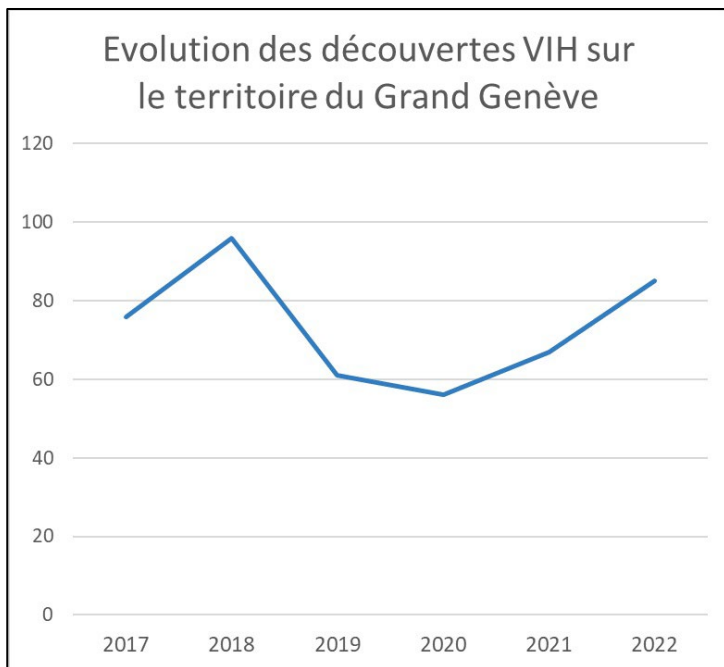
Le troisième élément méthodologique a été d'interroger la comparabilité des données. Les données françaises sont des données de files actives hospitalières alors que les données suisses sont tirées du système suisse de surveillance de déclaration obligatoire. En effet, en France, les données de la déclaration obligatoire ne sont pas disponibles à l'échelle de l'EPCI. L'échange avec les épidémiologistes de Santé Publique France en Auvergne Rhône Alpes a permis d'établir que les données tirées des files actives (concernant les nouvelles personnes prises en charge suite à une découverte de séropositivité) pouvaient se substituer aux données de la déclaration obligatoire et pouvaient même être considérées comme plus robustes que les données tirées de la déclaration obligatoire⁴. Il a donc été choisi de juxtaposer et d'agrèger ces deux types de données comme proxy l'une de l'autre avec les limites que cela peut toutefois comporter. Nous avons procédé de même lorsqu'il s'agissait de présenter ces données selon les populations clés. En France, les données VIH sont présentées selon le lieu de naissance de la personne afin de témoigner de la part des personnes pouvant être originaires de pays à haute prévalence. En Suisse, ces données sont présentées selon les nationalités. Un travail de vérification a été réalisé en France là où la donnée sur la nationalité était disponible et a permis de conclure de manière similaire que l'on pouvait utiliser ces variables comme proxy. Il faut néanmoins considérer la limite que cela comporte, d'une part lorsque la donnée est manquante et donc la perte d'information que cela entraîne, d'autre part la nationalité peut recouvrir des réalités différentes d'un pays à l'autre, ou encore si un individu possède plusieurs nationalités, et ainsi relativiser cette conclusion selon laquelle nous pourrions utiliser une variable comme proxy de l'autre.



⁴ Les données de files actives hospitalières sont plus exhaustives que celles de la déclaration obligatoire en raison du taux de participation des professionnel·les de santé à ce système de surveillance (Brottet et Thabuis, 2022)

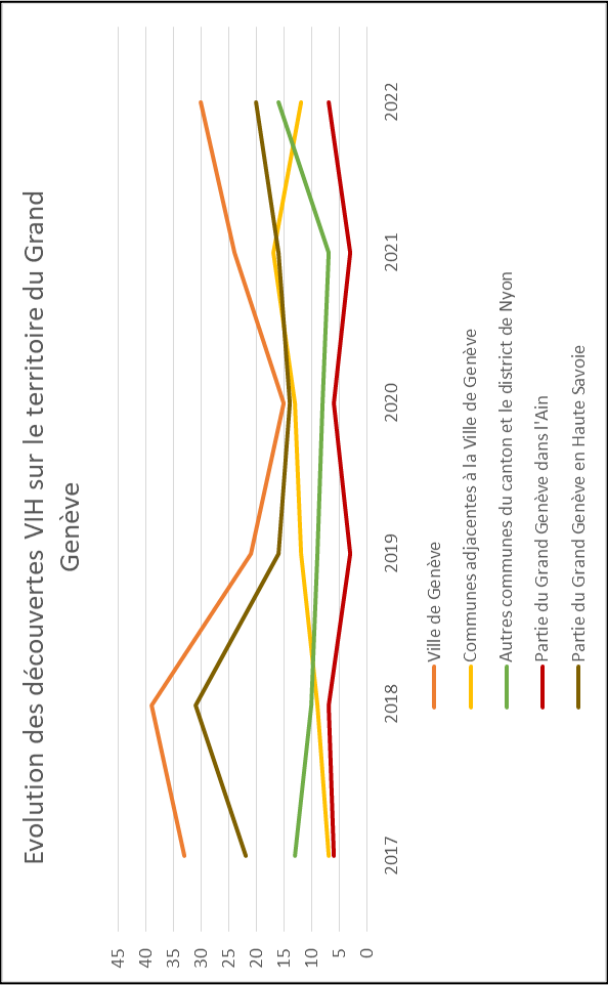
LE GRAND GENÈVE COMME TERRITOIRE DE SANTÉ, L'EXEMPLE DU VIH

Figure 2 : Évolution générale des découvertes VIH sur le Grand Genève



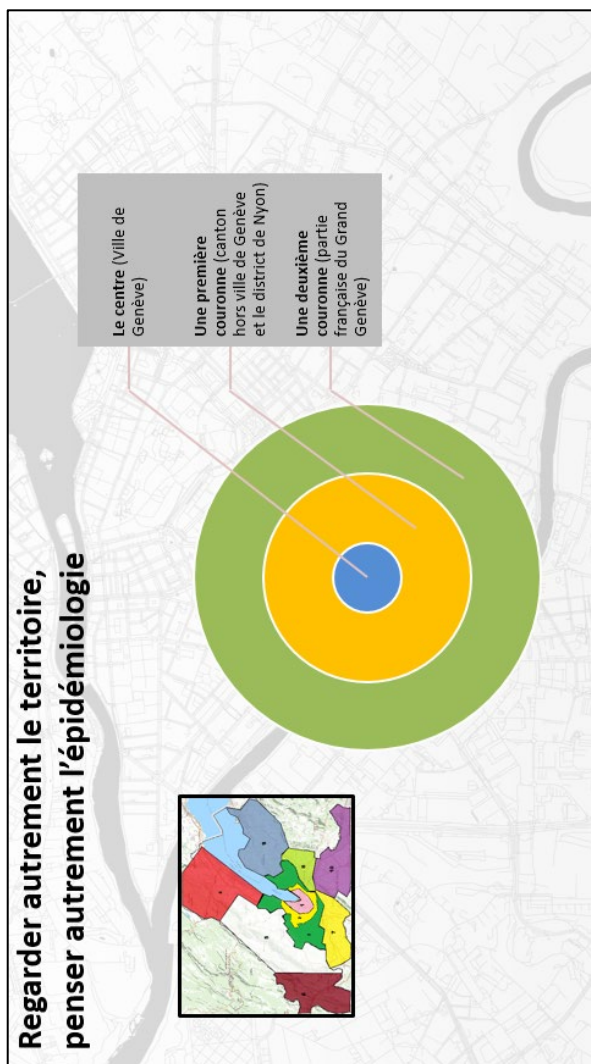
L'Observatoire présente pour la première fois les données épidémiologiques concernant le VIH sur le périmètre du Grand Genève (figure 2). Ces données traitent des cas de VIH découverts pour des personnes résidant sur le Grand Genève. Il a été possible d'établir une série de données pour la période 2017 – 2022.

Figure 3 : Évolution des découvertes VIH au sein du Grand Genève



Au-delà de la tendance globale des découvertes d'infections VIH, il est intéressant de pouvoir regarder plus finement ces données au sein même du territoire. Les dynamiques de l'épidémie peuvent y apparaître différentes. Nous observons par exemple que l'évolution des découvertes de VIH en Ville de Genève et celle sur la partie du Grand Genève en Haute-Savoie sont assez similaires. Ce qui ne semble pas le cas dans les communes adjacentes à la Ville de Genève ou encore les autres communes du canton et le district de Nyon (figure 3). L'évolution des découvertes VIH dans la partie du Grand Genève dans l'Ain semble marquée quant à elle par une autre dynamique. L'étude de ces tendances pourrait induire de réfléchir les interventions de promotion de la santé ou de dépistage de manière différenciée sur le territoire du Grand Genève.

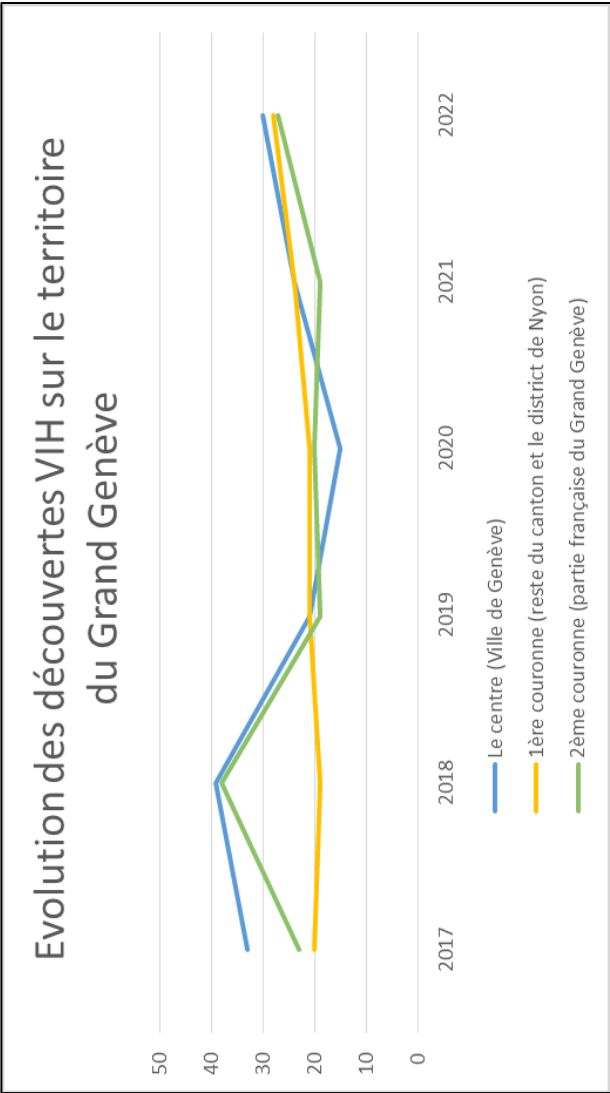
Figure 4 : Représentation du Grand Genève selon une logique circulaire (centre, périphéries)



Pour tenter de comprendre au mieux la dynamique de l'épidémie sur un territoire de santé transfrontalier, il nous a semblé nécessaire de penser l'agencement des données de différentes manières. La précédente représentation conserve en grande partie les découpages administratifs. Nous avons alors choisi de présenter ces données comme on le ferait pour toute agglomération en la pensant avec son centre et ses périphéries (figure 4).

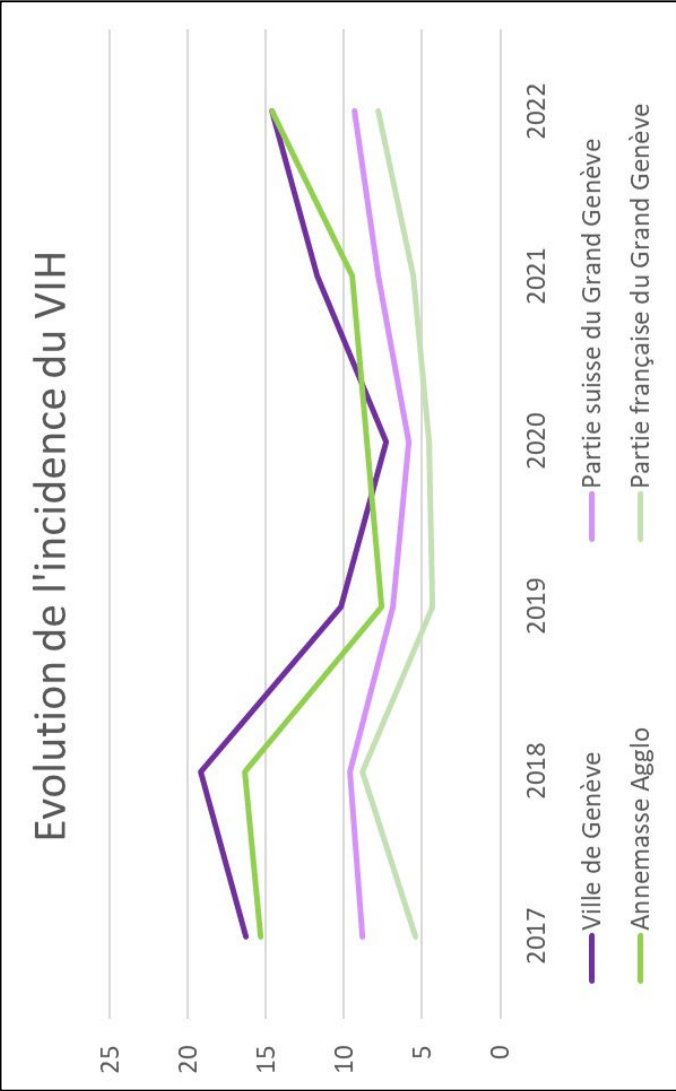
Nous obtenons ainsi un découpage en trois zones : un centre avec la Ville de Genève, une première couronne composée des autres communes du canton de Genève et du district de Nyon, et enfin une seconde couronne composée de la partie française du Grand Genève.

Figure 5 : Évolution des découvertes VIH sur le territoire du Grand Genève selon une présentation de type centre Vs périphérie



Ces trois zones s'avèrent relativement homogènes concernant le nombre de découvertes de VIH à partir de 2019 (figure 5). Ce type d'information serait à adosser à une cartographie des offres et services afin d'apprécier la répartition de celles-ci comme leur accessibilité. Le croisement de ces données permettrait d'établir des recommandations pour réduire ces écarts, autrement dit des inégalités territoriales.

Figure 6 : Évolution de l'incidence du VIH sur le territoire du Grand Genève



Nous avons jusqu'à maintenant regardé les découvertes de VIH année après année. Nous pouvons aussi étudier l'évolution de l'incidence, c'est-à-dire le nombre de découvertes rapporté à la taille de la population de chaque zone du territoire (figure 6). Concernant la partie française du Grand Genève, les données de la population en 2021 et 2022 ne sont pas encore connues ; celles utilisées ici sont des estimations calculées sur la base du taux de croissance de la population sur la dernière période. Ces données devront donc être corrigées dans les années à venir.

L'évolution et le niveau de l'incidence du VIH apparaissent globalement proches sur le territoire du Grand Genève, que ce soit sur la partie française ou la partie suisse, avec toutefois un niveau plus élevé dans la partie suisse⁵. En revanche, l'étude de l'incidence à l'échelle de la commune ou du regroupement de communes (EPCI pour la France) indique que deux parties du territoire, la Ville de Genève et Annemasse Agglo, contribuent majoritairement à la dynamique de l'épidémie sur le Grand Genève avec une incidence à plus de 14 cas pour 100 000 habitants en 2022, suivi du reste du territoire suisse et du Pays de Gex avec une incidence à plus de 6 cas pour 100 000 en 2022 également.

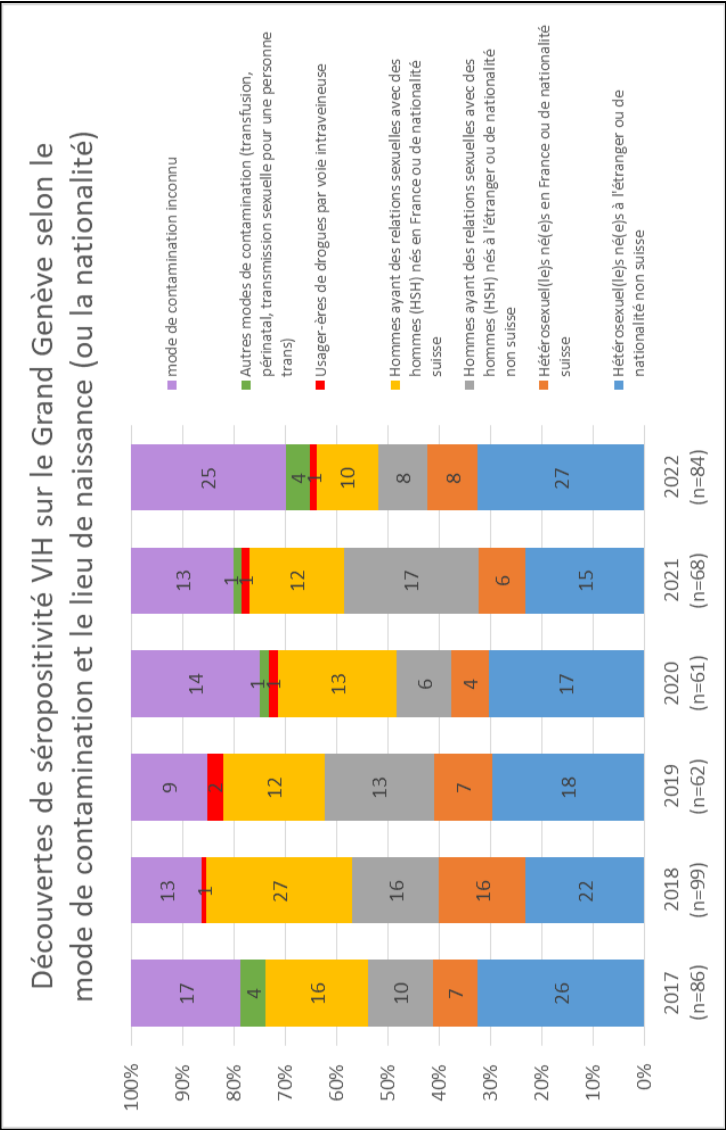
UNE ÉPIDÉMIOLOGIE POUR L'ACTION

Nous avons d'abord observé l'évolution des découvertes de VIH de manière générale sur le Grand Genève de 2017 à 2022 afin d'abonder dans le sens d'un Grand Genève comme territoire de santé, puis nous avons comparé cette épidémie à celle de territoires métropolitains de taille européenne, ce qui nous permet d'apprécier par comparaison l'ampleur de l'épidémie. Nous allons à présent observer ces données selon leur répartition par population clé. L'épidémie ne se répartit pas de manière égale au

●
⁵ Précisons que la baisse de l'incidence en 2020 correspond à la période de crise sanitaire liée au Covid-19, période pendant laquelle l'activité de dépistage du VIH a chuté et probablement que des pratiques de préventions ont été modifiées.

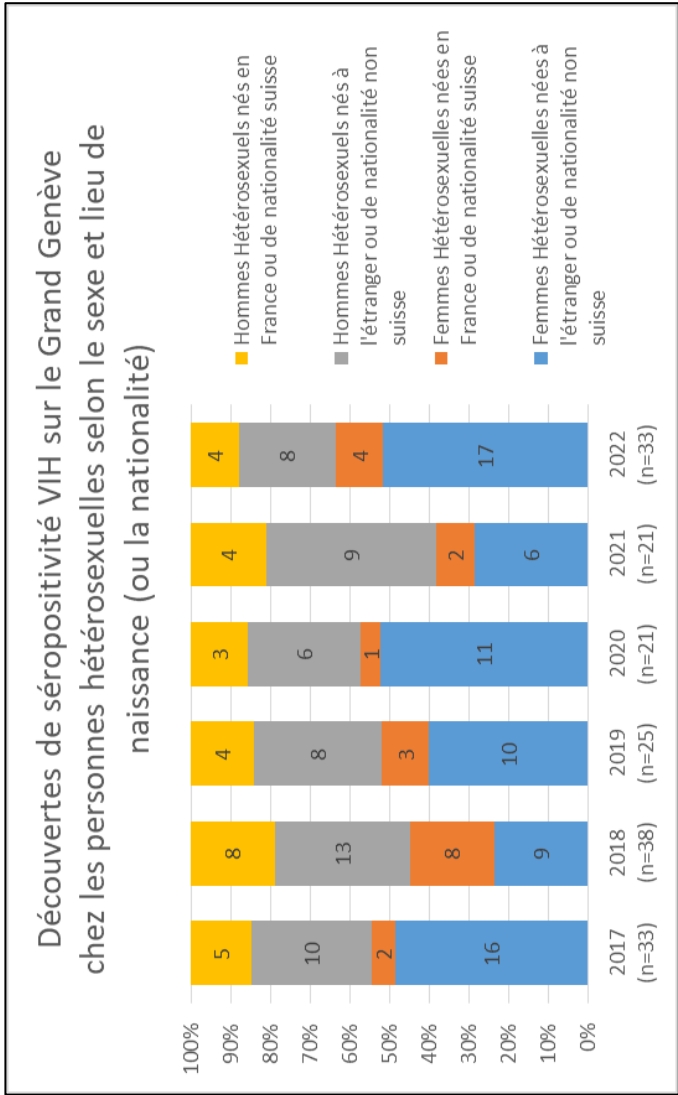
sein de la population. Certains groupes cumulent des vulnérabilités qui augmentent leur risque d'exposition au VIH ; ce qui peut orienter les interventions spécifiques en direction de ces groupes et avec les communautés concernées.

Figure 7 : Distribution des découvertes VIH sur le Grand Genève selon le mode de contamination et le lieu de naissance (ou la nationalité)



Cette représentation (Figure 7) montre la distribution des découvertes de séropositivité au VIH entre 2017 et 2022, selon le groupe d'exposition et le lieu de naissance (ou la nationalité). La figure indique des proportions par année ; les valeurs absolues par mode de contamination sont précisées dans les barres de l'histogramme. Bien que les données manquantes soient importantes, notamment en 2022, ces résultats sont convergents avec les données communiquées par Santé Publique France en Auvergne Rhône Alpes et l'Office Fédéral de la Santé Publique (Brottet et Thabuis, 2022; OFSP, 2022). Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les personnes nées à l'étranger ou de nationalité étrangère demeurent particulièrement touchés sur ce territoire. En 2023, les données plus récentes indiquent un infléchissement de la courbe chez les HSH nés en France ou en Suisse, contrairement aux HSH nés à l'étranger et aux personnes hétérosexuelles nées à l'étranger (Corevih Arc Alpin, 2023; OFSP, 2023). L'utilisation des offres de prévention combinée (PrEP, traitement en prévention, dépistages réguliers) pourrait expliquer pour partie cette tendance.

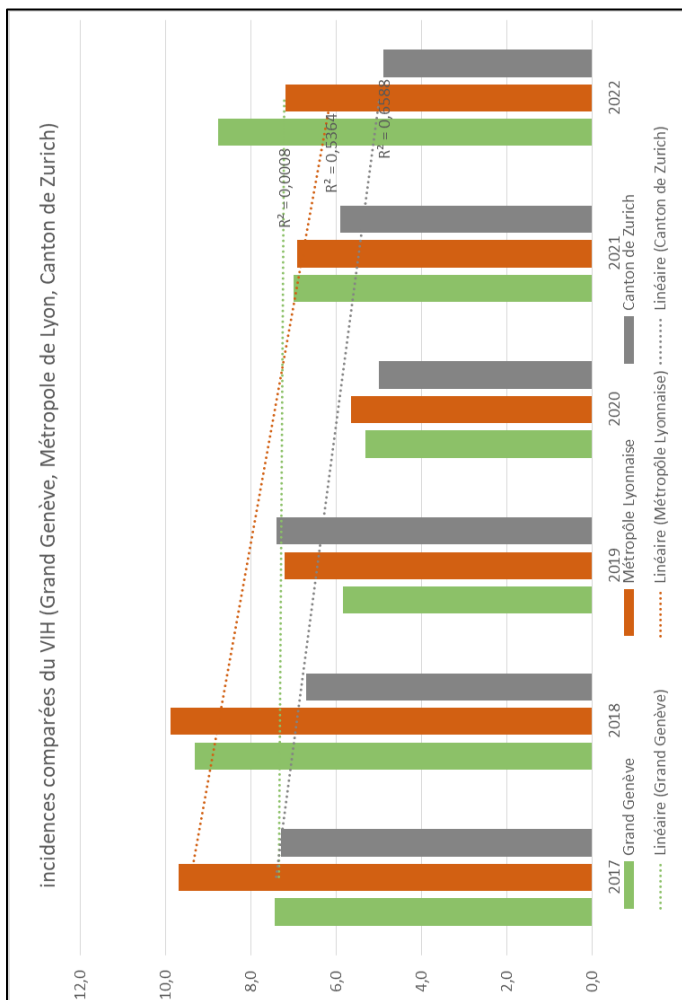
Figure 8 : Distribution des découvertes VIH sur le Grand Genève chez les personnes hétérosexuelles selon le sexe et le lieu de naissance (ou la nationalité)



Si l'on observe plus précisément les données concernant les découvertes VIH chez les personnes hétérosexuelles, les personnes nées à l'étranger ou de nationalité étrangère apparaissent surreprésentées (Figure 8). Ces résultats peuvent être éclairés par des travaux concernant les femmes originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France ou en Suisse. Le cumul de vulnérabilités les concernant s'inscrit dans une intersection de « rapports de domination, en lien avec le genre, la migration, et la maladie » (Villani, Mellini, et al., 2018) et celles-ci peuvent être touchées par un accès inégal aux ressources économiques, matérielles, relationnelles, impactant leur parcours de vie, de santé (Mellini, Poglià Miletì, et al., 2020). Nous retrouvons des constats proches dans l'enquête *Parcours en France* qui a investigué les parcours de vie et de santé des Africain-es immigré-es en France. L'enjeu d'accès à la prévention et aux soins est contraint par des conditions de vie marquées par l'insécurité, la précarité administrative et des besoins primaires comme celui du logement (Desgrées Du Loû, Ravalihasy, et al., 2017). L'étude suisse de cohorte VIH (SHCS) a également montré qu'en Suisse, le fait d'être une femme ou d'être originaire d'Afrique subsaharienne était un facteur de risque pour un diagnostic tardif du VIH (Hachfeld, Ledergerber, et al., 2015).

UNE ÉCHELLE TERRITORIALE ADAPTÉE AUX COMPARAISONS

Figure 9 : Comparaison des incidences du VIH pour le Grand Genève, la Métropole de Lyon et le canton de Zurich entre 2017 et 2022



La situation de l'épidémie de VIH sur le Grand Genève nécessite d'être appréciée également en comparaison avec la situation dans d'autres agglomérations européennes de tailles similaires, en région Auvergne Rhône-Alpes et en Suisse. En juxtaposant les données de l'épidémie avec celles de la métropole de Lyon et du canton de Zurich, nous pouvons remarquer des niveaux d'épidémie comparables (figure 9). Cette comparaison amène à un point de vigilance car la tendance à une baisse du niveau des découvertes de VIH dans ces grands centres urbains européens semble moins marquée pour le Grand Genève que pour les deux autres.

LES LEÇONS À TIRER D'UN EXERCICE D'ÉPIDÉMIOLOGIE TRANSFRONTALIÈRE

L'exercice a consisté à sortir des chemins balisés et regarder sous différentes coutures le territoire pour essayer de comprendre et dégager des logiques utiles pour penser les interventions. Les conclusions peuvent ici paraître modestes. Elles sont avant tout prudentes et laissent à présent aux acteur-ices de terrain, communautaires, et aux autorités de santé de se saisir de ces résultats pour nourrir un dialogue et construire le plan d'action pour un Grand Genève sans sida. Cette épidémiologie transfrontalière constitue un nouvel instrument pour penser le bassin de vie transfrontalier comme territoire de santé à part entière.

Au sein même du territoire du Grand Genève, nous pouvons observer que la dynamique de l'épidémie est principalement alimentée par les cas de VIH enregistrés dans deux sous-territoires : la Ville de Genève et Annemasse Agglo. Néanmoins, la dynamique de l'épidémie est à surveiller sur différents aspects, d'abord la couronne constituée des villes adjacentes à la Ville de Genève compte de plus en plus de découvertes VIH et l'épidémie sur le Pays de Gex, dans l'Ain, se maintient à bas bruit. Les tendances observables au travers de la présente série de données

(2017-2022) par rapport aux modes de contamination seront à confirmer dans les années à venir.

Nous pouvons ainsi retenir que l'épidémie VIH sur le Grand Genève nécessite d'être appréciée comparativement aux épidémies de métropoles européennes de taille similaire, comme la métropole lyonnaise ou encore le canton de Zurich. Il faut toutefois prendre en compte que la dynamique de l'épidémie sur le Grand Genève ne semble pas présenter la même tendance.

Il apparaît nécessaire d'inscrire comme nouvelle pratique l'étude épidémiologique du VIH à l'échelle transfrontalière en reproduisant et en corrigeant ces données annuellement, notamment en réduisant l'incertitude liée aux données manquantes et en travaillant sur une plus grande comparabilité des données. Il serait aussi nécessaire d'approfondir cette étude, par exemple en analysant les données à l'aune d'indicateurs de précarité sur ce territoire, afin de se situer toujours au plus près de la réalité de ce qui est vécu, pour pouvoir autant orienter l'action publique qu'assurer un suivi de celle-ci.



VERS UNE COMPRÉHENSION DES PARCOURS DE SANTÉ TRANSFRONTALIERS, UNE APPROCHE QUALITATIVE

Sabrina Roduit, Xavier Mabire

RENDRE VISIBLE L'INVISIBLE

Ce chapitre présente une analyse qualitative d'entretiens réalisés auprès de personnes qui ont une mobilité transfrontalière pour des raisons de santé et des professionnel·es impliqué·es dans la prise en charge. Les déplacements entre le lieu de résidence et l'autre côté de la frontière pour recourir à une offre de santé restent à ce jour peu documentés sur le territoire du Grand Genève. L'un des objectifs de l'Observatoire étant de comprendre les inégalités en matière d'accès aux soins pour les groupes concernés par le VIH, précisons que nous cherchons à comprendre les parcours de santé des personnes séropositives ou à risque de contracter le VIH et qui peuvent témoigner de difficultés dans l'accès aux soins. Nous ne nous attacherons pas ici à étudier les parcours les plus typiques de mobilité transfrontalière, à savoir : ceux de personnes témoignant d'un niveau d'insertion élevé sans lien avec le VIH (sa prise en charge, sa prévention) ou des travailleur·euses frontalier·es ayant un droit d'option concernant l'assurance-maladie, ou encore de personnes avec une franchise élevée en Suisse qui recourent à des services de santé en France, par exemple en matière de soins dentaires.

Comme des auteurs le soulignent, les espaces frontières présentent des opportunités, mais aussi des contraintes (Hamman, 2013). En termes d'opportunités, il peut s'agir de solutions pour contourner un obstacle ; il peut s'agir aussi de bonnes pratiques pour réduire les dissymétries dans l'accès aux soins et les inégalités entre les offres de santé. Toutefois, les individus ne disposent pas tous des mêmes ressources pour recourir aux offres sur un

territoire donné. Il existe des différences dans les ressources économiques et matérielles, mais également au niveau des ressources sociales (réseau personnel), ainsi qu'en termes de connaissances des systèmes de santé respectifs. Aussi, les personnes en situation de vulnérabilité ⁶, qu'elle soit administrative, comme l'absence d'un droit de séjour ou d'une couverture santé, économique, ou en matière de logement, risquent de bénéficier d'un accès moindre aux opportunités présentes sur ce territoire. L'objectif de l'analyse de ces trajectoires est ainsi de comprendre ce que cette zone particulière produit sur les parcours de soins de personnes parmi les plus précarisées et ce que cela nous indique en termes d'inégalités sociales de santé.

MÉTHODES ET DONNÉES COLLECTÉES

L'analyse s'appuie sur un corpus de données de plusieurs types. Des entretiens ont été réalisés auprès de neuf personnes concernées par des mobilités transfrontalières pour des raisons de santé, faisant partie de groupes vulnérables au VIH et/ou aux hépatites virales (voir tableau 1). Le guide d'entretien abordait les thèmes suivants : les besoins de santé, le rapport à la frontière, les recours et l'accès aux soins. De plus, nous avons conduit treize entretiens avec des professionnel·les de santé travaillant dans différentes structures associatives et médicales en France et en Suisse. Nous avons rencontré sept personnes en Suisse et six personnes en France. Il s'agissait de cinq femmes et huit hommes, six actif·ves dans des associations et cinq travaillant dans des structures publiques, notamment hospitalières. Les thèmes abordés avec les professionnel·les étaient les suivants :

●
⁶ « La vulnérabilité est définie comme un processus de fragilisation et de déficit de ressources dans un ou plusieurs aspects de la vie. Dans des contextes spécifiques, cela expose les individus ou des groupes d'individus à : 1) des conséquences négatives liées à des sources de stress ; 2) une incapacité à gérer efficacement ces stress ; 3) une diminution de la capacité à récupérer des effets négatifs du stress ou à saisir de nouvelles opportunités dans un laps de temps donné. » (Spini, Bernardi, et al., 2017)

connaissance de situations transfrontalières, freins et leviers dans le recours aux soins, état des collaborations sur le Grand Genève, données disponibles sur les parcours transfrontaliers. Nous avons en outre analysé les données de sept rapports d'activité et de recherche produits par ces structures.

S'agissant des personnes concernées par une mobilité, nous avons considéré comme « lieu de résidence » le lieu où la personne dormait actuellement, sachant que près de la moitié de l'échantillon était en situation de sans-abrisme au moment de l'entretien (personnes vivant dans la rue ou en hébergement d'urgence, selon la typologie européenne de l'exclusion liée au logement ETHOS⁷). Le recrutement s'est fait dans des structures associatives (5), médicales (3) et dans un accueil de jour (1). En plus des entretiens formels qui ont été enregistrés et retranscrits, huit entretiens informels ont été réalisés (5 avec des personnes concernées et 3 avec des professionnel·les)⁸. Ces entretiens se sont réalisés de manière informelle soit lorsque les personnes ne souhaitaient pas formaliser l'entretien, soit à l'occasion d'échanges plus courts avec des professionnel·les lors d'observations dans les structures partenaires. Ces entretiens ont fait l'objet de prises de notes de terrain incorporées au corpus.

●
⁷ Typologie ETHOS de la Fédération Européenne des associations luttant contre l'exclusion liée au logement : <https://www.feantsa.org/fr/resource/toolkit/2012/07/12/ethos-typologie-europeenne-de-l-exclusion-liee-au-logement>

⁸ Les structures ayant participé au recrutement sont les suivantes : AIDES, le Groupe santé Genève, le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) du Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE), l'Unité VIH des HUG, l'Apreto, l'Appart 74. Les entretiens avec des professionnel·es ont été menés dans : les CEGIDD et Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) du Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL) et du CHANGE, à la Protection maternelle infantile (PMI) d'Annemasse, au service de médecine carcérale et au service d'addictologie des HUG, au Groupe santé Genève, à Dialogai/Checkpoint, à Première Ligne, à Aspasie, à l'Apreto, à l'Aide suisse contre le sida.

Tableau 1: Caractéristiques des personnes concernées interviewées (n=9)

Lieu de résidence		Orientation sexuelle		Diplôme		Lien, vulnérabilités au VIH	
Genève	5	Homosexuelle	4	Études supérieures	5	Vivant avec le VIH	2
Ain	2	Hétérosexuelle	2	Bac/maturité	1	Usage de produits	4
Haute-Savoie	2	Bisexuelle	1	Secondaire	2	Utilisation de la PrEP	1
Vaud	0	Autre	1	Primaire	1	Travail du sexe	1
Ressources financières		Non réponse	1	Emploi		Assurance santé	
À l'aise	1	Lieu de naissance		En emploi	4	Sécurité sociale	4
Ça va	2	Étranger	5	Emploi précaire/sans	4	LAMal	1
C'est juste	3	France	4	En études	2	Privée/internationale	3
Difficilement	3	Suisse	0	Invalidité	1	Aucune	1

Une analyse thématique (Braun et Clarke, 2006) a été menée sur l'ensemble du corpus d'entretiens : celui-ci a été codé via le logiciel d'analyse qualitative Atlas.ti. Ensuite, une interprétation des thèmes récurrents et saillants a permis de dégager des logiques concernant le rapport à la frontière, les types de mobilité sur le territoire, les raisons de ces mobilités ainsi que les différences observées entre différents groupes sociaux. Ces analyses présentent un caractère exploratoire, au vu du petit nombre d'entretiens, mais elles permettent une première interprétation des logiques de mobilités et des enjeux qui en découlent.

DES TRAJECTOIRES DIVERSES MARQUÉES PAR UN CUMUL DE VULNÉRABILITÉS

Les profils des participant-es interviewé-es présentaient une certaine diversité. Au niveau de la formation, deux personnes sur trois avaient réalisé des études supérieures, alors qu'un tiers s'était arrêté aux études primaires, secondaires ou au bac. Les ressources financières étaient également variables : un tiers affirmait faire face à d'importantes difficultés, un tiers disait devoir faire attention, et un tiers trouvait que « ça allait » y compris dans le cas de situations de sans-abrisme. En matière d'assurance santé, quatre bénéficiaient de la sécurité sociale en France, trois étaient affiliées à une assurance privée, une personne à la LaMAL en Suisse et une personne n'était pas assurée (elle n'avait pas non plus de statut légal de séjour). Les trajectoires de vie des répondant-es s'avéraient marquées par des facteurs de vulnérabilité : une moitié vivait sans emploi ou avec un emploi précaire (recherche d'emploi, emploi informel, travail du sexe occasionnel, invalidité). Toutes les personnes interviewées étaient célibataires ou vivaient seules, révélant un isolement social important en comparaison avec la structure de la population suisse et française⁹. Alors même que des

●
⁹ En Suisse en 2020, 36.5% des ménages étaient composés d'une seule personne (données OFS, 2020,

études montrent que de vivre avec quelqu'un est un facteur protecteur pour la santé et la qualité de vie (Rossier, Bernardi, et al., 2023). Quatre personnes étaient sans-abri au moment des entretiens, indiquant une forte précarité face au logement sur ce territoire : trois personnes logeaient en hébergement d'urgence et une dans un squat. Cinq personnes avaient vécu un parcours migratoire, parfois dans plusieurs pays, et deux venaient d'une autre région française que celles du Grand Genève. Concernant les vulnérabilités au VIH, parmi les personnes rencontrées, deux étaient séropositives au VIH, quatre avaient du sexe entre hommes, quatre consommaient des produits psychoactifs, l'une était occasionnellement travailleuse du sexe. Sur le plan de la santé, hormis la question du VIH, plusieurs personnes présentaient des besoins de santé multiples, malgré une moyenne d'âge basse (37 ans). Des besoins en santé mentale, notamment, ont été souvent évoqués (dépression, stress, anxiété, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité), sans qu'il y ait de réelle prise en charge. Plusieurs personnes vivaient avec une addiction (alcoolisme, polyconsommation), entraînant des parcours de santé complexes. Deux personnes ont eu besoin de soins pour des blessures, dont une grave (gangrène).

LA FRONTIÈRE : REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES

Comme évoqué en introduction, les zones transfrontalières sont marquées par des ouvertures, des opportunités, mais aussi une fermeture, donc des obstacles, du fait de cette frontière qui divise le territoire. Dans cette première partie, nous présentons ainsi les récits des personnes qui ont partagé leur vécu, leur pratique de la



<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.21444882.html>,

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.21444882.html>);

En France en 2020, il s'agissait de 37.6% des ménages (données INSEE, 2020, https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381486#figure1_radio2 https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381486#figure1_radio2).

frontière, afin de comprendre quelles dimensions la frontière peut revêtir pour elles.

Une frontière passerelle

Pour une partie des répondant-es, la frontière est appréhendée comme une frontière « factice », éculée, estompée à force d'avoir été passée des milliers de fois ; elle semble ainsi ne plus exister. Son rôle de fragmentation de l'espace ne semble plus opérant, le territoire apparaît comme unifié, franchissable aisément à pied, en vélo ou en train.

Pour moi la frontière est fictive. [...] J'ai l'impression qu'Annemasse appartient à la Suisse ou Genève appartient à la France. Il y en a qui disent que Genève, c'est la France, donc Annemasse est la banlieue de la Suisse alors ! (Femme, Française, vit en hébergement d'urgence à Genève)

Ce sont généralement les répondant-es de nationalité française, qui résident sur le Grand Genève depuis plusieurs années, qui vivent la frontière comme intangible. Son franchissement présente ainsi une apparente simplicité pour les personnes qui disposent d'une situation régulière et qui ont les moyens de payer leur moyen de transport ou peuvent dédier du temps à ces allers-retours. La mobilité peut s'effectuer pour des raisons personnelles, professionnelles ou encore de sociabilité.

Je l'ai tellement passée que je ne sais plus. J'ai dû la passer 50'000 fois. Quand tu la passes depuis dix ans... (Homme, Français, vit à Genève)

Une frontière barrière

Néanmoins, d'autres personnes voient la frontière comme une barrière, un obstacle à éviter, pour lequel elles doivent trouver des stratégies de contournement. C'est le cas en particulier pour les personnes qui ne bénéficient pas d'un titre de séjour, comme l'ont

souligné d'autres études (Consoli, Burton-Jeangros, et al., 2022). Une personne contourne la frontière suisse pour passer du Pays de Gex en Haute-Savoie pour ses consultations médicales, en évitant de passer par Genève.

Passer la frontière est une difficulté pour moi parce que je dois me faire aider [par une association pour aller à l'hôpital] et éviter les contrôles. (Homme, Amérique du Sud, sans statut légal, vit en France)

La frontière peut s'avérer source d'anxiété et de stress, non pas en elle-même mais pour ce qu'elle représente, notamment pour des personnes qui font face à des contrôles de police récurrents, ou qui ont des expériences antérieures pénibles de passages de frontières.

Pour moi, en tant que personne noire, détentrice d'un passeport [africain], franchir une frontière a toujours été une source d'anxiété. [...] Parce qu'ici aussi, en Suisse, on m'arrête parfois plus que d'autres personnes. (Homme, Afrique de l'Est, vit en France et travaille à Genève)

Ainsi, il existe des limitations, voire des contradictions et des empêchements au franchissement d'une apparente simplicité dans un espace pourtant de plus en plus ouvert aux mobilités. La difficulté de franchir la frontière subsiste pour une partie des résident-es du Grand Genève, celles ayant le moins de ressources (financières et temporelles) et selon leur rapport à la frontière et aux contrôles associés, basé sur leur trajectoire personnelle et notamment migratoire.

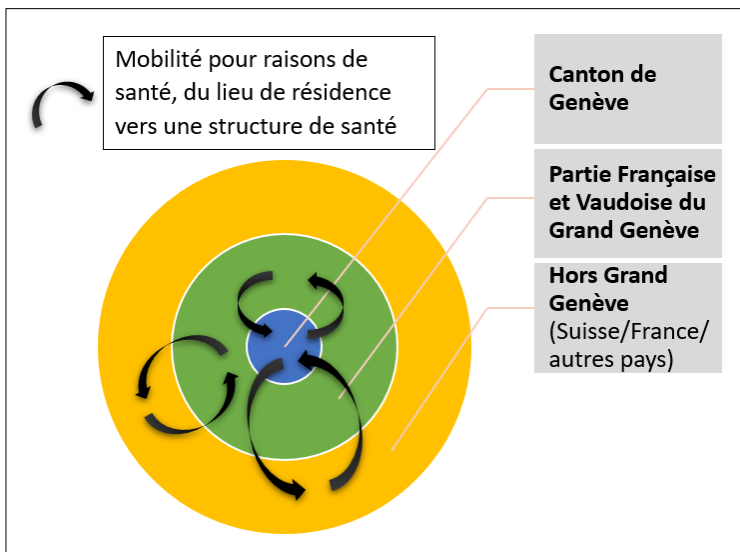
MOBILITÉS TRANSFRONTALIÈRES POUR RAISONS DE SANTÉ

Caractériser les mobilités pour raisons de santé au travers des données des structures s'est révélé complexe. D'une part, les structures de soins ou de dépistage offrent généralement des services anonymes, demandant un minimum d'information aux

personnes usagères. D'autre part, si des indicateurs sont parfois renseignés, comme la nationalité ou le lieu d'origine, le lieu de résidence ne l'est que rarement. Certains services disposent néanmoins d'une estimation de ces mobilités. En France, l'association AIDES à Annemasse demande le lieu de résidence des personnes vues en entretien dans ses actions : entre 2016 et 2021, 20% à 27% résidaient en Suisse. Dans des CEGIDD et un CPEF de Haute-Savoie sur la partie française du Grand Genève, la patientèle venue de Suisse était estimée entre 10% et 37% (allant jusqu'à 80% pour des offres spécifiques de dépistage). En Suisse, l'association Première Ligne avait documenté qu'environ 30% des personnes usagères de la salle de consommation à moindre risque, Quai 9, résidaient en France. Au Checkpoint de Dialogai, il était estimé que 1% des personnes usagères résidaient en France. On peut constater que ces mobilités, quoiqu'inégales entre les structures, sont loin d'être marginales dans les files actives.

Afin de proposer une représentation de ces flux transfrontaliers, nous reprenons ici l'idée de « couronnes » (dans la figure 10, le canton de Genève figure au centre en bleu, puis viennent les parties française et vaudoise du Grand Genève en vert, et enfin le dernier cercle se situe hors du Grand Genève en jaune). Deux éléments sont à retenir. Premièrement, le mouvement n'est pas unidirectionnel, mais pluridirectionnel : cela signifie que les personnes ne se déplacent pas uniquement de Suisse en France ou de France en Suisse. Deuxièmement, non seulement la direction des mobilités est multiple, mais les personnes adoptent des logiques de recours aux soins plurielles. On observe ainsi deux types de mobilités : tout d'abord, des mobilités à l'intérieur du Grand Genève, entre le centre et la périphérie, dans un sens ou un autre ; mais également, des mobilités de personnes résidant sur le Grand Genève vers des lieux extérieurs, voire d'autres pays (par ex. le pays d'origine).

Figure 10 : Schématisation des différents types de mobilités transfrontalières pour raisons de santé



Mobilité centre/périphérie au sein du Grand Genève

Des personnes qui résident à Genève se rendent dans la partie française du Grand Genève pour un service en santé sexuelle (un dépistage, la prise d'un traitement d'urgence, ou encore la prophylaxie préexposition - PrEP), dans un CEGIDD ou une association. Il nous a également été rapporté des recours à l'IVG, ainsi que l'achat de médicaments et de contraceptifs en pharmacie en France.

Normalement c'est pour trois choses [que je vais en France] : les courses, les médicaments et les visites médicales. Si j'ai besoin de n'importe quoi, j'utilise Doctolib. Normalement c'est à [villes de Haute-Savoie proches de Genève] parce que ce n'est pas très loin. (Femme, Moyen-Orient, vit et est assurée à Genève)

À l'inverse, une personne qui vit dans l'Ain ou en Haute-Savoie peut chercher des prestations de santé sur le canton de Genève : pour accéder à la salle de consommation du Quai 9, faire un dépistage au Checkpoint, ou réaliser un suivi à l'hôpital dans un service spécialisé (infectiologie, dermatologie ou proctologie).

[Je vais à Genève] pour la salle [Quai 9] et pour se shooter dans la salle. Quand tu te shootes, il faut des pansements, et eux ils ont ça là-bas. Pour l'hygiène, tu as tout là-bas. (Homme, Français, sans-abri, consommateurs de produits injectables)

Une dynamique de recherche de soins plutôt généralistes et moins coûteux vers la France, et de soins plus spécialisés en Suisse, semble se dessiner. Les facteurs qui déterminent le choix du lieu peuvent néanmoins varier : ainsi, si le facteur de la proximité conduit généralement à se soigner près de chez soi, la disponibilité ou non d'un service, comme son accessibilité, peuvent amener à traverser la frontière. Cela rejoint les facteurs déjà repérés dans les travaux sur les mobilités transnationales pour raisons de santé (Glinos, Baeten, et al., 2010).

Notamment tout ce qui est dermato, il n'y a rien sur France. Je viens pour ma consultation dermato et pour ma santé sexuelle à Genève. Sinon, pour le reste j'essaie de le faire autour de chez moi. (Homme, Français, vit en Haute-Savoie, assurance privée internationale)

Mobilité entre le Grand Genève et d'autres cantons, d'autres régions françaises ou pays

Il peut s'agir d'une mobilité régionale, par exemple des personnes venues du canton de Vaud pour recourir à une offre de santé sur le pays de Gex, en Haute-Savoie ou à Genève ; ou à l'inverse, des personnes vivant à Genève recourant aux soins ailleurs en Suisse. Des besoins de santé particuliers, comme ceux liés à l'épidémie de Mpox (voir chap. 2), ont également entraîné des mobilités régionales (d'une région française à une autre), voire

internationales (lorsque ce sont des personnes résidant en Suisse qui ont recouru à des offres en France en dehors du Grand Genève).

Je me souviens de l'épidémie de Monkeypox et du vaccin [...]. Pour ma part, j'ai dû me rendre à Paris, parce que les hôpitaux d'ici, les hôpitaux régionaux, ne donnaient le vaccin à personne, même en France. Il fallait donc se rendre à Lyon ou à Paris pour l'obtenir. J'ai donc dû me rendre deux fois à Paris pour obtenir la dose. (Jeune homme, homosexuel, né à l'étranger, vit sur la partie française du Grand Genève)

Les pratiques de recours aux soins transnationaux vont bien au-delà du Grand Genève. Par exemple, un homme séropositif se faisait envoyer son traitement antirétroviral retiré gratuitement par sa famille depuis son pays d'origine en Afrique de l'Est. Il était alors étudiant, vivait à Genève où il était suivi pour son VIH.

J'ai été étudiant pendant la moitié de la période, mes parents m'ont envoyé mes médicaments de [pays d'Afrique de l'Est] pendant toute cette période. Parce que [dans mon pays d'origine], nous avons des génériques, et ces génériques sont gratuits. Vous allez à l'hôpital, ils vous donnent des médicaments pour six mois ou pour trois mois, sans vous poser de questions.

Cette mobilité peut se faire sous d'autres modalités que le déplacement physique. En effet, elle peut passer par l'envoi de médicaments ou des consultations en visioconférence à distance à l'étranger, selon les ressources, ou bien en faisant appel aux connaissances d'un médecin dans son réseau personnel.

Il y a eu plusieurs fois où je me sentais malade et je voulais savoir ce que j'avais avant de prendre des médicaments et je n'y suis pas allé [consulter un médecin] car j'ai pensé aux frais. Par contre, je demandais à un ami médecin qui habite en Espagne, je lui racontais mes symptômes et il me disait : « c'est peut-être ça ou ça et tu peux prendre ça », et j'allais les acheter en pharmacie ici en Suisse ou, si j'avais le temps, j'allais en France parce que les

médicaments sont moins chers. (Homme, Amérique latine, vit en Suisse)

Les mobilités sont parfois effectuées en raison de l'orientation d'un-e professionnel-le de santé ou alors d'une non-réception de la demande de soins, c'est-à-dire lorsque la personne a consulté mais que la demande de soins n'a pas donné lieu à une prise en charge (comme ici, entre réorientation et attente aux urgences).

C'est une amie qui m'a dit : « tu n'es vraiment pas bien, il faut faire quelque chose », et je lui raconte l'histoire. [Un lieu de soins à Genève] me dit de retourner en France, [aux urgences] on me dit [que] je ne rentre pas dans les prioritaires, du coup on ne me prend pas, et du coup tout le monde est prioritaire avant moi. Elle me fait : « c'est bon, viens je te paie le bus, je t'amène à [hôpital en Haute-Savoie] ». Je me suis retrouvé [là-bas] aux urgences encore des heures et des heures d'attente du fait de la frontière. [...] Là ils ont vu que j'ai une infection donc j'ai été traité pendant cinq, six jours en chambre à l'hôpital. (Homme, Français, vit en squat à Genève)

Le contexte transfrontalier produit ainsi une multiplicité de stratégies de recours aux soins pour les personnes enquêtées. Lorsque des situations de non-recours par non-demande ou par non-réception (Warin, 2010) surviennent, les mobilités pour raisons de santé sont un moyen d'y pallier. Ces mobilités en lien avec des situations de non-recours méritent que l'on s'y intéresse plus particulièrement. Nous souhaitons désormais interroger les raisons qui poussent à recourir, ou renoncer, aux soins.

RECOURS AUX SOINS ET DÉTERMINANTS SPÉCIFIQUES DES MOBILITÉS TRANSFRONTALIÈRES

Freins systémiques et liés à la qualité de l'accueil

Lorsque l'on s'intéresse aux freins dans le recours aux soins des personnes interviewées, les facteurs systémiques apparaissent prépondérants. En premier lieu, les personnes citent les coûts des soins perçus comme trop élevés, le fait d'avoir une assurance santé qui n'est pas adaptée à leurs besoins (franchises élevées qui entraînent du non-recours). Ces deux éléments sont mentionnés en particulier en Suisse. Pour la France, le problème de démographie médicale est régulièrement abordé, comme le souligne cette jeune femme : « Je ne sais pas ce qu'il y a comme problème avec les médecins en France, mais il n'y a pas assez de médecins ! ». Dans le même sens, il est soulevé la difficulté de se mettre à l'abri du fait de l'insuffisance des dispositifs d'hébergement d'urgence ou encore l'insécurité ressentie en France lorsque l'on vit dehors comparativement à si l'on dort en Suisse. Il est également relevé l'absence d'une offre comme celle proposée au sein de la salle de consommation à moindre risque (Quai 9 à Genève). De manière également récurrente, les expériences de prise en charge antérieures jugées mauvaises découragent les personnes : des situations de jugements, des attitudes discriminatoires, un manque d'écoute, ou l'absence d'une prise en charge globale de sa santé sont rapportés (Charpentier, Roduit et Enquêteurs communautaires, 2021)

En miroir, la qualité de l'accueil dans les services de santé est citée comme un levier pour aller ou revenir vers le soin. D'autres facteurs facilitants sont de nature relationnelle : ainsi, le fait d'avoir été soutenu-e par des pairs, des ami-es, ou d'avoir été accompagné-e par une association, s'est révélé un facteur clé pour recourir aux soins, ou revenir vers les soins lorsque les personnes s'en sont trouvé distanciées. La connaissance du réseau médical, la proximité géographique, la gratuité et une continuité des soins sont indiquées également comme favorisants. Ces facteurs se

recourent avec d'autres recherches sur le (non) recours aux soins (Chauveaud, Rode, et al., 2008; Charpentier, Quatremère, et al., 2016).

Les déterminants spécifiques des mobilités

Une partie des facteurs précités viennent expliquer la démarche de mobilité transfrontalière pour des soins (cf. tableau 2). Nous retrouvons dans la majorité des entretiens, avec les personnes concernées et les professionnel·les, la recherche d'un service le moins coûteux ou le plus adapté à sa situation, et les orientations qui auraient été effectuées par les services de santé ou les pairs. Les personnes concernées mettent aussi en avant les aspects de la relation soignant-soigné dans la balance, la qualité des soins et de l'accueil et l'accompagnement par les pairs.

Les professionnel·les proposent une lecture plus structurelle, soulignant les aspects liés à l'environnement professionnel, aux pratiques d'achat et de consommation de produits psychoactifs, ou liés à la barrière de la langue, comme des facteurs expliquant le passage de frontières. Le vécu en milieu carcéral a été relevé par les professionnel·les interrogé·es comme une problématique cruciale dans la question de l'accès aux soins, notamment à la sortie de détention de personnes résidentes en France et pouvant être détenues en Suisse. Les professionnel·les soulignent en outre la problématique liée aux prises en charge parfois complexes, notamment du fait des mécanismes assurantiels (en cas d'absence d'assurance, ou en lien avec la carte européenne d'assurance maladie). Les personnes de nationalité européenne font face à des réorientations régulières dans leur pays d'origine ou vers la France depuis la Suisse (Roduit, 2020).

Tableau 2 : Facteurs déterminant les mobilités transfrontalières pour raisons de santé

Facteurs	Relevé par ...
Orientation par un·e professionnel·le (externalisation de la prise en charge)	Les deux groupes
Coûts des prestations pour la personne	Les deux groupes
(In) Disponibilité d'un service	Les deux groupes
Environnement lié au logement ou à la sécurité	Les deux groupes
Refus de soins	Les deux groupes
Orientation/ Accompagnement par les pairs ou une association	Les deux groupes
Qualité des soins et de l'accueil	Les personnes concernées
Pratiques de consommation de produits psychoactifs	Les professionnel·les de santé
Environnement économique (travail, mendicité)	Les professionnel·les de santé

Le corps médical évoque également des stratégies de contournement mises en place par les structures de santé pour tenter d'offrir des prestations de santé à tou·tes, et se rapprocher du standard de prise en charge le mieux-disant sur le territoire. On peut noter à ce titre l'existence d'un *buyers' club* à Genève pour obtenir des traitements (antirétroviraux, antiviraux, PrEP) à moindre coût ; des accords avec des médecins privés ou des laboratoires d'analyses pour réduire les coûts de consultation ou dépistage ; ou encore des stratégies de mise sous traitement pour garantir une continuité des soins (par exemple pour les personnes détenues). Ces stratégies permettent de tendre vers un niveau d'accès à une prise en charge se rapprochant du standard français. Celui-ci est basé, d'une part, sur la gratuité et l'inconditionnalité concernant les offres de santé sexuelle (en CEGIDD, CPEF, ou dans les associations), et d'autre part, sur l'assurabilité et l'accès aux droits pour les personnes sans statut légal, via l'Aide médicale d'État (AME) et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). L'AME permet aux personnes résidant sans statut légal

depuis plus de trois mois d'avoir accès à un panier de soins proche de celui de la sécurité sociale. Les PASS dans les hôpitaux permettent la mise en place de ce dispositif pour les personnes en situation de précarité par un accompagnement à l'ouverture des droits. La différence avec le contexte suisse est que ces prestations relèvent de la loi.

DEUX LOGIQUES OBSERVÉES DANS LES MOBILITÉS

Si l'on considère la frontière selon les deux facettes exprimées plus haut, à savoir celles des ouvertures (opportunités), ou au contraire de la fermeture (contraintes), on peut relever deux logiques en rapport à ces mobilités pour raisons de santé.

Système d'opportunités

La première logique est celle qui consiste à composer avec la diversité des offres se trouvant sur le territoire. Cette zone transfrontalière rend alors possibles des parcours de santé qui n'auraient pas pu être réalisés si les personnes étaient restées sur la partie du Grand Genève où elles résident. Par exemple, un jeune homme explique l'organisation de ses rendez-vous médicaux entre les différents lieux du Grand Genève. Bénéficiant d'un suivi par plusieurs médecins à Genève, il consulte également pour d'autres raisons en France :

Je me déplace beaucoup pour la santé sexuelle. Comme le dépistage des IST, je ne le fais plus à Genève, je préfère le faire en France. Pour ce qui est des soins dentaires, je les fais quand je suis [dans mon pays d'origine] ou quand je trouve un endroit en France. (Jeune homme, Afrique de l'Est, vit en France et travaille et est assuré en Suisse)

Ce type de mobilité lié à une diversité de motifs est généralement mis en œuvre par des personnes bénéficiant d'un certain niveau d'insertion sociale : ce sont des personnes qui ont généralement un emploi, qui ont poursuivi des études supérieures,

qui ont une connaissance du système de santé, qui en somme ont un certain capital social, culturel ou économique, ce qui leur permet de naviguer dans les deux systèmes de santé. On peut rapprocher cela du concept de motilité, c'est-à-dire du potentiel de déplacement d'un individu, qui serait une forme de capital de mobilité (Kaufmann, Bergman, et al., 2004).

Système de contraintes

Dans la deuxième logique, la mobilité pour des raisons de santé fait suite à une impossibilité d'obtenir des soins, ou un suivi médical, sur son lieu de vie. Cela ne signifie pas nécessairement que la personne n'a pas été prise en charge du tout (notamment lors de circonstances médicales considérées comme urgentes par le personnel soignant), mais que la personne a été réorientée, ou a dû changer de pays pour obtenir la continuité de ses soins.

Les deux situations ci-dessous l'illustrent. Dans la première, il s'agit d'un homme de nationalité française qui vit sans domicile à Genève. Il a dû être opéré, souffrant de gangrène, et malgré qu'il a été pris en charge initialement en Suisse, il a dû poursuivre ses soins en France :

Je me suis fait opérer trois fois en Suisse parce que je ne pouvais pas me déplacer. Pour le bras et les deux jambes. Et quand ils ont pu me déplacer ils m'ont envoyé en France à l'hôpital. [...] Je n'étais pas transportable de toute façon avec deux gangrènes, ils n'allaient pas me jeter par la fenêtre. [...] ils n'ont pas droit de garder les Français plus d'un mois. [...] Il y a des règles strictes, c'est pour ça qu'ils m'ont viré. (Homme, Français, sans-abri en Suisse)

Le témoignage de cet homme doit être considéré comme le fruit d'une expérience particulière et qui nous informe sur le sens que celui-ci lui a attribué. C'est-à-dire qu'il s'agit de sa perception, de sa représentation de la situation. Ainsi, les règles strictes évoquées n'ont peut-être pas d'existence tangible, mais sont à l'origine, selon lui, de son transfert vers la France. Le fait est qu'il

a bien été transféré en France pour la poursuite de sa prise en charge, ce qui laisse penser à une pratique d'externalisation des soins de la part des professionnel·les de santé. Dans une seconde situation, c'est une jeune femme de nationalité française qui vivait dans un canton romand, qui a pu être prise en charge aux urgences dans un premier temps, avant d'être réorientée vers la France.

C'est un mec qui m'a tordu le doigt, j'avais le doigt cassé. [...] Donc je suis retournée à l'hôpital [dans un canton suisse], sauf qu'ils m'ont dit que ce n'est plus une urgence, la date pour une urgence c'est une semaine. Donc il fallait que je paie 2500 francs. Je leur ai dit que ce n'est pas possible. Après ils m'ont envoyé dans tous les services d'assistance sociale de l'hôpital pour que à la fin ils me disent 'rentrez en France pour vous faire opérer parce qu'on ne peut pas'. (Femme, Française, sans-abri vivant en Suisse)

Dans ces deux cas, l'orientation pour l'une ou le transfert pour l'autre se sont faits au-delà de la frontière, dans le pays d'origine, en l'occurrence de la Suisse vers la France. Ce report de soins a pu conduire à un retard dans la prise en charge, dans le recours aux soins, voire à un renoncement aux soins. Un autre cas de réorientation a conduit à une hospitalisation tardive, qui a finalement duré plusieurs jours, pour un problème qui aurait pu être pris en charge plus rapidement. Ce renvoi au-delà de la frontière est également rapportée par les professionnel·les interviewé·es, en particulier concernant des personnes de nationalité européenne. Un manque de coordination des soins est soulevé. Pour pallier cela, certaines structures ont mis en place des alternatives, qui peuvent être qualifiées d'offres de dernier recours pour ces personnes en situation particulièrement vulnérables, et en l'absence d'assurance santé. Par exemple, le Groupe santé Genève a mis sur pied un système de *buyers' club* pour fournir des traitements antiviraux contre l'hépatite C, ou encore la PrEP, à des tarifs plus faibles que sur prescription médicale.

Un système complexe à deux faces

Cet espace transfrontalier nous amène ainsi à penser les parcours de santé au prisme de la frontière qui serait comme une pièce à deux faces. Côté pile, la frontière relie deux territoires et permet d'articuler les parcours et d'apporter des opportunités supplémentaires dont les personnes peuvent se saisir selon leurs ressources, mais qui bénéficient davantage aux personnes les mieux dotées. Côté face, le revers de cette même pièce serait l'existence de pratiques de tri conduisant à une externalisation des soins. Cela conduit à un système de contraintes auxquelles font face les personnes les plus vulnérables dans l'accès aux ressources en santé, et ce même pour des besoins primaires de santé. Deux facteurs principaux illustrent cette rupture d'égalité. Premièrement, la disponibilité ou l'indisponibilité d'un service spécifique qui pousse à franchir la frontière pour y accéder, ce qui nous amène à considérer ce qui pourrait être fait en termes d'équité pour accéder aux offres. Deuxièmement, l'externalisation de la prise en charge : cet espace frontière peut représenter alors un système d'opportunités mais cette fois pour les professionnelles de santé, pour proposer une alternative à ce qu'ils ou elles ne peuvent pas offrir, plutôt que d'opposer un refus de prise en charge.

Ce que nous nommons dans cet ouvrage des dissymétries dans l'accès aux soins et les inégalités entre les offres de santé sur un territoire transfrontalier rejoindrait l'idée de ce qui est nommé dans les études sur les frontières comme « différentiels frontaliers ». Ces phénomènes ont été étudiés en matière de logement, de travail ou encore de scolarisation et illustrent les pratiques de mobilité (ou leur possibilité) selon la position occupée dans la hiérarchie sociale (Clément et al., 2023, p. 71-110). L'analyse portant ici sur la santé vient compléter le corpus de travaux existants, notamment en couplant l'analyse des pratiques de mobilité des individus avec celle des pratiques d'externalisation des professionnelles de santé.

CONCLUSION

Ces premiers résultats ont montré que, malgré une frontière perçue comme peu visible, son franchissement peut s'avérer complexe pour les personnes en situation de vulnérabilité, et selon la situation administrative. *A contrario*, disposer de ressources économiques ou culturelles, de soutien des amis, des pairs et des associations est un facteur facilitant pour soutenir les parcours de santé transfrontaliers.

Dans ce contexte, la mobilité parfois préconisée par les professionnel·les de santé, rejette la responsabilité du franchissement de la frontière et *in fine* du recours aux soins sur les individus eux-mêmes. Cette stratégie de mobilité qui n'est pas souhaitable ou réalisable par tou·tes peut conduire à des situations de non-recours, voire à une détérioration de l'état de santé, alors même que les deux systèmes de santé suisses et français, sont réputés performants et censés couvrir l'ensemble des besoins de leur population.

Par rapport à ces inégalités engendrées entre personnes qui ne bénéficient pas d'un niveau égal de ressources et de statut, comment établir une forme d'équité transfrontalière en matière d'accès aux soins pour les plus vulnérables ? Cela nous amène à formuler le problème en termes éthiques : comment demander aux personnes les plus vulnérables d'un système, de surcroît comme ici souvent stigmatisées au sein de la société, d'être responsables de leur parcours ? Comment demander aux personnes d'adhérer à des solutions sans offrir de contrepartie, comme la sécurisation de leur parcours de santé ou de soins ?

Nous proposons ici trois pistes de réflexion à cette idée de « contrepartie » : premièrement, cela pourrait passer par la création ou l'assurance de l'existence d'offres équivalentes de part et d'autre du territoire. Deuxièmement, dans le cas d'une mobilité choisie ou acceptée, elle devrait être mieux accompagnée, coordonnée, afin de garantir un accès aux soins sans barrières, y compris au sein d'un même territoire (entre cantons ou

départements du Grand Genève). Finalement, cela passe également par la reconnaissance de l'existence même de ces trajectoires et des difficultés que les personnes vivent dans leur accès aux soins, notamment pour celles en situation irrégulière, exerçant le travail du sexe, consommant des produits psychoactifs et/ou concernées par une addiction. La formation de l'ensemble du réseau social et sanitaire pour éviter toute stigmatisation ou expérience négative dans le parcours de santé apparaît alors comme un élément primordial d'un accès effectif aux soins. Cela implique, avant tout, de considérer ce territoire transfrontalier comme un bassin de vie avec une politique de santé adaptée, afin de favoriser la santé des personnes qui y vivent.



CRISE SANITAIRE LIÉE À L'ÉPIDÉMIE DE MPOX EN 2022, UN CAS D'ÉCOLE TRANSFRONTALIER

Jennifer Socquet, Loïc Michaud, Nicolas Charpentier

L'épidémie de Mpx (Variole du singe ou encore Monkeypox¹⁰) qui a débuté en 2022 en dehors de sa zone endémique est à côté de l'épidémie de VIH, un second cas d'école afin de penser les enjeux transfrontaliers en matière d'inégalités sociales de santé. Les membres de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé et leurs partenaires se sont retrouvés impliqués dans la lutte contre cette nouvelle épidémie à deux niveaux : à l'échelle locale ou régionale dans leur périmètre national, ainsi qu'à l'échelle locale et transfrontalière.

Nous reviendrons dans un premier temps sur la chronologie des événements comme retour d'expérience d'acteur-trices de terrain. Dans un second temps, nous détaillerons les inégalités territoriales¹¹ et inégalités sociales de santé produites et révélées dans le contexte de gestion de crise sanitaire liée au Mpx. Enfin, une réflexion sur la gestion de cette épidémie nous permettra d'élaborer des propositions de bonnes pratiques en matière de coopération et coordination transfrontalières.



¹⁰ Ce virus est apparenté à celui responsable de la variole humaine. Avant l'épidémie mondiale de 2022, des foyers épidémiques localisés étaient observés principalement en Afrique centrale et de l'Ouest. L'épidémie de 2022 présentait les caractéristiques de la diffusion d'une infection sexuellement transmissible et a principalement touché les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

¹¹ Les inégalités territoriales sont définies comme les différences en matière d'instruments de l'action publique ou de ses résultats entre différents territoires [...]. L'analyse des inégalités insiste sur le lien que celles-ci entretiennent avec les acteurs publics et leurs politiques publiques. (Dupuy, 2020)

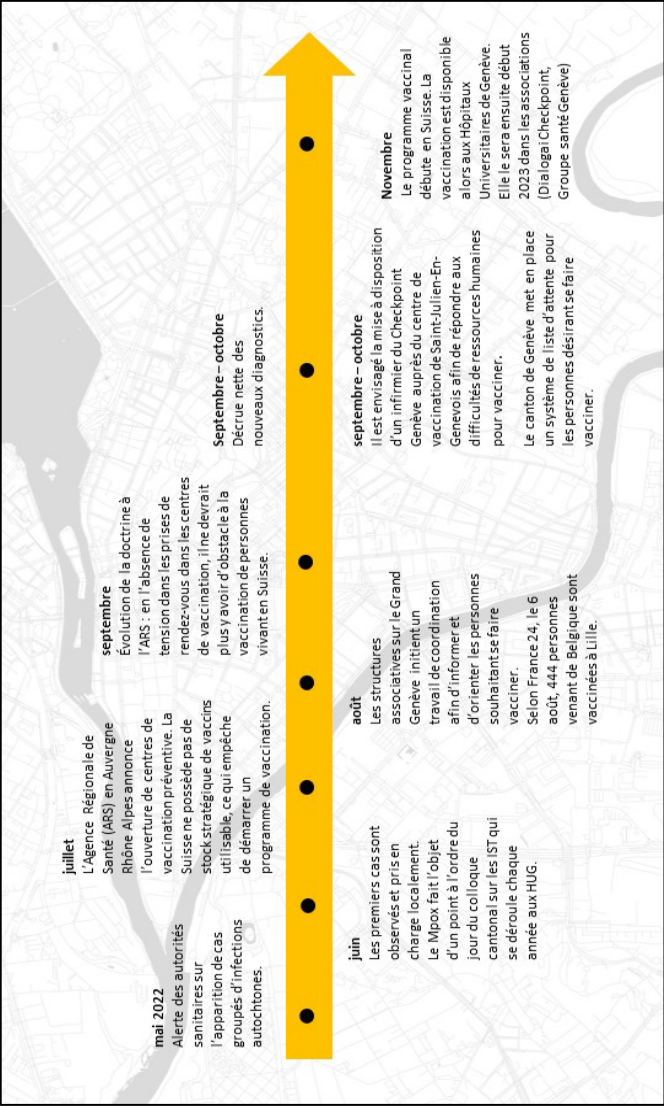
L'ÉPIDÉMIE DE MPOX À L'ÉCHELLE TRANSFRONTALIÈRE, UNE CHRONOLOGIE

Tout commence en mai 2022 lorsque les autorités sanitaires alertent sur l'apparition de cas groupés d'infections autochtones par le virus du Mpxv, en dehors de sa zone endémique située en Afrique. Des cas de contaminations sont déclarés un peu partout en Europe, ainsi que dans le bassin genevois de part et d'autre de la frontière (figure 11).

L'épidémie concerne principalement des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. De par leur action d'approche communautaire ou populationnelle, les acteur-trices de terrain de la lutte contre le VIH (associations et hôpitaux) se sont ainsi retrouvée-s en première ligne dès le début de l'épidémie. Les premiers cas étaient observés et pris en charge dans les hôpitaux du Grand Genève. En juin 2022, les acteur-trices de terrains échangeaient sur ces premiers cas et ces premières prises en charge, comme lors du colloque cantonal annuel sur les IST¹². Lors de ce colloque, la présentation des premières prises en charge aux Hôpitaux Universitaires de Genève montrait notamment des situations de personnes concernées par une mobilité transfrontalière.

●
¹² Ce colloque est organisé par la Direction Générale de la Santé du canton de Genève et le service de dermatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Notons que des structures de France sont également conviées à ce rendez-vous annuel.

Figure 11 : Chronologie de la réponse à l'épidémie de Mpox à l'échelle transfrontalière



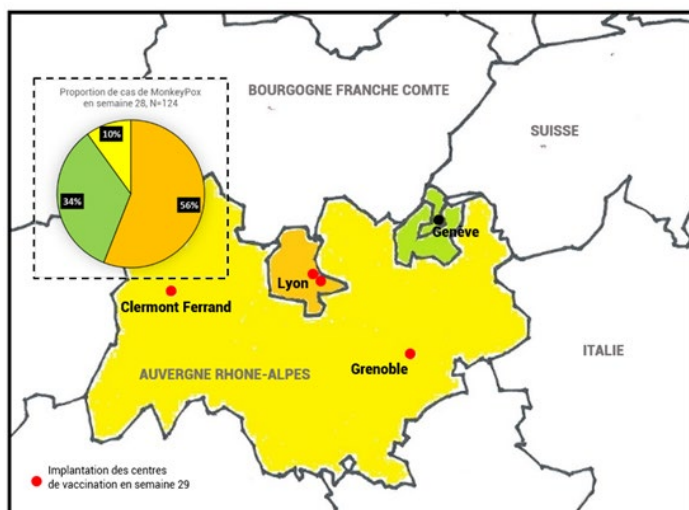
En France, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a annoncé en juillet 2022 la mise en place de centres de vaccination préventive dans la région Auvergne Rhône Alpes. L'ARS prévoyait ainsi l'implantation de deux centres à Lyon (département du Rhône), un centre à Grenoble (Isère) et un centre à Clermont-Ferrand (Puy de Dôme).

Parallèlement à l'implantation de ces centres de vaccination préventive, des membres du Corevih de l'Arc Alpin¹³, dont des membres de l'Observatoire, ont eu pour projet d'établir une vision épidémiologique de la nouvelle épidémie de Mpox à l'échelle du territoire transfrontalier, selon le modèle employé précédemment pour le VIH¹⁴. Les données de Santé Publique France et du Service du Médecin Cantonal à la Direction Générale de la Santé du canton de Genève ont ainsi pu être exploitées en ce sens.

●
¹³ Le Corevih (Comité régional de lutte contre le VIH) est une instance de démocratie sanitaire. La démocratie sanitaire a pour objectif la participation des représentant-es des usager-es du système de santé aux côtés d'autres opérateurs (professionnels et professionnelles du champ médicosocial, collectivités locales, administration) et l'amélioration de la qualité du système de santé. En France, elle est associée à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁴ Voir chapitre 1.

Figure 12 : Répartition des cas de Mpox et implantation des centres de vaccination



Le jeu de données ainsi produit, concernant la semaine 28 (juillet 2022), a été traduit sur une carte représentant une région fictive à savoir la région Auvergne Rhône Alpes augmentée du canton de Genève et faisant en son sein apparaître une partie du territoire du Grand Genève (figure 12). Cette carte a dû être construite intégralement car elle ne correspondait à aucune représentation existante. La carte permet ainsi de représenter de manière superposée les cas de Mpox et l'implantation des centres de vaccination préventive sur cette période. Il a ainsi pu être établi qu'il y avait 93 cas documentés sur la région Auvergne Rhône Alpes et 31 à Genève, soit 124 au total. Le département du Rhône représentait 56% des cas et bénéficiait de deux centres de vaccination, et le territoire du Grand Genève 34% des cas avec aucun centre de vaccination. Précisons que le canton de Genève, et la Suisse de manière générale, n'étaient pas en capacité de mettre

en place un programme de vaccination avant plusieurs mois¹⁵. Les autres cas (10%) se répartissaient sur l'Isère, la Drôme et l'ancienne région Auvergne, où deux centres de vaccination étaient alors implantés. Il faudra attendre le mois d'août pour l'ouverture d'un premier centre sur la partie française du Grand Genève.

C'est alors que des structures associatives¹⁶ sur le Grand Genève initient un travail de coordination afin d'informer et d'orienter les personnes souhaitant se faire vacciner. Cette démarche se heurte rapidement au refus en France de vacciner les personnes qui résident en Suisse. Cette mesure rend complexe ce travail de coordination, d'information et d'accompagnement vers la vaccination alors que d'autres contextes transfrontaliers ne sont pas soumis à la même doctrine¹⁷.

Un dialogue initié avec l'ARS permettra finalement d'obtenir en septembre 2022 une évolution : les centres de vaccination, notamment ceux de Haute-Savoie, pourront vacciner les personnes vivant en Suisse en l'absence de tension dans les prises de rendez-vous. Toutefois, les échanges avec les centres de vaccination confirment rapidement des difficultés de ressources humaines pour vacciner tout en maintenant l'activité courante¹⁸.

●
¹⁵ La Suisse ne disposait pas de stock stratégique de vaccin de nouvelle génération contre la variole, contrairement à la France ou d'autre pays en Europe. Le stock existant datait de 2001 et correspond à un vaccin d'ancienne génération et dont les effets secondaires étaient trop importants pour qu'il soit administré contre le Mpox. Le ratio bénéfice/risque était donc défavorable.

¹⁶ Il s'agit de la Geneva Pride, l'association AIDES, Dialogai Checkpoint et le Groupe santé Genève.

¹⁷ Par exemple, le centre de vaccination de Lille dans les Hauts de France a offert la vaccination à plusieurs centaines de personnes résidentes en Belgique. Lille et Bruxelles sont distantes d'une centaine de kilomètres. Voir l'article de France 24 du 23 août 2022 : <https://www.france24.com/fr/info-en-continu/20220823-variole-du-singe-quand-les-europ%C3%A9ens-traversent-les-fronti%C3%A8res-pour-un-vaccin>

¹⁸ Contrairement à l'exceptionnalisme de la réponse contre le Covid-19 en matière de vaccination avec des ressources importantes dédiées.

Afin de lever cet obstacle, les structures associatives proposent qu'un infirmier du Checkpoint Genève soit mis à disposition du centre de vaccination de Saint-Julien-En-Genevois. Le temps que cette option soit étudiée et validée, la décrue des nouveaux diagnostics a entraîné une baisse de la demande de vaccination, interrompant ce projet de coopération transfrontalière.

Parallèlement, le canton de Genève mettait en place un système de liste d'attente non anonymisée pour les personnes désirant se faire vacciner. Le programme de vaccination débutera en Suisse dans la première quinzaine du mois de novembre 2022. La vaccination est alors disponible de manière exclusive aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Elle sera par la suite étendue début 2023 au sein des associations communautaires, à Dialogai Checkpoint et au Groupe santé Genève.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE

La crise sanitaire liée au Mpox a généré et révélé de nombreuses inégalités sociales et territoriales de santé.

Il apparaît une inégalité (territoriale) d'accès à la vaccination en France dans la région Auvergne Rhône Alpes liée à la localisation même de l'offre de vaccination lors du lancement du programme de vaccination préventive. Pour rappel, aucune offre de vaccination n'est possible sur la partie française du Grand Genève à ce moment-là. Cette inégalité d'accès se trouve renforcée par la répartition des cas de Mpox sur la région incluant le Grand Genève, en raison du décalage entre les besoins et le calendrier d'implantation des centres de vaccination.

Une fois les doses de vaccin disponibles sur la partie française du Grand Genève, l'insuffisance du programme de vaccination sur cette partie du territoire (faible nombre de doses disponibles, ressources humaines limitées dans les centres de vaccination) a produit sur un même bassin de vie des inégalités territoriales

d'accès à la vaccination aussi à l'échelle du Grand Genève. Il ne s'agit plus d'une inadéquation entre besoins et implantation, mais entre besoins et dimensionnement des ressources.

Que ce soit pour les personnes résidentes dans la partie française ou la partie suisse du Grand Genève, l'accès à la vaccination s'est retrouvé conditionné par la mobilité des personnes ou leur capacité à être mobile. Cette capacité à être mobile pour sa santé (ou motilité selon Kaufmann, Bergman, et al., 2004) n'est pas équivalente pour chacun-e et est elle-même conditionnée aux ressources de l'individu (mobilité autorisée dans l'espace Schengen, ressources économiques pour voyager, temps disponible, connaissance de l'environnement, etc.). Cette mobilité n'est pas que transfrontalière, elle a été observée également entre cantons, ou pour les personnes de nationalité suisse vivant en France et n'ayant pas de droits ouverts à la Sécurité sociale.

La vaccination en France était inconditionnelle mais ciblée sur des populations clés¹⁹. Dans les faits, la logique de tri qui a été instauré dans la région Auvergne Rhône Alpes, excluant initialement les personnes qui résident en Suisse, a brouillé le message de base sur le principe d'inconditionnalité (appliqué nationalement). Cela a produit du non-recours chez les personnes ciblées de manière générale par ce principe d'inconditionnalité : les personnes sans papiers, sans Aide Médicale d'État (AME), sans domiciliation, etc. Cela s'est particulièrement observé concernant les travailleur-euses du sexe relevant de ces critères. Le non-recours en question pouvait être soit par non-demande du fait de la connaissance d'une logique de tri, soit par non-proposition : les

●
¹⁹ Les recommandations de vaccination en France ciblaient les personnes trans et HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) multipartenaires, les personnes en situation de prostitution, et les professionnel-les exerçant dans les lieux de consommation sexuelle.

acteur-trices de terrain, pouvant anticiper le refus de prise en charge, ne proposaient pas d'orientation vers la vaccination²⁰.

Il a aussi été observé que cette logique de tri pouvait nourrir des attitudes discriminatoires, la nationalité se mélangeant avec le lieu de résidence : « On ne va quand même pas payer pour les Suisses ! »²¹.

En Suisse, la non-anonymisation des données concernant à la fois le dépistage, la vaccination et la prévention par l'établissement d'une liste d'attente à Genève des personnes désirant se faire vacciner, a produit du non-recours par non-demande. La crainte et de la défiance générée par la non-anonymisation ont éloigné ou exclu certaines personnes de l'accès à l'ensemble des étapes de la prévention.

Enfin, les différences entre les recommandations de vaccination en France et en Suisse²² ont également produit une dissymétrie dans l'accès à la vaccination selon les populations ciblées par le programme de prévention. La Suisse a en effet exclu toutes les femmes cisgenre de son programme de vaccination dont font parties les travailleuses du sexe.

●
²⁰ Cette catégorisation du non-recours s'appuie sur la typologie développée par l'ODENORE. Concernant le non-recours résultant du refus de prise en charge lorsque la personne qui réside en Suisse se présentait dans un centre de vaccination en France, nous parlerons de non-recours par non-réception (Warin, 2016).

²¹ La citation est un propos rapporté par une personne résidant en Suisse et ayant demandé à être vaccinée dans un centre de vaccination en France. Ce propos a été attribué à un personnel d'accueil d'un de ces centres.

²² Les recommandations de vaccination en Suisse ont ciblé : les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres changeant de partenaires sexuels ; et des personnes désignées précisément, qui sont exposées au virus dans le cadre professionnel et qui, malgré des mesures de protection, risquent de contracter la maladie (par ex. personnel de santé ou personnel de laboratoires spécialisés).

QUELLES LEÇONS TIRER DE CETTE GESTION DE CRISE SANITAIRE ?

Ces inégalités sociales dans l'accès à la vaccination sont le produit de décisions, de pratiques et de représentations. Elles ont une dimension structurelle qui pourrait être prise en compte lors d'un prochain épisode épidémique afin que la capitalisation des expériences puisse contribuer à l'établissement de bonnes pratiques.

Tout d'abord, nous pouvons relever que les restrictions (dans l'accès à la vaccination par l'instauration d'une logique de tri), bien qu'elles n'empêchent pas les stratégies de contournement, vont renforcer les inégalités sociales et impacter les personnes les plus vulnérables.

Toujours en rapport avec cette pratique de tri, les acteur-trices de terrain se sont retrouvé-es face à des injonctions contradictoires : incitation à agir (informer, prévenir, vacciner, prendre en charge) et injonction à ne pas entrer en matière (trier quant à l'accès à la vaccination) et ce, alors qu'aucune alternative ne pouvait être offerte.

Cette logique de tri apparaît dissonante avec les pratiques observées dans le champ de la santé sexuelle et notamment dans l'accès au dépistage des IST et à leur traitement ou encore dans le champ de la réduction des risques²³. Cette dissonance a produit de la confusion dans la gestion de la crise et, a posteriori, fragilise le modèle existant, qui pourtant répond à des exigences d'équité dans l'accès aux ressources de santé. Ces réflexions sur la question du triage se rapprochent des propositions de Gaudillière et al. (2021)

●
²³ Nous pouvons penser ici aux services de santé sexuelle ou de réduction des risques liés à l'usage de drogues, sur le Grand Genève, qui offrent un service basé sur l'accès inconditionnel (par exemple les offres des Cegidd, CSAPA, et CAARUD, le dépistage communautaire en France, la salle de consommation à moindre risque – Quai 9, les consultations de l'Unité de santé sexuelle et planning familial des HUG, ou encore les prestations du Groupe santé Genève en Suisse).

qui, suite à la crise du Covid-19, analysaient la nécessité de remettre en cause les logiques de triage au nom d'un impératif démocratique en santé. La coopération transfrontalière en matière de santé, comme la gestion en commun d'une ressource qui pourrait être un stock de vaccins, nous amènerait à penser la santé, ou les ressources en santé, comme des communs de santé.

Nous pouvons noter également que des propositions innovantes en matière d'organisation des soins, comme la mise à disposition de ressources humaines genevoises auprès d'un centre de vaccination en France, ont été formulées à l'occasion de cette crise sanitaire. Dans un contexte de forte tension en matière de démographie en santé et de mobilité des personnels soignants (Observatoire statistique transfrontalier, 2022), l'expérience laisse entrevoir que la question des ressources humaines en santé peut (et devrait) être explorée à l'échelle du territoire de santé transfrontalier sous l'angle d'une coopération transfrontalière.

La production de données communes à cette échelle transfrontalière apparaît nécessaire afin d'apprécier tant la situation épidémiologique que le suivi des actions mises en œuvre. Documenter le contexte d'infection ou les lieux probables d'exposition aux risques (différent des lieux de dépistage) de part et d'autre de la frontière permettrait de mieux coordonner des actions de prévention ciblées. Les données actuelles ne permettent pas de connaître le nombre de personnes vaccinées ou encore le nombre de personnes ayant reçu un schéma vaccinal incomplet afin d'évaluer l'effort qu'il resterait à produire à l'échelle du territoire en matière de vaccination. Nous pourrions également interroger l'intérêt de mieux prendre en compte les personnes asymptomatiques. Par exemple le suivi épidémiologique sur la base de l'étude des eaux usées a pu montrer que via ce système de

détection on trouvait une incidence plus élevée et sur une période plus large que via la surveillance classique²⁴.

Nous pouvons ainsi conclure qu'il importe d'interroger la coordination à l'échelle transfrontalière concernant les réponses à apporter en matière de lutte contre une épidémie (coopération, mise en commun de ressources, établissement de recommandations communes ou convergentes, dialogue entre autorités sanitaires/acteur-trices du soin, structures communautaires et représentant-es des usager-ères du système de santé). Sur cet aspect de la coordination nous pouvons reprendre la conclusion de Bergeron et al. (2020) au sujet de la gestion de crise liée au Covid-19 précisant que : « les retours d'expérience doivent être attentifs à l'un des acquis de la recherche en sciences sociales, celui de reconnaître qu'en temps de crise, les procédures et les outils à la disposition des participants importent moins que la capacité de se coordonner ».

●
²⁴ Données produites par eawag.ch département de la gestion des eaux urbaines et présentées en poster lors d'une rencontre du PNR covid (PNR 78) en mars 2023.

ATELIERS

Lors du séminaire de lancement de l'Observatoire, les participantes ont contribué à l'un des trois ateliers qui avaient pour thèmes :

1. Documenter les inégalités sociales de santé à l'échelle transfrontalière : quels besoins, quelles possibilités ?
2. Agir dans un espace transfrontalier : quelle coordination des actions ?
3. Le Grand Genève comme territoire de santé : quels enjeux de gouvernance ?

L'objectif était d'engager une réflexion concernant les dimensions que l'Observatoire devra prendre en compte dans les prochaines années. Il s'agissait d'identifier les besoins, de discuter les expériences déjà existantes, d'échanger sur des propositions innovantes et les limites à prendre en compte.

Chaque atelier était introduit par des intervenant-es qui faisaient part de leur expérience. Puis, chaque personne était amenée à réfléchir sur quatre dimensions : besoins / expériences / limites / idées innovantes. Pour finir, chaque groupe a réalisé une synthèse des principales recommandations identifiées, formulées ci-après.



ATELIER 1 : DOCUMENTER LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES AU VIH A L'ECHELLE TRANSFRONTALIERE, QUELS BESOINS, QUELLES POSSIBILITES ?

Hélène Revil, Tina Latifi, Gregory Beltran

Cet atelier était animé par Hélène Revil, chercheuse en science politique, responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE - laboratoire de sciences sociales PACTE / Université Grenoble-Alpes), ainsi que par Gregory Beltran, anthropologue social et collaborateur de l'ODENORE. Depuis 2002, cet Observatoire analyse les effets et les usages des politiques sociales et de santé à partir de l'angle du (non)-recours, à savoir le fait que des personnes ne bénéficient pas de droits, de services, d'aides facultatives auxquels elles pourraient prétendre. Dès sa création, l'ODENORE a réfléchi à la manière d'appréhender ce sujet, en particulier à une échelle locale, et de produire des connaissances sur les motifs explicatifs du non-recours et sur ses conséquences, en mobilisant les méthodes des sciences sociales (questionnaires, entretiens individuels et collectifs, observations...).

En guise d'introduction à l'atelier, Hélène Revil a présenté la démarche collaborative mise en place par l'ODENORE, depuis une dizaine d'années, pour comprendre le non-recours en interrogeant des personnes, vivant ou ayant vécu des situations de ce type. Cette démarche d'enquête appelée « Les baromètres du non-recours » permet d'estimer l'ampleur du non-recours pour une population et/ou un territoire en particulier et de caractériser les formes prises par le phénomène. Hélène Revil est plus particulièrement revenue sur l'expérience menée récemment à Lyon²⁵. Fin 2020, la municipalité de Lyon était en effet venue vers l'ODENORE pour construire une enquête sur le non-recours aux



²⁵ <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/barometre-non-recours-lyon>

droits sociaux, aux soins et aux aides facultatives municipales, dans deux arrondissements de la ville avec une population à haut niveau de précarité. Le Baromètre du non-recours lyonnais a ainsi été créé en 2021, en lien avec près de 80 professionnel·les du social et de la santé travaillant dans les arrondissements concernés par l'enquête. Elles et ils ont contribué à la création du questionnaire, à sa passation et à l'analyse des données et ont, à travers cette démarche, bénéficié d'un espace d'échange sur le sujet du non-recours. Les résultats du baromètre servent désormais d'appui à la Ville de Lyon et à son Centre communal d'action sociale (CCAS) pour déployer sa politique de lutte contre le non-recours.

Hélène Revil partage cette expérience dans le cadre de l'atelier car il pourrait être intéressant pour l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé d'adopter une démarche d'enquête de type barométrique pour collecter des données sur l'accès aux soins des personnes vulnérables au VIH, dans un contexte où celles existantes sont insuffisantes pour avoir une vision précise du phénomène. L'atelier vient ainsi interroger les données dont les participant·es pourraient avoir besoin pour compléter celles déjà disponibles et mettre en discussion la forme que pourrait prendre un travail d'enquête collaboratif sur les inégalités sociales de santé à l'échelle du territoire du Grand Genève.

LES BESOINS

Les personnes participantes ont fait part du besoin de récolter différents types de données pour prolonger et approfondir la connaissance existante sur les inégalités sociales de santé, au niveau du Grand Genève.

Tout d'abord, elles ont soulevé le besoin de données sur les problématiques de santé mentale ; elles s'accordent sur le fait que celles-ci jouent un rôle dans les situations de non-recours, rôle qui ne serait cependant que peu documenté. Ces problématiques de santé mentale se juxtaposent à celles liées à l'usage de drogues.

En parallèle, les participant-es ont souligné le manque de données permettant de montrer dans quelle mesure les personnes consommatrices de produits font face à des limites dans l'accès aux soins. De leur point de vue, les personnes concernées par l'usage de drogue peuvent témoigner de non-recours aux soins, psychiques ou somatiques, car les prises en charge proposées ne sont pas adaptées aux réalités de vie, aux rythmes de vie et aux contraintes liées à l'usage de drogue. Ce phénomène n'est, selon les participant-es, pas décrit avec précision, quels que soient les territoires constituant le Grand Genève.

Une autre dimension des inégalités sociales de santé mériterait d'être davantage documentée aux yeux des participant-es de l'atelier : l'expérience de la qualité des soins du point de vue des personnes, et le rapport aux professionnel·les de santé. Il s'agirait ce faisant de mieux comprendre dans quelle mesure les interactions avec les professionnel·les, et plus globalement avec le système de santé, modulent l'accès primaire (premier contact) et secondaire (continuité de la prise en charge) aux soins, qui peuvent notamment être différents en fonction des conditions d'assurance maladie (franchise, soins pris en charge).

Les participant-es ont par ailleurs mentionné le fait que le système d'assurance santé en Suisse est fortement inégalitaire, les populations précaires ayant des franchises élevées avec un impact sur le recours effectif aux soins. Si cela est identifié, il leur semblerait intéressant de se pencher plus précisément sur les conséquences du non-recours aux soins sur différentes dimensions de la vie des personnes (professionnelle, sociale, familiale) et sur les coûts pour le système de santé et la société. Cela donnerait, selon les participant-es, des indications utiles sur les coûts qui pourraient être limités ou évités par un investissement accru dans la prévention.

Les participant-es trouveraient également intéressant de quantifier les mobilités des travailleur·euses du sexe au sein du Grand Genève. Le fait que beaucoup font leur suivi gynécologique en France pour des raisons financières est là encore repéré mais

aucun chiffre ne permet d'objectiver avec précision l'importance de ces mobilités.

Les participant-es ont également fait part de leur intérêt de construire des données sur les inégalités d'accès à certains dispositifs de prévention. L'exemple donné est celui de la limitation de l'accès à la PrEP pour les personnes incarcérées en cas de rapport à risque. Il serait donc intéressant de comprendre l'adaptation des outils de prévention diversifiée pour atteindre l'ensemble des groupes cibles concernés.

Pour finir, les participant-es ont fait part du besoin d'estimer l'ampleur du non-recours aux soins curatifs et préventifs des sans-papiers. L'enjeu est aussi de rendre visible la place prise par la peur de se faire renvoyer dans leur pays d'origine dans ces situations et de comprendre les stratégies de soins, le cheminement et les ressources qui permettent aux personnes sans-papiers, comme à d'autres populations précitées, de contourner les difficultés auxquelles elles font face dans l'accès à la santé.

LES EXPERIENCES

Concernant les expériences inspirantes pour documenter les inégalités sociales de santé, les participant-es en relèvent plusieurs.

Tout d'abord, quelques un-es ont évoqué l'existence d'enquêtes longitudinales auprès de personnes dont le profil et/ou la situation pourrai(ent) intéresser l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé ; ces enquêtes menées notamment dans le cadre de recherches doctorales ont vocation à interroger à plusieurs reprises les mêmes personnes afin de pointer certaines évolutions. Le fait que des échantillons de personnes en situation de vulnérabilité par rapport à leur santé soient déjà constitués et la possibilité d'ajouter des questions dans ce type d'enquêtes intéressent particulièrement les personnes ayant participé à l'atelier.

Elles ont également soulevé l'importance des approches communautaires/participatives pour documenter les inégalités sociales de santé. La participation des populations vulnérables à la construction d'enquêtes sur les sujets qui les concernent est perçue comme un levier pour garantir la pertinence des travaux et pour, in fine, accroître leur appropriation.

L'existence des méthodes par réseau, parfois appelée méthode « boule de neige », et de leur pertinence pour enquêter auprès des populations vulnérables, ont été notées. Ces méthodes permettent en effet de s'appuyer sur les communautés et de bénéficier d'une logique de réseau.

Plusieurs participant-es ont par ailleurs rappelé que les données d'activité des associations et des institutions peuvent pleinement nourrir des démarches de production de connaissances.

LES LIMITES/CRAINTES

Les acteur-trices ont fait part de plusieurs types de craintes et limites à la documentation des inégalités sociales de santé lors de l'atelier.

En premier lieu, l'interrogation principale des participant-es est relative à l'intérêt de collecter des données et de documenter les inégalités sociales de santé, s'il n'y pas une intention politique sous-jacente et s'il n'y a pas d'objectif clair de changements. Hélène Revil indique que les choses peuvent aussi fonctionner en sens inverse, autrement dit que le fait de disposer de données et de renouveler les connaissances, en mettant en lumière certaines problématiques, peut contribuer à une prise de conscience par les acteur-trices politiques et soutenir de potentielles évolutions.

Les participant-es ont également mentionné le manque de temps comme limite aux récoltes de données. Une des participantes prend l'exemple de la vaccination pour expliquer que, bien que la vaccination prenne cinq minutes, il en faut quinze de plus lorsque l'on veut remplir un questionnaire à ce sujet. Pour

elle, sur le terrain c'est : « ou on saisit, ou on vaccine ». De plus, les personnes participantes font part de leur difficulté d'exploiter les données dont elles disposent déjà, que ce soit du fait des contraintes liées au traitement des données, ou des ressources humaines qui peuvent s'y consacrer.

En lien avec les autres points mis en exergue par les participantes, la question du financement a finalement été posée. En effet, pour pouvoir effectuer des récoltes de données, plus encore si l'objectif est de les rendre systématiques, des ressources financières sont nécessaires. Une des interrogations qui a traversé les échanges pourrait être formulée ainsi : comment financer les collectes de données et la production de connaissances ?

LES IDEES

Deux idées innovantes pour répondre à la problématique du besoin de documenter les inégalités sociales de santé sur le territoire du Grand Genève sont ressorties lors de l'atelier.

Les participant-es ont tout d'abord proposé d'étudier de manière comparative, et avec une méthodologie identique, l'accès aux soins de part et d'autre de la frontière.

La deuxième idée porte plutôt sur la communication et la valorisation des résultats produits à partir des données collectées. Un participant a en effet partagé le constat que les chercheur-euses ne savent pas toujours communiquer les données dont ils ou elles disposent. S'étant lui-même rendu compte que ses rapports n'étaient pas nécessairement lus par les acteur-trices qui l'avaient pourtant mandaté pour les produire, il les a sollicités pour réfléchir ensemble à la manière la plus pertinente de présenter ses résultats.

En lien avec cette expérience, les participant-es se sont accordé-es sur l'importance de travailler à rendre lisibles/intelligibles les résultats de type académique auprès des responsables institutionnel-les et/ou politiques. Dans ce cadre, les échanges avec ces acteur-trices leur semblent indispensables afin

de comprendre quelles seraient les manières les plus efficaces de leur restituer les résultats (sous forme de carte, de tableau, de graphiques, etc.). En discutant du Baromètre du non-recours à Lyon, les participant-es se sont également dit que la diffusion de résultats intermédiaires et leur mise en discussion pouvaient soutenir le processus d'appropriation par les acteurs-trices institutionnel-les et/ou politiques.

SYNTHESE DE L'ATELIER

<p style="text-align: center;">Les besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> → Documenter les trajectoires de soins des personnes les plus vulnérables au VIH → Documenter l'expérience de la qualité des soins du point de vue des personnes, et le rapport aux professionnel-les de santé → Documenter le coût du non-recours au soin et à la prévention → Prendre en compte les problèmes de santé mentale associés au non-recours aux soins 	<p style="text-align: center;">Les expériences</p> <ul style="list-style-type: none"> → Inclure les questions ayant trait aux mobilités transfrontalières aux études longitudinales existantes → Existence de données et d'outils déjà disponibles, à travers les associations ou les institutions → Méthodes par réseaux permettant de partir de la communauté et d'accéder à son réseau
<p style="text-align: center;">Limites/Craintes</p> <ul style="list-style-type: none"> → Comment financer la recherche ? → Comment permettre aux représentant-es institutionnel-les et politiques de se saisir des données produites → Contrainte de temps, l'activité sur le terrain ne doit pas être mise de côté pour la saisie de données. Comment développer des ressources dédiées ? 	<p style="text-align: center;">Idées innovantes</p> <ul style="list-style-type: none"> → Apprendre aux chercheur-euses à rendre leurs résultats intelligibles aux représentant-es institutionnel-les et politiques → Étudier de manière comparative l'accès aux soins de part et d'autre de la frontière sur le territoire du Grand Genève



ATELIER 2 : AGIR DANS UN ESPACE TRANSFRONTALIER : QUELLE COORDINATION DES ACTIONS ?

Ludovic Lacroix, Vanessa Vaucher, Sabrina Roduit

L'atelier était introduit par Ludovic Lacroix, infirmier certifié en addictologie, et Vanessa Vaucher, infirmière spécialiste clinique en addictologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Vanessa Vaucher travaille comme infirmière de liaison intra-hospitalière avec une approche globale au service des patient-es et des équipes. Ludovic Lacroix travaille au Service médical à la prison de Champ-Dollon. Ils coordonnent le réseau transfrontalier en addictologie, créé il y a plus de dix ans, qui réunit des acteurs-trices de structures travaillant dans ce champ sur le Grand Genève. Tou-tes deux font face dans leur pratique à des défis liés aux parcours de santé complexes et à la continuité des soins de patient-es, notamment vulnérables au VIH, dans des situations transfrontalières (pris-es en charge sur Suisse et résident-es en France).

Vanessa Vaucher et Ludovic Lacroix introduisent leur propos par la présentation d'une vignette clinique qui illustre les enjeux auxquels les patient-es avec un parcours en détention et un suivi en addictologie peuvent faire face. Une jeune femme d'une vingtaine d'années d'origine française, en traitement de substitution par méthadone, avec des troubles de la personnalité, découvre sa grossesse en détention. Elle prévoit de s'installer à Genève avec le père de l'enfant, lui-même consommateur et en situation instable, sans logement actuellement. Un suivi obstétrical est mis en place. Au vu de la date prévue de l'accouchement, l'enfant naîtra durant la période de détention de sa mère. Or, l'unité femmes de Champ-Dollon n'assure pas de prise en charge mère/enfant. Il n'y a plus de place non plus sur le canton de Vaud. Un travail s'organise alors entre le service de médecine pénitentiaire et le Département fédéral des Affaires Étrangères. Les infirmier-es du service de médecine pénitentiaire font le lien avec l'Apréto (Association de soins, réduction des risques et

prévention des addictions à Annemasse), après un entretien avec la patiente et en vue d'éclaircir les réglementations en France sur le volet hébergement et les possibilités de suivi social et médical. Ils et elles souhaiteraient qu'une rencontre de réseau puisse avoir lieu, prenant en compte les différentes possibilités de transfert. Une date est organisée pour une rencontre, incluant également l'Apreto. Néanmoins, le service pénitentiaire organise finalement le transfert de la patiente dans un lieu de détention en Suisse alémanique, loin de toute attache de la patiente, et ce avant la rencontre et sans planification de cette sortie sur le plan addictologique.

Selon les deux intervenant-es, cette situation illustre bien, à la fois le défaut de coordination au sein de l'institution entre le service pénitentiaire et le service médical, qui rend complexe la continuité de la prise en charge pour les patient-es avec des besoins multiples, et à la fois la nécessité d'une meilleure connaissance des systèmes respectifs de part et d'autre de la frontière. Dans le cas présent, les contacts sont facilités par le fait de rencontres régulières via le réseau transfrontalier en addictologie. Malgré cela, il est difficile pour les professionnel-le-s impliqué-es de peser dans la balance des décisions administratives prises par ailleurs. De plus, cela repose beaucoup sur le caractère informel des contacts.

L'atelier a ensuite été organisé comme un brainstorming lors duquel chaque participant-e a pu partager ses idées et expériences à quatre niveaux quant à la coordination en matière de santé à l'échelle du territoire transfrontalier du Grand Genève, sous le même format que le précédent atelier. La synthèse de ces échanges est proposée ci-après.

LES BESOINS

Lors de la discussion, les participant-es ont soulevé principalement trois types de besoins.

Les participant-es pensent qu'il faudrait en premier lieu mieux échanger et partager les connaissances sur les ressources et services en santé de l'ensemble du Grand Genève. Une première démarche pourrait être de créer une liste d'adresses de type annuaire, par exemple avec une entrée par population ou par prestations de santé, pour faciliter les orientations des personnes accueillies. Il est souligné qu'au-delà de la simple information, le besoin émerge de connaître personnellement ses interlocuteur-trices et de construire une relation de confiance. Des échanges de réseau apparaissent alors nécessaires.

Autre point récurrent : les besoins en personnel, en particulier côté français. Plusieurs personnes soulèvent que le nombre de professionnel-les en milieu hospitalier et dans le travail social est insuffisant pour absorber toutes les demandes de soins. Le contexte transfrontalier, avec un nombre important de professionnel-les de la santé qui viennent travailler en Suisse, est perçu comme un facteur « aggravant » dans ce contexte.

De plus, il est fait part d'un besoin en formation, en lien avec le constat d'une complexification des situations rencontrées dans le champ de la précarité et des addictions, en particulier de personnes ayant de la mobilité sur le Grand Genève. Les personnes participantes souhaitent être mieux outillées et formées pour pouvoir sortir d'une gestion basée sur l'urgence, mettre en place davantage de stratégies d'« aller vers » et pouvoir répondre aux besoins des personnes, tout en développant une connaissance affinée des offres sur le territoire.

LES LIMITES/CRAINTES

Les limites soulevées lors de cet atelier sont principalement de trois natures : temporelle, géographique et de culture professionnelle.

Premièrement, l'enjeu temporel apparaît comme un axe essentiel : se rencontrer, échanger, dans des espaces formalisés,

cela prend du temps. Ce temps, souvent, n'est pas extensible, et généralement dédié en priorité au travail de terrain. Dans un contexte de ressources toujours plus contraintes, se rencontrer pour échanger est souvent perçu comme une perte de temps. Pourtant, tout le monde s'accorde sur le fait que la création d'un climat de confiance, nécessaire à la coordination ou la coopération sur le terrain, ne se fait pas du jour au lendemain et nécessite de prendre ce temps.

Deuxièmement, certain-es participant-es relèvent la nécessité de prendre en compte les différences géographiques de ce territoire. Genève est une zone urbaine majeure, mais à côté de la vie urbaine, il y a une vie rurale, avec parfois un isolement en termes de structures de santé, et une relégation de certaines portions de ce territoire à la périphérie, comme le Pays de Gex.

La troisième limite est celle de parvenir à créer une culture commune, un dialogue, de parler le même langage, alors même que les participant-es soulignent l'existence de frontières multiples déjà au sein d'une même structure ou d'un même pays. Certain-es soulignent que l'organisation des départements hospitaliers se découpe même selon les organes du corps et qu'il manque à l'évidence une approche globale en santé. Il existe également la problématique des professionnel·les qui raisonnent avec des cultures différentes : dans le médical, on ne maîtrise pas nécessairement le système social et vice-versa. Il y a de plus des représentations stéréotypées de l'autre côté de la frontière. Comment s'accorder au niveau transfrontalier, lorsque ce n'est déjà pas le cas entre les membres d'une même structure ou d'une même région ?

LES EXPERIENCES

Concernant les expériences inspirantes en matière de coordination des actions de santé, les participant-es en relèvent plusieurs déjà existantes :

Tout d'abord, il est fait mention de plusieurs réseaux structurés pour échanger (notamment à Grenoble sur les questions de santé sexuelle et droits des étrangers ; ou le réseau transfrontalier en addictologie du Grand Genève). De plus, des outils comme des annuaires peuvent être réalisés assez simplement, par exemple avec google maps (filtres, gratuité), ou en s'appuyant sur des plateformes existantes (cf. le GREA – Groupement romand d'études sur les addictions). Une personne évoque les expériences positives de prises en charge de patient-es pendant la crise du Covid-19 de manière transfrontalière. Les participant-es proposent également de s'inspirer des expériences d'autres zones transfrontalières qui auraient développé des réponses transfrontalières en matière de santé (entre la Guyane et le Suriname, ou entre l'Espagne et la France sur le Pays basque).

Deuxièmement, pour faire échos aux besoins et aux limites cités, plusieurs participant-es mentionnent des expériences d'équipes pluridisciplinaires, avec un statut commun entre professionnel-les du soin et du social, qui donnent des résultats intéressants en termes d'interprofessionnalité et de décloisonnement des rôles (équipe mobile santé précarité en France, cahiers des charges communs de l'ensemble des professionnel-les à Quai 9, etc.). Ces expériences pourraient être utiles à l'échelle transfrontalière, dans le sens d'apprendre à connaître les compétences de chacun-e et à mieux échanger sur les enjeux de santé engendrés par ce territoire.

LES IDEES

Pour rebondir sur les besoins et limites citées précédemment, les participant-es ont évoqué plusieurs idées :

Au niveau sémantique, le choix des mots apparaît essentiel : les termes de coordination, collaboration ou coopération ne revêtent pas la même signification. Coopérer : c'est construire ensemble un projet et pour cela, c'est reconnaître et mettre en avant les compétences de chacun-e. L'expérience montre qu'une bonne

coopération permet d'aller chercher les compétences, lorsque la confiance est établie avec son interlocuteur-trice, qui peut être contacté-e par téléphone en cas de besoin. Les participant-es s'accordent sur le fait que des rencontres régulières, qui permettent de réduire la distance culturelle et de développer une relation de confiance, permettent, pour finir, de gagner du temps.

La mise en commun de ressources, comme l'a montré l'exemple du Mpox présenté le matin, apparaît vraiment intéressante pour les personnes présentes. La volonté de coopérer semble être la clé pour dépasser les frontières administratives habituelles. Le VIH serait le point de départ, à partir duquel toutes les acteurs-trices peuvent se réunir et travailler, notamment sur les questions de précarité et de vulnérabilité dans l'accès aux soins.

Il est proposé d'envisager des échanges, de type jumelage, ou des expériences comme « vis ma vie » (se mettre à la place de l'autre) pour comprendre les pratiques des structures de santé de l'autre côté de la frontière.

Le but serait de parvenir à une coopération formalisée en termes de ressources pour que les professionnel-les soient payé-es dignement de chaque côté de la frontière, et que les patient-es puissent être soigné-es indépendamment de leur statut asséculologique. Cela nécessiterait un financement cohérent et à un niveau systémique. Cela implique d'avoir une réelle politique de santé territoriale, qui reconnaisse l'existence de cette région comme un bassin de vie. L'objectif serait de ne pas multiplier les offres, mais de mieux distribuer les ressources sur l'ensemble du territoire.

SYNTHESE DE L'ATELIER

Les besoins	Les expériences
<ul style="list-style-type: none"> → Mieux connaître les dispositifs/ structures/ systèmes de santé existant des deux côtés de la frontière → Liste d'adresses / annuaire pour faciliter les orientations → Ressources en personnel (hospitalier et travail social) : le contexte transfrontalier aggrave la situation en France → Sortir d'une gestion basée sur l'urgence pour aller vers une approche globale du projet de la personne → Complexification des situations rencontrées => Nécessité de formation 	<ul style="list-style-type: none"> → Réseau transfrontalier en addictologie : permet de se connaître et de savoir où trouver les compétences → Tisser un lien de confiance entre professionnel-les de santé → S'inspirer d'autres contextes transfrontaliers → Équipes professionnelles pluridisciplinaires qui permettent une meilleure prise en charge des parcours complexes
Les limites	Les idées
<ul style="list-style-type: none"> → Les réunions de réseaux nécessitent du temps et de la mobilité → Manque de personnel + pris dans le quotidien → Différences de cultures professionnelles/ représentations clivantes France/Suisse → Difficulté de s'accorder à l'intérieur d'un territoire cantonal/régional donc difficile d'envisager des collaborations transfrontalières → Isolement de certaines régions (comme le Pays de Gex) 	<ul style="list-style-type: none"> → Organiser des rencontres transfrontalières élargies afin de construire une relation de confiance → Créer des outils de type plateformes / annuaires pour cartographier les offres et/ou se mettre en lien avec les réseaux existants (ex : infodrog.ch) → Organiser des jumelages ou des expériences de type « vis ma vie » entre les structures → Formaliser une coopération transfrontalière basée sur les compétences de chaque structure, afin de proposer des offres de santé pour tou-tes sur le territoire → Construire une véritable politique de santé territoriale qui prenne en compte le bassin de vie transfrontalier



ATELIER 3 : LE GRAND GENEVE COMME TERRITOIRE DE SANTE : QUELS ENJEUX DE GOUVERNANCE ?

Olivier Dufour, Nicolas Charpentier, Tina Latifi

L'atelier était introduit par Olivier Dufour, membre du Forum d'agglomération du Grand Genève²⁶. Il représente au sein du Forum le Club en Fauteuil Roulant Genève, qui lui-même fait partie de la FéGAPH, Fédération genevoise d'associations de personnes handicapées et de leurs proches.

Olivier Dufour introduit son propos en citant les mots de l'auteur Edouard Glissant : « les frontières sont des coutures ».

La gouvernance²⁷ de la santé repose, selon Olivier Dufour, sur des modèles différents de part et d'autre de la frontière. Rapprocher deux systèmes aussi différents, reposant sur des bases légales différentes, même si des instruments récents comme la loi

●
²⁶ Le Forum d'agglomération est l'instance de concertation de la société civile transfrontalière à l'échelle du Grand Genève. Le Forum d'agglomération est rattaché au Groupement local de coopération transfrontalière (GLCT), l'instance politique du Grand Genève.

²⁷ La gouvernance est ici à comprendre au sens de la gouvernance territoriale qui recouvre l'ensemble des situations de coopération entre autorités publiques, acteurs privés, associations, porteurs de projet et citoyens, qui ne sont pas totalement ordonnées par la hiérarchie et qui correspondent à la construction, à la gestion ou à la représentation de territoires auprès de ceux qui y habitent et envers l'environnement extérieur. (Simoulin, 2020) Un processus de gouvernance, tel que la gouvernance transfrontalière, est un mode fonctionnel d'élaboration de règles basé sur un objectif collectif et une coopération multi-acteurs et multi-échelles. Un tel processus soulève des questions cruciales en termes de durabilité (qu'en est-il de la permanence des solutions choisies ou de la manière de gouverner ?), de légitimité et de représentativité démocratique (qu'en est-il du choix des partenaires et des règles ?) (Wassenberg et Reitel, 2020, p. 228).

3DS²⁸ en France ouvrent des possibilités, relèverait du défi. Et pourtant, la crise sanitaire liée au Covid-19 a montré autre chose, des établissements hospitaliers qui se coordonnent sur l'accueil des malades ; des administrations qui organisent et rendent possible la mobilité des personnels de santé. Il en conclut que ce n'est pas sur les lois qu'il faut se centrer pour penser la gouvernance de la santé à l'échelle transfrontalière mais plutôt sur ce qu'il nomme des « obligations de sensibilité » : plus nous collaborons, plus nous faisons ensemble, plus nous allons pouvoir apprendre à nous connaître.

Si la frontière n'est pas un mur mais une couture, une couture c'est ce qui permet d'assembler deux choses ensemble, alors l'agglomération serait une sorte de patchwork. Ce patchwork ne serait pas, selon lui, multipolaire, mais plutôt à l'image d'un archipel. Un archipel où il y aurait des cultures différentes, des pratiques professionnelles différentes, etc. Les relations qui s'instaurent au sein de l'agglomération ne seraient pas des oppositions mais des collaborations comme l'illustre l'exemple du Covid-19.

Toujours selon les mots d'Edouard Glissant et l'idée d'un monde qui serait toujours plus « composite », Olivier Dufour propose de penser l'agglomération transfrontalière dans sa dimension composite. Il évoque pour cela l'idée de « créolisation » où échanger ne signifierait pas se changer.

L'atelier a ensuite été organisé comme un brainstorming lors duquel chacun-e a pu partager ses idées et expériences à quatre niveaux : les besoins de gouvernance en matière de santé à l'échelle

●
²⁸ La loi 3DS pour « différenciation, décentralisation, et simplification de l'action publique locale » a été adoptée en France en février 2022. Cette loi intègre un chapitre dédié à la coopération transfrontalière notamment en matière de santé. La question de la coordination transfrontalière y apparaît, la loi permettant de compléter les schémas régionaux de santé selon la mise en œuvre des accords internationaux de coopération sanitaire, en matière de continuité des soins, d'accès aux soins urgents ou encore de coordination en cas de crise sanitaire (Brimo et Renaudie, 2022, p. 148)

du territoire transfrontalier du Grand Genève, les expériences bonnes pour penser cette gouvernance, les limites ou craintes qui pourraient se poser et enfin les idées ou innovation à développer. La synthèse de ces échanges est proposée ci-après.

LES BESOINS

Lors de la discussion, les participant-es ont soulevé principalement trois types de besoins.

Tout d'abord, les acteur-trices soulèvent une nécessité de communication et d'information à différents niveaux. Ils et elles attendent une plus grande communication entre les représentant-es politiques de part et d'autre de la frontière dans le champ de la santé, mais également que ceux-ci communiquent avec les acteur-trices sociaux et les professionnel-les de santé. De plus, les personnes participant à l'atelier soulevaient le fait qu'elles ne se connaissent pas entre elles. Elles relèvent la nécessité d'avoir des espaces pour se rencontrer et échanger. Les participant-es évoquent également leur méconnaissance du fonctionnement des différentes instances de chaque pays et de la manière dont celles-ci s'articulent. Il serait alors nécessaire de leur fournir l'accès à un état des lieux de ces instances, et des différents niveaux de gouvernance pouvant être mobilisés, afin de pouvoir utiliser ce savoir dans leur travail de terrain.

Un deuxième besoin énoncé lors de la discussion était celui de développer la coopération. En effet, les participant-es désirent mettre en place ou développer des partenariats entre les instances et structures de Suisse et de France dans le bassin du Grand Genève. Cependant, cela soulève des questions telles que : dans quel cadre et avec quels moyens ces partenariats pourraient être mis en place ou pérennisés ?

Finalement, les personnes participantes ont exprimé le besoin d'avoir accès à des données. D'après elles, il serait nécessaire d'avoir accès et de produire, les mêmes types de données d'activité

d'un côté et de l'autre de la frontière. Cela permettrait un meilleur échange d'information. De plus, elles ont besoin d'avoir une représentation plus concrète de la situation sanitaire sur le territoire transfrontalier (données épidémiologiques), pour pouvoir identifier les besoins du bassin de population.

LES EXPERIENCES

Le deuxième élément sur lequel les participant-es avaient à se prononcer était celui des expériences desquelles il serait possible de s'inspirer en matière de gouvernance transfrontalière de la santé.

Certain-es participant-es ont soulevé le travail de l'Observatoire comme offrant un modèle, qui permet de documenter les inégalités sociales de santé, celui-ci pouvant s'appliquer à d'autres thématiques de santé.

D'autres ont évoqué le fait qu'il faudrait s'inspirer des expériences de la lutte contre le sida en citant notamment l'initiative *fast track cities*, ainsi que le modèle des mobilisations pour la santé des femmes, appliqués à l'échelle transfrontalière. De plus, les réponses aux crises du Covid-19 et du Mpox, au niveau transfrontalier, doivent pouvoir nourrir la réflexion sur l'enjeu de gouvernance de la santé à l'échelle de ce territoire.

Les participant-es proposent également de s'inspirer des expériences d'autres zones transfrontalières qui auraient développé des réponses transfrontalières en matière de santé.

LES LIMITES/CRAINTES

La principale limite évoquée par les personnes participantes était l'accès aux représentant-es politiques et la prise en compte par celles et ceux-ci du travail des acteur-trices de terrain. En effet, elles ne savent pas comment « accéder » aux acteur-trices

politiques à cette échelle transfrontalière pour porter à leur connaissance ces réalités du territoire vécu. De leur point de vue, les décisions se prennent dans des sphères de plus en plus éloignées des acteur-trices de terrain dont l'expertise ne semble pas reconnue, ce qui leur donne une impression d'impuissance. D'après elles, les politiques publiques peuvent fonctionner uniquement si elles font le lien entre les enjeux et les acteur-trices de terrain.

Au niveau transfrontalier, une autre limite apparaît avec la différence de politiques de santé entre les deux pays, ainsi que le fait que la Suisse ne fait pas partie de l'Union Européenne ce qui pourrait rendre plus complexe les coopérations entre les deux pays.

Pour finir, la limite de la question financière est soulevée. En effet, concernant le développement de projets, d'actions transfrontalières, elles s'interrogent sur les possibilités de financement, la création et l'expérimentation de fonds dédiés à la santé à l'échelle transfrontalière, et une possible répartition sur le territoire transfrontalier.

LES IDEES

Pour répondre aux besoins et aux limites citées précédemment, les participant-es ont évoqué plusieurs idées : la première est celle de créer un comité à l'échelle transfrontalière pour anticiper les épidémies, répondre aux épidémies actuelles, et trouver des réponses communes aux deux pays pour le territoire, incluant les expertises de terrain et communautaires.

De plus, afin d'appuyer la nécessité d'une coopération transfrontalière, les participant-es proposent de documenter, de capitaliser ce qui est déjà fait, sous forme de publications. Les expériences et expertises une fois capitalisées peuvent ensuite être transmises, par exemple, dans le cadre de formations.

Par ailleurs, un groupe de travail dédié à l'épidémiologie transfrontalière pourrait également être créé afin de pérenniser la production et la diffusion de données communes.

Afin que les acteur-trices aient accès à toutes les informations dont ils ou elles ont besoin, il est proposé de créer une plateforme en ligne où seraient disponibles des ressources pour mieux comprendre l'environnement de chaque côté de la frontière. Cela permettrait aux acteur-trices des deux côtés de la frontière de comprendre l'organisation, les institutions sanitaires, les législations et les gouvernances, de chaque pays, mais aussi de mieux identifier les différentes offres et services dans le domaine du VIH, des IST, des addictions, etc.

Pour répondre à la distance entre le politique et le terrain, les participant-es proposent que soit systématisée la consultation des acteur-trices de terrain ayant une expertise du contexte transfrontalier lors du développement des politiques de santé et l'élaboration de documents cadres.

Pour répondre à la question financière, les participant-es proposent la création d'un fonds commun au Grand Genève pour le développement de projets transfrontaliers en santé et dans le cas présent pour viser une fin d'épidémie de VIH d'ici à 2030.

Une autre idée formulée par le groupe de travail est celle de mettre en place ou d'identifier des offres de santé pour le bassin de population du Grand Genève, à l'instar d'un centre de santé sexuelle d'approche communautaire.

SYNTHESE DE L'ATELIER

Les besoins	Les expériences
<ul style="list-style-type: none"> → Intensification des échanges entre représentant-es politiques de part et d'autre de la frontière en matière de santé à l'échelle transfrontalière → Communication entre représentant-es politiques et acteur-ices de terrains → Des espaces transfrontaliers de rencontre et d'échange entre acteur-ices de terrains → Mise en commun de données épidémiologiques et production de données d'activités comparables d'un côté et de l'autre de la frontière → Collaboration entre les instances et les structures de France et de Suisse 	<ul style="list-style-type: none"> → Travail de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé → S'inspirer des expériences de la lutte contre le sida en citant notamment l'initiative <i>fast track cities</i>, ainsi que du mouvement pour la santé des femmes → S'inspirer d'autres contextes transfrontaliers en matière de réponses spécifiques dans le champ de la santé
Les limites	Les idées
<ul style="list-style-type: none"> → Décisions politiques prises dans des sphères de plus en plus éloignées des acteur.ices de terrains dont l'expertise ne semble pas reconnue → Politiques de santé différentes dans les deux pays → La Suisse non-membre de l'Union Européenne → Financement de l'action de santé à cette échelle transfrontalière 	<ul style="list-style-type: none"> → Création d'un comité de pilotage à l'échelle transfrontalière pour répondre aux enjeux communs posés par les épidémies dont le VIH → Rendre visibles la coopération transfrontalière et ce qu'elle apporte en capitalisant sur cette expérience, en le publiant et en l'intégrant à certaines formations → Création d'un groupe de travail pérenne traitant de l'épidémiologie transfrontalière du VIH → Création d'un fonds commun au territoire du Grand Genève pour financer des projets de santé et en particulier pour atteindre l'objectif d'un Grand Genève sans sida d'ici à 2030 → Mettre en place ou d'identifier des offres de santé pour le bassin de population du Grand Genève



TABLE RONDE

Dario Spini, Sabrina Roduit, Nicolas Charpentier, Tina Latifi

La dernière partie de ce rapport est la retranscription de la table ronde qui a clôt cette journée, avec pour objectifs d'identifier les lignes de force, comme les points aveugles, et de produire une contribution dans la perspective de l'élaboration du programme de l'observatoire transfrontalier 2024-2027.

Tout d'abord, la table ronde est retranscrite comme un corpus de données primaires. Dans le même sens que les synthèses des ateliers présentées ci-avant, le séminaire avait pour vocation de poursuivre un travail en train de se faire et donc de produire des échanges comme ceux que l'on obtiendrait de focus groupes.

Puis, les éléments clés de cette clôture de la journée sont résumés en guise de synthèse.

RETRANSCRIPTION

Dario Spini, professeur à l'Institut de psychologie de l'Université de Lausanne, anime la table ronde et présente les cinq participant-e-x-s qui ont accepté de jouer le rôle de « grands témoins » de la journée. Il indique que chaque personne a trois tâches. Premièrement, celle de relever et partager l'élément principal qui l'a marqué lors de la journée. Deuxièmement, d'indiquer une interrogation qui serait restée en suspens. Et, finalement, de présenter un angle qui serait à développer de manière prioritaire. À la suite de cet exposé, un échange avec la salle prolonge les réflexions.

Camille Genecand, Médecin de santé publique à la Direction Générale de la Santé du canton de Genève

Ce que j'ai retenu de cette journée, c'est qu'il y a un consensus sur les objectifs finaux : une volonté d'échanger davantage et de réduire les inégalités des deux côtés de la frontière, et l'enjeu de constituer des données plus solides pour avancer.

La question qui reste pour moi en suspens est celle à laquelle je n'ai pas vraiment encore eu de réponse, il s'agit de la partie « qualitative » des résultats : est-ce que nous pourrions profiter de la richesse des interviews pour nous intéresser aux lieux de sociabilité et de transmission potentielle ? Car cela pourrait alimenter des stratégies de prévention nouvelles.

Le point qui me semble vraiment important à développer est de savoir quelles sont les compétences et rôles des différents acteur-trices des deux côtés de la frontière et de les mettre par écrit. Il y a en effet une certaine méconnaissance des réseaux transfrontaliers et avoir un annuaire et un plan plus clair du réseau faciliterait grandement le partage d'informations et la compréhension du système. Également, je pense qu'il faut définir des objectifs qui sont quand même atteignables au niveau régional, parce qu'on ne va pas pouvoir réformer le système de santé immédiatement. Je pense que les recommandations de l'Observatoire doivent être atteignables, en bonne partie en tout cas. C'est bien de rêver grand, mais il faudrait également identifier des points d'amélioration qui n'impliquent pas forcément des modifications légales, mais qui pourraient être mis en place par les acteur-trices du terrain.

Thomas Herquel, directeur de Première Ligne

Je suis plutôt spécialiste sur la question des addictions. En introduction, j'aimerais dire qu'il y a effectivement cette frontière territoriale, mais qu'elle se met en lien avec d'autres frontières : entre les produits légaux et illégaux, entre les personnes majeures et les mineures, entre les hétérosexuel-les et les homosexuel-les. Il y a plein de frontières que nous pouvons avoir en tête, et toutes

rendent le travail difficile. C'est intéressant de prendre celle qui est régionale, mais il faut aussi prendre en compte toutes les autres dans cette réflexion-là.

L'élément principal de ce qui est ressorti selon moi, c'est que la santé reste une question relationnelle, liée à l'intimité de chacun, et que ce qui fait la qualité de nos actions, ce sont les relations que nous avons avec les personnes que nous accompagnons. Pour moi, cela met le focus sur le fait que ce dont nous avons besoin, c'est de ressources humaines, c'est de personnes sur le terrain qui font le travail. Après, il y a des questions de dispositifs à améliorer, mais la complexité des situations, vu la vulnérabilité des personnes, je pense que ça reste, à mon avis, le point focal principal.

Dans les questions en suspens, c'est très centré sur ma pratique, il y a la question du paradoxe de l'attractivité. C'est-à-dire qu'une partie de mon travail, c'est de faire en sorte de le faire le mieux possible, de développer des prestations, d'engager des gens. Ce que cela crée au niveau régional, c'est d'une part une attractivité de Genève pour les personnes qui ont besoin d'une salle de consommation, et d'autre part, cela crée une attractivité aussi pour des collègues, infirmiers, infirmières, ou travailleur-euses sociaux-aux, du bassin, qui vont avoir envie de venir travailler à Première Ligne plutôt qu'ailleurs.

Cela me pose pas mal de questions, je pense que c'est une chose à résoudre, parce que si je fais bien mon travail, quelque part ça accentue potentiellement des déséquilibres sur le territoire. Dans la question de l'angle à développer, pour moi c'était la question de l'égalité²⁹, est-ce que c'est ça qu'on veut ? C'est-à-dire que si on veut que toutes les régions soient égalitaires, est-ce que c'est département par département, commune par commune, ou est-ce

●
²⁹ Ici le terme d'équité a été remplacé par celui d'égalité. Le propos tend à soulever le potentiel inégalitaire que recouvre une politique qui vise l'égalité de chacun-e à l'échelle d'un territoire en matière d'accès aux soins et services. Le propos développé ici retient l'idée d'accessibilité comme logique pour lutter contre les inégalités sociales, ce qui nous rapproche de l'idée d'équité.

que c'est une question de flux des personnes, des collègues, pour que la question soit celle de l'accessibilité plus que de l'égalité ? Je pense que la question de l'égalité, elle est très difficile, notamment en raison de la frontière. Par contre, je pense que celle de l'accessibilité aux soins, aux professionnel·les, aux bons conseils, au bon endroit, au bon moment, ça se pense différemment.

Florent Jouinot, coordination régionale de l'Aide Suisse contre le Sida

Comme je travaille au niveau fédéral maintenant, j'essaie de prendre les choses un peu plus macro.

La première chose, le principal, c'est la pertinence de l'Observatoire et des actions transfrontalières. C'est une évidence, pour toutes les personnes qui sont là, qu'il y a une nécessité d'agir de manière transfrontalière et qu'il y a une certaine motivation à le faire.

La question en suspens, c'est : comment le faire ? Je n'en ai pas la moindre idée ! Par contre, je sais que les gens sont motivés pour s'organiser maintenant, et je vous encourage vraiment à agir dès aujourd'hui à votre échelle, parce que si vous pouvez travailler de manière transfrontalière, faites-le ! Si nous le faisons maintenant, nous allons démontrer que c'est faisable, que c'est efficace, que nous pouvons continuer, que cela va faire boule de neige et que, potentiellement, nous allons pouvoir faire de plus en plus et de mieux en mieux en apprenant de nos propres expériences. Moi qui sors de réunions très théoriques sur de la stratégie, ça manque parfois de pragmatisme. Quand il s'agit d'être sur le terrain, et donc l'inverse, qu'il faut partir du terrain et démontrer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas ; Mpox nous a donné plein de leçons, c'est comme au Cluedo, c'est en se plantant trois fois sur les trois objets que nous gagnons vite la partie. Alors comment le faire ? Je ne sais pas, mais faites-le !

L'angle à développer, selon moi, serait la participation. C'est-à-dire qu'il y a la participation effectivement de deux pays, deux cantons, de différents réseaux, mais les personnes que l'on cherche

à atteindre, les personnes qui vivent des inégalités en santé sont peu représentées. Mon souhait serait que les personnes qui sont directement impactées par les inégalités en santé soient mobilisées et qu'elles participent d'une manière ou d'une autre. Il y a plein de modèles de projets participatifs, communautaires, d'impliquer les personnes concernées, car ce sont les seules à réellement connaître leur réalité et qui peuvent nous l'enseigner.

Anne Monnet Hoel, coordinatrice du Corevih Arc Alpin

Ce que j'ai retenu de cette journée, c'est une question : comment est-ce que l'on peut faire d'une frontière et d'un territoire qui a deux systèmes, deux cultures, un territoire d'opportunités ? Comment pouvons-nous capitaliser sur les forces des deux côtés de la frontière et des opportunités pour la promotion de la santé, comme pour les soins des personnes ? Je ne vous apporte pas de réponse tout de suite, mais c'est la question qui a nourri la journée et va continuer à me nourrir.

Dans les idées à mettre en avant, c'est l'idée que nous allons avoir besoin d'une coopération ou d'une coordination à double niveau. D'abord, à un niveau à la fois des structures et des individus, ce qui va nous permettre de travailler les représentations, les clivages, les différences culturelles entre les professionnel-les et les travailleur-euses sociaux-ales. Pour apprendre aussi à se faire confiance de part et d'autre de la frontière, connaître les manières de faire, les procédures, les systèmes des deux côtés et ce qui existe. Et, petit à petit, avoir une culture commune de travail. L'autre niveau serait systémique. Nous avons besoin à un moment donné d'une coopération qui soit formalisée au niveau transfrontalier. On a l'exemple du Mpx, où nous avons des vaccins d'un côté de la frontière, des professionnel-les de l'autre. Nous sommes quasi arrivé-es, au mois de septembre, à avoir des professionnel-les de Suisse qui viennent vacciner en France. Nous aurions eu cette coopération en amont, cela aurait facilité les choses. C'est cette coopération qui nous permettrait d'avoir une équité au niveau des paies des infirmières et des services accessibles pour tous et toutes de part et

d'autre de la frontière. Cela demande à penser les services de santé comme les services d'un territoire et non pas des services suisses d'un côté et des services français de l'autre. Je me suis alors posé la question, les conducteur-trices de tram sont payé-es comment ? Il doit bien y avoir une paie commune transfrontalière ? Comment cela fonctionne dans d'autres structures ?

Dans ce qui doit être questionné, il y a deux choses : le coût de la non-coopération. Combien cela nous coûte et combien cela coûte à nos systèmes de santé de ne pas coopérer mieux sur ce territoire ? Est-ce qu'il y a une volonté similaire de part et d'autre de la frontière d'arriver à un système plus harmonisé, plus équitable, un système de coopération ? Cela pose la question de l'implication des autorités locales et aussi à l'échelon national.

Cécilia Piccoli, assistante sociale au CSAPA Saliba

L'élément marquant, c'est l'envie commune. Côté français, je n'avais aucun doute, côté suisse, c'était moins une évidence, puisque nous avons toujours l'impression que vous avez tout et nous pas grand-chose, en particulier dans le Pays de Gex ! Il y a environ 120'000 habitant-es et pas un hôpital... Cette envie, c'est presque un peu rassurant. Je vais reprendre les mots que l'on a eus dans l'atelier car je n'avais pas forcément ceux-là avant de venir : de mutualiser et de coopérer. L'équité, j'y crois moyennement. S'il y avait vraiment de l'équité, il y aurait beaucoup moins de problèmes de personnels pour des questions basement matérielles. Et aussi l'envie d'avoir une culture commune qui irait dans le sens de mutualiser les prises en charge et cette culture commune, elle se construit, ce n'est pas une évidence. Tout cela est à construire. Pour moi il y a la question du politique de façon générale, institutionnel-les, élu-es, cela me semble nécessaire de les impliquer à un moment donné puisque même si ça peut partir du terrain pour une première mise en route, à un moment donné il y a des questions juridiques et financières qui se posent.

L'angle à développer serait : nous sommes parti-es du VIH et de là nous en arrivons à plein de problématiques que nous partageons, alors les chiffres et études épidémiologiques ce serait

bien qu'elles se diversifient. Avec les structures en addictologie, nous savons que nous partageons des patient-es, mais aujourd'hui nous ne savons pas combien nous avons de patient-es en commun. Par exemple, Quai 9, je sais qu'il y a une personne qui va y aller demain, mais combien il y en a d'autres ? Nous ne le savons pas et cela pourrait être intéressant. Cela pourrait être intéressant pour d'autres types de pathologies. Et que ces rapports puissent nous servir avec les politiques, parce que ces rapports ce ne sont pas le ressenti des gens de terrain, cela donne une vraie visibilité à des choses vécues, dont les gens « au-dessus », qui prennent notamment les décisions financières, ne sont pas toujours conscient-es. Donc avoir ce poids-là pour avoir ensuite du poids pour mettre des actions en place.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Dario Spini propose de clarifier les notions d'équité/égalité discutées précédemment. Une situation d'égalité impliquerait qu'il y ait les mêmes dispositifs de chaque côté du territoire. L'équité implique, quant à elle, une action pour que les populations les plus vulnérables puissent bénéficier des mêmes chances. Cela questionne donc l'accessibilité des dispositifs. L'équité étant un but à atteindre, ne faudrait-il pas parler d'accessibilité des offres et services comme un critère ou un préalable pour tendre vers l'équité ? Suite à ce point, Dario Spini ouvre le débat à la salle, pour faire suite aux propositions des intervenant-es, aux ateliers, ou sur des autres points de réflexion.

Olivier Dufour, membre du Bureau du Forum du Grand Genève

J'entends beaucoup parler du Grand Genève ici : est-ce que si nous avons été raisonnables il y a 40 ans, nous en serions là ? Il ne faut surtout pas être raisonnable ! Si nous avons été raisonnables, nous ne serions pas là avec l'agglomération grand genevoise, et tout ce qui a pu avancer avant que cela devienne des instruments, nous pourrions dire « légaux ». Que ce soit le Comité

régional en 1973 et les fonds frontaliers, ou le GLCT en 2012. Tout a démarré dans ce que nous appelons, dans nos travaux au Forum d'agglomération, des « interstices ». Des gens qui ont décidé de commencer à faire des choses alors qu'il n'y avait pas forcément la structure légale. Dans l'atelier sur la gouvernance, nous avons entre autres évoqué ce que certain-es viennent ici de relever : des envies, des choses que nous pourrions faire, entre professionnel-les qui se connaissent d'un côté et de l'autre de la frontière, qui peuvent se mettre à causer et commencer à montrer. Je ne veux pas défendre les politiques, ils sont assez grands pour le faire, mais moi-même faisant de la politique depuis assez longtemps, je disais dans l'atelier : ce qui n'est pas visible pour les politiques, ils ne vont pas s'en occuper. Donc se regrouper et travailler ensemble c'est une façon de commencer à faire mieux voir les choses et les problèmes qui se posent parce que nous sommes tellement dedans que cela nous semble évident qu'ils devraient le voir et qu'ils devraient penser qu'il faut s'en occuper. Nous avons une part de responsabilité, non pas qu'ici nous ne faisons rien, car tout le monde fait déjà beaucoup de choses, mais pour déjà mettre en avant les choses. Ce sont des rencontres de personnes et qui ont envie de faire des choses ensemble après cette journée par exemple, nous nous voyons et nous commençons quelque chose. C'est vrai que probablement les gens des services publics français, je ne voudrais pas dire des bêtises, mais si Santé Publique France, ils disent je vais en Suisse discuter avec des collègues, s'ils ne demandent pas à leur chef-fe ils vont se faire sacrément taper sur les doigts ou même on ne leur laissera pas le faire. Il faut pourtant commencer à aller dans les choses qui ne sont pas tout à fait prévues, c'est dans ce sens-là être déraisonnable, et avancer pour montrer que ces choses-là elles existent et que nous pouvons faire, sinon nous ne serions pas là. Que ce soit le travail sur le VIH ou le Mpox, si nous avions attendu d'avoir des cadres légaux pour faire, nous n'aurions rien pu faire. Donc il faut vraiment oser. Et puis le relais, c'est le boulot, entre autres, du Forum d'agglomération. Nous faisons le relais vers les politiques, et pour faire pression, je crois qu'on peut le dire, puisque nous allons prendre des positions très fermes sur la

gouvernance de l'agglomération l'année prochaine en tant que Forum d'agglomération, en faisant des propositions à l'autorité politique, gouvernance qui est totalement insatisfaisante aussi à notre sens en tant que société civile aujourd'hui.

Dario Spini, Institut de psychologie de l'Université de Lausanne

Cela pose la question du développement de l'Observatoire. C'est-à-dire, est-ce que, justement, il faut une stratégie par interstices ? On va sur un sujet, nous faisons se rencontrer les gens, et puis comme vous l'avez fait, nous observons, nous documentons des projets qui sont faits pragmatiquement. Ou est-ce que, je l'ai aussi entendu, nous pensons que très vite nous allons inviter des politiques ? Et donc dans ce sens-là, je pense qu'il y a aussi une marche à suivre, peut-être à co-construire ici, de savoir si c'est satisfaisant de faire ces rencontres, peut-être déjà dans un espace intermédiaire, de professionnel-les, de chercheur-euses, qui peuvent s'allier pour trouver des solutions pragmatiques à des problèmes politiques qui seront difficiles ou systémiques, qui, à long terme, peut-être pourront changer, mais en partant de la pratique.

Est-ce que quelqu'un veut réagir ? Il y a un constat de valeurs partagées, comment procéder pour avancer ?

Camille Genecand

Je ne sais pas si je vais répondre complètement à la question, mais c'était aussi pour alerter par rapport aux éventuelles propositions que pourra faire l'Observatoire. Je pense que nous serons très intéressé-es, mais il faut que ce soit du concret, que ce soit de l'opérationnel.

Alors, pour rejoindre peut-être la pensée de Florent Jouinot, là, je pense que c'est super que nous nous voyions, parce qu'il y a toutes ces réalités de terrain, cela devient très concret. Et au niveau des autorités de santé, quand c'est concret, c'est plus facile à mettre en place.

Sabrina Roduit, Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé, Institut de recherches sociologiques

Je me permets de rappeler que l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé, tel qu'il a été pensé et conçu aujourd'hui et depuis quelques années, n'est pas un institut académique. Lors de ce séminaire, il y a des représentant-es de l'Institut de recherche sociologique, mais ce sont surtout des acteur-trices de terrain qui se sont mis autour de la table, et c'est pour cela que ce sont vraiment des expériences qui sont ancrées dans la pratique, dans les constats faits par les professionnel-les. J'aimerais aussi insister sur la question de la participation, parce qu'elle a été soulevée. Il ne faudrait pas méjuger du parcours des personnes qui se trouvent dans la salle, elles ne sont pas forcément toutes que du côté des professionnels de santé ou des structures ou des académiques.

Sandro Cattacin, Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé, Institut de recherches sociologiques

L'idée est maintenant de lancer l'existence, comme nous le faisons aujourd'hui, d'une idée, qui est l'Observatoire. Une prochaine étape sera de formaliser cette existence de l'Observatoire pour pouvoir faire ce qui a été demandé toute la journée : la récolte de données, la récolte de ces réalités, la récolte de ces histoires, pour pouvoir argumenter qu'il faut changer quelque chose, qu'il faut trouver une gouvernance.

Mais il faut aussi être très clair, la patience est nécessaire, et je pense que ce que vous avez dit et raconté toute la journée aujourd'hui montre que patience, cela ne signifie pas attendre, mais cela signifie faire maintenant des choses, comme nous l'avons fait avec un observatoire, que l'on positionne pour un grand Genève sans sida. C'est quelque chose qui n'existait pas, nous l'inventons, nous nous plaçons comme acteur, et allons envisager la possibilité de formaliser cette existence pour accompagner la coopération sur ce territoire.

Florent Jouinot

Je pense que la réalité de terrain, nous la relevons dans nos activités, mais parfois, ce qui nous manque, c'est la compréhension du système institutionnel qui est au-dessus, le système législatif. Donc je pense qu'il faudrait identifier entre professionnel-les de la santé les éléments qui favorisent ou qui freinent l'accès aux soins, et après, les discuter avec les entités institutionnelles, comme les Directions générales de la santé et l'Agence régionale de la santé, qui ont une meilleure connaissance des mécaniques qui sont en œuvre, pour pouvoir proposer des évolutions législatives.

Le deuxième point, c'est que je trouve que la responsabilité de fournir l'information [pour éclairer le débat sur les questions d'inégalités de santé ou de discrimination en santé] repose uniquement sur les populations qui vivent des discriminations, des inégalités en santé. Nous ne posons jamais la question aux institutions : qu'est-ce que vous faites dans vos institutions pour identifier quand vous, vous produisez des discriminations ou des inégalités en santé ? Nous n'inversons jamais le paradigme. Pourtant, il existe à l'échelle internationale, européenne et autre, des outils qui permettent de juger de l'accessibilité d'une institution. Ils sont rarement mis en œuvre, et à ma connaissance, très peu en Suisse. Mais ils permettraient d'identifier quels sont nos biais racistes, sexistes, classistes, validistes et autres. Pour voir en quoi nous-mêmes, dans nos pratiques, nous générons de l'inégalité en santé.

Personne du public

En fait, l'objectif qui a été élaboré [pour un Grand Genève sans sida] est très concret, alors que c'est très vague ce dont on a discuté, et puis on a mis le doigt sur beaucoup de problématiques extrêmement complexes d'accès aux soins en général. Mais finalement, si l'objectif, c'est d'en finir avec, je dirais, plutôt le VIH que le sida, parce que le sida, on en a quand même peu aujourd'hui, les solutions, nous les connaissons, c'est principalement l'accès au dépistage, l'accès au traitement, la PrEP. C'est peut-être un peu provocateur, ce que je suis en train de dire, mais je ne suis pas sûre

qu'il faille faire encore mille études pour pouvoir mettre ces choses en place. Est-ce qu'il ne faudrait pas plutôt coordonner ces stratégies dont on sait qu'elles ont fait leur preuve absolument partout ?

Personne du public

Est-ce qu'il y a des financements pour cet Observatoire qui permettraient peut-être de coordonner les associations, les intervenant-e-x-s là, pour faire un état des lieux par exemple des différentes prises en charges de part et d'autre de la frontière ? Et justement des projets innovants et mettre une équité de traitement par rapport à la PrEP. Est-ce qu'il y a des financements là-dessus ?

Emilie Piet, Centre Hospitalier Annecy Genevois

Maintenant nous allons rechercher des financements, actuellement il n'y en a pas.

Thomas Herquel

Moi je vois au niveau de Première Ligne/Quai 9, nous faisons énormément d'accueil, nous voyons beaucoup de gens, nous avons énormément de données. Nous n'avons pas le temps à l'interne de les analyser. Tous les quatre, cinq ans, nous payons une étude, quelqu'un qui va venir dans nos bases de données pour en sortir quelque chose, c'est généralement intéressant, mais je pense qu'il manque vraiment des choses à mettre en place. Il faudrait peut-être que nous puissions mieux voir ce que nous produisons comme discriminations. Je pense que nous manquons de collègues dans nos institutions qui peuvent récolter des données et proposer des analyses, parce que nous allons prioriser les postes de terrain. Cela me semble assez fondamental pour pouvoir faire remonter des choses.

Anne Monnet-Hoel

Juste sur la question de financement et la question de la stratégie par interstice : « où allons-nous ? Nous invitons très vite les politiques ? » Moi j'aurais tendance à dire : « les deux, mon

capitaine ! » C'est-à-dire qu'à la fois, il faut que nous arrivions à avoir des données probantes, et des choses à montrer aux politiques assez rapidement, et donc aller dans les interstices, et de l'autre côté, à partir du moment où nous allons chercher des financements, et où nous allons vouloir aller vers un objectif qui est politique, et vers un Grand Genève sans Sida, il va falloir que nous accompagnions les politiques aussi dans la réflexion. Ils n'arriveront pas à capter toute cette réflexion et la finalité de la chose, si nous ne les leur présentons qu'à la fin du projet.

Camille Genecand

C'est presque un peu de la redite, mais je voulais juste dire, c'est vrai qu'au niveau des Directions générales de la santé, nous ne prenons pas les décisions politiques, mais nous sommes un chemin vers, nous pouvons faire des propositions.

Nous sommes organisées au niveau du réseau, notamment à Genève, pas tellement dans le Grand Genève, mais au niveau de Genève, nous avons des discussions avec les acteur-trices de terrain. Si nous avons des choses qui nous remontent du terrain, qui sont assez bien construites, avec des données qui sont un tant soit peu solides, des choses correctement documentées, pour nous, c'est aussi beaucoup plus facile, après, de s'appuyer dessus pour faire remonter plus haut.

Je comprends très bien que, quand on est un professionnel-le de santé, ou un-e assistant-e social-e, etc., on n'a pas le temps, forcément, de commencer à collecter des données, donc je comprends les limites.

Sandro Cattacin

Oui, juste pour répondre à la question de qui fait la récolte des données. Évidemment, il y a les deux extrêmes, soit de donner un mandat pour faire une recherche, soit d'avoir en interne des personnes qui sont capables de faire des analyses. Je pense que le modèle que nous voyons de l'économie des petites et moyennes entreprises, c'est plutôt d'avoir un lieu tiers qui travaille pour elles,

qui développe des innovations, qui les transfère. Pour moi, ce serait plutôt de chercher un endroit tiers qui se spécialise pour aider Première Ligne, le Groupe santé Genève, Dialogai, par exemple, avec une compétence et une présence dans ces associations pour avoir une statistique de qualité et un retour de données. L'Observatoire pourrait faire un peu ce type de travail.

Thomas Herquel

Je prends l'exemple de Quai 9, quand les gens s'inscrivent [à l'accueil], c'est rentré dans une base de données. Si cette base de données n'est pensée que pour compter les gens, nous ne pouvons rien en faire après. Et c'est vrai que d'avoir un appui, peut-être qui vient de l'extérieur, ou peut-être que c'est d'engager des gens avec cette compétence-là. C'est-à-dire pas forcément demander aux travailleur-euses sociaux-ales ou aux infirmier-es de le faire, mais de se dire, il y a peut-être un débouché pour les sociologues dans les institutions, pour venir aider à concevoir des dispositifs qui font que les données, elles sont après utilisables, elles sont intéressantes. Parce que là, nous l'avons vu récemment avec l'étude sur le crack, alors ils ont fait un très bon boulot, mais ils ont dû quand même passablement batailler pour essayer de donner du sens à des données. Et donc, c'était ça un peu ma frustration en étant à la fois formé en sociologie et en charge de cette structure-là, de se dire comment nous concevons les structures, peut-être pas pour faire chaque année une étude, mais pour remettre la question de la donnée aussi dans le pilotage à long terme, et après, effectivement, pouvoir le faire remonter ?

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE

Quelques éléments clés peuvent être retenus de ce temps d'échange, dont la contribution est venue à la fois des intervenant-es de la table ronde puis des personnes du public.

Les lignes de force suivantes ont été identifiées. Plusieurs interlocuteur-trices ont souligné la motivation et la volonté des

personnes présentes de mettre en place des échanges transfrontaliers entre leurs structures. Cette nécessité d'agir de manière coordonnée pour un Grand Genève sans sida s'inscrit dans une préoccupation d'équité et d'accessibilité des soins de part et d'autre de la frontière. De plus, collecter et faire connaître des données probantes apparaissent comme une première brique pour la poursuite des travaux de l'Observatoire.

Des points de vigilance ont été soulevés et débattus. Premièrement émerge le souci de produire et travailler sur des données opérationnelles, « concrètes », ainsi que de partir des besoins du « terrain », tout en impliquant les personnes concernées par les vulnérabilités face au VIH/sida et une mobilité transfrontalière. Deuxièmement s'est posée la question de la manière d'avancer en prenant en considération le cadre légal des deux pays et ses possibles interstices. Une troisième dimension est stratégique : les personnes présentes s'interrogent sur la temporalité adéquate entre les rencontres entre professionnel·les de terrain et l'implication de représentant·es politiques. Il en ressort que l'Observatoire pourrait opérer parallèlement sur ces deux volets, afin de conduire un travail de plaidoyer complet sur la santé transfrontalière. Une dernière suggestion est de réfléchir aux biais des structures et aux potentielles discriminations que les professionnel·les peuvent opérer sur le public accueilli.

Les perspectives identifiées pour les futurs travaux de l'Observatoire sont les suivantes :

Tout d'abord, il apparaît important de clarifier le dispositif actuel de lutte contre le VIH sur le territoire du Grand Genève (quelles sont les structures actives dans ce champ, quels sont leurs rôles), par exemple au travers d'une cartographie. Il s'agit également de mettre en place une coordination des stratégies de lutte contre le VIH/sida et contre les inégalités sociales de santé sur le territoire. Concernant l'amélioration des connaissances, deux étapes sont proposées : premièrement, identifier les éléments facilitant et/ou freinant l'accès aux soins au travers de la

Ces propositions pourront être travaillées dans le programme de l'Observatoire dans les années à venir.



CONCLUSION

Ce premier rapport de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé permet de combler certaines lacunes en rendant visibles et intelligibles tant la réalité de l'épidémie de VIH sur le territoire transfrontalier du Grand Genève que celle des personnes vulnérables à cette infection lorsqu'elles s'engagent dans un parcours de santé transfrontalier et les inégalités sociales de santé qui les touchent.

En guise de conclusion nous reviendrons sur les principaux enseignements de cette première année de l'Observatoire, puis nous synthétiserons les éléments pouvant nourrir une programmation pour les années à venir.

POUR UNE EPIDEMIOLOGIE TRANSFRONTALIERE DU VIH, CHANGEONS DE FOCAL

L'Observatoire a montré qu'il était raisonnablement possible de mettre en place le cadre pour produire les données d'incidences du VIH à l'échelle d'un territoire transfrontalier comme celui du Grand Genève. Pour autant, cet effort montre des limites méthodologiques lorsque les informations recueillies ne sont pas strictement les mêmes. L'Observatoire a ainsi permis de proposer un espace d'échanges entre les opérateurs en charge du suivi épidémiologique de part et d'autre de la frontière et contribuer en ce sens à un échange de pratiques. Une perspective serait que ces données transfrontalières soient produites en routine par ces mêmes opérateurs à l'avenir.

Les données ainsi produites montrent le niveau de l'épidémie VIH sur le Grand Genève, niveau comparable à l'épidémie sur la

métropole lyonnaise dans la région Auvergne-Rhône-Alpes en France ou encore le canton de Zurich en Suisse.

Ces données permettent aussi de regarder plus finement l'incidence du VIH, année après année, selon les différents secteurs du Grand Genève et les différents groupes de population les plus concernés. Cela peut s'avérer précieux pour penser et adapter des actions au contexte local, en matière de répartition des offres de santé. En d'autres termes, ces données sont un instrument supplémentaire au service des acteurs de terrain et des autorités de santé pour établir un plan d'action commun pour un Grand Genève sans sida.

RENDRE VISIBLES LES MOBILITES TRANSFRONTALIERES POUR RAISONS DE SANTE

L'un des objectifs de l'Observatoire est de rendre visible l'invisible. En France, nous parlons de l'assurance santé des travailleur-euses frontalier-es et des difficultés de recours aux soins du fait de la « fuite » du personnel soignant vers la Suisse. En Suisse, nous parlons des questions de non-recours en lien avec le niveau des primes et franchises d'assurances, ce qui n'étonne personne lorsque les résident-es de Suisse franchissent la frontière pour acheter leurs médicaments ³⁰. La santé à l'échelle transfrontalière revêt néanmoins des zones d'ombre dans les mobilités transfrontalières pour motif de santé. Les minorités à la marge des deux systèmes de santé passent en-dessous des radars qui scrutent la santé de la population de part et d'autre. C'est ce que nous observons avec les personnes vulnérables au VIH. En matière de santé, étudier le contexte transfrontalier nous ouvre les portes d'un système à deux facettes. La première facette est un système d'opportunités qui permet aux personnes, témoignant d'un plus haut niveau de ressources en termes de capital social ou économique, de bénéficier d'un panier élargi d'offres de santé accessibles. La seconde facette est celle d'un système de

●
³⁰ Sujet au téléjournal de la RTS du 24/11/23.

contraintes qui va impacter les personnes qui ont des trajectoires marquées par la vulnérabilité, imposant des mobilités au risque du non-recours, mobilités parfois données comme solutions par les professionnel·les qui trouvent un système d'opportunités pour ne pas opposer un refus de soin sans alternative. Appréhender ces deux logiques en termes de cohésion sociale nous amène à interroger les moyens à développer pour réduire ces différences et favoriser l'inclusion des personnes les plus vulnérables à l'échelle du territoire transfrontalier, et qui se substitueraient aux stratégies d'externalisation (Roduit, 2024).

LORSQU'UNE NOUVELLE EPIDEMIE DEVIENT UN CAS D'ECOLE TRANSFRONTALIER : LE MPOX EN 2022

L'étude de la crise sanitaire liée au Mpx en 2022 permet d'illustrer les inégalités sociales de santé qui peuvent être produites dans le contexte d'un bassin de vie transfrontalier. Ces inégalités se sont principalement manifestées en matière d'accès à la vaccination préventive. Les restrictions d'accès à la vaccination basées sur le critère de résidence ont constitué une logique de tri s'exerçant davantage sur les publics les plus vulnérables. Les personnes témoignant de plus de ressources en termes de capital social ou économique ont mieux réussi à contourner ces logiques d'exclusion en modifiant le système d'opportunités que constitue habituellement l'espace transfrontalier par l'extension de celui-ci en un espace transnational. Cet exemple permet de mettre en balance la logique de tri observée et ce qui permettrait, sur un territoire de santé transfrontalier, de coordonner les réponses dans une telle situation de crise sanitaire : mise en commun de ressources pharmaceutiques, de ressources humaines, la production de données communes, ou encore l'établissement de recommandations communes ou convergentes.

Ces divers éléments d'analyse du contexte transfrontalier en matière de santé pour les personnes les plus vulnérables au VIH ont nourris les réflexions lors du séminaire de lancement de

l'Observatoire qui s'est tenu en septembre 2023. Ces réflexions permettent à l'Observatoire de cadrer de manière participative la poursuite de ses travaux.

CONTRIBUTION A UNE PROGRAMMATIQUE

Au fil des ateliers et de la table ronde organisés lors du séminaire de lancement, il est ainsi réaffirmé le besoin de documenter l'épidémie, les parcours (les conditions du recours, non-recours et les logiques de tri à l'œuvre sur le territoire), les offres, les initiatives (bonnes pratiques). L'étude des inégalités sociales de santé dans ce contexte transfrontalier pourrait également porter sur une évaluation du coût du non-recours associé au défaut de coopération ou d'autres approches disciplinaires comme par le droit. Il ressort enfin que les données de l'Observatoire doivent être présentées de manière accessible pour qu'elles soient appropriables par tous-tes et notamment les représentant-es institutionnel-les et politiques.

En termes de gouvernance transfrontalière en santé, il apparaît nécessaire de permettre la communication entre les différent-es acteur-trices du champ de la lutte contre le VIH du territoire, mais aussi entre et avec les représentants publics, politiques de part et d'autre de la frontière. Le développement de ces coopérations pose néanmoins la question du cadre et des moyens pour, soit le permettre, soit le pérenniser.

Des initiatives existent et peuvent offrir des opportunités de coopération. Il y a le modèle des territoires sans sida promu dans le cadre de la déclaration de Paris qui pourrait être pensé et s'appliquer à un territoire transfrontalier. L'étude des expériences conduites dans d'autres régions transfrontalières européennes permettrait également de nourrir ce travail de construction d'une gouvernance de la santé à l'échelle du Grand Genève.

Des défis semblent aussi à relever, comme créer de l'intérêt pour un territoire sans sida auprès des représentant-es politiques

de part et d'autre de la frontière, dépasser le fait que deux systèmes de santé régissent ce territoire de santé transfrontalier ou encore la question de la création de moyens financiers dédiés. Ajoutons l'importance d'appréhender la santé comme un bien commun et selon les besoins : de mettre en commun les ressources qu'elles soient pharmaceutiques, humaines, la production de données, ou encore l'établissement de recommandations dans une logique de convergence.

Cette coopération nécessite la création d'espaces dédiés et que les ressources nécessaires à l'action des acteur-trices de terrain (comme aux représentant-es institutionnels) y soient allouées. Il s'agirait de mieux échanger et partager les connaissances sur les ressources et services en santé de l'ensemble du Grand Genève, comme de « pratiquer » la coordination. En ce sens, ces espaces de rencontre doivent être pensés pour « désenclaver » les acteur-trices de certaines zones du territoire comme le Pays de Gex, développer une culture commune comme une relation de confiance. En somme, il s'agit de créer les conditions de la coopération. Cette coopération doit toutefois pouvoir s'appuyer sur les dispositifs existants (Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé, Réseau Transfrontalier en Addictologie) comme les stratégies existantes qui ont démontré leur efficacité (accès aux dépistages, accès aux traitements antirétroviraux, accès à la prévention diversifiée notamment la prophylaxie préexposition - PrEP).

Les efforts ainsi produits constitueront des cadres, des moyens, des méthodes, transférables dans d'autres contextes, soit de crise sanitaire, soit sur d'autres problématiques de santé en dehors du champ du VIH/sida nécessitant des réponses à l'échelle transfrontalière.

Ces efforts seront aussi à mettre en lien avec la notion de cohésion dite sociale en matière de ressources en santé. La question des ressources humaines en santé sur le territoire transfrontalier, la réduction des inégalités, passe par l'effort de repenser les logiques d'accessibilité aux offres, notamment les

offres de santé pour le territoire du Grand Genève. En d'autres termes, la cohésion sociale en matière de santé signifierait de faire de ce territoire et sa configuration, un territoire d'opportunités en matière de santé pour toutes et tous.

S'il fallait maintenant faire l'exercice du résumé et dégager quelques lignes de force pouvant orienter les travaux de l'Observatoire pour les années à venir, voilà ce à quoi nous pourrions nous atteler :

1/ Consolider la production de connaissances sur l'épidémie VIH à l'échelle transfrontalière. Les réponses, pour atteindre une fin d'épidémie en 2030, doivent pouvoir être construites sur des données probantes.

2/ Proposer des espaces multiples de rencontre qu'ils soient organisationnels, thématiques, par catégories d'acteur-trices, de concertation entre acteur-trices de terrain, communautaires et représentant-es institutionnel-les.

3/ Évaluer et capitaliser sur les démarches transfrontalières existantes afin de fournir un répertoire de bonnes pratiques.

4/ Proposer des outils contribuant à la coordination des acteur-trices et des parcours de santé (cartographie des offres et de leurs conditions d'accès), et d'autres contribuant l'élaboration d'un plan de lutte contre le VIH transfrontalier (*policy brief*).

L'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé pourrait ainsi s'attacher à développer ces différents éléments au travers d'un programme en trois points : un volet recherche afin de poursuivre le travail de documentation et d'analyse, un volet opérationnel pour expérimenter et enfin un volet valorisation et capitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

Bergeron Henri, Borraz Olivier, Castel Patrick et Dedieu François (2020), *Covid-19: une crise organisationnelle*, Paris: Les presses de SciencesPo.

Braun Virginia et Clarke Victoria (2006), Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, United Kingdom: Hodder Arnold, 3(2), pp. 77-101.

Brimo Sara et Renaudie Olivier (2022), *Santé et territoire(s)*, Paris: LexisNexis.

Brottet Elise et Thabuis Alexandra (2022), Nouvelles personnes vivant avec le VIH disagnostiquées et prises en charge en Auvergne-Rhône-Alpes en 2021 : Analyse des données des files actives des 3 Corevih., *Bulletin de santé publique Auvergne Rhône Alpes*, pp. 11-13.

Charpentier Nicolas, Quatremère Guillemette, Mabire Xavier, Roduit Sabrina, Laguette Vanessa, Spittler Didier, Guillois Elodie, Martin Cyril, Rojas Castro Daniela et Préau Marie (2016), Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH, *Santé Publique*, 28(6), pp. 791.

Charpentier Nicolas, Roduit Sabrina, Piet Emilie, Monnet-Hoel Anne, Malo Mikel Lizari, Degroodt Stéphanie, Livrozet Jean-Michel et Epaulard Olivier (2021), Changer de focale pour agir sur une épidémie transfrontalière. Le VIH à la frontière franco-suisse: *Santé Publique*, Vol. 33(2), pp. 295-299.

Charpentier Nicolas, Roduit Sabrina et Enquêteurs communautaires (2021), *Impact de la crise sanitaire sur les parcours de santé de personnes vulnérables au VIH et aux hépatites*, SocioBrief, Genève: Université de Genève, [en ligne], <https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/fr/publications/sociobrief/sociobrief6/>.

Chauveaud Catherine, Rode et Warin Philippe (2008), *Le non-recours aux soins des actifs précaires. Rapport final*, Grenoble: ODENORE, [en ligne], <https://odenore.msh-alpes.fr/non-recours-aux-soins-actifs-precaires-rapport-final>.

Clément Garence, Gumy Alexis, Audikana Ander, Drevon Guillaume et Kaufmann Vincent (2023), *Sociétés frontalières. Une enquête sociologique au coeur de trois espaces frontaliers européens*, EPFL Press.

Consoli Liala, Burton-Jeangros Claudine et Jackson Yves-Laurent Julien (2022), Transitioning out of illegalization: cross-border mobility experiences, *Frontiers in human dynamics*, 4, pp. 915940.

Corevih Arc Alpin (2023), Rapport épidémiologique 2022, [en ligne], <https://www.alpesansida.fr/prep-et-vih-sur-larc-alpin-en-region-auvergne-rhone-alpes-et-en-france/>.

Demange Elise, Henry Emilie et Préau Marie (2012), *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique*, Sciences sociales et sida, ANRS / Coalition Plus.

Desgrées Du Loû Annabel, Ravalihasy Andrainolo et Pannetier Julie (2017), Des situations de précarité qui exposent aux risques sexuels et au VIH; In: Desgrées Du Loû Annabel et France Lert (éd.), *Parcours. Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France*, La Découverte, pp. 139-159.

Dictionnaire de politique sociale suisse (2020), Bonvin Jean-Michel, Hugentobler Valérie, Knöpfel Carlo, Maeder Pascal et Tecklenburg Ueli (éd.), Seismo Verlag.

Dupuy Claire (2020), Inégalités territoriales, In: *Dictionnaire des politiques territoriales*, Presses de Sciences Po, pp. 288-293.

Gaudillière Jean-Paul, Izambert Caroline et Juven Pierre-André (2021), *Pandémopolitique: réinventer la santé en commun*, Paris: la Découverte.

Glinos Irene A, Baeten Rita, Helble Matthias et Maarse Hans (2010), A typology of cross-border patient mobility, *Health & Place*, 16(6), pp. 1145-1155.

Hachfeld Anna, Ledergerber Bruno, Darling Katharine, Weber Rainer, Calmy Alexandra, Battegay Manuel, Sugimoto Kiyoshi, Di Benedetto Caroline, Fux Christoph A, Tarr Philip E, Kouyos Roger, Furrer Hansjakob, Wandeler Gilles, et Swiss HIV Cohort Study (2015), Reasons for late presentation to HIV care in Switzerland, *Journal of the International AIDS Society*, 18(1), pp. 20317.

Hamman Philippe (2013), *Sociologie des espaces-frontières: Les relations transfrontalières autour des frontières françaises de l'Est*, Strasbourg: Presses Universitaires de Strasbourg.

Kaufmann Vincent, Bergman Manfred Max et Joye Dominique (2004), Motility: mobility as capital, *International Journal of Urban and Regional Research*, 28(4), pp. 745-756.

Mellini Laura, Pogia Miletì Francesca et Villani Michela (2020), La vulnérabilisation des femmes africaines et séropositives en contexte migratoire, In: Bouma Fernand Bationo et Augustin Palé (éd.), *Vulnérabilités, santé et sociétés en Afrique contemporaine*, Québec et Ouagadougou, pp. 157-176.

Observatoire statistique transfrontalier (2022), Le personnel soignant dans le territoire franco-valdo-genevois, *Fiche 1*.

OFSP (2022), VIH et sida en Suisse, situation en 2021, *Bulletin*, pp. 34-42.

OFSP (2023), *VIH et sida en Suisse, situation en 2022.*, OFSP-Bulletin, Berne, [en ligne], https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/Kampagnen/Bulletin/2023/bu-48-23.pdf.download.pdf/BU_48_23_FR.pdf, mimeo.

Roduit Sabrina, Charpentier Nicolas et Cattacin Sandro (2020), *Lutte contre le VIH/SIDA à l'échelle transfrontalière. Recommandations aux acteurs·trices du Grand Genève*, SocioBrief, Genève: Université de Genève.

Roduit Sabrina (2020), Repousser pour soigner? Logiques de tri de personnes non assurées en Suisse et pratiques d'externalisation des soins vers la France, *Tsantsa*, (25), pp. (à paraître).

Roduit Sabrina (2024), *Accès aux soins et tri médical. Trajectoires de personnes sans assurance-maladie en Suisse*, Terrains des sciences sociales, Zurich/Genève: Seismo.

Rossier Clémentine, Bernardi Laura, Baersywil Marie, Oris Michel, Sapin Marlène et Widmer Eric (2023), How Family and Other Close Ties Shape Vulnerability Processes, In: Spini Dario et Widmer Eric (Éd.), *Withstanding Vulnerability throughout Adult Life: Dynamics of Stressors, Resources, and Reserves*, Singapore: Springer Nature, pp. 153-167.

Simoulin Vincent (2020), Gouvernance territoriale, In: *Dictionnaire des politiques territoriales*, Presses de Sciences Po, pp. 261-266.

Spini Dario, Bernardi Laura et Oris Michel (2017), Toward a Life Course Framework for Studying Vulnerability, *Research in Human Development*, 14(1), pp. 5-25.

Villani Michela, Mellini Laura et Poglià Miletì Francesca (2018), Femmes subsahariennes séropositives en Suisse : le VIH à l'épreuve de l'intersectionnalité, *Cahiers du Genre*, n° 65(2), pp. 215-230.

Warin Philippe (2010), Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ?, *La vie des idées*, [en ligne], <http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html>, (consulté le 9 décembre 2016).

Warin Philippe et Catrice-Lorey Antoinette (2016), *Le non-recours aux politiques sociales*, Libres cours Politique, Fontaine: Presses universitaires de Grenoble.

Wassenberg Birte et Reitel Bernard (éd.) (2020), *Critical Dictionary on Borders, Cross-Border Cooperation and European Integration*, Peter Lang B, [en ligne], <https://www.peterlang.com/view/title/65124>, (consulté le 12 février 2024).

Dans la même collection

Sociograph n°1, 2007, *Monitoring misanthropy and rightwing extremist attitudes in Switzerland, An explorative study*, Sandro Cattacin, Brigitta Gerber, Massimo Sardi et Robert Wegener.

Sociograph n°2, 2007, *Marché du sexe et violences à Genève*, Àgi Földhàzi et Milena Chimienti.

Sociograph n°3, 2007, *Évaluation de la loi sur l'intégration des étrangers du Canton de Genève*, Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Thomas Kessler, Minh-Son Nguyen et Isabelle Renschler.

Sociograph n°4, 2008, *La socio et après? Enquête sur les trajectoires professionnelles et de formation auprès des licencié-e-s en sociologie de l'Université de Genève entre 1995 et 2005*, Sous la direction de Stefano Losa et Mélanie Battistini. Avec Gaëlle Aeby, Miriam Odoni, Emilie Rosenstein, Sophie Touchais et Manon Wettstein.

Sociograph n°5a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 1 – Revue de la littérature*, Géraldine Bugnon et Milena Chimienti avec la collaboration de Laure Chiquet.

Sociograph n°5b, 2009, *Der Sexmarket in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 1 – Literaturübersicht*, Géraldine Bugnon et Milena Chimienti unter Mitarbeit von Laure Chiquet.

Sociograph n°6a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 2 – Cadre légal*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet.

Sociograph n°6b, 2009, *Der Sexmarket in der Schweiz. Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 2 – Rechtsrahmen*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet.

Sociograph n°7, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet avec la collaboration de Jakob Eberhard.

Sociograph n°8, 2009, *«Nous, on soigne rien sauf des machines». Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en Anesthésie*. Sous la direction de Mathilde Bourrier. Avec Aristoteles Aguilar, Mathilde Bourrier, Ekaterina Dimitrova, Solène Gouilhers, Marius Lachavanne, Mélinée Schindler et Marc Venturin.

Sociograph n°9, 2011, *The legacy of the theory of high reliability organizations: an ethnographic endeavor*. Mathilde Bourrier (Sociograph – Working Paper 6).

Sociograph n°10, 2011, *Unitarism, pluralism, radicalism ... and the rest ?* Conor Cradden (Sociograph – Working Paper 7).

Sociograph n°11, 2011, *Evaluation du projet-pilote Detention, Enjeux, instruments et impacts de l'intervention de la Croix-Rouge Suisse dans les centres de détention administrative*. Nathalie Kakpo, Laure Kaeser et Sandro Cattacin.

Sociograph n°12, 2011, *A nouveau la ville ? Un débat sur le retour de l'urbain*. Sous la direction de Sandro Cattacin et Agi Földhàzi.

Sociograph n°13, 2011, *Capital social et coparentage dans les familles recomposées et de première union*. Sous la direction de Eric Widmer et Nicolas Favez. Avec Gaëlle Aeby, Ivan De Carlo et Minh-Thuy Doan.

Sociograph n°14, 2012, *Les publics du Théâtre Forum Meyrin : Une étude à partir des données de billetterie*. Sami Coll, Luc Gauthier et André Ducret.

Sociograph n°15, 2013, *Migrations transnationales sénégalaises, intégration et développement. Le rôle des associations de la diaspora à Milan, Paris et Genève*. Jenny Maggi, Dame Sarr, Eva Green, Oriane Sarrasin et Anna Ferro.

Sociograph n°16, 2014, *Institutions, acteurs et enjeux de la protection de l'adulte dans le canton de Genève*. Sous la direction de Mathilde Bourrier. Avec Alexandre Pillonel, Clara Barrelet, Eline De Gaspari, Maxime Felder, Nuné Nikoghosyan et Isabela Vieira Bertho.

Sociograph n°17, 2015, *Recensions 1983-2013*, André Ducret. Avant-propos de Jacques Coenen-Huther.

Sociograph n°18, 2015, *Un lieu pour penser l'addiction. Evaluation de l'Académie des Dépendances*, Anne Philibert et Sandro Cattacin.

Sociograph n°19, 2015, *Connivences et antagonismes. Enquête sociologique dans six rues de Genève*. Edité par Maxime Felder, Sandro Cattacin, Loïc

Pignolo, Patricia Naegeli et Alessandro Monsutti. Avec Guillaume Chillier, Monica Devouassoud, Lilla Hadji Guer, Sinisa Hadziabdic, Félix Luginbuhl, Angela Montano, Sonia Perego, Loïc Pignolo, Loïc Riom, Florise Vaubien et Regula Zimmermann.

Sociograph n°20, 2015, *La catastrophe de Mattmark dans la presse. Analyse de la presse écrite*. Edité par Sandro Cattacin, Toni Ricciardi et Irina Radu. Avec Yasmine Ahamed, Lucie Cinardo, Caroline Deniel, Dan Orsholits, Steffanie Perez, Elena Rocco, Julien Ruey, Katleen Ryser, Cynthia Soares et Karen Viadest.

Sociograph n°21, 2015, *La catastrophe de Mattmark. Aspects sociologiques*. Edité par Sandro Cattacin, Toni Ricciardi et Irina Radu. Avec Yasmine Ahamed, Caroline Deniel, Dan Orsholits, Steffanie Perez, Elena Rocco, Julien Ruey, Katleen Ryser, Cynthia Soares et Karen Viadest.

Sociograph n°22 a, 2015, *Sind Drogen gefährlich? Gefährlichkeitsabschätzungen psychoaktiver Substanzen*. Domenig Dagmar und Sandro Cattacin.

Sociograph n°22 b, 2015, *Les drogues sont-elles dangereuses ? Estimations de la dangerosité des substances psychoactives*. Domenig Dagmar et Sandro Cattacin. Traduction de Erik Verkooyen.

Sociograph n°23, 2016, *Malleable Minds? Teasing Out the Causal Effect(s) of Union Membership on Job Attitudes and Political Outcomes*. Sinisa Hadziabdic.

Sociograph n°24, 2016, *Les familles de milieu populaire dans une commune genevoise. Intégration sociale et soutien à la parentalité*. Eric Widmer, Sabrina Roduit et Marie-Eve Zufferey.

Sociograph n°25, 2016, *Addictions et société : voyage au pays des ombres. Actes du colloque des 50 ans du GREA*. Edité par Anne Philibert, Géraldine Morel et Sandro Cattacin.

Sociograph n°26, 2017, *Complicity and Antagonism: Anthropological Views of Geneva*. Edited by Alessandro Monsutti, Françoise Grange Omokaro, Philippe Gazagne and Sandro Cattacin. With Savannah Dodd, Juliana Ghazi, Victoria Gronwald, Sarah Hayes, Aditya Kakati, Samira Marty, Linda Peterhans, Dagna Rams, Rosie Sims and drawings by Heather Suttor.

Sociograph n°27, 2016, *Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital. Ambivalenzen und Pragmatismus von Schnittstellen.* Anna Weber.

Sociograph 28, 2016, *"We're from Switzerland, that's a Chocolate Island in Sweden!" Comprendre l'indie rock du point de vue de six groupes suisses.* Loïc Riom.

Sociograph 29, 2016, *Le devenir professionnel des diplômés en sciences sociales entre 2005 et 2015.* Julien Ruey, Emilie Rosenstein, Rita Gouveia et Eric Widmer.

Sociograph n°30, 2017, *Viellissement et espaces urbains.* Edité par Cornelia Hummel, Claudine Burton-Jeangros et Loïc Riom. Avec Alizée Lenggenhager, Heber Gomez Malave, Martina von Arx, Michael Deml et Ndeye Ndao.

Sociograph n°31, 2017, *Voting for the Populist Radical Right in Switzerland: A Panel Data Analysis.* Dan Orsholits.

Sociograph n°32, 2017, *« C'est pas un boulot, c'est du business. » L'agir des dealers ouest-africains dans un quartier genevois.* Loïc Pignolo.

Sociograph n°33, 2017, *Le processus d'endettement dans le jeu excessif: d'une revue de la littérature à l'élaboration d'un modèle.* Anne Philibert, Géraldine Morel, Loïc Pignolo et Sandro Cattacin.

Sociograph n°34, 2017, *L'éthique (en) pratique : la recherche en sciences sociales.* Edité par Claudine Burton-Jeangros. Avec Claudine Burton-Jeangros, Maryvonne Charmillot, Julien Debonneville, Karine Duplan, Solène Gouilhers Hertig, Cornelia Hummel, Mauranne Laurent, Barbara Lucas, Andrea Lutz, Michaël Meyer, Lorena Parini, Loïc Riom, Sabrina Roduit, Claudine Sauvain-Dugerdil, Mélinée Schindler et Daniel Stoecklin.

Sociograph n°35, 2018, *La musique sous le regard des sciences sociales.* Edité par Loïc Riom et Marc Perrenoud. Avec Pierre Bataille, Sandro Cattacin, Nuné Nikoghosyan, Irene Pellegrini, Luca Preite, Pierre Raboud et Christian Steulet.

Sociograph n°36, 2018, *La police en quête de transversalité. Chroniques de la réforme de la police genevoise de 2016*. Edité par Mathilde Bourrier et Leah Kimber. Avec Camila Andenmatten, Laurence Dufour, Marine Fontaine, Aurélie Friedli et César Humeroze.

Sociograph n°37, 2018, *Gérer les migrations face aux défis identitaires et sécuritaires*. Edité par Adèle Garnier, Loïc Pignolo et Geneviève Saint-Laurent. Avec Adèle Garnier, France Houle, Carla Mascia, Loïc Pignolo, Antoine Roblain, Geneviève Saint-Laurent, Djordje Sredanovic et Bob White.

Sociograph n°38, 2018, *Accès aux prestations socio-sanitaires des familles vulnérables à Genève. Le point de vue des acteurs de terrain*. Olga Ganjour, Myriam Girardin, Marie-Eve Zufferey, Claudine Burton-Jeangros et Eric Widmer.

Sociograph n°39, 2018, *Expériences de vieillissements en collectif agricole autogé-ré. Enjeux individuels et collectifs*, Elena Rocco.

Sociograph n°40, 2018, *Proches aidants et proches aidés : ressources et contraintes associées aux dynamiques familiales confrontées à la perte d'autonomie du parent âgé*. Myriam Girardin, Olga Ganjour, Marie-Eve Zufferey et Eric Widmer.

Sociograph n°41, 2019, *Revue internationale des modèles de régulation du cannabis*. Anne Philibert et Frank Zobel.

Sociograph n°42, 2019, *Dynamiques de formalisation et d'informalisation dans l'étude des migrations*. Edité par Nathalie Blais, Marisa Fois et Antoine Roblain. Avec Hélène Awet Woldeyohannes, Julien Debonneville, Nawal Bensaïd, Nathalie Blais, Marisa Fois, Fiorenza Gamba, Adèle Garnier, France Houle, Laurent Licata, Loïc Pignolo, Annaelle Piva, Toni Ricciardi, Antoine Roblain, Josette St-Amour Blais et Anissa Tahri.

Sociograph n°43, 2019, *Sommeil des adolescents et rythmes scolaires*. Claudine Burton-Jeangros et Maxime Felder. Avec la participation de Marion Aberle, Nicolas Charpentier, Alison Do Santos, Iuna Dones, Melissa Mapatano, Auxane Pidoux et Johanna Yakoubian.

Sociograph n°44, 2020, *Famille et vulnérabilités des enfants. État des lieux et responsabilités institutionnelles à Genève*. Jean-Michel Bonvin, Eric Widmer, Liala Consoli et Regula Zimmermann.

Sociograph n°45, 2020, *Enjeux éthiques dans l'enquête en sciences sociales*. Edité par Marta Roca i Escoda, Claudine Burton-Jeangros, Pablo Diaz et Ilario Rossi. Avec Sarah Bonnard, Margaux Bressan, Baptiste Brodard, Michael Cordey, Louise Déjeans, Eline De Gaspari, Valentine Duhant, Lucile Franz, Laurent Paccaud, Aude Parfaite, Léa Sallenave et Carla Vaucher.

Sociograph n°46, 2020, *Les drogues dans tous leurs états*. Edité par Sandro Cattacin, Anne Philibert, Loïc Pignolo, Barbara Broers et Guillaume Rey. Avec Audrey Arnoult, Marie Crittin, Dagmar Domenig, Bengt Kayser, Michel Kokoreff, Alexandre Marchant, Christian Schneider et Marc-Henry Soulet.

Sociograph n°47, 2020, *Les modes de garde après séparation : conditions et conséquences sur les relations familiales*. Marie-Eve Zufferey, Myriam Girardin, Olga Ganjour et Clémentine Rossier.

Sociograph 48, 2020, *Prishtina la paradoxale ou l'innovation dans un environnement adverse*. Edité par Sandro Cattacin et Loïc Pignolo. Avec Zachariah Aebi, Priscilla Bellesia Mbuinzama, Karim Jowary, Ariane Levrat, Estelle Lligona, Matteo Marano, Alys Martin, Malaïka Nagel, Ravi Ramsahye, Sophie Ratcliff, Estelle Röthlisberger, Giordano Rumasuglia et Annabella Zamora. Postface de Rifat Haxhijaj.

Sociograph 49, 2020, *Les colonialismes suisses. Entretiens (Vol. I)*. Édité par Sandro Cattacin et Marisa Fois. Avec Aline Boeuf, Margot Chauderna, Alexey Chernikov, Marianna Colella, Mariam Duruz, Guillaume Fernandez, Safi Lashley, Edil Mansilla, Yawa Megbayowo, Marilia Adriana Meyer-Fernandez Cazorla, Orlane Moynat, Ana Quijano et Kenza Wadimoff.

Sociograph 50, 2020, *Les colonialismes suisses. Études (Vol. II)*. Édité par Sandro Cattacin et Marisa Fois. Avec Aline Boeuf, Margot Chauderna, Marianna Colella, Mariam Duruz, Guillaume Fernandez, Safi Lashley, Edil Mansilla, Yawa Megbayowo, Marilia Adriana Meyer-Fernandez Cazorla, Orlane Moynat, Ana Quijano et Kenza Wadimoff.

Sociograph 51, 2020, *La socioéconomie des politiques sociales au service des capacités. Études de cas dans le contexte genevois*. Édité par Jean-Michel Bonvin et Aris Martinelli. Avec Mathieu Amoos, Cora Beausoleil, Hamadoun Diallo, Caroline Dubath, Julien Fakhoury, Fabienne Fallegger, Romain Gauthier, Romain Guex, Rose Hirschi, Mélanie Hirt, Lionel Lambert, Krisana Messerli, Luca Perrig, Lucien Pfister, Jérémie Savoy et Hannah Wonta.

Sociograph 52, 2020, *Lieux et temps des rituels d'inclusion territoriale dans le Grand Genève*. Édité par Fiorenza Gamba, Sandro Cattacin et Bernard Debarbieux. Avec Elise Barras, Leika Barthe, Florent Bolomey, Benjamin Bouele, Cyrille Chatton, Bruno Primo Da Silva, Tiffany Da Silva, Sven Favarger, Audrey Gagnaux, Laetitia Maradan, Simon Paratte, Thomas Rotunno, Olivier Waeber et Christina Zholdokova.

Sociograph 53, 2022, *Italiano on the road. Per i quartieri e le strade di Zurigo, Basilea e Ginevra*. Irene Pellegrini, Verio Pini e Sandro Cattacin.

Sociograph 54, 2022, *(In)former les patient.es à la recherche biomédicale : sociologie des documents d'information et de consentement*. Solène Gouilhers, Loïc Riom, Claudine Burton-Jeangros, Ainhoa Saenz Morales et Mathieu Amoos.

Sociograph 55, 2022, *Inventer le quotidien au temps du Covid-19 : communiquer, soigner et organiser*. Édité par Mathilde Bourrier, Michael Deml et Leah Kimber. Avec Jimmy Clerc, Océane Corthay, Margaux Dubois, Alexandrine Dupras, Lucas Duquesnoy, Fantine Gicquel, Katharina Jungo, Leah Kimber, Kamyar Kompani, Claudine Kroepfli, Kate de Rivero et Annabella Zamora.

Sociograph 56, 2022, *Décrochage scolaire et dynamiques familiales : Etat des lieux*. Eric Widmer, Olga Ganjour, Myriam Girardin, Sandra Huri, Marie-Eve Zufferey, Ivaine Droz-Dit-Busset et Benoît Reverdin.

Sociograph 57 a, 2022, *Vivre et travailler sans statut légal à Genève : premiers constats de l'étude Parchemins*. Yves Jackson, Claudine Burton-Jeangros, Aline Duvoisin, Liala Consoli et Julien Fakhoury.

Sociograph 57 b, 2022, *Living and working without legal status in Geneva. first findings of the Parchemins study*. Yves Jackson, Claudine Burton-Jeangros, Aline Duvoisin, Liala Consoli et Julien Fakhoury.

Sociograph 58, 2022, *Cannabis in the Swiss economy. Economic effects of current and alternate regulation in Switzerland*. Oliver Hoff.

Sociograph 59, 2022, *Sufficiency and wellbeing: a study of degrowth practices in the Geneva and Vaud area*. Orlane Moynat.

Sociograph 60, 2023, *Le jardin collectif urbain, un lieu de synergie pour le bien-être humain : étude de deux cas dans un écoquartier genevois*. Auxane Pidoux.

Sociograph 61, 2023, *Les aléas de l'appartenance : exclusion, inclusion et vivre-ensemble*. Edité par Mathilde Gouin-Bonenfant, Bob W. White et Sam Victor. Avec Nathalie Blais, Moussa Dieng Kala, Loïc Pignolo, Antoine Roblain et Camille Thiry.

Sociograph 62, 2023, « *Il était une fois la bioconstruction à Buenos Aires* » ou rendre visibles les utopies réelles comme alternatives au capitalisme. Malaïka Nagel.

Sociograph 63, 2023, *Endométriose : une maladie chronique féminine jouant sur les frontières de la visibilité*. Margaux Dubois.

Sociograph 64, 2024, *Vieillir en ville : les liens sociaux à l'échelle des commerces de quartier*. Edité par Loïc Pignolo et Cornelia Hummel. Avec Laetitia Ammon-Chansel, Felipe Augusto Dos Santos Ferreira, Marie Bieler, Paloma Hoarau, Dougan Jordan, Dara Kalbermatter, Chloé de Morawitz et Marina Sucari.

Sociograph 65, 2024, *Une refamilialisation du social dans la crise sanitaire de COVID-19 ? Éléments d'interprétation issus d'une revue de presse de mars à juin 2020 dans plusieurs pays européens*. Myriam Girardin, Eric Widmer, Olga Ganjour, Marie-Eve Zufferey, Vera de Bel, Sandra Huri et Manuel Tettamanti.

Sociograph 66, 2024, *Les politiques familiales dans le canton de Genève : Analyse dans une perspective du parcours de vie*. Sven Carlström, Oscar Waltz et Clémentine Rossier.

Sociograph 67, 2024, *Vulnérabilités face au VIH/sida et mobilités transfrontalières sur le Grand Genève. Premier rapport de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé*. Edité par Sabrina Roduit, Nicolas Charpentier et Sandro Cattacin. Avec les contributions de

Gregory Beltran, Walter Ceron, Olivier Dufour, Ludovic Lacroix, Tina Latifi, Xavier Mabire, Loïc Michaud, Olivier Nawej Tshikung, Emilie Piet, H  l  na Revil, Anne Saturno, Jennifer Socquet, Dario Spini et Vanessa Vaucher.

Toutes les publications se trouvent en ligne sous :
www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph

Le présent ouvrage est le premier rapport de l'Observatoire transfrontalier des inégalités sociales de santé lancé en 2023. Celui-ci est à considérer à trois niveaux.

Le premier niveau est celui de l'aboutissement d'une première année d'observation. Le rapport livre les premiers résultats permettant d'appréhender les parcours de santé transfrontaliers de personnes vulnérables au VIH ainsi que les inégalités sociales de santé inhérentes au contexte vécu sur le territoire du Grand Genève.

Le second niveau est de livrer un matériau original constitué lors des ateliers et table ronde du séminaire de lancement de l'Observatoire. Ce séminaire a rassemblé une cinquantaine de personnes issues d'une trentaine de structures associatives, hospitalières, institutionnelles, de France et de Suisse.

Avec le troisième niveau, il s'agit d'offrir une boîte à outils pour trouver les ressources afin d'agir en matière de lutte contre le VIH à l'échelle transfrontalière et de mettre en débat la réalité des parcours de santé transfrontaliers vécus. Ceci dans l'objectif de trouver des moyens d'innover en matière d'accompagnement ou de coordination des actions de santé, et trouver les concepts adaptés pour mettre en mots ces réalités invisibles.

Sabrina Roduit est collaboratrice scientifique à l'Université de Genève.

Nicolas Charpentier est coordinateur de lieu de mobilisation de l'association AIDES (association de lutte contre le sida en France) et chercheur associé à l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève.

Sandro Cattacin est professeur de sociologie à l'Université de Genève.

Avec les contributions de Gregory Beltran, Walter Ceron, Olivier Dufour, Ludovic Lacroix, Tina Latifi, Xavier Mabire, Loïc Michaud, Olivier Nawej Tshikung, Emilie Piet, Hélène Revil, Anne Saturno, Jennifer Socquet, Dario Spini et Vanessa Vaucher.

