



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2013-2014**

Subventions publiques et lutte contre
le VIH en Norvège

Stage au Directorat de la santé d'Oslo

Adélie DORSEUIL
20 juin 2014

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION	5
1 INTENTION DU RAPPORT	5
2 ZOOM INTRODUCTIF : LA SANTE EN NORVEGE	6
2.1 <i>Quelques chiffres</i>	6
2.2 <i>Le système de santé</i>	7
2.2.1 Découpage administratif	7
2.2.2 Ressources allouées à la santé.....	8
2.2.3 L'accès aux soins de la population	9
PARTIE I. : EXPERIENCE	11
3 PRESENTATIONS : LIEU ET SUJET DE STAGE	11
3.1 <i>Contexte institutionnel : le lieu de stage</i>	11
3.1.1 Le Directeur de la Santé	11
3.1.2 Le département de l'Enfance, l'Adolescence et la Vieillesse	13
3.1.3 Le service « Santé et sexualité »	14
3.2 <i>Objet d'étude : le sujet de stage</i>	16
3.2.1 Le VIH en Norvège	16
3.2.2 La stratégie VIH nationale.....	19
4 EXECUTION : MISSIONS DE STAGE	20
4.1 <i>Missions quotidiennes</i>	20
4.1.1 Travail administratif.....	20
4.1.2 Recherche et veille documentaire	21
4.2 <i>Mission prioritaire : l'allocation de subventions</i>	23
4.2.1 Prise de connaissance des dossiers	23
4.2.2 Élaboration d'un outil d'aide à la décision.....	25
4.2.3 Utilisation de l'outil d'aide à la décision	31
4.2.4 Évaluation de l'outil d'aide à la décision.....	36
4.3 <i>Mission secondaire : le reporting</i>	39
4.3.1 Reporting national	39
4.3.2 Reporting international	44

PARTIE II. : RESENTI	51
5	APPORT PERSONNEL : UNE NOUVELLE MANIERE DE TRAVAILLER 51
5.1	<i>Un environnement de travail très différent</i> 51
5.1.1	Santé et bien-être au travail 51
5.1.2	Conciliation entre vie privée et vie professionnelle..... 53
5.2	<i>Des méthodes de travail plus ouvertes</i> 54
5.2.1	Une approche participative 54
5.2.2	La recherche de cohésion 57
6	APPORT PROFESSIONNEL : UN APPRENTISSAGE COMPLET 58
6.1	<i>Mobilisation de compétences</i> 58
6.1.1	Analyse critique de la commande principale 58
6.1.2	Panel de compétences utilisées..... 60
6.2	<i>Acquisition de compétences</i> 61
6.2.1	Un apprentissage permanent 61
6.2.2	Les enseignements retenus 62
7	DIFFICULTES RENCONTREES 63
CONCLUSION	65
	UN DEBUT DE REPONSE A MA PROBLEMATIQUE..... 65
	BILAN DE L'EXPERIENCE DE STAGE..... 66
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
	DOCUMENTS INSTITUTIONNELS..... 68
	SOURCES STATISTIQUES..... 68
	ARTICLES SCIENTIFIQUES..... 68
	ARTICLES DE PRESSE 70
LISTE DES ANNEXES	71
I.	NOTE DE SYNTHESE : LES AUTO-TESTS VIH 71
II.	GRILLE : DETAIL DE NOTATION..... 78
III.	REPONSE A LA RECLAMATION DE NYE PLUS 80
IV.	RAPPORT ANNUEL : VIH ET SUBVENTIONS PUBLIQUES 83
V.	NOTE DE SYNTHESE : FONCTIONNEMENT GARPR..... 92
VI.	RAPPORT UNAIDS : LE VIH EN NORVEGE 97
VII.	DISCRIMINATION EN MILIEU PROFESSIONNEL 99
VIII.	SUBVENTIONS PUBLIQUES VIH (2014) 102

Remerciements

Je tiens à remercier dans un premier temps, toute l'équipe pédagogique de l'EHESP de Rennes et les intervenants professionnels responsables de la formation Pilotage des Politiques et Actions de Santé Publique, pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci.

Je remercie également Madame Anne Rocher pour son aide dans ma recherche de bourses, Madame Régine Mafféi et le service des relations internationales pour la gestion de mes conventions de stage et Messieurs François-Xavier Schweyer et Philippe Leroy pour l'aide et les conseils qu'ils m'ont apporté concernant les missions évoquées dans ce rapport.

Je remercie tout particulièrement Ole Trond Berg qui a joué un rôle absolument essentiel dans l'obtention de ce stage et a été une source d'information précieuse.

Enfin, je tiens à remercier et à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour l'expérience enrichissante et pleine d'intérêt qu'elles m'ont fait vivre durant ce stage au sein du Directeurat de la Santé d'Oslo :

Ellen Margarethe Carlsen, Directrice du Département de l'Enfance, l'Adolescence et la Vieillesse, pour son accueil chaleureux et pour la disponibilité dont elle a fait preuve pour répondre à mes questions.

Nina Sømmer Andresen, responsable du groupe focus VIH et maître de stage, pour m'avoir intégré rapidement au sein du service, pour le temps qu'elle m'a consacré tout au long de cette période malgré un emploi du temps chargé et pour m'avoir accordé toute sa confiance en me confiant des missions à responsabilité.

L'ensemble du personnel du Département de l'Enfance, l'Adolescence et la Vieillesse pour leur accueil bienveillant et leur coopération professionnelle tout au long de ce stage.

Introduction

1 Intention du rapport

De février à juin 2014, j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage de fin d'études au sein du Directeurat de la Santé à Oslo. J'ai choisi cette institution en raison du rôle majeur qu'elle joue en Norvège en termes de mise en œuvre des politiques de santé et dans l'espoir que cette expérience me permettrait de mieux saisir les enjeux de l'application concrète des politiques de santé sur le terrain.

Ma mission de stage s'inscrivait pleinement dans la continuité du Master Pilotage des Politiques et Actions de Santé Publique et a constitué l'aboutissement de mon projet académique. Ce stage s'est aussi révélé comme une première expérience très positive du milieu professionnel norvégien et m'a conforté dans mon projet professionnel.

Durant mon stage, j'ai participé à la gestion des subventions versées par le Directeurat aux différentes organisations (ONG, hôpitaux, collectivités locales,...) qui œuvrent dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA en Norvège. À ce titre, j'ai tenté d'apporter ma contribution au perfectionnement du processus d'allocation en essayant de répondre à la question suivante :

Comment optimiser l'allocation des subventions du Directeurat de la Santé afin d'agir efficacement contre le VIH/SIDA en Norvège ?

La première partie de ce mémoire de stage (I) relate l'expérience du stage et tente de répondre à cette problématique en analysant le contexte institutionnel qui encadre la gestion des subventions (3.1) et leur objet : la prévention du VIH/SIDA en Norvège (3.2). Par la suite, le rapport décrit et analyse les missions effectuées en tant que modes d'actions permettant de répondre à cette problématique, qu'il s'agisse des missions quotidiennes qui assurent le

fonctionnement de l'institution (4.1) ou des tentatives d'optimisation mises en œuvre à priori (4.2) et à posteriori (4.3).

La seconde partie de ce mémoire de stage (II) opère un retour réflexif sur l'expérience du stage. J'y exprime mon ressenti tant en termes d'acquis personnels (5) que professionnels (6) et expose les difficultés que j'ai pu rencontrer (7).

2 Zoom introductif : la santé en Norvège

2.1 Quelques chiffres

La Norvège est un pays industrialisé qui affiche des indicateurs de développement et de santé relativement positifs. **L'espérance de vie norvégienne est de 81,4 ans en moyenne ; avec 83,4 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes** (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2014). Ce chiffre se situe au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE mais en dessous de la moyenne française qui atteint 81,8 ans en moyenne soit 85 ans pour les femmes et 78,6 ans pour les hommes (Insee 2013). Le taux de fécondité atteint 1,87 en Norvège contre 2,08 en France en 2014 (Statistiques Mondiales 2014).

Le taux de mortalité infantile est inférieur à celui de la France (3.4 pour 1000 naissances contre 3.9 en France). **En 2011, les maladies cardio-vasculaires étaient la première cause de mortalité en Norvège avec 230 morts pour 100 000 habitants.** Venait ensuite le cancer, avec 216 morts pour 100 000 habitants puis la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) avec 37 morts pour 100 000 habitants et le diabète avec 13 (Helsedirektoratet 2014). Il y a moins de décès par cancer chez les hommes en Norvège qu'en France (209 pour 100.000 habitants contre 269) mais davantage chez les femmes (139 pour 100.000 contre 252). En revanche, les suicides sont moins nombreux qu'en France (15.2 pour 100.000 hommes et 5.5 pour 100.000 femmes, contre respectivement 19.2 et 6.5 en France) (Leroy 2008).

Le tabagisme quotidien en Norvège a diminué de moitié en 15 ans passant de 34 % à 17 %. Près de 700 000 Norvégiens fument encore tous les jours et environ 300 000 fument occasionnellement. En revanche, **le taux d'obésité chez les adultes norvégiens a doublé entre 1995 et 2011, passant de 5 à 10%**. Ce taux demeure cependant plus faible qu'aux États-Unis (28,5%) ou qu'en France (16%).

L'Index de Développement Humain (IDH) norvégien occupe la tête du classement mondial depuis le début des années 2000 tandis que celui de la France se situe à la 20^e place (Helsedirektoratet 2014). Les indicateurs de satisfaction de la population y sont également particulièrement positifs. **La Norvège occupait en effet la deuxième place du classement Cantrill¹ de l'OCDE en 2013** avec une moyenne de 7,7 points, juste derrière la Suisse (7,8 points). La France quant à elle se situe juste au-dessus de la moyenne de l'OCDE avec 6,5 points (Helsedirektoratet 2014).

2.2 Le système de santé

Le système de santé norvégien est l'un des plus développés parmi les pays industrialisés. **Le principal bénéfice du système de santé norvégien est que les services de santé sont basés sur les besoins sans égard aux revenus personnels.** En effet, les services de santé publics sont financés par l'impôt et conçus pour être accessibles à toutes les personnes résidant dans le pays, quel que soit leur statut social.

2.2.1 Découpage administratif

Le système de soins norvégien est organisé en trois niveaux : national, régional et local. Le ministère de la Santé au niveau national a la responsabilité d'ensemble pour le système de soins. Sous la responsabilité du ministère, les services de santé sont

¹ L'échelle de Cantrill sert à estimer la vie d'un sujet en fonction de ses attentes, de ce qu'il perçoit comme résultats à ses efforts. Cette échelle est graduée de 10 à 0, la valeur 10 représente « la meilleure vie possible pour toi » et la valeur 0 « la pire vie possible pour toi ». L'échelle de Cantrill permet de faire une estimation globale de la vie d'un sujet (Inserm 2010).

décentralisés au niveau régional, représenté par les cinq régions, et au niveau local, représenté par les 434 communes.

Les régions assurent la responsabilité des soins spécialisés, notamment au sein des CHU. **Les communes sont le socle du système de santé norvégien. Elles ont la responsabilité de pourvoir aux soins primaires de santé** et gèrent les dispensaires et la médecine générale. La prévention, la rééducation et les soins courants en général sont du ressort des communes. Elles possèdent une certaine autonomie et doivent décider de la meilleure manière dont les soins primaires doivent être utilisés pour leurs administrés.

Il existe également des cliniques et des services de soins privés agréés par l'État. Cependant, **la Norvège demeure hostile à la privatisation de ses services de santé.** L'une des dispositions de la Loi sur les entreprises de santé stipule en effet que l'activité hospitalière ne peut être transférée à des propriétaires privés sauf décision du Parlement.

2.2.2 Ressources allouées à la santé

Les dépenses de soins de santé par habitant en Norvège sont parmi les plus élevées du monde et sont essentiellement financées par le secteur public. En Norvège, 85% des dépenses de santé ont été financées par des fonds publics en 2011, bien au-dessus de la moyenne de l'OCDE de 72%. Les dépenses de santé y ont augmenté de 3,7% par an en moyenne entre 2000 et 2009 pour ralentir à 1,8% par an en moyenne entre 2009 et 2011. **En termes de dépenses de santé par habitant, la Norvège est classée au deuxième rang parmi les pays de l'OCDE en 2011 avec 5 669 USD²**, juste après les États-Unis (8 508 USD) mais au-dessus de la moyenne française (4 118 USD) ou de celle de l'OCDE (3 339 USD). **Le total des dépenses de santé norvégiennes représente 9,3% du PIB en 2011**, ce qui est égal à la moyenne de l'OCDE mais plus faible qu'aux États-Unis avec 17,7% ou qu'en France avec 11,6% (OCDE 2013).

² Valeur ajustée en termes de parité de pouvoir d'achat.

La Norvège emploie davantage de ressources humaines dans le secteur de la santé que la plupart des pays de l'OCDE. **Avec ses 390.000 salariés, le secteur de santé est l'un des plus importants de la société norvégienne** (Spilker 2010). **En 2011, il y avait en Norvège 3,7 médecins en activité pour 1000 habitants**, contre une moyenne de 3,2 dans les pays de l'OCDE et de 3,3 en France (OCDE 2013). Les services de soins dispensés par les généralistes sont facilement accessibles en Norvège. Si la couverture varie selon les régions, le nombre de médecins est proportionnellement plus dense dans les départements où l'habitat est dispersé et où les communications sont difficiles, notamment en Norvège du Nord (ARSI 2011).

Depuis 2000, la Norvège a mis en place un système de médecins référents permettant à tous ceux qui le souhaitent d'avoir un médecin généraliste unique auquel s'adresser. Désormais tout résident légal en Norvège possède un profil patient créé automatiquement en ligne sur lequel il peut se rendre pour choisir son médecin traitant, prendre rendez-vous, récupérer une prescription et s'informer sur la santé en général.

La profession infirmière occupe une place importante dans le système de santé aux cotés des médecins généralistes. **La Norvège emploie en effet davantage d'infirmières que la plupart des autres pays de l'OCDE avec 12,9 infirmières pour 1000 habitants**, bien au-dessus des moyennes de l'OCDE (8,7) et de la France (8,8) (OCDE 2013). Le nombre de lits de soins aigus est plus faible en Norvège (3,3 pour 1000 habitant contre 4,8 en moyenne pour l'OCDE) mais les durées moyennes de séjour sont plus faibles et les lits mieux occupés.

2.2.3 L'accès aux soins de la population

Les services de santé publics sont financés par l'impôt et conçus pour être accessibles à toutes les personnes résidant en Norvège, quel que soit leur statut social ou leur nationalité. **Il s'agit d'un système universel ouvert sans autre condition à tous les résidents et sans besoin d'adhésion à une assurance ou à une mutuelle**

complémentaires. Le système de sécurité sociale est une assurance collective qui couvre l'ensemble des habitants du royaume et assure diverses prestations sociales (chômage, vieillesse,...).

En matière de maladie, elle prend en charge les dépenses payées par l'utilisateur des services au-delà d'un plafond fixé annuellement (de l'ordre de 1500 couronnes, soit environ 190 euros). Les plus pauvres bénéficient d'une couverture plus étendue sans forfait qui couvre toutes leurs dépenses à 100%. Le reste de la population dépensera donc, au maximum 190€ par an en dépenses de santé (y compris dans le secteur privé). Les patients hospitalisés ou à qui sont prescrits des médicaments sur ordonnances « blå resept » (réservées aux affections lourdes et/ou de longue durée) bénéficient automatiquement de la gratuité des prestations.

La Norvège connaît un problème de listes d'attente au sein des hôpitaux publics. Les patients à traiter en urgence sont pris en charge immédiatement mais tous les autres qui demandent un examen ou un traitement dans un hôpital public sont inscrits sur des listes d'attente. La durée de l'attente varie selon les départements et d'un domaine médical à l'autre. C'est en orthopédie et en oto-rhino-laryngologie que les listes d'attente sont les plus longues. Les patients atteints d'une maladie grave ont la garantie légale d'être soignés dans les trois mois. Tous les autres patients doivent en principe attendre que des possibilités de soins se libèrent, cependant **la garantie d'être soigné dans les trois mois demeure effective pour la plupart des patients.**

Partie I. : Expérience

3 Présentations : lieu et sujet de stage

Cette partie a pour objet de poser le contexte et les enjeux de mon stage en prenant en compte l'institution dont j'ai fait partie et les problématiques sur lesquelles j'ai été amenée à travailler.

3.1 Contexte institutionnel : le lieu de stage

3.1.1 Le Directeurat de la Santé



1. Organigramme du Directeurat de la santé

Le Directeurat de la Santé (Helsedirektoratet) est un **organe exécutif constitué d'experts et rattaché au Ministère de la Santé et des Soins** norvégien (Helse og Omsorgsdepartementet). Le Directeurat est responsable de la surveillance des facteurs influant sur la santé publique et le développement des services de santé et de soins et agit aux niveaux régional et local. Il remplit **trois missions principales** :

- **Conseil et expertise**
- **Exécution de la politique de santé**
- **Application des lois et règlements liés au secteur de la santé et des soins**

Sa mission de conseil et d'expertise est effectuée de manière indépendante et autonome et s'adresse à **tous les acteurs impliqués dans le secteur de la santé**, des usagers aux professionnels de santé en passant par les ONG et les collectivités locales. L'information du public représente également une composante majeure de la charge de travail du Directeur.

Ses missions d'exécution de la politique de santé et d'application des lois et règlements en font cependant un exécutant du Parlement et du Gouvernement. Ces missions se traduisent par la **mise en œuvre de plan d'actions et campagnes** ainsi que l'**allocation de subventions** en accord avec les objectifs de la politique de santé.

L'objectif principal affiché par l'institution est de **renforcer la coopération, entre les acteurs** (usagers, professionnels de santé, autorités de santé, municipalités, ministères et administration de l'Etat) **et entre les politiques** (santé, transport, éducation et environnement). Il s'agit d'une approche intitulée « *La santé dans toutes les politiques* » et défendue par le Ministère de la Santé et ses partenaires depuis plusieurs années.

De manière générale, le Directeur est appelé à favoriser un processus décisionnel impliquant l'**interdisciplinarité**, la **participation de la société civile** au sens large et l'utilisation accrue des méthodes fondées sur des preuves, en particulier la **stratégie commune d'intervention précoce**³. Enfin, le Directeur est également **engagé au niveau international**, en particulier auprès de l'OMS, toujours dans une logique d'interdisciplinarité et de dialogue.

³ Cf. programme intitulé « *De la réflexion à l'action* » (Fra bekymring til handling) préconisant une intervention précoce. Cette approche est focalisée sur la formation, la connaissance des facteurs de risque ainsi que l'interdisciplinarité et s'appuie sur un [site web informatif, participatif et interdisciplinaire](#).

3.1.2 Le département de l'Enfance, l'Adolescence et la Vieillesse

Le département de l'Enfance, l'Adolescence et la Vieillesse (Avdeling Oppvekst og Aldring) se situe au sein de la **division Santé Publique du Directorat**. À première vue, il peut sembler contre-intuitif de joindre les enfants, les adolescents et les personnes âgées dans un même département, mais il s'agit finalement de **populations vulnérables** souvent plus pauvres et plus dépendantes que le reste de la population et pour lesquelles les inégalités de santé ont un impact considérable.

Le département est focalisé sur la **coopération intersectorielle** et centralise toutes les initiatives liées aux enfants, aux jeunes et aux plus âgés ; qu'elles viennent d'en haut (ministère de la santé) ou d'en bas (société civile). La **promotion de la santé**, en particulier au travers de l'alimentation et de l'activité physique ainsi que la **prévention**, en particulier au travers de l'éducation, sont les approches prioritaires et représentent l'essentiel du budget du département.

Concernant les enfants et les jeunes, le milieu scolaire est la cible principale des initiatives mises en œuvre. L'objectif de **promotion de la santé en milieu scolaire** se traduit par des actions sur l'**environnement** d'apprentissage, la qualité nutritionnelle des **repas** proposés, la promotion de l'**activité physique**, l'**éducation sexuelle**⁴, l'information concernant l'alcool, le tabac⁵ et autres **drogues**, la **santé mentale**⁶ et les facteurs de **décrochage scolaire**. Au-delà du milieu scolaire la commercialisation des aliments et

⁴ Cf. partie suivante

⁵ En Norvège, la proportion d'adultes qui fument chaque jour a été réduite de 36% en 1980 à 17% en 2011, ce qui est en dessous de la moyenne de l'OCDE de 21%. Depuis un rapport de l'OMS de 2010 y décrivant l'offre d'aide à l'arrêt du tabac comme trop peu systématique, la Norvège a lancé un plan de prévention et renforcé l'offre de services de santé spécialisés en la matière. Désormais, il existe un réseau de médecins généralistes et de municipalités chargé d'accompagner les fumeurs dans l'arrêt du tabac. Ce réseau s'appuie sur la ligne téléphonique QuitLine (800 400 85) et le site slutta.no.

⁶ En 2013, un projet de R&D intitulé « L'école comme arène pour la santé mentale » (Skolen som arena for psykisk helse) a été initié par le Directorat en collaboration avec la Direction de l'éducation et l'association Manifeste contre l'intimidation.

boissons gras ou sucrés pour enfants font l'objet d'une réglementation de plus en plus stricte (restriction de la publicité, contrôle des apports nutritionnels, taxation,...).

Concernant les personnes âgées, la pratique d'une activité physique régulière est la priorité exprimée dans les travaux liés au **vieillessement actif**⁷.

3.1.3 Le service « Santé et sexualité »

J'ai effectué mon stage dans le **service dédié à la sexualité** (Seksuell Helse) situé au sein du département de l'Enfance, l'Adolescence et la Vieillesse. Bien que ce dernier soit intégré à un département dédié aux jeunes et aux personnes âgées, la sexualité y est abordée comme un thème concernant l'ensemble de la population au sein de laquelle sont identifiés des **groupes « à risque »**. Chaque mesure est ensuite adaptée à l'âge, au sexe, à la culture et à l'orientation sexuelle du public cible. L'intention de faire des questions de santé sexuelle une partie intégrante de la santé publique au sens large. Les pays nordiques ont par ailleurs développé une coopération renforcée en matière de prévention et de promotion de la santé sexuelle.

Encore une fois, l'approche se fonde essentiellement sur des actions de **prévention** et de **promotion de la santé**. Le Directorate est en effet à la tête de l'effort national de promotion de la santé sexuelle et reproductive. La réduction du nombre d'avortements⁸ et l'incitation, auprès des jeunes et jeunes adultes, à appréhender leur sexualité de manière responsable sont les objectifs concrets du service, cependant l'accent est mis sur une **représentation positive de la sexualité**. Les concepts clés sont **l'autodétermination, la maîtrise et la possession de son propre corps et de sa sexualité**. Cette approche se

⁷ Le plan « Vieillessement Actif » (Aktiv Aldring) a pour objet de promouvoir l'exercice physique chez les personnes âgées. Lancé en 2009 et renouvelé en 2012, il est actuellement en période d'évaluation.

⁸ Depuis 1979, l'avortement au cours des 12 premières semaines de grossesse est un droit inaliénable en Norvège. Sur les 15 735 avortements réalisés en 2010 (soit 14 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans), 95% étaient effectués avant l'expiration de ce délai et 4,2% l'étaient une fois le délai dépassé (sous conditions). 73% des avortements sont médicamenteux et la majorité des procédures concerne les femmes âgées entre 20 et 24 ans.

base sur les résultats de la recherche internationale qui indiquent qu'avoir de bonnes connaissances et une relation positive vis-à-vis de son corps et de la sexualité sont essentiels pour favoriser des comportements sûrs (Helsedirektoratet 2014).

En matière de promotion de la santé, l'objectif est de créer les **conditions facilitant le développement de l'autonomie et de l'identité sexuelles** sans danger pour soi ou pour autrui. En matière de prévention, la **transmission du VIH et des autres IST** ainsi que les **comportements à risque** et les **abus sexuels** sont les cibles principales des mesures mises en place. Actuellement, l'augmentation récente des grossesses non-désirées et des cas de chlamydia en a fait des cibles prioritaires des campagnes de prévention.

Les modes d'action privilégiés sont axés sur l'**accès libre et gratuit à la connaissance** en termes de sexualité et à des **services de conseil et d'accompagnement** en matière de **contraception, d'avortement** ainsi que de **prévention, dépistage et traitement** des IST. L'accès à l'information est garanti par le travail de nombreuses organisations et associations, par les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire et par les différents sites officiels



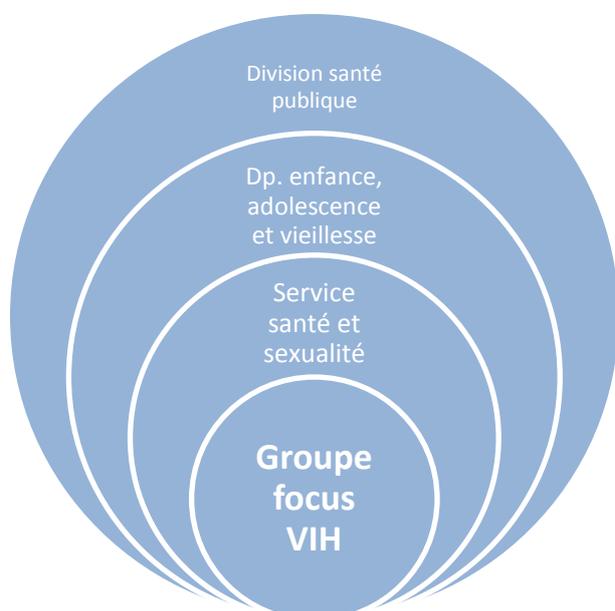
Le renforcement de l'**usage des préservatifs** est une priorité clairement affichée par le directeur. Ce dernier consacrera d'ailleurs en 2014 près de 2 millions de couronnes à la mise en œuvre d'une **campagne de distribution de préservatifs à l'échelle nationale**. Depuis 2006, le Directeur gère, en partenariat avec HelseNorge, le site www.gratiskondomer.no (cf. image ci-contre) à partir duquel il est

possible de **commander des préservatifs gratuitement** avec un choix entre six types de produits. La commande est livrée sous trois jours dans une enveloppe banalisée à l'adresse

enregistrée sur le site internet. En 2013, **3 millions de préservatifs** ont été distribués au moyen de ce site internet et par l'intermédiaire des centres de soins primaires dispersés sur le territoire.

3.2 Objet d'étude : le sujet de stage

Au sein du service « Santé et sexualité » deux personnes, dont ma maître de stage, sont chargées de travailler à la prévention du VIH/SIDA. A nous trois, nous formons le « groupe focus VIH ».



2. Place du groupe focus VIH au sein de l'institution

3.2.1 Le VIH en Norvège

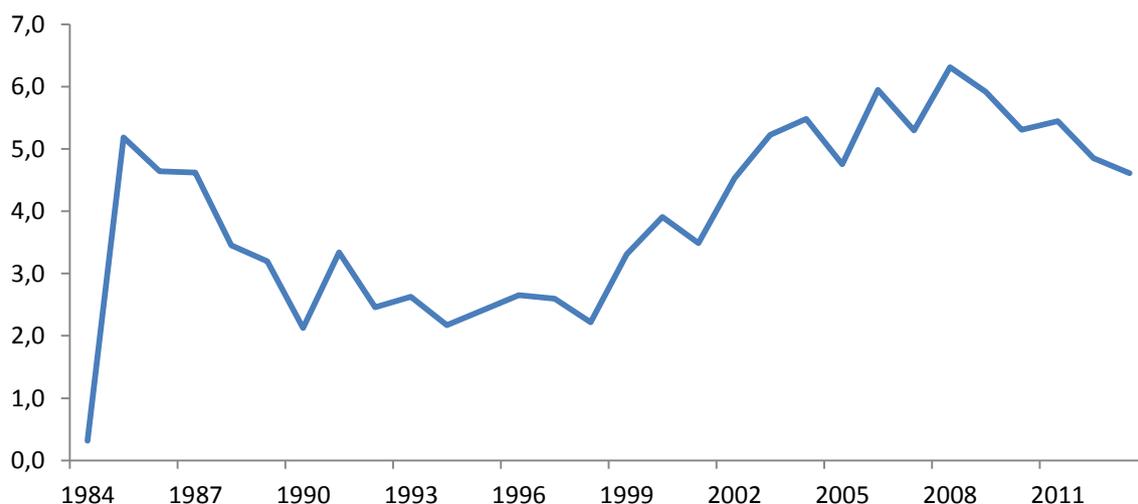
Depuis 1984, le VIH est dépisté de manière anonyme et les résultats sont automatiquement transmis à l'Institut de Santé publique Norvégien (Folkehelseinstitutt). **En 2013, 233 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués** en Norvège (contre 242 en 2012), dont 158 (68%) chez des hommes et 75 (32%) chez des femmes⁹. Malgré un dépistage

⁹ À titre de comparaison, 6400 nouveaux cas ont été recensés en France au cours de l'année 2013 soit 30 fois plus de cas pour une population seulement 13 fois plus grande (InVS 2013).

accru, le nombre annuel de nouveaux cas de VIH **continue de diminuer depuis un pic en 2008** (cf. graphique page suivante). Le renforcement des contrôles, l'usage accru des préservatifs et les progrès en matière de traitement du VIH/SIDA sont considérés comme les causes principales de cette diminution.

Entre 1984 et 2013, 5371 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués en Norvège, dont 3618 hommes (67%) et 1753 femmes (33%). Il n'existe pas de statistique du nombre exact de personnes vivant actuellement avec le VIH/SIDA mais sur ces 5371 cas, environ 1000 personnes sont décédées (des suites du SIDA ou non) ou parties à l'étranger. **Au total, il est estimé qu'environ 4300 personnes vivent actuellement avec le VIH/SIDA en Norvège¹⁰.**

Nombre de cas signalés (/100 000 hab.)



3. Progression du nombre de cas de VIH signalés depuis 1984

Source : Folkehelseinstitutt, 2014

Les défis actuellement rencontrés par la Norvège concernant la prévention du VIH/SIDA sont essentiellement liés à une **recrudescence des cas de VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)** et à des **difficultés à pleinement réaliser leurs actions de prévention auprès des populations immigrantes** (cf. tableau suivant).

¹⁰ À titre de comparaison ce nombre atteint les 150 000 personnes en France.

Mode de transmission	<2004	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Hétérosexuels	1273	161	134	165	141	185	171	157	155	142	123	2806
- contaminés en Norvège	443	42	33	42	41	46	44	57	46	46	31	871
- contaminés hors de Norvège	830	119	101	123	100	139	127	100	109	96	92	1935
HSH	893	71	56	90	77	92	88	85	97	76	98	1724
Usagers de drogues	486	15	20	7	13	12	11	11	10	11	8	604
Produits sanguins	46	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	47
Mère/enfant	34	1	5	6	9	4	4	1	4	7	1	76
Autres/inconnus	61	2	4	9	8	6	9	4	2	6	3	114
Total	2793	250	219	277	248	299	284	258	268	242	233	5371

4. Populations touchées par le VIH depuis 2004

Source : Folkehelseinstitutt, 2014

Chez les **HSH**, les chiffres demeurent élevés si l'on compare avec la situation d'il y a dix ans. **En moyenne le nombre de nouveaux cas est en augmentation** (sauf en 2012). Entre 2004 et aujourd'hui, les **chiffres les plus élevés ont été atteints en 2011 et 2013** avec respectivement 97 et 98 nouveaux cas. Le nombre d'**hétérosexuels** infectés, qu'il s'agisse d'une contamination en Norvège ou antérieure à l'arrivée en Norvège sont **en diminution**, cependant **les contaminations antérieures à l'arrivée en Norvège représentent 69% des cas** de VIH diagnostiqués chez les hétérosexuels. Les immigrants demeurent ainsi une population à risque en termes d'incidence du VIH. Chez les **usagers de drogues par intraveineuse**, les chiffres sont restés **très stables et relativement bas** ces dernières années. L'accès libre et gratuits à des équipements stériles pourrait expliquer ce faible nombre. Enfin, les **contaminations de mère à enfant** concernent quasiment exclusivement les mères venues de l'étranger, et déjà très avancées dans leur grossesse, pour lesquelles l'administration d'un **traitement antirétroviral à leur arrivé en Norvège n'est pas suffisant car trop tardif**. Le dépistage du VIH fait partie des contrôles de routine et est systématiquement et gratuitement effectué chez les femmes enceintes. Toute femme enceinte séropositive a, par ailleurs, automatiquement droit à un accès immédiat et gratuit au traitement antirétroviral approprié.

3.2.2 La stratégie VIH nationale

La politique de santé nationale a consacré en 2009 un plan entièrement consacré au VIH intitulé « *Acceptation et adaptation – Stratégie Nationale VIH 2009-2014* » (Aksept og mestring – Nasjonal hivstrategi 2009-2015). Cette stratégie est focalisée sur les populations à risque, c'est-à-dire les HSH et les immigrants et se conforme à l'impératif d'interdisciplinarité en **faisant coopérer six ministères** : le **Ministère du travail et de l'insertion sociale**, le **Ministère de l'enfance et de l'égalité**, le **Ministère de la santé et des soins**, le **Ministère de la justice et de la police** ainsi que le **Ministère de l'environnement et du développement international**.

La stratégie s'organise selon *deux objectifs généraux* :

- **Réduire l'incidence du VIH**, en particulier au sein des populations vulnérables
- **Assurer que chaque personne vivant avec le VIH/SIDA ait accès à un accompagnement et à un traitement de qualité** quels que soient son âge, son sexe, son orientation ou ses pratiques sexuelles, son origine ethnique ou son milieu social.

Huit objectifs plus spécifiques sont associés à cette stratégie :

- Développer la **connaissance** autour du VIH/SIDA au sein de la population
- Réduire les situations de **stigmatisation** et/ou **discrimination** liées au VIH/SIDA
- Réduire le nombre de **nouvelles infections**, surtout au sein des groupes vulnérables
- Augmenter les tests de **dépistage** précoces
- Mettre en œuvre une **prise en charge transversale** fondée sur la coopération entre les différents professionnels de santé
- Assurer l'**accès au marché du travail** aux séropositifs
- Promouvoir la **coopération internationale** en termes de lutte contre le VIH/SIDA
- Développement de la **recherche** en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA

Ces objectifs sont intégrés à la stratégie sans hiérarchie précise entre les uns et les autres. J'ai eu l'occasion, dans le cadre d'une des tâches qui m'étaient déléguées, de réfléchir aux logiques sous-jacentes régissant ces objectifs (cf. [partie 4.2.2](#)).

Le plan « *Acceptation et adaptation* » arrive à son terme l'année prochaine, en même temps que le plan actuel consacré à la santé sexuelle. **L'étape suivante consiste en l'intégration de la stratégie de prévention du VIH à la stratégie générale en matière de santé et de sexualité** afin de produire un document unique. L'approche préventive est vouée à concerner toutes les IST. Cela est d'autant plus important qu'une approche plus généraliste permettrait de **moins stigmatiser le VIH/SIDA** et de traiter cette affection de la même manière que d'autres maladies graves telles que la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite ou la tuberculose.

4 Exécution : missions de stage

Cette partie adresse plus concrètement les missions qu'il m'a été donné de réaliser au cours de mon stage et qui m'ont permis d'apporter quelques réponses à ma problématique.

4.1 Missions quotidiennes

4.1.1 Travail administratif

Quotidiennement, j'étais amenée à réaliser différentes tâches administratives. **Préparer les réunions hebdomadaires** organisées par le service Santé et sexualité ainsi que le département de l'Enfance, l'Adolescence et la Vieillesse faisait partie de mes responsabilités. L'objectif était de lire l'ordre du jour (envoyé par mail deux à trois jours en avance), et les éventuels documents joints, avant de réfléchir aux apports ou aux critiques que l'on était en mesure de formuler sur la question. Je devais effectuer ce travail de suivi au même titre que les autres employés **afin de pouvoir participer aux débats** lors des réunions.

J'avais également pour responsabilité de gérer les documents en ligne correspondant aux cas qui m'étaient alloués. Le Directeur utilise un logiciel de gestion de dossiers intitulé 360. Ce système de gestion stocke tous les documents relatifs à chaque dossier pris en charge par le Directeur. Chaque organisation y possède son propre « dossier cas » (associé à un numéro de dossier) qui rassemble tous les documents échangés entre le cette dernière et le Directeur. À partir du numéro de dossier on peut donc retrouver tous les documents liés à une organisation. J'ai eu l'occasion de transférer plusieurs documents sur cette plate-forme et je l'ai aussi beaucoup utilisé dans mon travail de recherche (cf. [partie 4.1.1](#)).

Avec l'aide du système 360, j'ai aussi participé à la mission qui incombe à tout fonctionnaire : diffuser les documents ouverts au public. **En application de l'impératif de transparence, il existe en Norvège une « obligation d'information » (innsynskrav) qui donne le droit à tout résident en Norvège d'exiger n'importe quel document public.** Ce document, sous réserve qu'il ne contienne pas d'information confidentielle ou nominative, **doit être transmis au demandeur sous trois jours ouvrés.** L'agent en charge du dossier/document concerné est responsable de cette diffusion. En cas d'absence c'est le service des archives qui s'en charge. Toute demande de document doit recevoir une réponse ; soit le document en question, soit les raisons juridiques pour lesquelles cette demande est rejetée et les possibilités de recours. Tous les dossiers de candidatures, rapports d'évaluation, lettres d'allocation de subvention, lettres de refus de subvention, etc. sont réputés publics, de ce fait il m'est arrivé à plusieurs reprises de devoir envoyer ce type de document aux organisations qui en faisaient la demande.

4.1.2 Recherche et veille documentaire

L'ensemble de mes missions nécessitait une **veille documentaire permanente sur le thème du VIH/SIDA en Norvège et dans le monde et plus précisément sur le rôle et le fonctionnement des organisations œuvrant sur le terrain.** Je devais être au courant des

changements de direction à la tête des plus grosses organisations et de l'avancement des projets en cours.

J'ai aussi été occasionnellement chargée de petits projets de recherche documentaire. Le projet le plus significatif en la matière a été **l'élaboration d'une note de synthèse sur les autotests VIH**. Ce document avait pour vocation d'être utilisé par les représentants de la Norvège au sein du think-tank VIH/AIDS de la DG Sanco. La DG Sanco ou Direction générale de la santé et des consommateurs, anciennement Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, est l'un des services administratifs de la Commission Européenne. Il a pour rôle de proposer des mises à jour et surveiller la mise en application de la législation européenne en matière de sécurité des denrées alimentaires, de droits des consommateurs et de protection de la santé humaine au niveau de l'Union européenne.

La question des autotests VIH doit être débattue lors du prochain rassemblement de ce think-tank et le Directorate avait décidé d'adopter une posture proactive et de présenter un document en anglais présentant les enjeux du débat et éventuellement la position du Directorate sur la question. J'ai été chargée de la réalisation de ce document. Pour ce faire, j'ai consulté plusieurs membres du Directorate ayant travaillé dans le milieu de la prévention du SIDA, certains en tant que professionnels de santé, d'autres en tant qu'acteurs de terrain bénévoles. J'ai sollicité un centre de recherche norvégien (Institut National de Santé Publique) ainsi que certaines organisations (Aksept et Helseutvalget) et suis entrée en contact avec un membre de l'administration de la santé en Suisse. J'ai également eu recours aux projets de recherche qui avaient été menés, quasi exclusivement aux États-Unis, sur le thème des autotests et qui étaient disponible en ligne ou dans la bibliothèque du Directorate.

Le document final (cf. [annexe I](#)) arrivait à la conclusion suivante : **les autotests VIH étant déjà largement disponibles sur internet, la question n'est pas tant de savoir s'il s'agit de les autoriser ou non mais plutôt de réfléchir à la manière de contrôler leurs**

conditions d'usage et de développement. Il est important de s'assurer que tels tests soient accessibles à un prix abordable, que leur qualité soit garantie par le label CE, qu'ils ne deviennent pas un substitut des tests classiques en milieu médical, qu'ils fonctionnent en parallèle avec une offre de conseil et de soutien émotionnel et qu'ils soient directement liés aux services de santé en cas de nécessité de prise en charge médicale¹¹. Après relecture, **ce document a été transmis au responsable du think-tank qui nous a ensuite demandé si nous acceptons qu'il soit distribué à l'ensemble des membres comme document d'introduction au débat.**

Dans le cadre d'un autre projet de recherche j'ai également été chargée d'analyser différents documents francophones abordant la discrimination des séropositifs en milieu professionnel (cf. [annexe VII](#)). Le Directeurat devait en effet réaliser un support d'information à destination des employeurs norvégiens afin de lutter contre cette discrimination. Le processus avait débuté par un tour d'horizon de ce qui était fait à l'étranger et j'avais été désignée pour étudier les sources francophones.

4.2 Mission prioritaire : l'allocation de subventions

La mission centrale de mon stage reposait sur une activité d'aide à la décision dans le cadre de l'allocation de subventions à des organisations participant à la lutte contre le VIH.

4.2.1 Prise de connaissance des dossiers

L'objectif final était de **distribuer les 21 millions de couronnes (soit environ 2,5 millions d'euro)** budgétés dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. La **prévention des nouvelles contaminations** et **l'empowerment des patients atteints du VIH** étaient les deux priorités qui devaient guider les choix d'allocation, en application des axes stratégiques nationaux.

¹¹ Pour plus de précisions sur la teneur du document, je vous invite vivement à consulter la copie du rapport jointe en annexe (cf. [annexe 1](#)).

En 2014, le Directeurat reçu une trentaine de dossiers de candidature dont la totalité des demandes de subventions s'élève à 34 millions de couronnes (soit plus de 4 millions d'euros). L'analyse et l'évaluation des candidatures avait pour objectif de moduler les sommes allouées en fonction de la qualité de chaque dossier. Deux employées et moi-même étions en charge d'effectuer cette sélection au sein du groupe focus.

En termes de forme, les dossiers de candidature sont enregistrés sous un **formulaire électronique** disponible sur le site internet du Directeurat¹². **Ce formulaire est le même pour toutes les demandes de subvention adressées au Directeurat, quel qu'en soit le thème.** En ce qui concerne le fond des dossiers, les premières pages recueillent les thèmes du projet, la liste des participants, leurs coordonnées et celles de l'organisation en charge. Les pages suivantes exigent une description détaillée du projet, de ses objectifs, moyens, modalités et méthodes d'exécution. Enfin, la dernière page est un tableau comptable simplifié dans lequel les candidats sont censés renseigner les différents postes de dépenses et sources de revenus liés au projet. **L'envoi des dossiers se fait jusqu'en janvier.** Dans le cas de dossiers présentant des lacunes, les évaluateurs peuvent exiger l'envoi d'un dossier complémentaire avec les détails manquants à envoyer avant février. **L'évaluation des dossiers se déroule jusqu'en avril, mois de versement des subventions.**

Les organisations candidates présentent des **profils très variés**. J'ai étudié les dossiers de communes, d'associations, d'ONG d'envergure locale, nationale ou internationale, d'organisations religieuses, d'hôpitaux (CHU et petits hôpitaux locaux) et de centres de soins de santé primaire. Ces organisations se situent sur tout le territoire norvégien et sont parfois actives à l'étranger. Cependant, le cœur d'activité de la majorité d'entre-elles se concentre sur Oslo, ce qui n'est pas surprenant étant donné qu'il s'agit du premier foyer de contamination, en particulier chez les HSH (cf. tableau page suivante).

¹² L'inscription s'effectue [en ligne](#).

Lieu de contamination	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Oslo	33	57	43	47	57	46	50	32	42
Norvège (hors Oslo)	3	9	14	14	15	12	18	11	11
Étranger	18	19	15	23	13	26	26	28	40
Inconnu	2	5	5	8	3	1	3	5	5
Total	56	90	77	92	88	85	97	76	98

5. Répartition des lieux de contamination par le VIH chez les HSH

Source : Folkehelseinstitutt, 2014

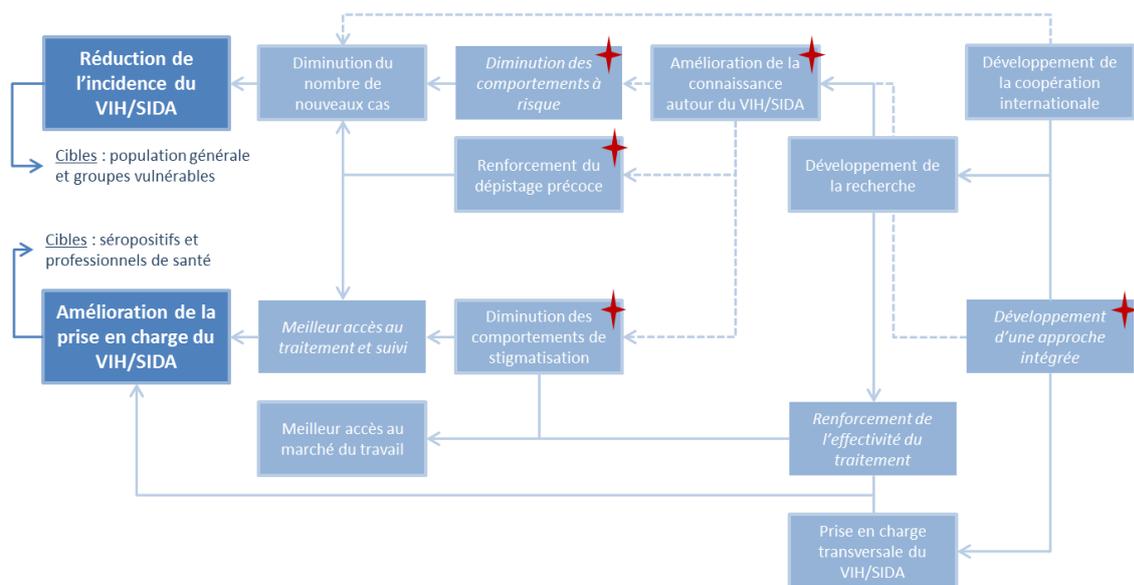
4.2.2 Élaboration d'un outil d'aide à la décision

Après avoir pris connaissance des dossiers adressés au service, j'ai pu découvrir le système d'évaluation existant et participer à son perfectionnement.

Habituellement, **l'évaluation des dossiers était fondée sur l'avis d'ensemble exprimé par l'employé en charge**. Ce dernier déterminait ensuite le montant de subventions qu'il estimait pertinent et argumentait sa décision auprès des autres membres du service lors de la « réunion d'évaluation des candidatures ». Le montant final alloué à chaque organisation était ainsi décidé collégalement puis les « Lettres de subvention » étaient adressées à chaque organisation pour leur faire part de cette décision et en exposer les motifs. Ma maître de stage m'avait à ce sujet fait part de **difficultés à argumenter les choix effectués de manière claire et transparente dans ces lettres, ce qui poussait un certain nombre d'organisations à faire appel de ces décisions** lorsqu'elles ne recevaient pas le montant attendu.

Il m'avait été demandé de parcourir les dossiers et de me faire un avis sur la qualité de chaque candidature afin de participer aux discussions. **Je proposais alors de travailler à la mise en place d'une grille d'évaluation permettant de noter les candidatures en fonction de critères clairement définis**. L'objectif était de conférer davantage d'objectivité et de transparence au processus d'évaluation et de faciliter la justification des décisions prises auprès du service et des organisations candidates.

Mes collègues ont jugé que ce type d'outil pourrait s'avérer très utile et m'ont laissé travailler à son élaboration en autonomie. Pour commencer, j'ai tenté d'établir une liste d'indicateurs à partir desquels je pouvais construire ma grille. J'ai établi ces indicateurs à partir de deux sources : d'une part la **stratégie nationale de lutte contre le VIH**, et d'autre part, les **exigences de forme et de fond** formulées par le Directeur et figurant en page de garde du dossier de candidature.



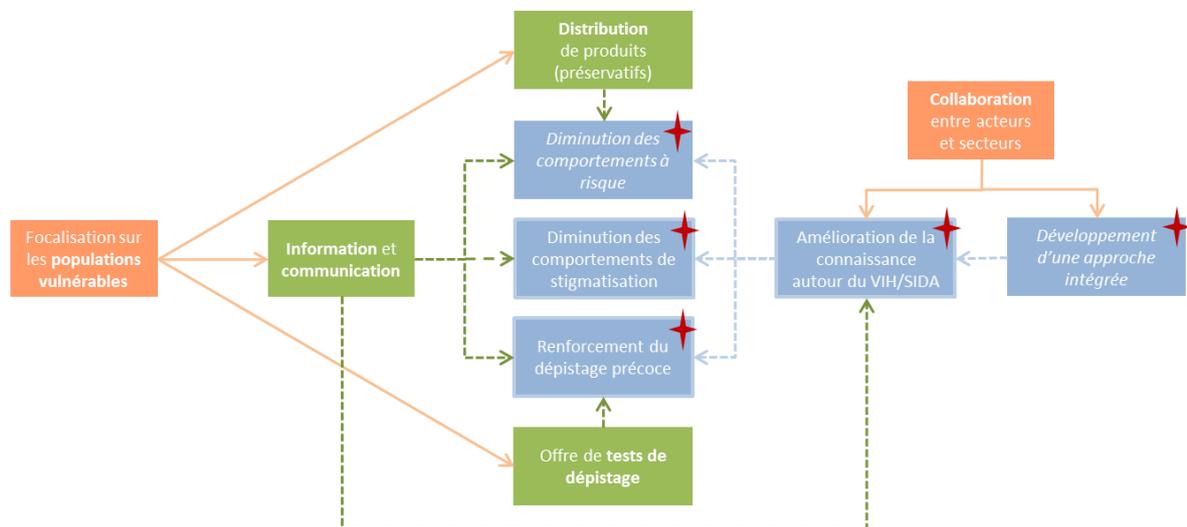
6. Stratégie nationale "Acceptation et adaptation"

Afin d'extraire des indicateurs à partir de la stratégie nationale, j'ai d'abord tenté d'explicitier les logiques de causalité liant les objectifs spécifiques aux objectifs généraux mais aussi celles qui les lient les uns avec les autres (cf. schéma ci-dessus).

Le schéma précédent rassemble les **objectifs généraux** (en bleu foncé à gauche) et les **objectifs spécifiques** (en bleu clair encadrés) explicités dans la stratégie nationale. Les liens de causalité entre les différents objectifs sont représentés par des flèches en bleu clair. Cependant, si certains liens de cause à effet sont espérés ils n'adviennent pas de manière mécanique, ces derniers sont représentés par les flèches en pointillées. La mise en évidence de certains liens de causalité nécessitait également d'explicitier les objectifs

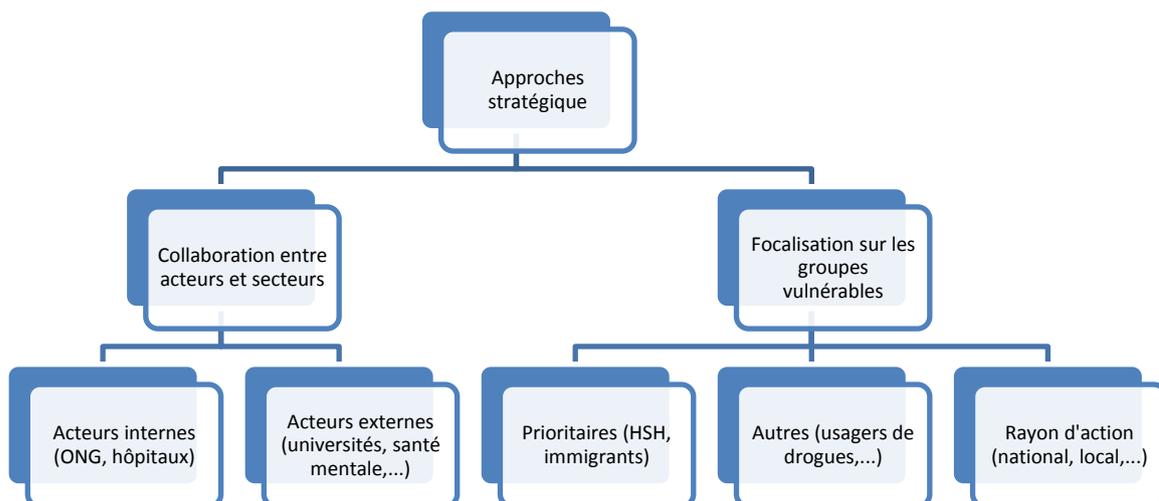
intermédiaires qui n'étaient pas directement inscrits dans la stratégie mais étaient sous-entendus (texte en italique).

À partir de cette analyse stratégique, j'ai tenté d'identifier les objectifs spécifiques sur lesquels les projets présentés dans les dossiers de candidature étaient susceptibles d'agir (représentés par les signes rouges). J'ai ensuite réfléchi aux **moyens d'agir effectivement** sur ces objectifs (cf. schéma ci-dessous).



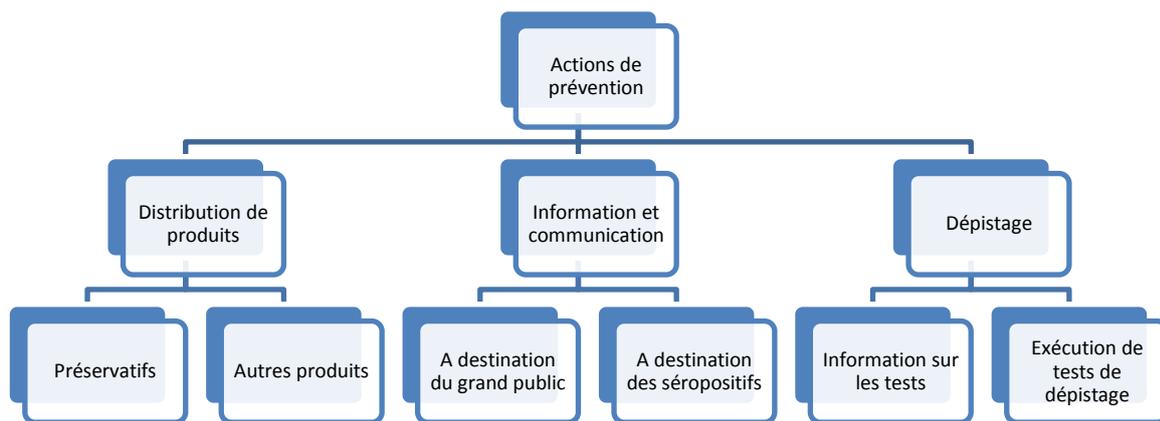
7. Moyens d'actions en lien avec la stratégie nationale

Les **moyens d'action** que j'ai pu mettre en évidence rentraient dans deux catégories ; d'une part les **types d'approche stratégique** ou méthodes de travail (en orange) et, d'autre part, les **actions de prévention concrètes** (en vert). Ces deux premières catégories d'indicateurs étaient toutes deux liées aux exigences d'objectif.



8. Première catégorie d'indicateurs en lien avec les exigences d'objectifs

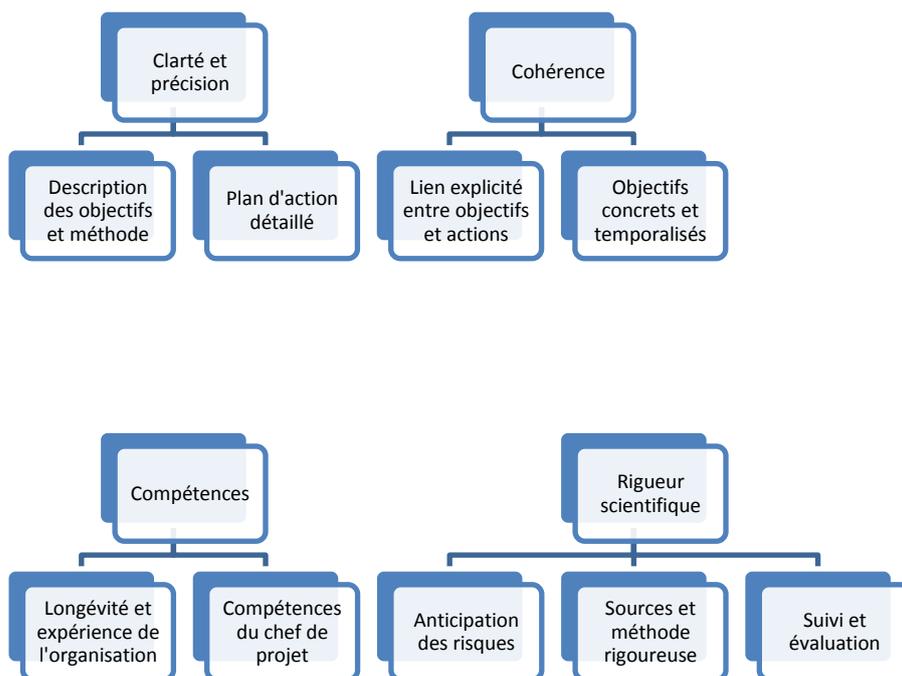
En termes d'approche stratégique, deux méthodes sont à prioriser (cf. diagramme ci-dessus) : la collaboration entre acteurs et secteurs et la focalisation sur les populations identifiées comme vulnérables. Les indicateurs de collaboration distinguent la **collaboration interne**, c'est-à-dire avec des acteurs directement impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA (ONGs spécialisées, médecine infectieuse, associations de séropositifs,...), de la **collaboration externe**, c'est-à-dire la collaboration avec des acteurs indirectement liés à la lutte contre le VIH/SIDA mais qui pourraient avoir un rôle important (chercheurs universitaires en sociologie, domaine de la santé mentale, associations d'aide aux usagers de drogues, écoles,...). Les indicateurs de focalisation quant à eux prennent en compte la focalisation sur les **populations prioritaires** (HSH et immigrants) et sur les **autres populations vulnérables** (usagers de drogues par intraveineuse, travailleurs et travailleuses du sexe,...) mais aussi l'étendue du **rayon d'action**, qu'il soit local ou national.



9. Deuxième catégorie d'indicateurs en lien avec les exigences d'objectifs

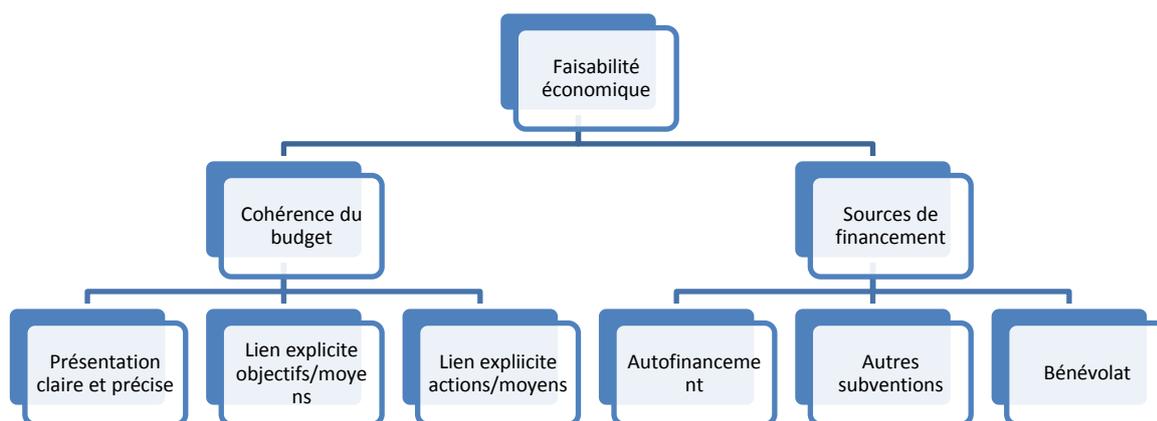
En termes d'actions de prévention concrètes, la distribution de produits de prévention, la diffusion d'information et la communication autour de la prévention ainsi que le renforcement du dépistage précoce sont les objectifs prioritaires (cf. schéma ci-dessus). Les indicateurs liés à la distribution de produits prennent en compte la distribution de **préservatifs**, qui constitue une priorité, mais aussi **d'autres types de produits** (lubrifiant, digue dentaire,...). Les indicateurs liés à la communication et à l'information vérifient également que les actions ciblent la **population en général** en matière de prévention des nouvelles transmissions et afin de limiter les situations de stigmatisation et/ou de discrimination envers les séropositifs. Cependant, il est important qu'une partie de l'information et de la communication cible plus précisément les **séropositifs** eux-mêmes, là encore sur les questions de transmission mais aussi autour des questions de traitement, ou plus généralement du « vivre avec le VIH ». Enfin, les indicateurs liés au dépistage prennent en compte la diffusion d'**informations concernant le dépistage** mais aussi la **réalisation effective de tests de dépistage**.

Afin de compléter ma liste d'indicateurs, j'ai consulté les consignes de fond et de forme formulées par le Directeur et à destination des candidats. Ces recommandations constituaient des **exigences pratiques et techniques** et concernaient d'une part la **qualité générale** du dossier ainsi que, d'autre part, la **faisabilité économique** du projet présenté.



10. Catégories d'indicateurs liés à la qualité générale du dossier

En termes de qualité du dossier (cf. schéma ci-dessus), les indicateurs retenus concernent **la clarté et la précision des informations** dispensées (objectifs, méthode, plan d'action,...), la **cohérence du dossier** (lien actions/objectifs, temporalité, résultats attendus,...), les **compétences présentées** (expérience, chef de projet,...) et la **rigueur scientifique affichée** (méthode, risques, sources, évaluation,...). Le travail supplémentaire impliqué par la demande et l'étude d'un **dossier complémentaire** en cas de lacunes dans le dossier initial est également pris en compte. Les dossiers émanant d'organisations internationales sont jugés avec moins de sévérité en termes de qualité d'expression et peuvent être rédigés en anglais. Il s'agit de faciliter l'activité de ces organisations qui ne sont pas nombreuses à agir contre le VIH/SIDA sur le territoire norvégien et qui ciblent pourtant une population à risque, en particulier les immigrants en provenance d'Afrique.



11. Indicateurs d'exigences pratiques et techniques liés à la faisabilité économique

La faisabilité économique du projet (cf. schéma ci-dessus) est quant à elle évaluée en fonction de **la clarté et de la cohérence** du budget présenté au vu des objectifs et actions qui sont financés ainsi que des **sources de financement utilisées**, le recours à l'autofinancement, à d'autres financements externes ou au bénévolat étant en effet valorisé. Les grands écarts dans les montants de subventions demandés par rapport aux années précédentes sont également pris en compte, de manière indirecte. Un projet similaire à l'année précédente exigeant le double de moyens verra la cohérence de son budget étudié avec davantage de scepticisme. Il en va de même pour les demandes de subvention les plus élevées qui atteignent près de cinq millions de couronnes contre moins de 40 000 pour les plus faibles.

Après avoir présenté ces indicateurs devant mes collègues j'ai **retravaillé la formulation** de certains d'entre eux puis nous avons pu débiter le processus d'évaluation.

4.2.3 Utilisation de l'outil d'aide à la décision

Une fois les indicateurs clairement identifiés, il est apparu nécessaire d'établir une sorte de hiérarchie entre eux. J'ai donc été chargée de **pondérer chacun des indicateurs en fonction de leur niveau de priorité** avec des **coefficients allant de 1 à 3**. Les indicateurs

« techniques » tels que la nécessité d'un dossier complémentaire ou le rayon d'action se sont vu allouer le coefficient le plus faible (1). Les indicateurs plus importants tels que la coopération intersectorielle ou l'expérience de l'organisation ont reçu un coefficient supérieur (2). Enfin, les indicateurs les plus déterminants tels que la focalisation sur les populations cibles identifiées dans la stratégie nationale ou la facilitation de l'accès à des tests de dépistage se sont vu assigner le coefficient le plus élevé (3). **L'échelle de notation a été établie de 0 à 5**, 0 étant le score le plus faible et 5 le plus élevé. J'ai intégré le système de notation sous Excel afin de pouvoir configurer des moyennes automatiques par catégorie d'indicateurs et en fonction des coefficients. **La moyenne finale, affichée sous forme de pourcentage, constitue l'évaluation finale du dossier et donne une vision d'ensemble de sa qualité au vu des différentes exigences.**

Le processus de notation à partir de ce nouveau système a été intégré aux activités régulières du service et s'est étalé sur plusieurs semaines sur les mois de février et mars. Il y eut trois réunions d'évaluation ayant duré en moyenne deux heures et qui rassemblaient les deux « responsables VIH » et moi-même. **La totalité des dossiers a été soumise à ce système de notation**, sauf ceux faisant l'objet d'accords particuliers prédéfinis. La détermination des notes était basée sur notre analyse et notre **interprétation commune** des dossiers présentés mais aussi sur **l'expérience de mes collègues** qui connaissaient bien les différentes organisations et leurs résultats les années précédentes.

J'ai été personnellement placée en charge de trois dossiers de subventions que j'ai pu étudier et noter en autonomie avant d'argumenter ma décision en « réunion d'allocation » face à l'ensemble du service Santé et sexualité et de la Directrice du département Enfance, Adolescence et Vieillesse. J'étais en charge de candidatures émanant de trois hôpitaux : le CHU d'Oslo¹³, l'hôpital Norvège-Sud de Kristiansand et le CHU Norvège-Nord (cf [annexe II](#)).

¹³ La Norvège possède plusieurs hôpitaux dits « universitaires ». En termes de taille proportionnelle et de statut, ces hôpitaux peuvent être comparés aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) français.

Le CHU d'Oslo présentait un dossier afin de financer **l'élaboration de supports pédagogiques à un cours de « Læring og Mestring »**¹⁴. La subvention demandée s'élevait à 283 000 couronnes destinées à financer : la réalisation de deux DVD pédagogiques de 15 minutes (185 000 NOK), l'organisation de conférences à travers le pays pour présenter le matériel (85 000 NOK) et le salaire de deux consultants impliquées dans le projet (13 000 NOK). Ce cours était à destination de patients nouvellement diagnostiqués séropositifs et abordait, entre-autres, les rapports sexuels protégés. Les individus visés étaient en grande partie HSH et, pour certains, issus de l'immigration ce qui **entraîne dans les priorités du Directeurat**. Le CHU avait également l'avantage d'avoir **beaucoup d'expérience dans le domaine** et d'avoir su **faire participer de nombreux acteurs extérieurs**. Cependant, j'ai jugé le montant nécessaire à la production des DVD trop élevé par rapport à ceux annoncés pour d'autres projets similaires. J'estimais aussi que le partage du matériel pédagogique ne nécessitait pas de financer un voyage et des conférences dédiés à travers le pays mais qu'il aurait été plus judicieux de l'intégrer à un événement préexistant. De plus, **à l'issue de la notation, la candidature du CHU n'obtenait que 53%**. Je proposais alors un financement des salaires à hauteur des 13 000 NOK demandés et divisais par deux les montants indiqués pour la production du matériel pédagogique (soit 92 500 NOK) et sa diffusion (soit 42 500 NOK). **J'ai arrondi le total de 148 000 NOK à 150 000 NOK et proposé ce montant en réunion à l'issue de mon argumentation.**

L'hôpital Norvège-Sud de Kristiansand présentait quant à lui un dossier de candidature afin de pouvoir reconduire son projet de **polyclinique de traitement du VIH administrée par sept usagers séropositifs** qui avait été mis en œuvre en 2012 en tant que projet pilote. Le montant demandé s'élevait à 330 000 NOK dont 280 000 NOK destinés à

¹⁴ Littéralement «Apprendre et s'adapter». Il s'agit de l'équivalent norvégien de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) tel que définie dans la loi HPST de 2009. L'ETP en Norvège remonte cependant à la fin des années 1990 avec l'établissement, en 1997, du premier [Centre National d'Éducation Thérapeutique](#). Cette approche est désormais ancrée dans le système de santé norvégien et fait l'objet de nombreuses initiatives émanant de la société civile, des professionnels de santé et des autorités de santé.

une partie du salaire des usagers et professionnels de santé travaillant au sein de la polyclinique, 20 000 NOK destinés au financement d'un stage de deux jours à la clinique VIH OLVG d'Amsterdam pour trois représentants des usagers et deux infirmières et 30 000 NOK destinés à la participation à la conférence mondiale sur le SIDA à Melbourne. L'hôpital autofinance lui-même le dispositif à hauteur de 300 000 NOK. Ce projet novateur axé sur **l'empowerment du patient** présentait un grand intérêt en termes de démocratie sanitaire et permettait de **recueillir directement les besoins et expériences de patients séropositifs** et de mettre en place une stratégie adaptée. **De nombreux acteurs coopèrent** dans le cadre de ce projet qui **cible les populations vulnérables**, en particulier les immigrants mais aussi les HSH et usagers de drogues. **Le bilan de l'année 2012 est par ailleurs très positif**. Plus de 100 personnes ont pu avoir accès à des cours d'ETP, élaborer des plans de soins individualisés en coopération avec les soignants et établir des objectifs de qualité de vie de long terme (accès à la formation, à l'emploi, vie privée, vie sociale, loisirs,...) et près de 20 personnes sont sur liste d'attente. **La note de la candidature de l'hôpital s'élevant à 87%, la subvention a été totalement accordée à l'exception des 30 000 NOK pour la conférence de Melbourne**¹⁵. Le montant final atteint donc 300 000 NOK.

Le **CHU Norvège-Nord** présentait le dossier que je considérais comme le plus intéressant. Il s'agissait de la **toute première étude en Europe**¹⁶ **sur la manière dont la santé mentale et l'usage de drogues chez les patients atteints du VIH/SIDA peut influencer la qualité de vie, l'attitude face aux risques de transmission et l'efficacité du traitement**. Cette étude, qui est en grande partie **autofinancée**, **intègre les groupes vulnérables** ciblés par la stratégie nationale et implique la **coopération d'un grand nombre d'acteurs**, y compris à l'international. Elle s'appuie sur le constat selon lequel les besoins en santé mentale des patients séropositifs sont souvent mal adressés par les services de santé.

¹⁵ Les demandes de financement pour la participation à la conférence mondiale sur le SIDA font l'objet d'une autre procédure dont les délais étaient déjà dépassés.

¹⁶ Une seule étude similaire a été réalisée au Canada dans les années 1990.

La **faisabilité du projet est attestée** par une étude pilote menée en 2012 et les conditions de l'étude ont été validées par le Comité éthique REKNor¹⁷. La subvention demandée s'élevait à 300 000 NOK et était entièrement destinée à financer le salaire à temps plein d'une infirmière durant 6 mois¹⁸. **La qualité du dossier a valu à la candidature du CHU la note de 98% et la validation de la totalité de la subvention.**

Les trois décisions d'allocation ayant été collégalement validées (cf. récapitulatif dans le tableau page suivante), j'ai pu remplir le formulaire d'allocation en ligne avec l'aide de ma maître de stage afin de notifier les organisations intéressées par le biais du système 360¹⁹. Les justifications des décisions d'allocation étaient formulées ainsi :

- **Le CHU d'Oslo :**

« Le Directeur de la Santé accorde 150 000 NOK de subventions au CHU d'Oslo pour 2014. Les fonds seront utilisés pour développer des matériaux de cours ETP qui illustrent le thème du VIH et de la sexualité protégée. Le Directeur encourage la transmission de ce matériel de cours à d'autres hôpitaux. ».

- **L'hôpital Norvège-Sud :**

« Le Directeur de la Santé accorde 300 000 NOK de subventions pour 2014 à l'hôpital Norvège-Sud pour 2014. 280 000 NOK seront utilisés pour les salaires et les opérations. 20 000 NOK seront utilisés pour un stage de deux jours à la clinique VIH OLVG à Amsterdam pour trois représentants des usagers et deux infirmières. La demande de subvention pour la participation d'un représentant des usagers à la conférence mondiale sur le sida de 2014 à Melbourne, n'a pas été accordée. ».

¹⁷ Comité Régional de la médecine et de la recherche en santé (cf. [site officiel](#)).

¹⁸ Soit 6250€ par mois, le salaire moyen d'une infirmière en Norvège.

¹⁹ Cf. [partie 4.1.1](#) Les formulaires d'allocation font une dizaine de pages mais seule la justification de la décision d'allocation est à rédiger. Le reste du document cite les obligations générales liées à l'utilisation de subventions d'état.

- Le **CHU Norvège-Nord** :

« Le *Directorat de la Santé* accorde 300 000 NOK en subventions au *CHU Norvège Nord* pour 2014. Le *CHU Norvège-Nord* reçoit la totalité de la subvention pour le projet de recherche "La santé mentale, la qualité de vie et la consommation de drogues chez les sujets séropositifs en Norvège". Les fonds serviront à financer le salaire d'une infirmière à plein temps durant six mois. ».

Organisation	CHU Oslo	Hôpital Norvège-Sud	CHU Norvège- Nord
Moyenne obtenue (/5)	2,6	4,3	4,8
Pourcentage obtenu	53%	87%	97%
Montant demandé (NOK)	283 000	330 000	300 000
Montant alloué (NOK)	150 000	300 000	300 000

12. Décisions d'allocation pour les trois dossiers à ma charge

4.2.4 Évaluation de l'outil d'aide à la décision

Au final, sur les 28 121 138 NOK demandés par les organisations, 21 017 950 NOK ont été alloués, soit 75% (cf. [annexe VII](#)). Une fois cette somme soustraite aux 21 093 000 NOK initialement disponibles, il restait 75 050 NOK destinés à être redistribués en cas d'appel de la part de certaines organisations.

Les notes vont de 34% à 98% avec une moyenne à 71% ce qui témoigne d'un lien direct entre les pourcentages obtenus le montant des subventions puisque 75% du montant total demandé a été accordé.

Au vu des allocations finales, **le lien entre la note obtenue par l'intermédiaire du nouveau système et le montant alloué apparaît clairement**. Les organisations les mieux notées ont perçu la totalité, ou presque, du montant qu'elles espéraient tandis que les organisations les moins bien notées ont vu le montant de leurs subventions rabaissé (cf. exemples dans le tableau page suivante).

Organisation	Helseutvalget	Hiv Norge	Aksept	Nye Pluss	Commune d'Oslo
Moyenne obtenue (/5)	4,2	3,7	4,9	1,7	4,0
Pourcentage obtenu	84%	74%	97%	34%	80%
Montant demandé (NOK)	7 745 000	4 830 000	4 740 000	2 767 524	700 000
Montant alloué (NOK)	6 000 000	4 319 490	4 740 000	270 000	700 000

13. Décisions d'allocation pour les cinq plus gros dossiers à l'issue de l'évaluation

Je pense que le nouveau système de notation est plus long à mettre en œuvre qu'auparavant puisqu'il faut prendre le temps de noter chaque candidature selon chaque critère. Néanmoins, **je considère que la grille de notation constitue une méthode de sélection plus transparente et, dans une certaine mesure, plus objective** que celle qui était utilisée auparavant. **Mes collègues et la directrice du département ont abondé en ce sens en soulignant que cette grille serait un précieux outil de justification** à présenter aux organisations faisant appel de la décision. Cela a pu se vérifier dans les faits, puisque ma grille a effectivement été envoyée à l'une des organisations ayant fait appel de la décision d'allocation (cf. [annexe III](#)).

Cet outil a été si bien accueilli qu'il m'a été demandé de l'adapter afin de l'étendre à l'évaluation des projets de promotion des rapports sexuels protégés auprès des jeunes. A terme, la directrice espère même généraliser ce système à l'ensemble du service de Santé et sexualité.

Ma première tentative d'adaptation a concerné **l'extension du système à l'évaluation des campagnes de promotion de la sexualité protégée chez les jeunes**. A partir de la grille initiale, j'ai travaillé avec deux autres collègues à l'élaboration d'une nouvelle version adaptée à ce type de campagne. Nous avons retenu cette fois cinq catégories d'indicateurs qui sont présentés de manière simplifiée dans le tableau ci-dessous. Ici encore, le retour d'expérience de la part des utilisateurs de la grille a été très positif.

Stratégie	Communication	Distribution	Candidature	Financement
Continuité avec la stratégie nationale	Combinaison de différents modes de communication	Distribution directe de préservatifs	Précision des informations (objectifs,actions,...)	Précision et clarté du budget
Projet ciblé sur les jeunes et jeunes vulnérables	Communication positive sur l'usage de préservatifs	Possibilité de commander des préservatifs en ligne	Cohérence (objectifs/actions /moyens)	Cohérence et réalisme du budget
Participation d'acteurs multiples à l'élaboration et à la mise en œuvre	Information sur les risques d'une sexualité non protégée	Distribution directe et/ou en ligne d'autres produits (digue dentaire, lubrifiant,...)	Compétence (expérience, compétences en communication, gestion de projet,...)	Recours à l'autofinancement
Participation du public cible à l'élaboration et à la mise en œuvre	Créativité dans la communication		Rigueur méthodique (sources, reporting, évaluation,...)	Recours au bénévolat

14. Indicateurs adaptés aux campagnes de distribution de préservatifs

4.3 Mission secondaire : le reporting

L'allocation de subventions implique une sélection de dossiers à priori, cependant, **le perfectionnement continu du processus d'allocation nécessite d'adopter une démarche réflexive a posteriori évaluant les résultats de l'allocation.** Une nécessité à laquelle se soumet le Directeurat en participant à une démarche de reporting aux niveaux national et international ; deux activités qui ont constitué mes missions secondaires.

4.3.1 Reporting national

Toute organisation qui bénéficie d'une subvention de la part du directeurat est tenue de lui faire parvenir un rapport concernant l'usage de la subvention et la réalisation du/des projet(s) financés au bout d'un an. Le processus de reporting peut être effectué en ligne en remplissant un formulaire de base et en envoyant le bilan comptable annuel de l'organisation. Certaines organisations choisissent également de joindre des documents plus détaillés concernant leurs activités.

J'ai été chargée de consulter l'ensemble des rapports pour l'année 2013 afin de **rédiger un rapport d'évaluation annuel concernant l'usage des subventions du directeurat et les projets financés dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.** L'objectif était d'adopter un discours positif, reconnaissant explicitement l'étendue et la qualité du travail effectué par les organisations, tout en indiquant les éventuelles zones d'ombres ou lacunes dans la lutte contre le VIH. **Ce document avait clairement un rôle de reconnaissance et de valorisation du travail des organisations.** J'avais pour consigne d'utiliser le maximum d'exemples positifs citant le nom des organisations concernées et de n'associer les remarques négatives à aucune organisation en particulier. Il s'agissait de donner un aperçu du champ d'utilisation des subventions du Directeurat.

L'information à ma disposition se limitait aux rapports envoyés par les organisations et aux renseignements que je pouvais obtenir en ligne ou en lien avec

leurs responsables. Certains rapports étaient très riches et offraient un bilan détaillé sur plusieurs dizaines de pages tandis que d'autres se limitaient au formulaire en ligne, ne donnaient aucun chiffre et demeuraient très évasifs. Il a donc été particulièrement délicat de produire un document général sous forme de **bilan chiffré faisant état de l'activité des organisations financées par le Directeurat dans le cadre de la lutte contre le VIH.** Finalement, le document final (cf. [annexe IV](#)), après relecture et légères modifications par mes pairs, a été **validé par le Directeurat et publié en juin sur le site officiel**²⁰.

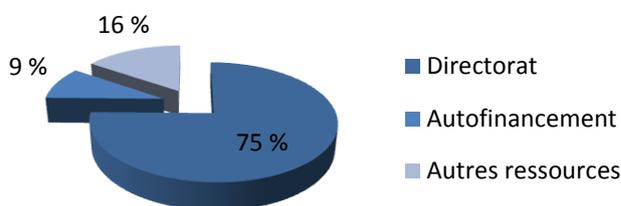
J'avais choisi de diviser le document en quatre parties : le processus d'allocation des subventions, la place des subventions au sein du financement des organisations, les publics ciblés et les activités réalisées. Les paragraphes qui suivent décrivent sommairement les données et conclusions issues du rapport.

La première partie consistait en une **courte présentation des objectifs du Directeurat et des critères de sélection des candidatures** et faisait état du nombre et de la qualité des rapports que le Directeurat avait reçu de la part des organisations en 2013. **Sur les 29 organisations ayant reçu des subventions du Directeurat, 28 ont effectivement produit un rapport d'évaluation et l'ont envoyé dans le temps imparti.** Sur ces 28 rapports, 58% s'étaient contentés de remplir le formulaire de base et 41% avaient également joint un rapport d'activité détaillé.

La seconde partie proposait un **zoom sur les sommes alloués en 2013.** Sur les 35 candidatures reçues en 2013, 6 (17%) avaient été totalement écartées, 4 (11%) ont reçu la totalité du financement demandé et 25 (72%) ont reçu un financement partiel. **Au total 83% des organisations candidates ont donc reçu un financement, contre 66% en 2012.** Allant de 40 000 à 5,1 millions de couronnes selon les organisations, et avec une médiane à 450 000 couronnes, les subventions effectivement allouées par le Directeurat représentaient, en 2013, 54% de la somme totale initialement demandée par l'ensemble des organisations.

²⁰ Rapport final en ligne disponible [ici](#).

A l'issue de l'année 2013, seuls 2% des 18,6 millions alloués n'avaient pas été utilisés par les organisations et ont donc été reportés sur l'année 2014. Caractéristique notable, il apparaît que le **Directorat** représentait de loin la source de financement la plus importante pour les projets qui lui étaient soumis. **En 2013, l'ensemble des projets partiellement financés par le **Directorat** avaient en effet utilisé au total 24,7 millions de couronnes, dont 18,6 millions (soit 75%) de subventions issues du **Directorat**** (cf. diagramme ci-dessous). Le reste était équitablement financé par d'autres sources de revenus ou autres subventions (16 %) et par l'autofinancement (9 %).

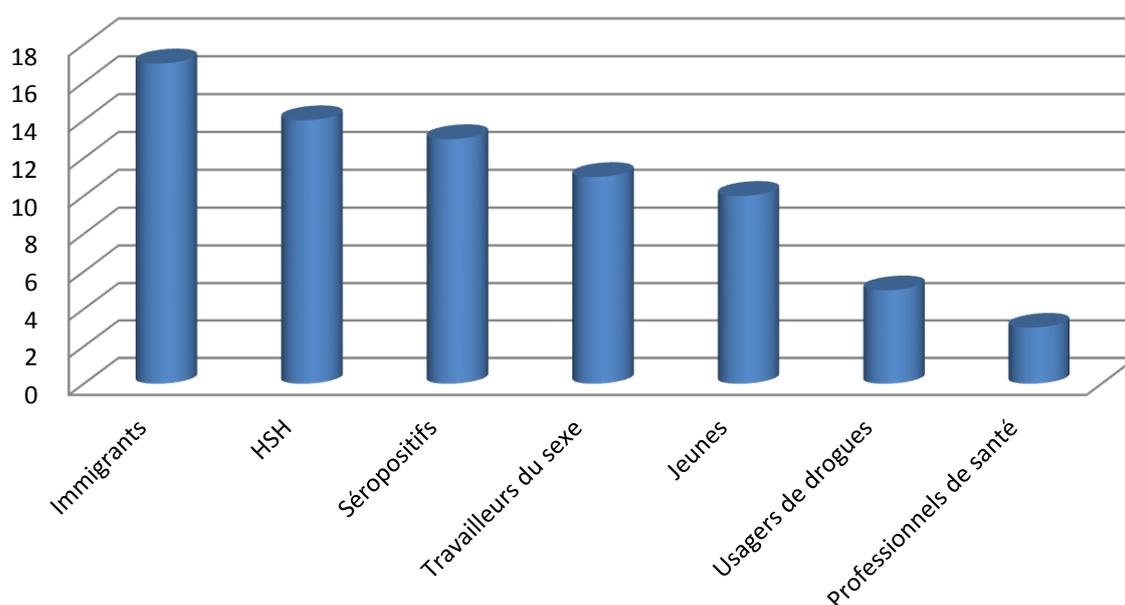


15. Part des différentes sources de financement des organisations

La troisième partie concernait **les publics atteints par les différentes organisations**. Sur le plan géographique, **le champ d'action de 81% des organisations s'étend à l'ensemble du pays** tandis que 9% sont cantonnées à Oslo et ses environs et 10% sont limités à d'autres villes. 11 organisations (38%) œuvrent également à l'étranger, en particulier en Scandinavie et dans le Tiers-monde. **Le public en contact avec ces organisations est en augmentation, en effet, 47% rapportent un nombre considérable de nouveaux usagers en 2013**. Chaque organisation travaille principalement avec un des publics prioritaires identifiés par la stratégie nationale (HSH, immigrants, travailleurs du sexe, usagers de drogues, jeunes et séropositifs). **31% des organisations ont pour public primaire les séropositifs, 24% les HSH et 21% les immigrants**. Les travailleurs du sexe (10%), les jeunes (7%) et les usagers de drogue (7%) sont les moins bien représentés. Cependant la plupart des organisations agit sur plusieurs populations cibles. **Si l'on prend en compte les trois principaux publics cibles avec lesquels travaille chaque**

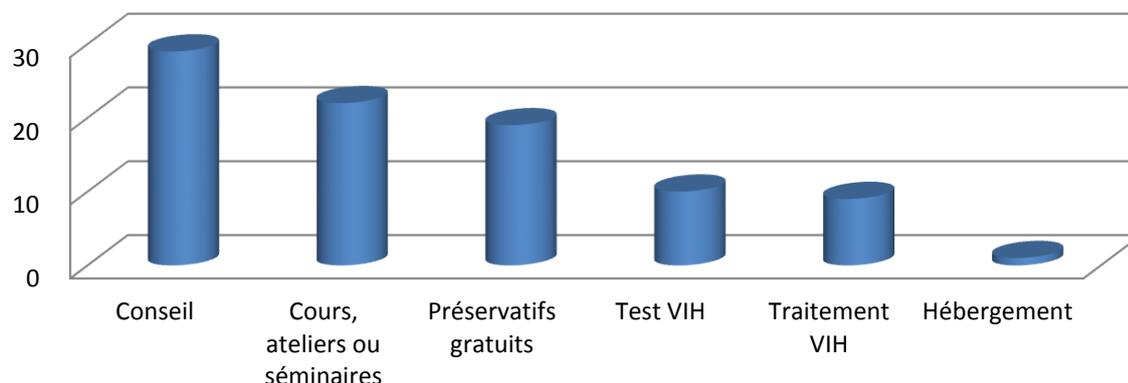
organisation on observe que 59% travaillent avec les immigrants, 48% avec les HSH, 45% avec les séropositifs, 38% avec les travailleurs du sexe, 34% avec les jeunes et 17% avec les usagers de drogues. Enfin, certaines organisation (3%) identifient clairement les professionnels de santé comme un public cible, bien qu'il cela ne soit pas explicité dans la stratégie nationale (cf. diagramme ci-dessous).

16. Nombre d'organisations travaillant avec chaque public cible



La quatrième et dernière partie donnait un **aperçu de la manière dont les financements étaient utilisés**. Sur les 23,3 millions consacrés aux différents projets par les organisations, **66% étaient destinés à financer des dépenses de fonctionnement** dont la moitié était constituée par la masse salariale. En termes d'activités réalisées, **toutes les organisations proposaient des services d'assistance et de conseil, 76% organisaient des cours, séminaires ou ateliers autour du thème du VIH, 66% distribuaient gratuitement des préservatifs, 34% effectuaient des tests de dépistage et 31% pouvaient administrer un traitement antirétroviral**. Une des organisations offrait également des possibilités d'hébergement (cf. diagramme ci-dessous).

17. Nombre d'organisations proposant chaque type d'activité



J'ai pu estimer que, dans le cadre des projets des 29 organisations concernées ; environ 8 000 personnes ont eu accès à une séance de conseil, environ 2 000 personnes ont participé à un ou plusieurs cours, ateliers ou séminaires liés au VIH et environ 3 000 personnes ont été testées pour le VIH dont 23 ont testé positif. 93% des organisations réalisaient leurs projets en coopération avec d'autres acteurs, 52% avaient mis en place des programmes de « soutien par les pairs »²¹ et 34% des organisations avaient directement impliqué leurs usagers dans la conception, la réalisation et l'évaluation de leurs différents projets. Les **nouvelles méthodes utilisées pour communiquer de manière plus positive et autour du VIH et pour atteindre un public plus large** étaient également abordées, en particulier l'usage d'internet (sites et forums dédiés, chat en ligne, réseaux sociaux,...) et l'organisation d'événements festifs (concerts, festivals,...).

À l'issue de ce travail, **j'ai pu conclure sur un bilan globalement positif.** En effet, **l'ensemble des projets est dans la continuité de la stratégie nationale, concerne les groupes les plus vulnérables et offre un panel de services pertinents.** Les lacunes mises en évidence dans ce rapport, notamment le manque d'organisations travaillant avec les usagers de drogues, semblent avoir été réduites en 2014 avec le projet du CHU

²¹ Traduction de « likemannsarbeid », un concept qui a émergé dans les politiques du handicap et qui prône le partage d'expérience et de savoir entre patients et entre familles de patients afin de faciliter l'acceptation et l'adaptation à la maladie et de compléter l'offre professionnelle existante.

Norvège-Nord (cf. [partie 4.2.3](#)) qui lie la prévention et le traitement du VIH/SIDA avec les questions de santé mentale et d'usage de drogues.

4.3.2 Reporting international

L'approche réflexive ne se limite pas au seul processus d'allocation de subventions mais doit s'étendre à l'ensemble de la réponse à l'épidémie de VIH/SIDA.

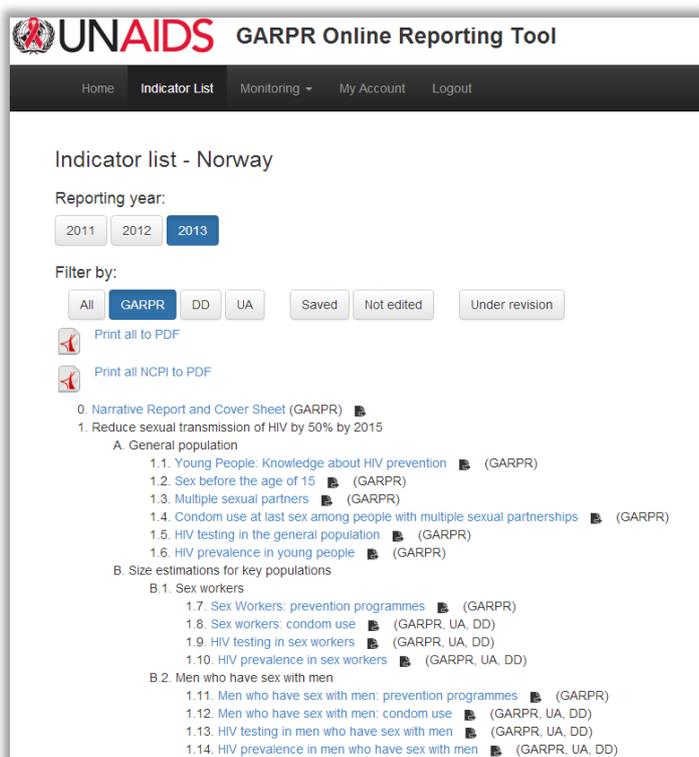
En ce sens, le Directeurat a aussi effectué une démarche de reporting à l'échelle internationale et à laquelle j'ai eu l'opportunité de participer.

Depuis 2010, la Norvège participe à l'élaboration du rapport annuel sur la lutte contre le SIDA dans le monde voulu par la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011²². Ces rapports sont conçus pour identifier les difficultés et les contraintes, et recommandent d'agir pour accélérer la réalisation des objectifs. Ils sont élaborés par ONUSIDA en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF et le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC).

La Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 et les objectifs du Millénaire pour le développement arrivant à échéance en 2015, l'évaluation en 2014 de la réalisation des objectifs fixés est particulièrement importante. Elle s'appuie également sur deux déclarations politiques précédentes : la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006. Ces déclarations reflétaient le consensus mondial sur un cadre complet de réalisation du sixième objectif du Millénaire pour le développement : stopper et commencer à renverser l'épidémie de VIH d'ici 2015. Elles ont reconnu la **nécessité d'une action multisectorielle sur plusieurs fronts**, et se sont penchées sur les **ripostes mondiale, régionale et nationale visant à prévenir les nouvelles infections, à étendre l'accès aux services médicaux et à limiter l'impact de l'épidémie.**

²² Programme commun des Nations Unies sur le VIH / Sida disponible [ici](#).

Bien que ces déclarations aient été adoptées par les gouvernements, **leur vision s'étend bien au-delà du secteur public et concerne le secteur privé, les organisations religieuses, les ONG et d'autres entités de la société civile**, notamment les organisations représentant des personnes qui vivent avec le VIH²³.



18. Capture d'écran de la page d'accueil affichant la liste des indicateurs de reporting GARPR pour 2013

En mars 2014, ma maitre de stage et moi-même avons débuté le processus de reporting en ligne à l'aide de l'outil GARPR (Global AIDS response progress reporting, voir image ci-contre). Ma maitre de stage a hérité du statut de « country editor » était donc chargée d'entrer les données concernant la Norvège sur la plateforme en ligne²⁴.

A partir du guide en ligne²⁵ établissant les règles de fonctionnement et les méthodes d'élaboration des indicateurs, j'ai été chargée de rédiger une note de synthèse résumant ce qu'il y avait à savoir avant de se lancer dans le processus de reporting (cf. [annexe V](#)).

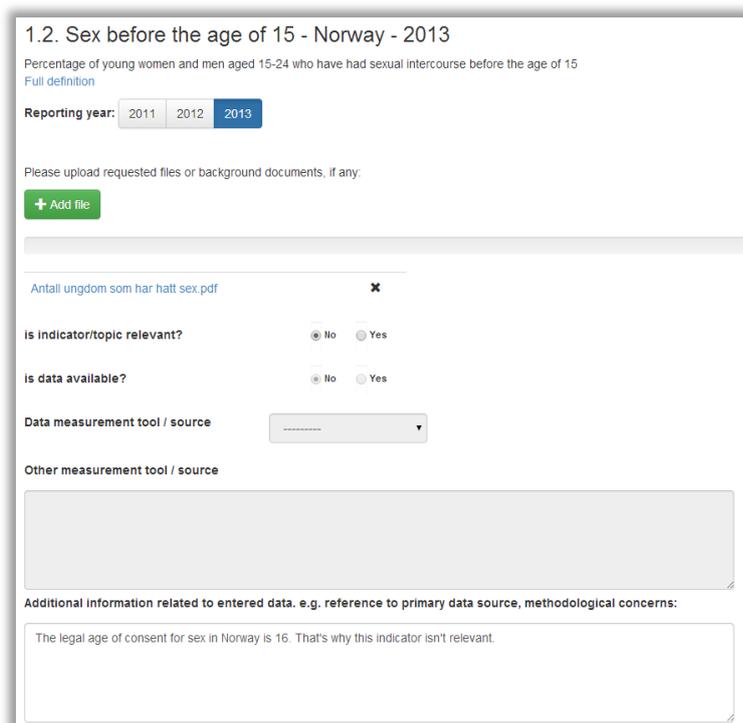
Le processus de reporting international a débuté par la rédaction d'un « rapport narratif ». Ce document était le plus important puisqu'il résumait la situation nationale vis-à-vis de l'épidémie de VIH/SIDA. J'ai participé à la rédaction de ce document, sous la

²³ Site UNAIDS [ici](#).

²⁴ Plateforme accessible [ici](#).

²⁵ Le guide est disponible en ligne [en français](#).

supervision de ma maître de stage. Ce rapport donnait un aperçu de l'épidémie de VIH/SIDA en Norvège, évaluait les progrès effectués vis-à-vis de la stratégie nationale, décrivait le processus d'allocation de subventions dédiées à la lutte contre le VIH/SIDA et autres MST et abordait la criminalisation de l'exposition ou de la transmission à autrui du VIH (cf. [annexe VI](#)).



1.2. Sex before the age of 15 - Norway - 2013
Percentage of young women and men aged 15-24 who have had sexual intercourse before the age of 15
[Full definition](#)

Reporting year: 2011 2012 2013

Please upload requested files or background documents, if any.

[+ Add file](#)

Antall ungdom som har hatt sex.pdf

is indicator/topic relevant? No Yes

is data available? No Yes

Data measurement tool / source

Other measurement tool / source

Additional information related to entered data. e.g. reference to primary data source, methodological concerns:

The legal age of consent for sex in Norway is 16. That's why this indicator isn't relevant.

Suite à ce rapport, chaque « country editor » avait pour responsabilité de **renseigner les différents indicateurs en ligne en fonction de la pertinence et de l'accessibilité des données** concernées. Il est également possible de soumettre des documents complémentaires (voir image ci-contre).

19. Capture d'écran d'une page indicateur sur GARPR

L'exécution de cette mission de reporting a été particulièrement laborieuse pour des raisons liées au fonctionnement même de l'outil ainsi qu'aux ressources du Directeurat. **Si l'outil s'est révélé particulièrement complexe à appréhender, les difficultés vinrent également de la façon dont le Directeurat s'était attelé à la tâche et du manque de données statistiques sur le VIH/SIDA en Norvège.** L'exécution de cette mission dans de telles conditions a résulté en **un questionnaire très peu fourni où la majorité des questions étaient laissées sans réponse**, pour cause de manque de données ou de non-pertinence.

Outre quelques soucis techniques (l'outil ne fonctionne que sur certains navigateurs) le maniement de GARPR n'est pas des plus aisés. **Il s'agit avant tout d'un outil clairement destiné aux initiés.** De nombreux acronymes anglophones sont utilisés. Leur signification n'est affichée qu'une seule fois (ou pas du tout), et pas toujours de manière évidente. Plusieurs acronymes sont également souvent utilisés dans la même question. Certains sont assez largement utilisés (Prevention from Mother To Child Transmission, AntiRetroViral,...) tandis que d'autres ne s'entendent qu'en milieu médical (Opioid Substitution Therapy, Cotrimixazole Prophylaxis, AnteNatal Care, Viral Load, Isoniazid Preventive Therapy,...). J'ignore d'ailleurs encore le sens de bon nombre d'entre eux (NAC, NAP, DTP3, PWID, NRTI,...). **L'usage intempestif de ces multiples acronymes et du jargon médical,** en particulier dans les questions liées au traitement du SIDA, **complique l'exécution de cette mission par des « country editors », qui émanent d'institutions étrangères et sont donc des agents administratifs sans formation médicale et dont l'anglais n'est pas la langue maternelle.** Il a fallu que nous fassions appel à un médecin spécialiste du VIH/SIDA pour répondre à près d'une cinquantaine de questions au sein du questionnaire GARPR. **Le Directeurat aurait peut-être pu prévoir ce genre d'insuffisances et faire appel à des experts de manière anticipée ou mettre en place des formations.**

Il s'agit également d'un outil relativement rigide. Certains indicateurs impliquent des **sondages avec des questions bien précises qu'il aurait donc fallu effectuer en amont** du questionnaire afin d'obtenir les données correspondantes. À titre d'exemple, l'indicateur de « connaissances sur la prévention du VIH chez les jeunes » implique que des individus entre 15 et 24 ans aient répondu correctement ou non à 5 questions dont, par exemple : « Can the risk of HIV transmission be reduced by havong sex with only one uninfected partner who has no other partners ? » ou encore « Can a healthy looking person have HIV ? ». Les indicateurs « Programmes de prévention chez les travailleurs du sexe » ou « Programmes de prévention chez les HSH » posent le même problème. Par ailleurs, pour chaque indicateur, **les limites d'âge sont imposées** (la plupart du temps entre 15 et

49 ans) **ce qui peut fausser le sens des données fournies si les limites d'âge concernées sont différentes ou non spécifiées.** La limite à 15 ans pose particulièrement problème en Norvège où l'âge légal de consentement est à 16 ans ce qui implique une absence de données statistiques sur les comportements sexuels (usage de préservatif, nombre de partenaires,...) chez des sujets âgés de moins de 16 ans.

Au-delà des difficultés techniques, **le sens même des données recueillies est parfois limité pour un pays développé où l'incidence, la prévalence et la mortalité liées au VIH sont plus faibles.** Au total, plus de la moitié des questions n'étaient pas pertinentes en raison du statut de l'épidémie de VIH en Norvège. Plusieurs exemples sont listés ci-dessous et illustrent les trois principales raisons pour lesquelles un certain nombre des indicateurs GARPR n'est pas pertinent pour la Norvège :

- **L'objet de leur mesure est quasi-inexistant.**

- « *Nombre de ruptures de stock de traitements antirétroviraux sur les 12 derniers mois* » : ce genre de phénomène n'est encore jamais arrivé en Norvège et semble être prévenu par le système d'approvisionnement continu en place.
- « *Nombre de jeunes enfants dont les deux parents sont décédés des suites du VIH/SIDA* » : les patients atteints de cette maladie vivent désormais beaucoup plus longtemps grâce aux traitements disponibles ce qui rend cette situation extrêmement rare.
- « *Nombre de circoncisions que le gouvernement souhaite voire effectuées sur l'année* » : ce type de pratique médicale n'est pas encouragé par le gouvernement norvégien.

- **Le chiffre concerné est trop faible pour être exprimé en pourcentage.**
 - « *Pourcentage de femmes enceintes atteintes du VIH* » : elles n'étaient que 6 en 2013 sur l'ensemble du pays.
 - « *Pourcentage d'enfants nés avec le VIH* » : un seul enfant en 2013 sur l'ensemble des naissances.

- **Le pourcentage concerné est structurellement fixé à 100%.**
 - « *Pourcentage de femmes enceintes testées pour le VIH* » : toute femme enceinte est testée pour le VIH lors des contrôles de routine.
 - « *Pourcentage de femmes enceintes atteinte du VIH ayant accès à un traitement* » : tout individu atteint du VIH a accès immédiatement et gratuitement au traitement antirétroviral approprié.

Cependant, **même pour les questions dont la pertinence était évidente, y compris pour la Norvège, nous n'avons pas toujours été en mesure de répondre en raison du manque de données.** La Norvège possède finalement peu de données statistiques concernant le VIH sur son territoire et de nombreux chiffres ne sont que des estimations. Si le nombre de nouvelles infections est très bien documenté chaque année (cf. partie [3.2.1](#)), les données liées au traitement médical dispensé aux individus atteints du VIH sont sous couvert de confidentialité et ne sont pas exploitées statistiquement. Ainsi, le nombre exact d'individus sous traitement est inconnu (même s'il peut être estimé en fonction des quantités de traitement commandées) de même que le nombre d'individus pour lesquels le traitement a résulté en la suppression de leur charge virale. Le nombre exact de décès liés au VIH/SIDA n'est pas non-plus directement recensé. Par ailleurs, certaines données auraient pu être utilisées si nous avions eu suffisamment de temps pour les commander à l'Institut Nationale de Santé Publique.

À l'issue du processus de reporting, ma maître de stage et moi-même avons été frustrées de ne pouvoir remettre qu'un questionnaire dont moins d'un quart était effectivement rempli. **L'usage de cet outil dans de bonnes conditions nécessite du temps et des ressources humaines et techniques supérieures à celle qui étaient disponibles.** Cette mission aurait dû être adressée plus tôt et mieux préparée afin de mobiliser davantage de personnes et de recueillir davantage de données.

Enfin, **l'agencement du questionnaire pourrait être revu à la marge.** Plutôt que de présenter un handicap dans le traitement des données, les écarts de sévérité et d'étendue de l'épidémie de VIH/SIDA selon les pays pourraient être exploités comme une source de données en soi. **Il pourrait ainsi être judicieux de s'affranchir du cadre strictement national du questionnaire.** Certaines données telles que les coopérations bilatérales ou multilatérales entre pays développés et moins avancés dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA pourraient constituer une source d'information précieuse. En Norvège par exemple, de nombreuses organisations travaillent autant à l'étranger que sur le territoire norvégien et les chiffres liés au travail à l'étranger ne peuvent être mises en valeur dans l'état actuel du questionnaire. Ce type de données est une partie à part entière de la réponse globale à l'épidémie de VIH/SIDA et mérite d'être pris en compte. **Des rapports par pays ou par groupes de pays sur les facteurs de succès et/ou d'échec des projets de prévention mis en œuvre auparavant pourraient également donner de la profondeur au processus de reporting et en renforcer la dimension qualitative et réflexive.**

Partie II. : Ressenti

Ce dernier chapitre de mon mémoire de stage exprime mon **ressenti vis-à-vis de mon intégration au sein du département, de mon environnement de travail au sens large et des méthodes de travail auxquelles j'ai été formée.**

5 Apport personnel : une nouvelle manière de travailler

Sur le plan personnel, **c'est avant tout la découverte d'une nouvelle manière de travailler qui a fait de ce stage une expérience particulièrement enrichissante.** J'ai en effet eu la chance d'expérimenter un environnement et des méthodes de travail relativement différentes de ce dont j'ai pu faire l'expérience en France.

5.1 Un environnement de travail très différent

Les conditions de travail norvégiennes prennent davantage en compte les enjeux de santé et de bien-être au travail et facilitent sensiblement la conciliation de la vie de famille et de la vie professionnelle.

5.1.1 Santé et bien-être au travail

En tant qu'institution de santé publique, le Directorate met un point d'honneur à prendre en considération les enjeux de santé au travail. Cette **démarche de promotion de la santé au travail** associe les aspects environnementaux, sociaux, ergonomiques et organisationnels de l'activité professionnelle et aspire à la création d'un lieu de travail favorable à la santé.

La mesure la plus emblématique de cette logique de fonctionnement porte sur la promotion de l'activité physique. Si les salariés le souhaitent, ils peuvent en effet **consacrer deux heures de leur temps de travail hebdomadaire à une activité sportive.** Ces deux heures sont incluses dans les 37,5 heures de travail salarié par semaine. Dans ce cadre, le

Directorat met à disposition de ses salariés : des vestiaires avec douches et casiers nominatifs, un petit terrain couvert, une salle de musculation et de nombreux équipements (tapis roulants, poids, punchingball, rameurs, crosses, haltères,...). Ces équipements sont en accès libre et gratuit et sont très régulièrement entretenus et remplacés en cas de casse ou de dysfonctionnement. Des entraînements en accès libre sont organisés chaque jour par des salariés qui le souhaitent et l'offre est relativement large (escalade, arts martiaux, football en salle, yoga, aérobic...). **Si cela peut apparaitre comme étant de l'ordre du détail, je considère que ce type d'initiative a un impact positif considérable sur les conditions de travail.** Ces activités sportives améliorent à mon sens la productivité des salariés en les rendant plus détendus et plus enclins à travailler en équipe. Ce type d'initiative est relativement commun en Norvège, dans le secteur public comme privé mais il se limite le plus souvent à une heure hebdomadaire au lieu de deux sauf pour certaines professions nécessitant une bonne forme physique et pour lesquelles cette offre peut atteindre deux heures par jour. Il y a quelques années, le Direktorat a par ailleurs **transformé son parking pour voitures souterrain en un large garage à vélos** afin d'encourager les salariés de rendre au travail à vélo. Enfin, même si le bâtiment est entièrement accessible aux fauteuils roulant et, de ce fait, largement équipé d'ascenseurs, l'accès aux escaliers est facilité et leur usage est encouragé par de petites affichettes.

L'alimentation est également une porte d'entrée de cette politique de promotion de la santé au travail. La cantine propose des plats chauds et froids à base de produits frais et offre toujours une option végétarienne. A l'entrée du bâtiment, **chaque employé ou visiteur du Direktorat a également accès gratuitement à une sélection de fruits de saison.**

La façon dont les locaux sont agencés prend également en compte les questions de santé et, plus largement, de bien-être au travail²⁶. Les bureaux sont spacieux, éclairés

²⁶ Les conditions de travail au Direktorat correspondent notamment aux recommandations émises dans [un article du Huffington Post](#) (17 mai 2014) à partir d'une compilation d'études concernant l'impact des conditions de travail sur la productivité.

par la lumière extérieure au travers de grandes baies vitrées. Ils sont séparés des zones communes par des portes coulissantes qui isolent du bruit et la hauteur des bureaux est ajustable par pression sur un simple bouton afin de limiter les problèmes de douleurs au dos et au cou. Chaque bureau est personnalisé et l'ensemble du personnel participe à la décoration des espaces communs (œuvres d'art, affiches promotionnelles,...). Les plantes sont omniprésentes à travers tout le bâtiment. Chaque étage possède en son centre plusieurs pièces isolées de l'extérieur et dédiées aux impressions et approvisionnements en papeterie ainsi que des salles destinées aux réunions et visioconférences. Chaque étage a également son propre espace détente. Il s'agit d'une pièce ouverte toujours approvisionnée avec la presse du jour et composée d'une mini-cuisine, de tables et de canapés. Enfin, le dernier étage (au seizième) est une immense pièce à vivre entourée de baies vitrées qui donne une vue panoramique sur Oslo et qui est dédiée aux soirées et autres événements organisés par le personnel. **Pour avoir visité de nombreux lieux de travail à Oslo, j'ai été surpris de voir que l'extrême majorité présentaient des espaces de travail dont le design et l'agencement avaient clairement été pensés en fonction du confort et du bien-être des salariés.** La même observation peut d'ailleurs être faite vis-à-vis des écoles, collèges, lycées et universités.

5.1.2 Conciliation entre vie privée et vie professionnelle

Les **horaires de travail** constituent le premier facteur facilitant cette conciliation. Le nombre d'heures hebdomadaires légal norvégien (37,5 heures) est supérieur à la norme française (35 heures). Cependant, ces horaires sont **flexibles**. Les employés ont le choix de remplir ce quota de la manière dont ils le souhaitent et sont libres de décider de leurs horaires de début et de fin de journée. De plus, la durée des pauses est libre. Au Directeurat, les employés commencent généralement leur journée vers 8h30 et la terminent vers 15h30, ce qui leur permet de passer du temps avec leurs familles. En été les horaires sont souvent décalés de 8h à 15h.

Le **télétravail est très répandu**, dans le secteur public comme privé et dans les mêmes proportions chez les hommes que chez les femmes. Environ **25% des employés du Directorat** travaillent à domicile un ou plusieurs jours par semaine tout en étant salariés à temps plein. Ces aménagements d'emploi du temps sont facilités par l'usage de l'intranet et des systèmes de vidéo-conférence.

Les congés sont également facilités. Les salariés en congé maladie peuvent prétendre à un salaire intégral, versé par l'employeur pendant les seize premiers jours du congé puis par la sécurité sociale pour le reste de la durée. Les congés de « parentalité » s'étendent à 1 an avec 80% du salaire ou 10 mois avec 100% du salaire pour la mère et à 14 semaines pour le père à 100% du salaire. La loi garantit également à tout salarié le droit de prendre un congé payé dans les cas de maladie ou de décès d'un proche, durant les fêtes nationales et religieuses, pour un rendez-vous médical, son propre mariage ou son propre déménagement.

5.2 Des méthodes de travail plus ouvertes

Les méthodes de travail employées en Norvège sont également sensiblement différentes de celles appliquées en France, en particulier en termes de participation et de cohésion.

5.2.1 Une approche participative

L'approche des relations interprofessionnelles en Norvège est très démocratique au sens où la participation et la voix de chacun est valorisée, sans considération pour son pouvoir hiérarchique.

S'il existe bien une hiérarchie, l'écart de statut entre un directeur et les employés de son service ne se manifeste pas réellement en situation de travail, qu'il s'agisse de la manière de s'adresser à son supérieur à l'écrit, ou à l'oral. **Les relations entre collègues sont très égalitaires, une caractéristique qui est inscrite dans la culture norvégienne.** Le

vouvoisement a disparu du langage commun depuis le début du XIX^e siècle et n'est jamais employé. Il n'existe pas de formule de politesse dédiée aux supérieurs (ni directeur, ni président,...) tout comme il n'en existe pour aucune profession particulière (ni avocats, ni médecins, ni magistrats, ni professeurs,...). Même le premier ministre, qui est techniquement l'équivalent du Président de la République en Norvège, est adressé comme n'importe quel autre individu. Seul le fait de s'adresser au Roi ou à la Reine peut justifier l'usage d'une expression plus formelle, cependant ce type de formulation n'est jamais exigé et est de moins en moins utilisé.

Au directorat, les seules situations où s'exprime le pouvoir hiérarchique de la Directrice du département sont les réunions. Elle a en effet pour rôle d'annoncer l'ordre du jour et de distribuer la parole. Cependant, l'avis de chacun est pris en compte avec la même considération peu importe sa place dans la hiérarchie et son expérience. La quasi-totalité des décisions s'effectue sur le mode de la concertation et de la discussion. **En tant que stagiaire, j'ai pu particulièrement profiter de cette approche qui m'a mise au défi de perpétuellement m'impliquer dans les débats plutôt que d'adopter une attitude d'observation passive.** De manière générale j'ai eu la chance de me voir confier des missions à responsabilité et d'avoir profité d'une grande autonomie quoique toujours assistée en cas de problème. J'ai apprécié que mon opinion et mes propositions soient interrogées et prises en comptes au même titre que celles des employés permanents. J'ai beaucoup appris en bénéficiant de cette approche pédagogique et j'en suis très reconnaissante.

Cette approche participative se maintient dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de chaque projet et j'ai pu l'observer lors de chacune de ces étapes. J'ai par exemple assisté à une réunion en début de stage qui abordait la construction d'un panel d'indicateurs pertinents pour l'évaluation des actions du département de l'Enfance, l'Adolescence et la Vieillesse sur les déterminants de santé de cette population. Deux

représentants de chaque service étaient présents et tous étaient appelés à participer à la conception du panel. Les murs de la pièce avaient été recouverts de deux grands tableaux. L'un était consacré aux politiques de la jeunesse tandis que l'autre était consacré aux politiques en direction des personnes âgées. Chaque tableau était découpé en trois parties : les indicateurs à utiliser, les acteurs à impliquer dans le processus d'évaluation et les sources à interroger/méthodes à employer pour recueillir les informations. Chacun était appelé à apporter des éléments au tableau sous forme de post-it. Les différents éléments étaient ensuite collégalement débattus puis catégorisés. Cette réunion a donné lieu à la rédaction d'un rapport qui a servi de base de réflexion au cabinet de consultants chargé de réaliser l'évaluation.

Les questions d'évaluation sont au cœur des actions du Directeurat. **Les modalités d'évaluation sont toujours déterminées a priori et forment une étape à part entière de la conception de tout projet ou de l'organisation de tout groupe de discussion amené à se réunir de façon régulière.** Cette même rigueur est exigée de la part des organisations qui doivent prévoir en amont une stratégie d'évaluation de leur futur projet avant de pouvoir prétendre à un financement. J'ai assisté à de nombreuses réunions d'évaluation, notamment celle du service Santé et sexualité qui avait mis en place une réunion opérationnelle hebdomadaire six mois auparavant et revenait alors sur son fonctionnement et ses apports afin de déterminer s'il était pertinent de poursuivre ces réunions et sous quelles modalités. J'ai également pu participer à une réunion du département dont l'objectif était d'évaluer le fonctionnement concret du département et d'y identifier les sources de perte de temps et de productivité. Chacun eut l'opportunité de s'exprimer personnellement sur les facteurs qui pouvait ralentir le bon déroulement des tâches de chacun. Les remarques très diversifiées allaient de l'usage de l'intranet à la fréquence des commandes du ministère en passant par le manque de praticité du système 360. Les informations recueillies lors de cette réunion seront transmises au ministère afin que des améliorations puissent être mises en œuvre.

5.2.2 La recherche de cohésion

Une caractéristique marquante des méthodes de travail au Directorat repose également sur la recherche permanente de cohésion au sein des équipes de travail. Cette particularité s'exprime quotidiennement de manière formelle lors des réunions où l'achèvement d'un rapport ou d'un projet par un membre du département est traditionnellement salué par des applaudissements. De manière plus proactive, le Directorat a encouragé la mise en place de moments de fraternisation sur le temps de travail. Cela va de rituels réguliers tels que la dégustation d'un gâteau confectionné chaque semaine par un membre différent du département aux événements plus ponctuels mais plus prégnants tels que le « Skidag » ou le « séminaire biannuel ».

Ces événements sont organisés sur le temps de travail. Ils font donc l'objet d'un versement de salaire et sont planifiés afin de respecter les horaires de travail. Ils sont cependant toujours facultatifs et la non-participation à ces événements n'entraîne aucune sanction ni « pression sociale ». Par ailleurs, les heures d'activité sportive, le plus souvent réalisées en groupe sont également un facteur de cohésion indéniable qui est fortement valorisé par la direction.

Le « Skidag » (littéralement « journée ski ») a lieu une fois par an en février. C'est une tradition mise en place par le dernier Directeur de l'institution et qui se perpétue depuis plusieurs années. **Lors de cette journée les employés peuvent choisir de pratiquer une activité en extérieur au lieu de travailler.** Cette année par exemple, un groupe était allé skier en montagne tandis que l'autre faisait de la randonnée dans la forêt. **Lors du « séminaire biannuel » qui se tient chaque année en décembre et en juin, deux journées de travail sont allouées à chaque département pour organiser un séminaire hors-les-murs.** Certains départements voyagent pour l'occasion à Copenhague ou au sud de la Norvège. Lors de ces séminaires, 5 heures par jour sont consacrées à des discussions liées au travail du département et le reste du temps est laissé libre. Mon département a

depuis quelques années pris l'habitude d'organiser ce séminaire dans la maison de vacances de la directrice du département qui peut accueillir une quinzaine de personnes. Cette année, le premier jour a été consacré, entre autres, à des débats sur le sens de l'empowerment et sur les moyens de renforcer cette approche dans les actions menées par le département. Le deuxième jour a donné lieu à une séance de brainstorming autour de l'ébauche de plan stratégique du département pour les années à venir. Le débat se faisait à partir du plan actuel et des 11 objectifs affichés. Il s'agissait de réorganiser les priorités affichées et identifiant les aspects de la stratégie à renforcer et ceux à atténuer, voire à éliminer de la liste. Le reste du temps était consacré à des pique-niques, promenades et baignades dans le fjord qui ont été pour moi l'occasion de faire encore davantage connaissance avec les autres membres du département.

6 Apport professionnel : un apprentissage complet

Sur le plan professionnel, j'ai pu profiter de cette expérience de stage pour à la fois mobiliser et renforcer mes compétences initiales tout en en acquérant de nouvelles.

6.1 Mobilisation de compétences

Ce stage a été pour moi l'occasion de directement transposer mes connaissances théoriques en situation de travail et ainsi d'affiner les compétences que j'avais pu acquérir au cours de mon cursus académique.

6.1.1 Analyse critique de la commande principale

Si je reprends l'exemple de ma mission principale qui était de participer au processus d'allocation de subventions, **j'estime avoir abordé cette mission avec un esprit critique.** C'est en effet après avoir constaté que le système de sélection existant révélait certaines insuffisances que j'ai proposé de travailler à l'élaboration d'un outil d'aide à la décision plus performant au lieu de simplement assister au déroulement du processus existant. **J'ai donc**

participé à une réorientation et une reformulation de la commande sous une forme plus concrète et plus opérationnelle.

Cette mission s'inscrivait pleinement dans la politique de lutte contre le VIH en Norvège. Il s'agissait en effet de créer un outil capable d'explicitier la pertinence des différents projets présentés au regard des axes et objectifs stratégiques du Directeurat. **Cet outil participait donc directement au financement de l'exécution de la stratégie VIH norvégienne.** Par conséquent, **ma mission reposait sur certaines représentations et postulats sous-jacents déjà présents dans la stratégie nationale.** Le fait que le VIH soit représenté comme une IST à part et bénéficie de son propre plan national impliquait par exemple que l'outil de sélection serait spécifiquement destiné à la problématique VIH. Le postulat selon lequel il existait trop d'organisations demandant des subventions dans le cadre de la lutte contre le VIH justifiait la création d'un outil de sélection permettant de les répartir de la manière la moins arbitraire possible.

Cette mission a été d'un grand intérêt puisqu'elle m'a donné l'opportunité de créer un outil en toute autonomie et à partir de presque rien. **J'ai pu mobiliser mes compétences en termes d'analyse des politiques publiques et de création d'indicateurs et les appliquer à une situation professionnelle concrète.** Au-delà de la conception de cet outil, j'ai également pu participer à son utilisation et à son évaluation ce qui m'a permis de l'ajuster au fur et à mesure afin d'en améliorer la pertinence.

Avec du recul, j'estime que mon panel d'indicateurs gagnerait à être modifié afin de mieux valoriser les démarches d'empowerment qui occupent une place importante dans la stratégie nationale et dans le travail des organisations. Même si l'aspect empowerment de certains projets était indirectement évalué lorsqu'il s'agissait de déterminer la qualité de la méthode utilisée, **il aurait été pertinent de créer un indicateur dédié.** C'est ce que j'ai notamment essayé de corriger lors du travail de transposition de la grille de notation à une autre thématique (cf. [partie 4.2.4](#)).

6.1.2 Panel de compétences utilisées

Ce stage a été l'occasion de mettre à l'épreuve les différentes compétences que j'ai pu développer au cours de mes cinq ans d'études supérieures. **J'ai ainsi pu apprécier la pertinence de ma formation au regard de mon projet professionnel.**

Dans le cadre de plusieurs de mes missions, j'ai quotidiennement mobilisé différentes compétences techniques liées à l'usage de l'outil informatique. Au-delà des problématiques de mise en page sur WORD et de gestion de tableaux et de formules sur EXCEL, j'ai également eut l'occasion d'utiliser mes **connaissances en matière d'exploitation de données statistiques** et mes compétence en matière de **maniement des bases de données de santé publique en ligne**. J'ai ainsi pu **produire des connaissances sous forme de notes et de rapports** s'appuyant sur les méthodes de recherche, de plan et d'analyse auxquelles j'ai été formée.

J'ai également eut régulièrement l'occasion de mobiliser mes connaissances théoriques ayant trait aux politiques de santé. L'ensemble de mes missions impliquait une **démarche d'analyse, voire d'évaluation, des politiques de santé dans une optique pluridisciplinaire** mêlant économie, finances publiques, sociologie, gestion et management. J'ai été familiarisée avec les **dimensions stratégique, financière et opérationnelle d'une politique de santé** dans le cadre de la lutte contre le VIH.

J'ai pu mieux appréhender le rôle des subventions comme instrument de l'action publique en **observant et en analysant les dispositifs d'action et les processus existants** afin de **créer un outil d'aide à la décision**. Pour ce faire, j'ai eu recours à un **panel d'indicateurs** et ai partiellement adopté une **posture de conduite de projet** afin de mieux planifier et organiser ma démarche.

Souvent interrogée dans une **perspective de comparaison internationale**, entre la France et la Norvège, mais aussi à l'échelle européenne, j'ai pu mettre à profit mes

connaissances concernant les différents systèmes de santé européens et mes **aptitudes linguistiques** me permettant de compiler différentes sources d'informations.

Enfin, j'ai également pu mettre à l'épreuve ma capacité à travailler en équipe et ai eu l'occasion d'appliquer les **méthodes de travail en groupe** qui m'ont été enseignées.

6.2 Acquisition de compétences

Ce stage s'est également révélé être un cadre pédagogique très riche, au sein duquel j'ai pu acquérir différentes nouvelles compétences essentielles à la réalisation de mon projet professionnel.

6.2.1 Un apprentissage permanent

Pour les employés permanents autant que pour les stagiaires, le Directorate a mis en place **une politique de valorisation de l'apprentissage permanent**. Chaque mois les employés sont encouragés à suivre des cours, conférences ou séminaires sur des thèmes qui pourraient leur être utiles dans la réalisation de leurs missions.

J'ai par exemple pu assister à un **cours de comptabilité publique** organisé à destination des employés travaillant avec des systèmes de subvention afin d'améliorer leur compréhension des dénominations comptables et enjeux sous-jacents. Des cours d'informatique étaient aussi régulièrement proposés. **Toujours organisés sur le mode participatif, ces cours donnaient toujours lieu à des exercices pratiques appliqués à des situations réelles** et m'ont permis d'acquérir de nombreuses connaissances techniques et pratiques utiles dans mes missions.

J'ai aussi eu également la chance d'assister à une **conférence au sein du Parlement sur le thème de l'avènement d'un éventuel vaccin contre le VIH** qui m'a apporté beaucoup de connaissances techniques sur la question et qui m'a donné un aperçu du travail qui était réalisé sur le sujet à l'échelle internationale.

Enfin, juste avant mon départ, j'avais également pu assister à un séminaire auquel était conviée l'ensemble de la division Santé Publique du Directorate sur le thème de la réduction des inégalités de santé. Essentiellement théorique le séminaire portait sur les stratégies alternatives à l'approche paternaliste avec un débat sur les avantages et inconvénient des stratégies de « nudging²⁷ ». Ce séminaire de deux jours avait été très formateur sur le plan théorique et avait donné lieu à de vives discussions qui ont, je pense ensuite imprégné la façon d'appréhender la promotion de la santé au sein de la division.

6.2.2 Les enseignements retenus

Sur le plan des connaissances théoriques, j'ai eu l'occasion d'**étudier en profondeur le système de santé norvégien sous ses aspects institutionnels, politiques et économiques**. J'ai énormément appris au sujet des institutions agissant dans le secteur de la santé publique en Norvège et j'ai pu saisir les multiples enjeux politiques, financiers et sanitaires qui régissent leurs interactions. **Je connais désormais encore davantage la culture norvégienne et les impacts qu'elle peut avoir sur la représentation des services de santé et de l'offre de soin en Norvège.**

Sur le plan des compétences pratiques, j'ai été intensivement **formée au maniement, non seulement de la langue norvégienne mais aussi du jargon propre aux institutions de santé publique**. J'ai été **familiarisée avec les documents et instruments institutionnels** que je suis désormais capable d'exploiter dans le cadre d'une variété de missions. J'ai aussi appris à me conformer aux approches et formulations norvégiennes liées à la santé publique qui reposent sur un **complexe jeu d'équilibre entre mises en garde contre les risques et attitudes de renforcement positif**.

²⁷ Concept en sciences du comportement, en théorie politique et en économie qui fait valoir que le renforcement positif et les suggestions indirectes en direction de certains objets ou comportements peuvent influencer sur les motivations et les prises de décisions des groupes et des individus de manière aussi efficace - sinon plus - que l'enseignement direct, la législation ou l'obligation.

7 Difficultés rencontrées

Il m'est difficile d'identifier des difficultés intrinsèquement liées au lieu de stage ou aux missions qui m'ont été confiées tant mon travail a été facilité par la qualité de mon encadrement et de mon environnement de travail. Aussi, si je devais identifier deux principales difficultés, elles seraient avant tout externes.

La première difficulté que j'ai rencontrée concerne, de manière assez évidente, l'usage d'une langue étrangère. En tout et pour tout, je n'ai réellement pratiqué le norvégien que pendant une dizaine de mois. Un apprentissage intense en situation professionnelle m'a permis d'acquérir rapidement un bon niveau de compréhension et d'expression orale avant le début du stage. La compréhension écrite a fait son chemin naturellement à force de lectures mais **je n'avais, avant ce stage, jamais eu l'occasion de pratiquer le norvégien à l'écrit.** Je suis consciente que cela a pu causer une surcharge de travail pour ma maîtresse de stage qui devait souvent relire mes productions et les corriger. Cependant, j'ai vite progressé et j'ai notamment été capable, au bout de trois mois, de réaliser un rapport annuel en norvégien résumant l'utilisation des subventions du Direktorat dans le cadre de la lutte contre le VIH en 2013 (cf. [annexe IV](#)) et n'ayant nécessité que de légères corrections en termes de langue. Ce stage a été pour moi l'occasion de fortement réduire ce handicap linguistique sur une courte période tout en effectuant des tâches pertinentes au regard de mon projet professionnel. **Je suis très reconnaissante vis-à-vis de mes supérieurs pour m'avoir accordé leur confiance et m'avoir donné une chance de travailler avec eux malgré mes lacunes.**

La seconde difficulté que j'ai rencontrée était liée à un manque de moyens. En Norvège, les étudiants issus d'universités ou d'écoles norvégiennes reçoivent le plus souvent un versement mensuel, indépendamment de leurs revenus ou de ceux de leurs

parents²⁸. Ce financement est versé tant que l'étudiant est sous contrat académique. Par conséquent, les étudiants en stage ne reçoivent pas de compensation de la part de l'établissement d'accueil puisqu'ils continuent de le percevoir. Étant issue d'une école étrangère, je ne pouvais pas prétendre à ce type de financement et ait donc effectué l'ensemble de ma période de stage sans obtenir de compensation financière. J'ai bien reçu une bourse Erasmus à hauteur de 350€ par mois, cependant la Norvège étant caractérisée par un coût de la vie élevé, ce montant ne représentait que 35% de mes dépenses de base mensuelles (loyer, nourriture et transport). Par conséquent, j'ai dû compenser ce manque en travaillant le weekend et en puisant dans mes économies, ce qui n'est pas, dans l'absolu, un véritable problème étant donné la facilité à trouver un emploi et le montant des salaires en Norvège. **Cependant, travailler 7 jours sur 7 en combinant mes heures de stage et mes heures travail salarié, tout en rédigeant ce mémoire, m'a laissé peu de temps pour souffler sur ces cinq mois.** J'ai eu la chance de profiter d'un environnement de travail agréable et de supérieurs compréhensifs mais je pense que dans d'autres conditions, cette période de stage aurait pu s'avérer particulièrement pénible sur le plan physique et moral. À l'avenir, il me paraît juste que les étudiants dont le stage n'est pas salarié bénéficient d'ajustements quant à la durée du stage ou au nombre d'heures requises afin de pouvoir travailler à temps partiel en parallèle si le montant des bourses allouées n'est pas suffisant.

²⁸ Ce financement est un prêt d'État à 0% ouvert à tous et dont l'étudiant n'aura à rembourser que 40% pourvu qu'il passe ses examens (les notes de A à E sont considérées valides, seule la note F implique l'échec à l'examen et tout examen peut être repassé jusqu'à trois fois). Le remboursement s'effectue en moyenne sur vingt ans à hauteur d'un pourcent des revenus mensuels perçus par l'étudiant à l'issue de sa formation. Les étudiants qui sont dans l'incapacité financière de rembourser leur prêt voient leur dette annulée.

Conclusion

Un début de réponse à ma problématique...

À l'issue de ce stage, je considère avoir au moins partiellement répondu à ma problématique. L'expérience que j'ai eue au sein du Directorate et les résultats des missions qui m'ont été confiées me permettent de conclure que l'optimisation du processus d'allocation des subventions du Directorate de la Santé dans une optique d'action efficace contre le VIH nécessite un processus de sélection de candidatures aussi objectif et transparent que possible.

Ce processus de sélection doit permettre de clairement départager les organisations afin de privilégier les projets et activités les plus prometteuses et éviter le saupoudrage des moyens. La transparence et l'objectivité de ce processus de sélection, qui peuvent être partiellement garanties par l'usage d'un outil relativement standardisé tel qu'une grille de notation, sont essentielles pour justifier les décisions prises et en asseoir la légitimité.

Les critères de sélection doivent être revus chaque année en fonction des priorités affichées et des résultats obtenus les années précédentes. Par conséquent, il est déterminant d'adopter une démarche évaluative et réflexive vis-à-vis des projets mis en œuvre et d'y impliquer les organisations.

Le Directorate doit également se donner les moyens de sortir de temps à autres du cadre annuel dans sa démarche d'allocation de subventions afin de s'inscrire davantage sur le long terme et de financer des projets de plus grande envergure. La démarche d'allocation de subventions doit par ailleurs se faire avec **davantage d'anticipation** et avec des délais moins tardifs afin que les organisations reçoivent leur financement en janvier plutôt qu'au cours du mois de mai.

Enfin, la politique de lutte contre le VIH gagnerait à s'intégrer aux politiques de lutte contre le reste des IST. **Une approche plus transversale permettrait de mobiliser davantage de moyens et de combiner les ressources afin de développer davantage certaines activités telles que le dépistage.**

En 2015 et 2016 avec l'arrivée à leur terme de nombreux plans et programmes de santé publique initiés par le Directorat, les mois à venir vont être une période charnière dans la détermination des futurs axes stratégiques et dispositifs d'action du Directorat. **C'est l'occasion de remanier les modes d'allocation de subventions afin de mettre en place un processus performant qui pourra servir aux mieux ces objectifs futurs.**

Bilan de l'expérience de stage

Au fil des différentes missions qui m'ont été confiées, **j'ai eu l'opportunité d'affiner mes méthodes de travail et mes compétences existantes tout en en acquérant de nouvelles en combinant travail en autonomie et activités supervisées.** J'ai pu découvrir que j'étais capable de convertir mes connaissances théoriques en compétences pratiques afin d'apporter ma contribution en situation professionnelle. La manière dont j'ai été intégrée au sein de l'équipe m'a donné l'opportunité de progresser rapidement en norvégien, de réaliser des tâches à responsabilité et de m'impliquer activement dans le fonctionnement du département. Grâce à cette expérience, j'ai été encore davantage convaincue du bien-fondé de mon installation en Norvège. **Ce stage m'a permis de confirmer mon projet professionnel.** J'ai découvert exactement le genre de position que je souhaiterai occuper et j'ai appris que j'en étais capable malgré mon handicap linguistique. Je me suis même découvert un intérêt pour les questions de santé sexuelle et les politiques de prévention en la matière. Un thème que j'étudierai peut-être plus en profondeur lors de mes futures expériences académiques ou professionnelles. **J'estime ainsi avoir atteint les objectifs que je m'étais fixés au début de ce stage en termes d'apprentissage, d'intégration et de professionnalisation.**

Cette période de stage me semble également avoir été mutuellement bénéfique. **Je pense avoir apporté un regard externe critique et pertinent au service tout en réalisant des productions utiles.** La note de synthèse que j'ai réalisée sur les auto-tests VIH a été utilisée comme témoignage de l'attitude proactive du Directeurat dans l'initiation du débat et a été très bien accueillie par les organisateurs du think-tank. Le système de notation que j'ai proposé pour faciliter les décisions d'allocation de subventions a été adapté à d'autres services et sera réutilisé l'année prochaine. Enfin, le rapport annuel que j'ai produit sur l'utilisation des subventions de 2013 a été reçu très positivement par les organisations concernées et le Directeurat envisage de l'utiliser comme modèle pour les années à venir. Le fait que je parle français s'est par ailleurs, à plusieurs reprises, révélé être un atout inattendu dans l'exécution de mes missions. **Je pense ainsi avoir effectué mes missions dans le temps impartis et en accord avec les consignes qui m'étaient données tout en reformulant les commandes qui m'étaient soumises et en apportant une contribution personnalisée.**

Certains de mes supérieurs ayant fait part de leur désir de travailler de nouveau avec moi, **j'espère, dans un futur plus ou moins proche, voire ce stage se concrétiser en une expérience professionnelle plus durable.** J'ai développé un réseau de connaissances au sein des différentes institutions et organisations de santé publique en Norvège qui m'aidera certainement dans l'avènement de mon projet professionnel. **Ce stage ainsi que les productions et compétences qui y sont associées sont hautement valorisables et me permettront d'aborder sereinement l'entrée dans la vie active,** une fois mon cursus académique achevé.

Références bibliographiques

Documents institutionnels

Helsedirektoratet (2010), [Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015, strategier for bedre seksuell helse](#) (Prévention des grossesses non désirées et avortements 2010-2015, stratégie pour une meilleure santé sexuelle), mars 2010, IS-1813

Helsedirektoratet (2012), [Plan for et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om røyke- og snusavvenning](#) (Plan pour une lutte rigoureuse contre la cigarette et le snus), Mai 2012, ISBN-nr. 978-82-8081-261-2

Helsedirektoratet (2014), *Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren* (Chiffres clés dans le secteur de la santé et des soins), Rapport 2014

Ministère de la Santé et des Soins Norvégiens (2013), [Proposisjon til Stortinget](#) (Proposition budgétaire au Parlement), Prop. 1 S, pp. 57-65

Sources statistiques

Eurostat (2012), « Demography report 2010 - Older, more numerous and diverse Europeans », *Rapport annuel*, Eurostat, février 2012

Folkehelseinstitutt (2013), [Levealder - faktaark med statistikk om forventet levealder i Norge](#) (Espérance de vie, faits et statistiques sur l'espérance de vie en Norvège)

Insee (2009), « Bilan démographique 2012 : la population croît, mais plus modérément », *Insee Première* n° 1429, janvier 2013

Insee (2012), « Femmes et hommes - Regards sur la parité », *Insee Références*, mars 2012.

Insee (2013), [Estimations de population et statistiques de l'état civil](#), InVS santé

OCDE (2013), [How Does Norway Compare](#), OECD Health Data 2013

OCDE (2014), OECD [Reviews of Health Care Quality](#), Norway 2014, Raising Standards, OECD

OMS (2013), [Statistiques sanitaires mondiales 2013](#), Bibliothèque de l'OMS

UNAIDS (2011), [Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde](#), *Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le SIDA*

Articles scientifiques

ARSI (2010), « [Norvège](#) », *Recherche en soins infirmiers* 1/ 2010 (N° 100), p. 75-76

Berg R.C. (2013), "Predictors of never testing for HIV among a national online sample of men who have sex with men in Norway", *Scandinavian Journal of Public Health*, 2013; 41: 398–404

Branson B.M. (1998), *Home sample collection tests for HIV infection*. *JAMA* 1998;280:1699-1701

- Campbell, Catherine (2013), *Building 'HIV competent communities' in resource poor settings: creating contexts that enable effective community mobilization*. In: Smith, Raymond A., (ed.) *Global HIV/AIDS Politics, Policy and Activism: Persistent Challenges and Emerging Issues*. Praeger, New York, USA, pp. 107-134. ISBN 9780313399459
- Champenois K, Le Gall J-M, Jacquemin C, et al. (2014), [ANRSe COM'TEST](#): *description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for MSM*
- Colfax G. & al (1997), Likelihood of at-risk individuals using home HIV test collection kits, *J Gen Intern Med*. 1997; 12:Supp 1106
- De Wit J., Adam P. (2008), "To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries", *HIV Medicine*, British HIV Association, Volume 9, Issue Supplement s2, pages 20–22, July 2008
- Deblonde J. et al. (2010), "Barriers to HIV testing in Europe: a systematic Review", *European Journal of Public Health*, Vol. 20, No. 4, 422–432
- Delaney K. et al. (2006), "Performance of an oral fluid rapid HIV-1/2 test: experience from four CDC studies", *Epidemiology and Social Science*, 1 August 2006 - Volume 20 - Issue 12 - pages 1655–1660
- Ekwueme D.U., Pinkerton S.D., Holtgrave D.R., Branson B.M. (2003), Cost comparison of three HIVV counseling and testing technologies. *Am J Prev Med*. 2003; 25:112-21
- Germine H. Awad, Lynda M. Sagrestano, Mark J. Kittleson, Paul D. Sarvela (2004), Development of a Measure of Barriers to HIV Testing Among Individuals at High Risk. *AIDS Education and Prevention*: Vol. 16, No. 2, pp. 115-125
- Jakopanec I. & al. (2013), "Trends in HIV infection surveillance data among men who have sex with men in Norway", 1995-2011, *BMC Public Health*
- Kassler W.J. (2010), *Advances in HIV testing technology and their potential impact on prevention*, Official Publication of the International Society for AIDS Education, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 30333, USA.
- Leroy P. (2008), *Service santé et affaires sociales pour les pays nordiques*, Communauté de veille technologique internationale, Vigies
- McQuitty M, McFarland W, Kellogg TA, White E, Katz MH. (1999), Home collection versus publicly funded HIV testing in San Francisco: who tests where? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1999; 21:417-22
- Spielberg F. & al (2003), Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, University of Washington, Seattle, WA, USA [2003, 32(3):318-327]
- Spielberg F. (2005), *Over the counter HIV testing: a technology whose time has come*. Presented at the FDA Blood Products Advisory Committee Meeting, Gaithersburg, Md., November 3, 2005
- Walensky R.P. (2009), *Home testing for HIV infection in resource limited settings*, *Behavioral aspects of HIV management*, Current Medicine Group, pp.217-218

Walensky R.P. and Paltiel D.A. (2006), Rapid HIV Testing at Home: Does It Solve a Problem or Create One? , *Annals of Internal Medicine*, 2006; 145(6):459-462

Wright A.A. & Katz I.T. (2006), "Home Testing for HIV", *Perspective*, New English Journal of Medicine, 354:437-440, February 2, 2006 DOI: 10.1056/NEJMp058302

Articles de presse

Andréo C. (2011), « En finir avec le sida... ou pas », [Humanitaire](#), 30 décembre 2011

Fédération Romande des Consommateurs (2013), *Tests de dépistage VIH à domicile*, [Rapport d'enquête](#), février 2013

Helvicom (2009), *La santé en Norvège*, Sociétés nordiques et baltes, agence de presse nordique

RMST (2003), *Le réseau mondial pour la santé au travail*, GOHNET, n° 6, hiver 2003

RMST (2003), *Le réseau mondial pour la santé au travail*, GOHNET, n° 5, été 2003

Roux A. (2013), "[Sida : un autotest salivaire bientôt disponible en France](#)", *Futura-Sciences*

Roy S. (2013), "Sida : les autotests disponibles en France en 2014", Santé, *Le Figaro*

Spilker R. S. (2010), [Introduksjon til det norske helsevesenet](#) (Introduction au système de santé norvégien)

Stephens P. (2014), "[UK law passes sales of HIV home tests before they exist](#)", *BBC News Health*

Liste des annexes

I. Note de synthèse : les auto-tests VIH

This paper aims at developing a reflection around HIV home testing in order to devise strategies that could maximize the opportunities for HIV prevention and minimize the potential for harm.

What is HIV home testing?

The history of HIV home testing goes back to the 1990s with the first home-sampling tests in the US and has come to a turning point in the 2000s with the advent of a new generation of home tests.

Home testing kits sold over the counter have been available in the US since 1996 but required users to send their blood to a laboratory for HIV testing. Within a week, consumers could anonymously obtain their results and counseling by calling a toll-free telephone number. The FDA's approval of the kits meant that anonymous HIV testing was suddenly available nationwide, even in states where it was illegal. Several states tried to block sales, citing laws that mandated reporting the names of HIV-infected persons. The FDA responded that its approval trumped state laws, and the tests were launched²⁹. Within a year, more than 175,000 people purchased kits, and the expanded screening was not associated with any reported increase in the rate of suicide³⁰.

More recently, a similar test scheme with home sampling had been implemented by the Terrence Higgins Trust HIV charity in the UK and encountered a tremendous success “with demand very nearly outstripping supply on more than one occasion”³¹. The charity received 3,000 orders for the test in one weekend and 97% of 915 users in the study said they would use the HIV self-sampling again.

Although current home HIV tests still involve home collection of a sample that is subsequently sent out for analysis, the most recent advances made possible the over-the-counter sale of rapid tests that could be performed as well as interpreted at home. The new tests involve simple and rapid assays with visual reading and can be used with whole blood (including finger stick) or with non-invasive alternative specimens like oral fluids or urine. Many of these new tests are simple enough to be used in nonclinical settings by public health workers or by consumers in the home³². Such tests have been available in the US since October 2012³³. These new tests are the subject of this paper.

²⁹ Wright A.A. & Katz I.T. (2006), “Home Testing for HIV”, Perspective, New English Journal of Medicine, 354:437-440, February 2, 2006 DOI: 10.1056/NEJMp058302

³⁰ Branson BM. Home sample collection tests for HIV infection. JAMA 1998;280:1699-1701

³¹ Stephens P. (2014), “UK law passes sales of HIV home tests before they exist”, BBC News Health [<http://www.bbc.com/news/health-26888272>]

³² Kassler WJ (2010), Advances in HIV testing technology and their potential impact on prevention, Official Publication of the International Society for AIDS Education, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 30333, USA.

³³ Stephens P. (2014), “UK law passes sales of HIV home tests before they exist”, BBC News Health [<http://www.bbc.com/news/health-26888272>]

Why HIV home testing?

Research suggest that the potential benefits from home testing include convenience, privacy, anonymity and potentially increased access to HIV tests, particularly in communities that have proven difficult to reach³⁴.

A very wide range of barriers to provider-initiated HIV testing have been studied in the past decades, including in high income countries³⁵. It appears that barriers exist on the patient level; notably low risk perception³⁶, fear of HIV and fear of disclosure, as well as on the healthcare provider and the policy levels³⁷. Structural barriers, confidentiality concerns and fear,³⁸ seem to be three main categories of barriers to HIV testing.

Advocates of HIV home testing argue that there is value in empowering individuals to manage their HIV risks and have suggested that the availability of a rapid home HIV test could increase rates of disease detection in communities that have proven difficult to reach and to link to appropriate care. In 2003, a study showed that participants who had never been tested before were significantly more likely to prefer home self-testing compared with other strategies. The study also showed a strong trend for participants who had never been tested to cite not wanting to go to a clinic or talk to a counsellor³⁹.

As with home pregnancy testing, the concept of home HIV testing was motivated by consumer desire to learn one's HIV status through personal initiative in the convenience and privacy of their home. To some extent, home testing thereby addresses three important barriers to wider HIV test acceptance: stigma, convenience, and privacy⁴⁰. Home tests are furthermore very minimally invasive; some of them don't even require drawing blood, which can also be one of the barriers to testing⁴¹.

³⁴ Walensky R.P. (2009), Home testing for HIV infection in resource limited settings, Behavioral aspects of HIV management, Current Medicine Group, pp.217-218

³⁵ De Wit J., Adam P. (2008), "To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries", HIV Medicine, British HIV Association, Volume 9, Issue Supplement s2, pages 20–22, July 2008

³⁶ Champenois K, Le Gall J-M, Jacquemin C, et al. (2014), ANRSe COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men [<http://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e000693.full.pdf+html>]

³⁷ Deblonde J. et al. (2010), "Barriers to HIV testing in Europe: a systematic Review", European Journal of Public Health, Vol. 20, No. 4, 422–432

³⁸ Germine H. Awad, Lynda M. Sagrestano, Mark J. Kittleson, Paul D. Sarvela (2004). Development of a Measure of Barriers to HIV Testing Among Individuals at High Risk. AIDS Education and Prevention: Vol. 16, No. 2, pp. 115-125

³⁹ Spielberg F. & al (2003), Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, University of Washington, Seattle, WA, USA [2003, 32(3):318-327]

⁴⁰ Walensky R.P. and Paltiel D.A. (2006), Rapid HIV Testing at Home: Does It Solve a Problem or Create One?, Annals of Internal Medicine, 2006 ; 145(6):459-462

⁴¹ Spielberg F. & al (2003), Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, University of Washington, Seattle, WA, USA [2003, 32(3):318-327]

Another positive aspect of the legalization of HIV home testing in Europe is that it could enable more control over the type and quality of tests that are being distributed⁴². Legal or not, people can already order tests online and send away the results, with their diagnosis being told to them over the phone⁴³. The problem is that the sale of rapid HIV tests on the internet is not currently controlled. Most of the time, kits sold on the internet do not have the same quality as those used in testing centers and can give unreliable results, whether positive or negative. The legalization of HIV home testing would enable the production and sale of CE marked products that have been assessed for quality, safety and reliability and that provide instructions in European languages.

If HIV home testing kits were to be commercialized in Norway, they would have to comply with European guidelines. Norway has the same rights and obligations as EU Member States regarding requirements for medical devices, including marketing and sales. HIV home tests are identified as medical devices. As such, they are covered by Directive 98/79/EC and must thereby bear the CE mark; a visible sign attesting that the product complies with European regulations. The CE mark is compulsory for any medical device to be marketed within the EEA. The implementation of Directive 98/78/EC in Norway also requires the information necessary for the safe and secure use of medical devices to be written in Norwegian.

HIV home testing in Europe

HIV home testing is slowly making its way in Europe. If some countries maintain a ban on such tests, others have already legalized them.

Germany and Switzerland do not authorize home tests. Germany forbids the sale of any types of home tests, especially for HIV. They remain skeptical towards this method concerned about the technical problems linked to HIV home tests and arguing that the optimal setting for an HIV test is in the presence of health professionals capable of taking care of the patient, especially if the result shows positive⁴⁴. A similar opinion is expressed by the health authorities in Switzerland also concerned about quality issues related to the sensitivity and specificity of the tests and about the absence of direct counselling. The Swiss Medical Device Directive does not allow sale of diagnostic tests for infectious diseases to the public⁴⁵. The Federal Commission for Sexual Health (FCSH) issued on March 13th 2013 a statement arguing against the legalization of HIV home tests in Switzerland. The Commission stated however that they will follow and examine experiences acquired with those kinds of tests in other countries and under other conditions before recommending an eventual change of practice⁴⁶.

On the other hand, Great Britain and France⁴⁷ had already announced in September and November 2013 that HIV home tests would be legalized in 2014. The law came into

⁴² Stephens P. (2014), "UK law passes sales of HIV home tests before they exist", BBC News Health [http://www.bbc.com/news/health-26888272]

⁴³ Example : <http://english.test4.com/>

⁴⁴ Report from the national HIV agency, Deutsche AIDS-Hilfe [http://www.hivreport.de/sites/default/files/ausgaben/2013_02_HIVreport_e.pdf]

⁴⁵ Swiss Medical Device Directive, ref. 812.213, art. 17 [http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995459/index.html]

⁴⁶ FCSH statement [http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/12494/12821/index.html?lang=fr]

⁴⁷ Statement of the French National HIV Council [http://www.cns.sante.fr/spip.php?article465]

effect in Great Britain in April 2014 and should soon be implemented in France as well⁴⁸. It is now legal for people to test and diagnose themselves with HIV at home in the UK. Although no tests meeting European standards currently exist, it is hoped this move will encourage the development of such kits in the UK this year or in early 2015⁴⁹. In France, the National AIDS Council, using projections made by the US health authorities, believes that self-testing could help uncover 4000 seropositivities and prevent 400 new infections per year. This is an important figure in the light of the 6100 persons who, according to the Institute for Public Health Surveillance, discovered their HIV status in 2011⁵⁰.

Concerns regarding HIV home testing

The guarantee of wide access

If HIV home testing is aimed at increasing HIV testing, especially among vulnerable populations, the access to the test kits in terms of distribution and cost is an important question.

The availability of home tests in pharmacies, vending machines, testing centers, family planning facilities, LGBT centers and associations working with sexual health or at events such as the Gay Pride seems necessary to ensure wide access to the tests and would require considerable funding. The development of home tests should however not hinder traditional testing facilities established within the health care system from being the main providers of HIV tests. They remain indeed the best venues in which to make new HIV diagnoses⁵¹ and also offer testing for other ITDs. Home testing should only be one of many available testing options among which the customer has the freedom to choose.

In terms of cost, only an affordable test would be likely to reach high-risk populations. In 2005, a pilot study, sampling 240 HIV-positive patients, showed that most would pay no more than \$15 for a test⁵², and the poor are substantially less likely to use it⁵³. Although 79% of persons negative for HIV infection report interest in a home HIV test, favorable responses drop to 40% when respondents are told that the test costs \$40⁵⁴ (current Home Access price displayed online⁵⁵). The market leader, OraQuick, has not yet been priced for over-the-counter sales. It currently costs \$11 to \$17 per kit when purchased in high volume for

⁴⁸ Roux A. (2013), "Sida : un autotest salivaire bientôt disponible en France", Futura-Sciences [www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/actu/d/medecine-sida-autotest-salivaire-bientot-disponible-france-50120/]

⁴⁹ Stephens P. (2014), "UK law passes sales of HIV home tests before they exist", BBC News Health [<http://www.bbc.com/news/health-26888272>]

⁵⁰ Roy S. (2013), "Sida : les autotests disponibles en France en 2014", Santé, Le Figaro

⁵¹ Walensky R.P. and Paltiel D.A. (2006), Rapid HIV Testing at Home: Does It Solve a Problem or Create One?, *Annals of Internal Medicine*, 2006 ; 145(6):459-462

⁵² Spielberg F. (2005), Over the counter HIV testing: a technology whose time has come. Presented at the FDA Blood Products Advisory Committee Meeting, Gaithersburg, Md., November 3, 2005

⁵³ McQuitty M, McFarland W, Kellogg TA, White E, Katz MH. Home collection versus publicly funded HIV testing in San Francisco: who tests where? *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1999; 21:417-22

⁵⁴ Colfax G. & al (1997), Likelihood of at-risk individuals using home HIV test collection kits, *J Gen Intern Med*. 1997; 12:Supp 1106

⁵⁵ Costs online : 40 US\$ (english.test4.com), 42,90 € (www.nor-test.com/hiv_home_test_3_tests.html) or 349 kr (www.hivtestnorge.com/home/11-ora-quick-advance-hiv-test.html)

research use⁵⁶. There is an important concern that additional retail markup would probably render the test inaccessible to vulnerable populations.

The issue of reliability

Information is a key subject when it comes to home testing as the customer is left alone to execute and interpret the test. If home tests were to be commercialized, they would have to display information regarding the terms of use of the test as well as its reliability.

In 2006, the CDC conducted four separate studies in order to compare the accuracy of the rapid test performed on whole blood and oral fluid specimens with the results of conventional HIV tests⁵⁷. OraQuick sensitivity was 99.7% with whole blood and 99.1% with oral fluid from HIV-positive persons and 99.9% with whole blood and 99.6% with oral fluid from HIV-negative persons. In the four different settings, the OraQuick test showed high sensitivity and specificity for HIV antibody in whole blood and oral fluid specimens. Slightly more false-positive and false-negative results occurred with oral fluid than with whole blood, but performance with both specimen types was similar to, or better than, that of conventional tests.

The current home oral tests used by professionals show 99,8% reliability over negative results and 92,9% over positive results⁵⁸. However, the tests currently available online often do not have the same quality standards. They show a very high inaccuracy rate combined with technical problems linked to online payment, international shipping and unmonitored use at home⁵⁹. Hence the importance of manufacturing CE mark test kits that are submitted to strict quality-control before being sold in Europe.

Research also suggests that HIV home testing, especially if costly, will attract a predominantly affluent clientele, composed disproportionately of HIV-uninfected new couples and “worried well” persons, as well as very recently infected persons with undetectable disease⁶⁰. Testing in these populations may have the perverse effect of increasing both false-positive and false-negative results. False positive results could cause substantial psychological distress whereas, false negative results, which may be obtained during the window between infection and seroconversion, could provide a false sense of security and potentially promote risky behavior⁶¹. A poorly functioning home HIV test may thereby undermine confidence in the reliability and the value of HIV testing more generally and weaken critical efforts to expand HIV detection and linkage to lifesaving care.

Thus, if home use of the test is approved, physicians will need to help educate their patients about window periods and false positive results. And clinics will need the ability to perform routine confirmatory testing among patients with positive results. These measures,

⁵⁶ Ekwueme DU, Pinkerton SD, Holtgrave DR, Branson BM. Cost comparison of three HIV counseling and testing technologies. *Am J Prev Med.* 2003; 25:112-21

⁵⁷ Delaney K. et al. (2006), “Performance of an oral fluid rapid HIV-1/2 test: experience from four CDC studies”, *Epidemiology and Social Science*, 1 August 2006 - Volume 20 - Issue 12 - pages 1655–1660

⁵⁸ Stephens P. (2014), “UK law passes sales of HIV home tests before they exist”, *BBC News Health* [<http://www.bbc.com/news/health-26888272>]

⁵⁹ Fédération Romande des Consommateurs, Tests de dépistage VIH à domicile, Rapport d’enquête, février 2013 [http://www.frc.ch/wp-content/uploads/2013/03/VIH_enquete2.pdf]

⁶⁰ Walensky R.P. and Paltiel D.A. (2006), Rapid HIV Testing at Home: Does It Solve a Problem or Create One?, *Annals of Internal Medicine*, 2006 ; 145(6):459-462

⁶¹ Wright A.A. & Katz I.T. (2006), “Home Testing for HIV”, *Perspective, New England Journal of Medicine*, 354:437-440, February 2, 2006 DOI: 10.1056/NEJMp058302

along with detailed educational materials in package inserts, must be part of the home-marketing strategy.

The need for psychological support

Actors of the civil society that are currently involved in HIV work estimate that providing means of access to psychological support and counselling with the home tests is absolutely crucial.

Critics of HIV home testing are seriously concerned about the potentially destructive individual reactions that could occur upon a positive result, especially if the user learns their HIV status alone. The challenge lies primarily in how health authorities should communicate the benefits and disadvantages of self-test for the population. Health authorities should encourage people not to test themselves alone, without professional or at least an emotional support in the situation.

It is also necessary to determine the requests that should apply to manufacturers and distributors of home tests in terms of guidance and assistance on-line or on the phone in connection with the possible introduction of tests. Field workers recommend the set-up of a hotline that could provide 24/7 emotional support, peer-to-peer discussion and information as well as referral to healthcare professionals⁶².

The link to professional care

Home testing is met with controversy, in large part because it challenges the standard of linking diagnostic testing to professional counselling⁶³. Ultimately, the real issue is not the availability of another HIV test but the linking of persons with HIV infection to life-saving care.

It is important for users to access professional healthcare facilities competent for counselling and treatment if they found out at home they were HIV-positive. It is not clear if home HIV testing will increase or decrease the psychological barriers to care. Home tests may paradoxically increase stigma by making HIV testing a more clandestine activity. Persons most anxious to keep their HIV testing activities private may also prove to be those most refractory to counseling, confirmation, and linkage⁶⁴.

In this regard, the downstream performance of home testing has to be measured on the long term not only by the number of persons tested or the proportion of HIV infections identified but also by the rate at which newly identified cases are linked to care. Because home testing results cannot be centrally reported, it will be difficult to compare confirmation and linkage rates of home testing with those of other screening approaches.

⁶² Roux A. (2013), "Sida : un autotest salivaire bientôt disponible en France", Futura-Sciences [www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/actu/d/medecine-sida-autotest-salivaire-bientot-disponible-france-50120/]

⁶³ Walensky R.P. (2009), Home testing for HIV infection in resource limited settings, Behavioral aspects of HIV management, Current Medicine Group, pp.217-218

⁶⁴ Walensky RP, Weinstein MC, Smith HE, Freedberg KA, Paltiel AD. (2005), Optimal allocation of testing dollars: the example of HIV counseling, testing, and referral. Med Decis Making. 2005; 25:321-9

Conclusion

HIV home tests are already widely available online. The question is therefore not so much about whether or not to authorize them but more about how to control the conditions of their development.

A lot of attention must be given to the packaging of the home testing kits. The educational material attached to the kits would have to be written in the relevant language, value the decision of the user to know their own HIV status, recommend not to test oneself alone, provide instructions for test use and result interpretation, indicate other alternatives for anonymous HIV testing, offer contact with professional and peer-to-peer counselling and emotional support, prepare the user mentally for the implications of a positive result, inform the user that one can nowadays live well and long with HIV and explain how to proceed in case of a positive test. In order to increase the likelihood of people taking the time to read the instructions before testing themselves, field workers suggest that the packaging should display a message such as “NB : read this before using the test” and could be devised so that accessing the test requires to open the instructions slip.

It is also crucial that HIV home tests do not become permanent and systematic substitutes to STI screening in traditional healthcare settings which provides free access, maximum reliability, readily available counselling and direct link to care. Besides, HIV is not the only determinant of sexual health. Other STIs such as chlamydia, gonorrhoea and syphilis are on the rise and require screening in traditional testing facilities.

The United-States are currently conducting an evaluation of the benefits of HIV home testing among MSM. The results of this study could help argue in favor of either merely accepting that HIV home tests are being marketed or actually actively promoting them in an effort to reach out to groups that might otherwise have been reluctant to take an HIV test in traditional health care settings.

In the meantime, HIV work must also go beyond the medical world. There certainly is constant progress in HIV tests as well as in HIV treatment but, as others concluded, “it is not so much the changing medical aspects of HIV that shape contemporary testing decisions, but the social meaning and social consequence of HIV diagnoses”⁶⁵.

⁶⁵ Flowers P, Knussen C, Church S. (2003), “Psychological factors associated with HIV testing amongst Scottish gay men”, *Psychological Health*; 18: 739–752.

II. Grille : détail de notation

Voici la grille de notation en norvégien et complétée pour les trois dossiers à ma charge : SSK (Hôpital Norvège-Sud), UNN (CHU Norvège-Nord), OUS (CHU Oslo).

Kategorier	SSK	SSK*	UNN	OUS
År	2014	2013	2014	2014
Saksnummer	12/10036	12/10036	13/11063	14/208
Søknadssum	330 000	645 000	300 000	283 000
1. Strategi (8)	4,3	3,7	4,8	2,3
1.1 Prosjekter i tråd med strategi planen (3)	5,0	5,0	5,0	3,0
1.2 Geografisk spredning (1)	4,0	2,0	5,0	2,0
1.3 Fokuserer på grupper med høy sårbarhet (3)	3,5	3,3	4,3	2,3
Menn som har sex med menn	5,0	4,0	3,0	5,0
Innvandrere	5,0	5,0	5,0	4,0
Rusmisbrukere	4,0	4,0	5,0	0,0
Sexarbeidere	0,0	0,0		0,0
1.4 Tverrsektorielt samarbeid (2)	4,7	3,3	5,0	1,7
Samarbeid aktører på feltet	5,0	5,0	5,0	5,0
Sammenheng hivsmitte og psykisk uhelse og rus	5,0	5,0	5,0	0,0
Deltakelse av ulike aktører (uten om feltet)	4,0	0,0	5,0	0,0
2. Forebygging (7)	3,4	2,9	**	0,7
2.1 Øke testfrekvensen (3)	5,0	5,0	**	0,0
Informasjon om testing	5,0	5,0	**	0,0
Testing	5,0	5,0	**	0,0
2.2 Informasjon (2)	4,5	2,5	**	2,5
av hiv positive (beskyttelse og behandling)	5,0	5,0	**	5,0
av hiv negative (beskyttelse og aksept)	4,0	0,0	**	0,0
2.3 Produkt distribusjon (2)	0,0	0,0	**	0,0
Kondomer	0,0	0,0	**	0,0
Andre produkter	0,0	0,0	**	0,0
3. Søknad (8)	4,6	3,9	4,9	4,2
3.1 Søknadsfeil (1)	5,0	5,0	5,0	5,0
3.2 Presis beskrivelse av prosjektet (2)	5,0	4,0	5,0	4,0
P्रेसis beskrivelse av målene	5,0	5,0	5,0	4,0
P्रेसis beskrivelse av metode	5,0	3,0	5,0	4,0
3.3 Risikobevissthet (1)	2,0	1,5	4,5	3,0
P्रेसis beskrivelse av risiko	0,0	0,0	4,0	3,0
Konkrete resultatene som forventes	4,0	3,0	5,0	3,0
3.4 Kompetanser (2)	5,0	4,0	5,0	5,0
Organisasjonserfaring	5,0	3,0	5,0	5,0

Kompetansen til dagliglederen	5,0	5,0	5,0	5,0
3.5 Kunnskap (2)	5,0	4,3	5,0	3,7
Kunnskapsbaserte prosjekt	5,0	5,0	5,0	4,0
Tydlig og streng metode	5,0	5,0	5,0	4,0
Evaluering og rapportering	5,0	3,0	5,0	3,0
4. Økonomi (7)	5,0	3,1	5,0	2,7
4.1 Klar og presis budsjett (2)	5,0	5,0	5,0	4,0
4.2 Flere finansierings kilder (2)	5,0	0,0	5,0	1,0
4.3 Beløpe seg samstemt (3)	5,0	4,0	5,0	3,0
med aktivitetene	5,0	4,0	5,0	3,0
med kravene i kunngjøring	5,0	4,0	5,0	3,0
Gjennomsnitt	4,3	3,4	4,9	2,5
Prosent	87 %	68 %	98 %	50 %

* J'ai également évalué la candidature de SSK pour l'année précédente afin de comparer les deux candidatures et observer un éventuel progrès.

** Le projet UNN étant un projet de recherche il ne participe pas directement aux activités de prévention du VIH/SIDA, d'où l'absence de notes dans cette catégorie.

III. Réponse à la réclamation de Nye Pluss

Vurderingsskjema – Nye Pluss (2014)

Dette notatet presenterer en evalueringsmetodikk som er blitt brukt av Helsedirektoratet for å vurdere søknadene. Dette er et internt dokument. Helsedirektoratet brukte en rubrikk basert på ulike kriterier. Disse kriteriene ble valgt fra regelverket og målene i nasjonal hivstrategi "Aksept og Mestring". Kriteriene og vektning er forklart på sidene 2 og 3 i dette dokumentet. Poengene varierer fra 0 til 5. Null er den laveste poengsum, fem er den høyest poengsum. Gjennomsnittlig score er satt til en prosent. Søknadene som oppnådde en score under 50 % vil ikke få støtte. Ut over 50 % vil midlene bli justert i henhold til høyden av resultatet. Nye Pluss hadde 9 søknader. Poeng for hvert prosjekt er vist på sidene 4 og 5 i dette dokumentet. Mer forklaring er vist på side 6.

Presentasjon av rubrikkene som brukes

Kategorier	Vekt	Kriterier
1. Strategi	8	Gjennomsnitt
1.1 Prosjekter i tråd med strategiplanen Aksept og mestring	3	Innenfor alle målene (5) / utenfor et (4 - 3) / utenfor flere (2 - 1) / utenfor alle (0)
1.2 Geografisk spredning	1	Nasjonalt (5 - 4) / Regional (3 - 1) / En by (0)
1.3 Fokus på grupper med høy sårbarhet	3	Gjennomsnitt
Menn som har sex med menn		Prioritert (5) / Høyt fokus (4-3) / Lav fokus (2-1) / Ingen fokus (0)
Innvandrere		Prioritert (5) / Høyt fokus (4-3) / Lav fokus (2-1) / Ingen fokus (0)
Rusmisbrukere		Prioritert (5) / Høyt fokus (4-3) / Lav fokus (2-1) / Ingen fokus (0)
Sexarbeidere		Prioritert (5) / Høyt fokus (4-3) / Lav fokus (2-1) / Ingen fokus (0)
1.4 Tverrsektorielt samarbeid	2	Gjennomsnitt
Samarbeid med aktører på feltet		Sterk samarbeid (5-4) / Delvis samarbeid (3-2) / Samarbeid med en aktør (1) / Ingen (0)
Sammenheng hivsmitte og psykisk uhelse og rus		Sterk samarbeid (5-4) / Delvis samarbeid (3-2) / Samarbeid med en aktør (1) / Ingen (0)
Deltakelse av aktører uten om feltet		Sterk samarbeid (5-4) / Delvis samarbeid (3-2) / Samarbeid med en aktør (1) / Ingen (0)
2. Forebygging	7	Gjennomsnitt
2.1 Øke testfrekvensen	3	Gjennomsnitt
Informasjon om testing		Intensiv informasjon (5-4) / Litt informasjon (3-1) / Ingen (0)
Testing		Sterk testtilbud (5-4) / Lav testtilbud (3-1) / Ingen (0)
2.2 Informasjon	2	Gjennomsnitt
for hivpositive		Intensiv informasjon (5-4) / Litt informasjon (3-1) / Ingen (0)
for hivnegative		Intensiv informasjon (5-4) / Litt informasjon (3-1) / Ingen (0)
2.3 Produkt distribusjon	2	Gjennomsnitt
Kondomer		Prioritert (5) / Høy tilbud (4-3) / Lav tilbud (2-1) / Ingen (0)
Andre produkter		Høy tilbud (5-4) / Lav tilbud (3-1) / Ingen (0)
3. Søknad	8	Gjennomsnitt
3.1 Søknadsfeil	1	Ingen feil (5) / Liten feil (4) / Noen feil (3 - 1) / Vesentlige feil (0)
3.2 Presis beskrivelse av prosjektet	2	Gjennomsnitt
P्रेसis beskrivelse av målene		Veldig detaljert (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 - 1) / Ingen (0)
P्रेसis beskrivelse av metode		Veldig detaljert (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 - 1) / Ingen (0)
3.3 Risikobevisthet	1	Gjennomsnitt
P्रेसis beskrivelse av risiko		Veldig detaljert (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 - 1) / Ingen (0)
Beskrivelse av de konkrete resultatene som forventes		Veldig detaljert (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 - 1) / Ingen (0)

3.4 Kompetanser	2	Gjennomsnitt
Organisasjonserfaring		Veldig god erfaring (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 -1) / Ingen eller ukjent (0)
Kompetansen til dagliglederen		Veldig god erfaring (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 -1) / Ingen eller ukjent (0)
3.5 Kunnskap	2	Gjennomsnitt
Kunnskapsbaserte prosjekt		Veldig god (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 -1) / Ikke eller ukjent (0)
Tydelig og streng metode		Veldig god (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 -1) / Ikke eller ukjent (0)
Evaluerings og rapportering		Innenfor alle (5-4) / Utenfor en (3-1) / Utenfor alle (0)
4. Økonomi	7	Gjennomsnitt
4.1 Klart og presist budsjett	2	Veldig detaljert (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 -1) / Ingen (0)
4.2 Flere finansieringskilder	2	Egenfinansiering og annen støtte (5) / Kun egenfinansiering (4-3) / Kun annen støtte (2-1) / Søker hele budsjettet (0)
4.3 Beløpet samstemt med med aktivitetene	3	Gjennomsnitt
med kravene i kunngjøring		Veldig god (5) / Middels (4 - 3) / Litt (2 -1) / Ikke eller ukjent (0)

Presentasjon av resultatene oppnådd av Nye Pluss

Prosjektet	Nettsider	Våre stemmer	Brukermed-virkning	Innvandrere nettverk	Hiv 2014	Driftmidler	Årsmøte	Tilpasset LMS kurs	Kvinne nettverk
Saksnummer	12/9934	12/9934	12/9934	12/9934	12/9934	12/9934	12/9934	12/9934	12/9934
Søkt	483 782	150 000	299 640	235 276	476 750	856 000	55 000	141 076	70 000
1. Strategi	3,1		3,4	2,5	3,5	2,8	3,1	2,8	3,6
1.1 Prosjekter i tråd med strategiplanen Aksept og mestring	5,0		5,0	4,0	4,0	3,0	5,0	5,0	5,0
1.2 Geografisk spredning	5,0		5,0	4,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0
1.3 Fokusere på grupper med høy sårbarhet	2,5		2,5	1,8	3,5	3,0	2,5	1,3	2,3
Menn som har sex med menn	5,0		5,0	2,0	5,0	5,0	5,0	2,5	
Innvandrere	5,0		5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	2,5	5,0
Rusmisbrukere	0,0		0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	0,0	1,0
Sexarbeidere	0,0		0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	0,0	1,0
1.4 Tverrsektorielt samarbeid	0,3		1,7	0,7	2,0	1,0	0,0	1,3	2,7
Samarbeid aktører på feltet	1,0		3,0	2,0	3,0	3,0	0,0	4,0	5,0
Samarbeid psykisk helse og rus	0,0		2,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Samarbeid aktører uten om feltet	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2. Forebygging	1,4		2,1	2,0	2,1	2,1	0,7	1,8	1,6
2.1 Øke testfrekvensen	0,0		1,5	2,0	1,5	0,5	0,0	2,5	1,5
Informasjon om testing	0,0		3,0	4,0	3,0	1,0	0,0	5,0	3,0
Testing	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.2 Informasjon	5,0		4,0	3,0	5,0	4,5	2,5	2,5	2,5
av hivpositive	5,0		5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
av hivnegative	5,0		3,0	1,0	5,0	4,0	0,0	0,0	0,0
2.3 Produkt distribusjon	0,0		1,0	1,0	0,0	2,0	0,0	0,0	1,0
Kondomer	0,0		1,0	2,0	0,0	2,0	0,0	0,0	1,0
Andre produkter	0,0		1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	1,0
3. Søknad	1,1		1,6	1,1	2,5	1,6	0,6	1,9	1,8
3.1 Søknadsfeil	0,0		0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3.2 Presis beskrivelse av	0,5		1,0	1,0	3,3	2,5	0,0	3,0	2,0

prosjektet									
Presis beskrivelse av målene	1,0		1,0	1,0	3,5	0,0	0,0	3,0	2,0
Presis beskrivelse av metode	0,0		1,0	1,0	3,0	5,0	0,0	3,0	2,0
3.3 Risikobevisthet	0,0		3,5	3,0	2,0	2,5	0,5	1,5	3,8
Presis beskrivelse av risiko av konkrete resultatene som forventes	0,0		4,0	4,0	1,0	2,0	1,0	2,0	5,0
3.4 Kompetanser	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Organisasjons erfaring	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Kompetansen til dagliglederen	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
3.5 Kunnskap	3,0		2,7	1,0	3,7	1,7	1,0	2,7	2,3
Kunnskapsbaserte prosjekt	4,0		4,0	1,0	3,0	1,0	1,0	3,0	1,0
Tydlig og streng metode	0,0		1,0	1,0	3,0	1,0	0,0	2,0	2,0
Evaluering og rapportering	5,0		3,0	1,0	5,0	3,0	2,0	3,0	4,0
4. Økonomi	3,5		4,7	3,0	4,3	2,6	3,3	0,3	3,6
4.1 Klar og presis budsjett	2,0		5,0	5,0	5,0	2,0	4,0	1,0	5,0
4.2 Flere finansierings kilder	5,0		4,0	1,0	4,0	4,0	0,0	0,0	0,0
4.3 Beløpe seg samstemt med aktivitetene	3,5		5,0	3,0	4,0	2,0	5,0	0,0	5,0
med kravene i kunngjøring	4,0		5,0	3,0	4,0	2,0	5,0	0,0	5,0
Gjennomsnitt	2,3		3,0	2,2	3,1	2,3	1,9	1,7	2,7
Prosent av suksess	46 %	0 %	59 %	43 %	62 %	45 %	38 %	34 %	53 %
Beløp	0	0	200 000	0	100 000	0	0	0	70 000

IV. Rapport annuel : VIH et subventions publiques

I 2013 ble det diagnostisert 233 nye hivsmittede i Norge mot 242 hivsmittede i 2012. Dette er en ytterligere nedgang i antall hivpositive som påvises årlig, og sammenliknet med toppåret 2008 ble det i 2013 meldt 22 % færre tilfeller (Folkehelseinstitutt 2014). **Fallet har blitt observert til tross for en økning i HIV-testing** som kunne ha resultert i et økt antall nye diagnoser.

42 % av nysmittene forekom blant menn som har sex med menn (MSM), 40 % blant innvandrere som allerede var smittet før ankomst til Norge, 13 % blant heterofile par bosatt i Norge og 4 % blant rusmisbrukere. Diagnostiserte hivsmittede de siste årene skyldes hovedsakelig en **nedgang i meldte tilfeller blant heteroseksuelt smittede**, både de som er blitt smittet mens de er bosatt i landet og innvandrere smittet heteroseksuelt før ankomst til Norge. **Blant MSM holder hivtallene seg vedvarende høye.**

De to hovedmålene i nasjonal hiv-strategi sier at nysmitte med hiv skal reduseres - særlig i grupper med høy sårbarhet for hiv og at alle som lever med hiv skal sikres god behandling og oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell orientering og/eller praksis, bosted, etnisk bakgrunn og økonomi. Økt testaktivitet, kondombruk og flere hivsmittede på effektiv behandling er de viktigste forebyggende tiltakene og det sivile samfunn spiller en avgjørende rolle i dette forebyggingsarbeidet. **I 2013 finansiert Helsedirektoratet prosjekter gjennomført av 29 ulike organisasjoner med nesten kr. 19 millioner for å bekjempe hiv** (se vedlegg).

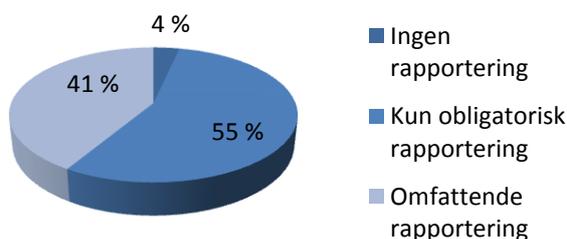
I mars 2014 fikk Helsedirektoratet rapportering for 2013 fra tilskuddsmottaker. Denne rapporten sammenstiller informasjon fra organisasjonene finansiert av Helsedirektoratet og gir en oversikt over deres HIV arbeid.

Tilskuddsbehandling i Helsedirektoratet

Statsbudsjettets omtale av kapittel 719 post 70 inneholder hvert år en beskrivelse av hiv tilstanden i Norge og noen overordnede prioriteringer. Disse prioriteringene, samt de som kommer til uttrykk i komitebehandlingen i Stortinget, er grunnlaget for de årlige prioriteringene for tilskuddsordningen. **I 2013 var det i statsbudsjettet lagt opp til prioritering av en styrkning av testaktiviteten på hiv i særskilte målgrupper og iverksetting av nye tiltak for å øke kunnskapen om hiv i befolkningen.**

I 2013 har utlysningstekstene inneholdt mer konkrete krav til søknadens form og innhold og faglige prioriteringer. Disse prioriteringene spesifiseres hvert år av Helsedirektoratet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.

Konkrete tiltak for å forebygge nysmitte spesielt blant MSM og asylsøkere, flyktninger, familiegjennforente og andre med innvandrerbakgrunn skulle prioriteres. Helsedirektoratet ville også støtte konkrete tiltak som bidro til økt testfrekvens, særlig i grupper med høy sårbarhet for hiv, samt sikre god helhetlig ivaretagelse av mennesker som lever med hiv. Prosjekter som synliggjorde sammenhenger mellom utsatthet for hivsmitte og psykisk uhelse og rus ble prioritert. Prosjekter som innebærer brukermedvirkning, og prosjekter som førte til samarbeid med andre aktører på feltet og uten om feltet ble prioritert.



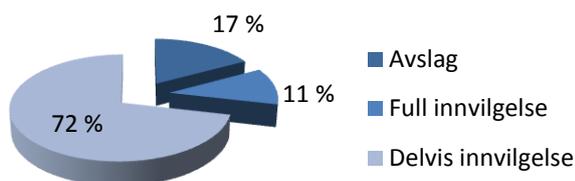
Kravene til rapportering er revisorkontrollert regnskap (om tilskuddet er over kr. 100 000,-) og en årsrapport som beskriver hvordan gjennomførte tiltak bidro til måloppnåelse. I 2014 har

Helsedirektoratet fått rapporter fra 28 tilskuddsmottakere.

Rapporterings-frekvensen var bra; kun en organisasjon klarte ikke å levere sin rapport i tide. 28 organisasjoner har fullført den obligatoriske minimumsrapportering ved å fylle ut et elektronisk skjema. 12 organisasjoner (41 %) har også gitt flere detaljert tilleggssrapporter (se Figur1).

Disse rapportene er et viktig verktøy for Helsedirektoratet. Det viser fremgang og tilbakeslag i kampen mot hiv og gir en oversikt over hvordan offentlige tilskudd blir brukt.

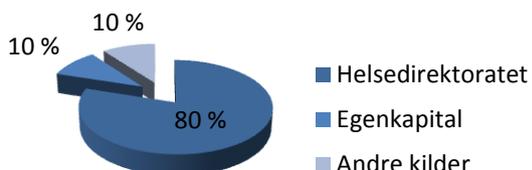
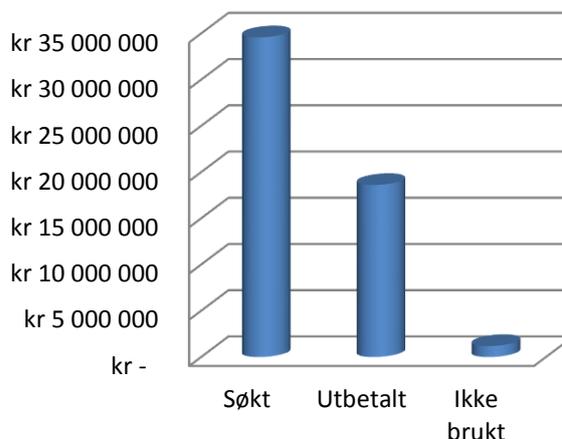
Tilskudd: den viktigste inntektskilden



I 2013 fikk Helsedirektoratet 35 tilskuddssøknader til et samlet beløp på kr. 34,6 millioner. Det er en liten nedgang sammenlignet med 38 søknader og 34,8 millioner i 2012. Søknadssummene gikk fra kr. 40 000 til kr. 5,1 millioner og medianbeløpet var kr. 450 000⁶⁶. **Helsedirektoratet innvilget 18,6 millioner kroner som representerer 54 % av den totalt søknadssum.** Tilskuddssummene gikk fra kr. 30 000 til kr. 4,5 millioner og medianbeløpet var kr. 200 000.

Seks organisasjoner fikk ikke innvilget noen midler. **83 % av organisasjonene fikk dermed fullt eller delvis innvilgelse.** Dette er en sterk økning fra 66 % i 2012. Kun fire søknader (11 %) fikk full innvilgelse. Flertallet (72 %) fikk en delvis innvilgelse (se Figur 2).

Ved utgangen av 2013 hadde fire organisasjoner ubrukte midler. **Blant de 18,6 millioner av tilskudd, har 1,2 millioner (9,1 %) ikke blitt brukt** (se Figur 3). Dette er et betydelig beløp, og en sterk økning fra 2012 (1,5 %). Det kan forklares med det faktum at Norland Fylkeskommune ikke brukte kr. 930 000 til klara-klok.no, noe som representerer nesten 80 % av de ubrukte midlene. **De ubrukte midler ble overført i 2014.**



Helsedirektoratet er den viktigste kilden til finansiering av de fleste prosjektene i søknadene. De 29 innvilgede prosjektene fra 2013 har samlet **brukt kr. 23,3 millioner**. Med kr. 18,6 millioner, **finansierte Helsedirektoratet 80 % av dette beløpet** (se Figur 4). Resten ble finansiert av egenkapital (10 %) og andre

⁶⁶ Det betyr at 50 % av søkerne søkte om mindre enn kr. 450 000 og den resterende 50 % har søkt om mer.

inntektskilder eller tilskudd (10 %). Kommunene representerer ofte også en finansieringskilde.

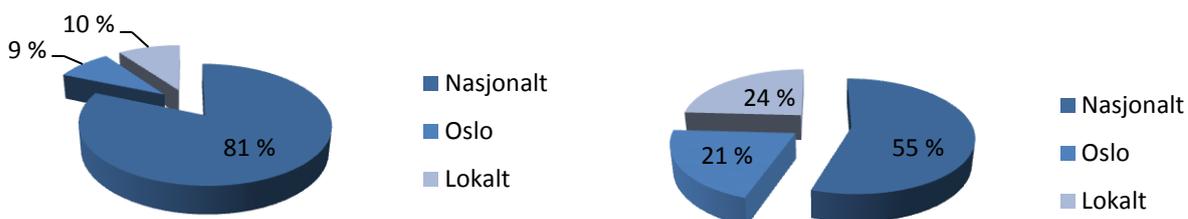
66 % av de 23,3 millionene ble brukt til drift og lønn selv om 76 % av organisasjonene er avhengige av frivillig arbeid. Mens noen organisasjoner bare har et lite antall frivillige har andre, for eksempel SMIA, nesten 100. Frivillige er noen ganger spesielt tilpasset publikum. Som et eksempel har 20 % av de frivillige som jobber på Helsesenter for Papirløse Migranter minoritetsbakgrunn og god språk- og kulturell kompetanse.

Geografisk spredning og målgrupper

Økt geografisk spredning

Selv om de fleste av organisasjonene er basert i Oslo er bare noen av tiltakene begrenset til Oslo by. **81 % av organisasjonene opptrer på nasjonalt nivå;** 9 % arbeider bare i Oslo og 10 % i andre byer eller lokale områder (se Figur 5).

55 % av tilskuddene gikk til organisasjoner med nasjonal kompetanse, mens 21 % gikk til Oslo og 24 % til de andre lokale organisasjoner (se Figur 5). De nasjonale organisasjonene mottok midler fra mange ulike kilder og ikke bare fra Helsedirektoratet, noe som kan forklare hvorfor de får forholdsmessig færre midler enn de organisasjoner som er basert i Oslo eller andre lokale områder.

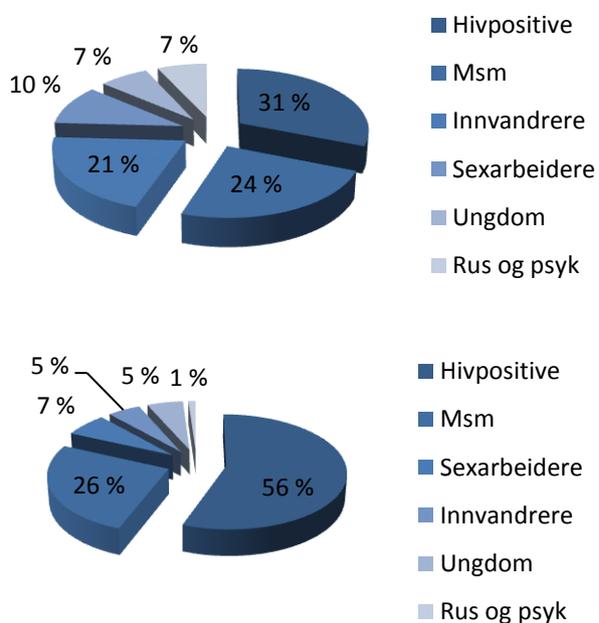


11 organisasjoner (38 %) arbeider også i utlandet. Mange samarbeider med andre vestlige land, særlig de nordiske landene. Men de arbeider også med verdensorganisasjoner som UNAIDS og bekjemper HIV i den tredje verden. Aksept har for eksempel et solidaritetsfond for bistand til hiv- aidsprosjekter i Ghana, Kongo, Etiopia, Uganda og også i Latvia.

Økt fokus på målgruppene

De viktigste målgruppene i nasjonal strategi er MSM og innvandrere, men også i mindre grad, sexarbeidere, rusmisbrukere og ungdom. Mer generelt er HIV positive en viktig fokusgruppe på sikt for å forebygge smitte, redusere stigma og forbedre helsevesenet.

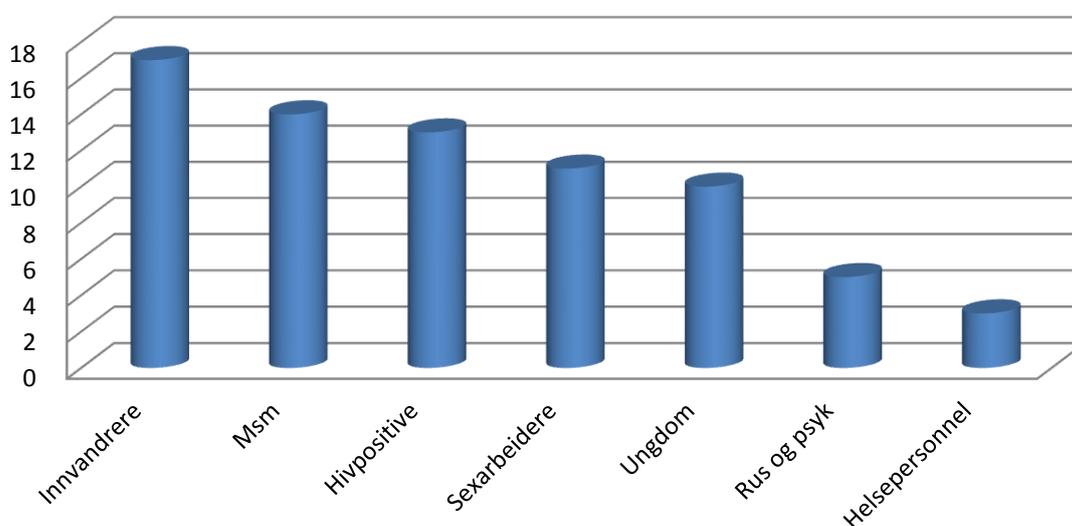
Hver organisasjon arbeider med forskjellige målgrupper, men de fleste av dem har en primær målgruppe som er kjernen i deres arbeid. Hvis vi bare tar hensyn til de primære



målgruppene, ser det ut til at **tre grupper dominerer: hivpositive, MSM og innvandrere** med henholdsvis 31, 24 og 21 % av organisasjonene som arbeider primært med dem (se Figur 6). **I forhold til tilskuddsmidler er hiv positive og MSM enda mer dominerende** med henholdsvis 55 og 26 % av midlene fordeles til de organisasjonene som arbeider primært med disse målgruppene (se Figur 7).

Denne store forskjellen i favør av hiv positive kan forklares. For det første er de organisasjonene som representerer HIV-positive pasienter store og mottar dermed større tilskudd. **To av tre tilskudd over tre millioner var for eksempel betalt til organisasjoner som arbeider primært med hiv positive pasienter.** I tillegg til deres arbeid med HIV-positive pasienter arbeider de også med forebygging blant andre målgrupper.

De fleste av organisasjonene arbeider med mange ulike målgrupper, men har innvandrere og MSM som hovedprioriteringer (se Figur 8). Det er derfor vanskelig å avgjøre hvor mye midler som er rettet mot hver gruppe.



59 % av organisasjonene arbeider, i hvert fall delvis, med innvandrere. Siden en viktig del av hiv positive mennesker har innvandrerbakgrunn er det mange organisasjoner som jobber med hiv positive innvandrere, særlig bymisjoner. Innvandrere er også i stor grad representert blant sex-arbeidere, noe som forklarer hvorfor organisasjoner som Pion, Nadheim eller Pro Sentret også arbeider mye med innvandrere. 86 % av alle brukere på Pro Sentret er innvandrere og Nadheim tilbyr norskkurs. **Innvandrere er det primære målet for organisasjoner som driver sosialt arbeid,** som for eksempel Internasjonal Helse og Sosial Gruppe (IHSG), Primærmedisinskverksted, Helsesenter for papirløse migranter, Somalisk kvinneforening og Afrikansk helse- og sosialutvikling.

Den nest viktigste målgruppe er MSM. **48 % av organisasjoner arbeider, i det minste delvis, med MSM.** De er det primære målet for organisasjoner som Helseutvalget og Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og trans (LLH). 77 % av brukere i Helseutvalget er MSM. De representerer også en stor del av hiv positive og er dermed et viktig mål for organisasjoner som Aksept, HIV Norge eller Nye Pluss.

45 % av organisasjonene arbeider med hiv-positive. De medisinske sentere som behandler disse pasientene er viktige aktører, men **de fleste av tilskuddene går til organisasjoner som tar sikte på å styrke hiv-positive mennesker og forbedre deres livskvalitet.** Prosjektet med en brukerstyrt poliklinikk i Sørlandet sykehus er et godt eksempel på myndiggjøring av hiv-positive pasienter. Aksept og Hiv Norge er to eksempler på store og erfarne organisasjoner som arbeider med hiv-positive brukere. Andre

organisasjoner som Nye Pluss, bymisjoner eller Ressurssenter for menn spiller også en stor rolle.

38 % av organisasjoner arbeider, i hvert fall delvis, med sexarbeidere for å gi et hjelpetilbud for kvinner og menn med prostitusjonserfaring. De gir medisinsk assistanse, oppfordrer til SOI tester og kan tilby hjelp med problemene med vold og / eller utvisning. De tre store organisasjonene som har sexarbeidere som sin primære målgruppe er Pro Sentret, Nadheim og PION. Andre organisasjoner arbeider bare marginalt med sex-arbeidere.

Nordland Fylkeskommune er den eneste organisasjon med ungdom som primær målgruppe med websidene klara-klok.no, et helsetilbud på nett for ungdom mellom 10 og 25 år. Imidlertid arbeider **34 % av organisasjonene delvis med ungdom** som IHSG, Pro Sentret, LLH og Helseutvalget med sitt «Gay kids» tiltak. Verdens aidsdag i 2013 var også i stor grad rettet mot unge mennesker.

Sprøytemisbrukere er målgruppen som er minst representert. **Kun 17 % av organisasjonene arbeider med rusmisbrukere.** Det kan forklares ved det faktum at de bare utgjør en liten prosentdel av hiv nysmittede hvert år.

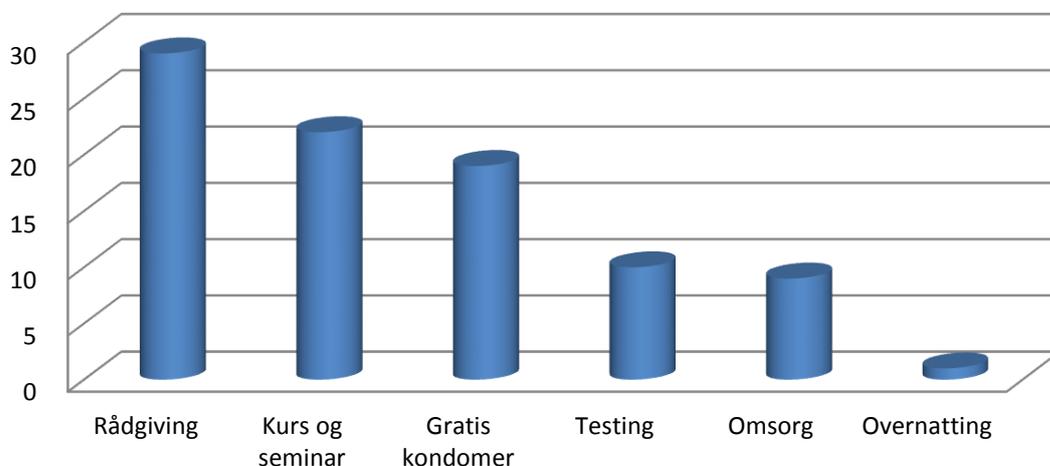
Noen organisasjoner (3 %) som LLH, Olafia og Universitetssykehus i Nord-Norge **har helsepersonell som en viktig målgruppe** for å bedre behandlingstilbudet og sikre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre deler av hjelpeapparatet. Selv om helsepersonell ikke er anerkjent i den nasjonale strategien som målgruppe så har de en viktig rolle å spille i den.

En positiv faktum å huske på er at **mange organisasjoner har fått nye brukere i 2013.** Helsesenter for papirløse migranter registrerte for eksempel 684 nye pasienter og Brynsenglegene 143. Ved Pro Senteret har man hatt enkelte personer som har kommet i mer enn ti år, men 46 % av brukerne er nye. I Helseutvalget tok 15 % en HIV-test for første gang.

Et variert tilbud

Aktivitetene

De 29 organisasjonene har mange tiltak og aktiviteter. **De viktigste aktivitetene kan deles i syv kategorier: rådgivning, kurs eller seminar, kondomdistribusjon, hiv-testing, omsorg og overnatting** (se Figur 5). I gjennomsnitt bidrar hver organisasjon i minst halvparten av disse aktivitetene.



Hovedaktiviteten er rådgivning. Det gjøres i form av en konsultasjon eller veiledning fra en faglig virksomhet for å hjelpe og/eller bistå en eller flere personer som er hivpositiv eller ikke. **Hver enkelt organisasjon tilbyr rådgivning som kan ta sikte på å gi informasjon eller psykisk støtte.** Hiv Norge sier at 59 % av henvendelsene er spørsmål om hiv og smitteveier, om hvor man kan ta hivtesten og lignende spørsmål, 27 % er av juridisk karakter som refusjon av egenandel, rettigheter hos NAV og annet. **Rapportene viser at i 2013 hadde mer enn 8000 mennesker deltatt i en rådgivningssamtale knyttet til hiv.** Rådgivning ble gitt enten gjennom en profesjonell konsultasjon (ofte knyttet til medisinsk behandling) eller gjennom en mindre formell samtale med, for eksempel, en frivillig. Store organisasjoner som Aksept, Helseutvalget, Pro Sentret og Helsesenter for papirløse migranter hadde hver mer enn tusen rådgivningssamtaler. Bymisjon i Bergen, Trondheim og Stavanger spiller også en viktig rolle som treffpunkter.

76 % av organisasjoner tilbyr kurser eller seminarer knyttet til hiv. **Rapportene tyder på at det i 2013 ble organisert minst 150 kurs og seminarer som samlet ca. 2000 mennesker,** hovedsakelig hiv positive. Disse kursene og seminarene handler om seksuell helse, hiv behandling, rettigheter, osv og er en mulighet til å dele kunnskap og erfaringer. Bymisjon Haugalandet hadde for eksempel et fag seminaret som samlet 116 deltakere. Hiv Norge, Aksept og Helseutvalget organiserte kurs og workshops gjennom hele året. Somalisk kvinneforening og Afrikansk helse- og sosialutveksling organisasjon organiserte kurs og seminarer for mer enn 300 innvandrere.

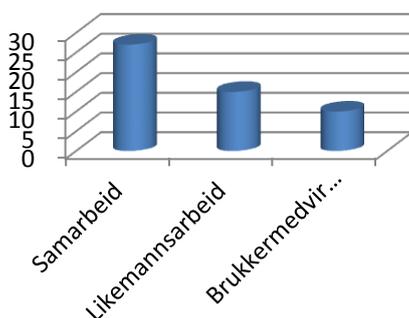
66 % av organisasjonene tilbyr gratis kondomer. Vi har lite data om antall kondomer utdelt av organisasjoner, men vi regner med at det er en betydelig del av det totale antall kondomer deles ut i Norge. Helseutvalget har for eksempel distribuert 201 000 kondomer i 2013.

Selv om alle organisasjonene gir informasjon om hvor du kan få testet deg for hiv, **tilbyr bare 34 % hivtest.** Frivillige organisasjoner som for eksempel Pro Sentret, Helseutvalget og Aksept tester mange (henholdsvis 815, 516 og 115 tester). Medisinske organisasjoner som Brynsenglegene, Olafia og Sosialmedisinsk senter i Tromsø er viktige aktører innen hivtesting. **Totalt har nesten 3 000 mennesker blitt testet for hiv i 2013** takket være disse organisasjonene. **Mellom 20 og 25 mennesker testet positiv for hiv,** men det er vanskelig og si hvor mange var nydiagnostiserte siden samme person kan ta to tester eller få testet selv om de allerede vet at de er hiv positive. Noen organisasjoner som Olafia tilbyr testing på mer praktiske tidspunkt og har et kveldstilbud for hiv tester. Et annet positivt faktum er at de fleste av organisasjonene som tilbyr HIV-tester **også gjør testing for andre kjønns sykdommer.** Helseutvalget utførte for eksempel 352 syfilis tester i 2013.

31 % av organisasjonene gir medisinsk behandling knyttet til hiv. Medisinsk teknisk utstyr som Universitetssykehuset i Nord-Norge, Sørlandet sykehus, Brynsenglegene, Olafia, Sosialmedisinsk senter i Tromsø eller Helsesenter for papirløse migranter er de viktigste leverandørene, men frivillige organisasjoner som Pro-sentret og Aksept også spiller en viktig rolle.

Kun 1 organisasjon tilbyr overnatting som en del av deres søknader. Aksept har gitt overnatting til 112 personer i 2013 for totalt 2 317 netter.

Arbeidsmetode



Det er tre fellesnevner i organisasjonenes arbeidsmetode:

Samarbeid

Likemannsarbeid

Brukermedvirkning

Mens samarbeid er svært vanlig, er likemannsarbeid og brukermedvirkning imidlertid ikke særlig utbredt (se Figur 10).

93 % av organisasjoner er avhengige av samarbeid og arbeider for en bedre samordningen. I de fleste tilfeller oppstår samarbeid innen hivfeltet og med andre aktører utenfor feltet. For eksempel med deltakelse av andre medisinske sektorer som mental helse eller ulike aktører som skoler, universiteter, kommuner, humanitære organisasjoner, sykehuset, osv. SMIA jobber med 43 ulike aktører innenfor og utenfor feltet. **Noen organisasjoner har gjennomført innovative partnerskap;** Aksept arbeider med fengsler. Ønsket om en bedre samordning er også sett innen organisasjonene med etablering av aktører som "hiv Koordinator" på Sørlandet sykehuset i samarbeid med Nye Pluss.

15 organisasjoner (52 %) jobber med likemannsarbeid som kan gjennomføres gjennom workshops, LMS kurs eller uformelle samtaler. Likemannsarbeidet skjer på frivillig basis av hivpositive, samt mellom pårørende. **Vanligvis ledes arbeidet av erfarne brukere.** Likemannsarbeidet har som mål å være til hjelp, støtte og veiledning partene i mellom. Å dele erfaringer, praktisk kunnskap og følelsesmessige opplevelser, er grunnlaget for tiltakene. Gjennom samtaler om hverdags erfaringer bearbeides situasjonen, og den enkelte kan finne støtte til å komme videre i sin egen mestringsprosess. **Sett fra helsetjenestens ståsted representerer likemannsarbeid et unikt tilbud som den profesjonsbaserte helsetjeneste ikke vil kunne tilby på samme måte**⁶⁷. LLH Sentralt, men også i Trøndelag og Oslo jobber man mye med likemannsarbeid, og det er økende. Store organisasjoner som Aksept, Helseutvalget, Hiv Norge og Nye Pluss bruker mer og mer denne fremgangsmåten.

34 % av organisasjonene jobber med brukermedvirkning som passer inn i kontinuiteten av likemannsarbeid. Det er en beslutningsprosess og utforming av tjenestetilbud hvor brukeren i større eller mindre grad har innflytelse. **Dette innebærer at mottakere av tjenester og ytelser (brukere) selv aktivt skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem.** Brukermedvirkning skjer når brukeren på individnivå og brukerorganisasjonene på systemnivå får delta i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av tiltak⁶⁸. Flere organisasjoner som Aksept, Bymisjonen i Stavanger og Nadheim har etablert brukerrådet. **Det er også tydelig med økende brukerinvolvering i vurderingsprosesser. I 2013 hadde 14 organisasjoner (48 %) laget en eller flere spørreskjemaer til sine brukere.** Olafia, Sørlandet sykehuset og Pro Sentret samlet for eksempel mange meninger (henholdsvis 337, 196 og 95) som var positive til tjenesten. Dette sier noe om at organisasjonene tar hensyn til synspunktene til brukerne for å forbedre tilbudet.

En annen ny utvikling er økningen av metoder for positiv kommunikasjon rundt hiv. Målet er å redusere stigmatisering og nå et stort publikum. Særlig viktige er hiv informasjon rettet mot de unge. **Flere organisasjoner har valgt å organisere morsomme arrangementer som konserter.** På verdens aidsdag ble det holdt en konsert i regi av Røde Kors Ungdom. Aksept organiserte også sin Hagekonsert som tiltrakk seg 1 950 mennesker. **Internett har spilt en stadig viktigere rolle i markedsføringen av organisasjoner som arbeider med hiv, og det er et svært godt kommunikasjonsverktøy.** Noen organisasjoner har en veldig sterk tilstedeværelse på nettet. Hiv Norge registrerte for eksempel 53 403 unike besøkere på hivnorge.no i 2013, mens Helseutvalget registrerte 17 665 unike besøkere på

⁶⁷ Se [«Fra stykkevis til helt, En sammenhengende helsetjeneste»](#). Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005.

⁶⁸ Se [«..og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse»](#) (Kunnskapssenteret). Metode for kvalitetsforbedring beskriver en systematisk metode for å forbedre kvaliteten i sosial- og helsetjenestene. Dette heftet beskriver metoden i lys av å styrke brukeren.

sjekk-punkt.no. **Organisasjonene bruker også sosiale medier og online diskusjonsfora** som youchat.no for Helseutvalget, som hadde 13 987 unike brukere i 2013.

Avsluttende bemerkninger

Midlene som fordeles av Helsedirektoratet har vært brukt på et bredt spekter av prosjekter som ble rettet mot ulike målgrupper i hele landet. Rapportene som Helsedirektoratet mottok i 2014 ga en god oversikt over arbeidet som ble gjort i 2013.

Alle prosjektene er i tråd med den nasjonale strategien. Prosjektene omfatter de mest sårbare, og tilbyr en rekke relevante tjenester. Vi ser at dette er et viktig bidrag til å redusere antallet nye HIV-infeksjoner i målgruppene, og for å sikre bedre levekår for folk som allerede er smittet med HIV.

Alle organisasjonene legger vekt på samarbeid med aktører både innenfor og utenfor feltet. Slikt samarbeid er uunnværlig for å skape, og støtte opp under, en omfattende strategi som bidrar til å øke bevisstheten om hiv i Norge.

Fordeling av 1. mai 2014

Saksnr.	Søker	Utbetalt	
12/9925	Afrikansk helse- og sosialutvikling	kr	70 000
08/1749	Aksept	kr	4 550 000
08/1586	Brynsenglegene	kr	800 000
08/3073	Bymisjonssenteret i Stavanger	kr	200 000
12/10065	Helsesenter for papirløse migranter	kr	150 000
08/1728	Helseutvalget for bedre homohelse	kr	3 435 268
08/1599	Hiv Norge	kr	4 173 420
08/1747	IHSG	kr	30 000
08/1756	Kirkens Bymisjon Rogaland (Haugaland)	kr	100 000
08/3494	Kirkens bymisjon, Bergen	kr	250 000
12/9942	Kirkens bymisjon, Oslo (Nadheim)	kr	290 000
08/3270	Kirkens bymisjon, Trondheim	kr	250 000
14/2200	LLH	kr	200 000
12/3901	LLH Oslo/Akershus	kr	80 000
09/1026	LLH Sentralt	kr	400 000
09/1074	LLH-Trøndelag	kr	40 580
08/3801	Nordland fylkeskommune	kr	1 000 000
12/10124	Nye Pluss	kr	100 000
08/1758	Olafia	kr	154 000
08/1738	PION	kr	560 000
14/4440	Primærmedisinsk verksted PMV	kr	260 000
10/1146	Pro Sentret, Oslo kommune	kr	362 000
11/1110	Reform - ressurscenter for menn	kr	300 000
08/1757	Smia	kr	40 000
10/1206	Somalisk kvinneforening	kr	174 427
14/2202	Sosialmedisinsk senter/Tromsø kommune	kr	190 000
12/10036	Sørlandet sykehus	kr	250 000
12/9991	Universitetssykehuset i Nord-Norge	kr	100 000
-	VAD	kr	100 000
	Tilskudd total	kr	18 609 695

V. Note de synthèse : fonctionnement GARPR

If there are any questions, countries are advised to consult with UNAIDS locally or in Geneva at AIDSreporting@unaids.org.

Background

We are rapidly approaching 2015, the end date of both the 2011 Political Declaration on HIV and AIDS and the Millennium Development Goals (MDGs), and this is an important opportunity to review progress and start preparing for the final reporting towards these targets.

As indicated in the 2011 UN Political Declaration on HIV and AIDS, a successful AIDS response should be measured by the achievement of concrete, time-bound targets. The United Nations Secretary-General issues annual progress reports designed to identify challenges and constraints and recommend action to accelerate achievement of the targets.

UNAIDS has collected country progress reports from Member States for the purpose of monitoring the various political declarations every two years since 2004 and every year since 2013. Response rates increased from 102 (53%) member States in 2004 to 186 (96%) in 2012. In 2013, the first year with yearly reporting, a slight decrease in response rates was noted with 171 Member States submitting reports (89%).

Elimination commitments

1. Reduce sexual transmission by 50% by 2015
2. Reduce transmission of HIV among people who inject drugs by 50% by 2015
3. Eliminate new HIV infections among children by 2015 and substantially reduce AIDS-related maternal deaths
4. Reach 15 million people living with HIV with lifesaving antiretroviral treatment by 2015
5. Reduce tuberculosis deaths in people living with HIV by 50% by 2015
6. Close the global AIDS resource gap by 2015 and reach annual global investment of US\$ 22-24 billion in low- and middle-income countries
7. Eliminate gender inequalities and gender-based abuse and violence and increase the capacity of women and girls to protect themselves from HIV
8. Eliminate stigma and discrimination against people living with and affected by HIV through promotion of laws and policies that ensure the full realization of all human rights and fundamental freedoms
9. Eliminate HIV-related restrictions on entry, stay and residence
10. Eliminate parallel systems for HIV-related services to strengthen integration of the AIDS response in global health and development efforts

Interpretation and analysis

As each core indicator is discussed later in the guidelines manual, so too are their strengths and weaknesses. Countries should carefully review this section before they begin collecting and analyzing data as it explains how to interpret each indicator and any potential issues related to it. The points raised in this section should be reviewed before finalization of the reporting and the writing of the narrative report to confirm the appropriateness of the findings for each indicator.

Selection of indicators

Based on knowing the local HIV epidemic, countries should review all of the indicators to determine which ones are applicable in their situation.

Most of the national indicators are applicable to all countries. When countries choose not to report on a particular indicator, they should provide their reasons for choosing not to report

as this enables differentiation between an absence of data and the inapplicability of specific indicators to particular country epidemics. In accordance with specific needs, and if resources allow, countries may wish to include additional indicators in their national monitoring plans.

Countries are strongly encouraged to make the collection of disaggregated data, especially by sex and age, one of the cornerstones of their monitoring and evaluation efforts. Without disaggregated data, it is difficult to monitor the breadth and depth of the response to the epidemic at both national and global levels. It is equally difficult to monitor access to activities, the equity of that access, the appropriateness of focusing on specific populations, and meaningful change over time.

Report contents

In 2014, countries are expected to submit data on all of the national indicators that are applicable to their response. National governments are responsible for reporting on national-level indicators with support from civil society and, where applicable, development partners. The procedures outlined in this manual should be used for collecting and calculating the necessary information for each indicator.

Countries are also requested, when possible, to submit copies of or links to primary reports from which data is drawn for the different indicators. These reports can be submitted through the online global reporting tool. This will facilitate the analyses of the data including trend analyses and comparisons between countries.

Civil society organizations are valuable sources of data for many indicators, especially those that relate to interventions where nongovernmental, faith-based and community-based organizations play an active role. Civil society, including people living with HIV, should be involved in the reporting process. The private sector at large should have a similar opportunity to participate in the reporting process. UNAIDS strongly recommends that national governments organize a workshop or forum to openly present and discuss the data before it is submitted. Joint United Nations Teams on AIDS are available in many countries to facilitate this discussion process.

Reporting tool

Each country has an assigned national focal point that will be responsible for accessing this tool and entering their country information for submission. Countries may add/assign multiple rapporteurs in case data is provided from several sources and reporting structures. As a new feature in the reporting tool, at the first log-on each country rapporteur is requested to create their username and password. Based on official communication with the country, one data editor is initially assigned per country, but the country rapporteur can extend these rights to others if he/she wishes to do so. Editors are able to add and make changes to the information to be submitted. More details on this will be provided in the online presentations (www.unaids.org/AIDSreporting) on how to use the reporting tool.

At the end, the data entry is finished by clicking the “submit” button. This closes the country’s session in the online global reporting tool. The country will no longer be able to make editing changes or additions to its submission using this tool. UNAIDS will review the data and ask for clarifications if necessary. If there are queries to the data, the site will be opened again for the countries to edit their responses.

Necessary actions

Complete reporting on the core indicators is essential if the reporting is to contribute to the global response to the epidemic. Countries are strongly encouraged to establish timetables and milestones for completing the necessary tasks. Listed below are necessary actions to facilitate completion of the report. Under the direction of the National AIDS Committee or its equivalent, countries need to:

1. Identify the focal point for the reporting process and submit his/her name and contact details to UNAIDS Geneva through AIDSreporting@unaids.org;
2. Identify data needs in line with the national strategic plan requirements and these Global AIDS Response Progress Indicator guidelines; develop and disseminate a plan for data collection, including timelines and the roles of the National AIDS Committee or equivalent, other government agencies and civil society;
3. Identify relevant tools for data collection including meeting with national HIV estimates team;
4. Secure required funding for the entire process of collecting, analysing and reporting the data;
5. Collect and collate data in coordination with partner organizations from government, civil society and the international community;
6. Ensure that the HIV estimates team has submitted the draft Spectrum file to UNAIDS for review (latest 28 February);
7. Analyse data in coordination with partner organizations from government, civil society and the international community;
8. Calculate ART and PMTCT coverage estimates using denominators from updated and reviewed Spectrum files;
9. Allow stakeholders, including government agencies and civil society, to comment on the draft;
10. Enter the data into the Global AIDS Response Progress Reporting website (<http://AIDSreportingtool.unaids.org>);
11. Upload the final Spectrum file to the designated national estimates folder;
12. Submit the indicator data before 31 March 2014;
13. Respond in a timely manner to queries on the submissions from UNAIDS, WHO or UNICEF.

Core indicators for Global AIDS response progress reporting

The indicators can also be found in the UNAIDS Indicator Registry at www.indicatorregistry.org. This online database provides complete definitions of the Global AIDS Response Progress Reporting indicators and clearly shows how these indicators relate to indicators used by WHO, UNAIDS, PEPFAR, the Global Fund and other key partners. The Indicator Registry also includes other HIV indicators used at country level. There are direct links from the online reporting tool to the indicators in the Indicator Registry. The indicators can also be exported from the Indicator Registry to Excel, Word or PDF.

Target 1 : Reduce sexual transmission of HIV by 50% by 2015

- General population
 - Percentage of young women and men aged 15–24 who correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and who reject major misconceptions about HIV transmission*
 - Percentage of young women and men aged 15-24 who have had sexual intercourse before the age of 15
 - Percentage of adults aged 15–49 who have had sexual intercourse with more than one partner in the past 12 months
 - Percentage of adults aged 15–49 who had more than one sexual partner in the past 12 months who report the use of a condom during their last intercourse*
 - Percentage of women and men aged 15-49 who received an HIV test in the past 12 months and know their results
 - Percentage of young people aged 15-24 who are living with HIV*
- Sex workers
 - Percentage of sex workers reached with HIV prevention programs

- Percentage of sex workers reporting the use of a condom with their most recent client
- Percentage of sex workers who have received an HIV test in the past 12 months and know their results
- Percentage of sex workers who are living with HIV
- Men who have sex with men
 - Percentage of men who have sex with men reached with HIV prevention programs
 - Percentage of men reporting the use of a condom the last time they had anal sex with a male partner
 - Percentage of men who have sex with men that have received an HIV test in the past 12 months and know their results
 - Percentage of men who have sex with men who are living with HIV

Target 2 : Reduce transmission of HIV among people who inject drugs by 50% by 2015

- Number of syringes distributed per person who injects drugs per year by needle and syringe programs
- Percentage of people who inject drugs who report the use of a condom at last sexual intercourse
- Percentage of people who inject drugs who reported using sterile injecting equipment the last time they injected
- Percentage of people who inject drugs that have received an HIV test in the past 12 months and know their results
- Percentage of people who inject drugs who are living with HIV

Target 3 : Eliminate new HIV infections among children by 2015 and substantially reduce AIDS-related maternal deaths**

- Percentage of HIV-positive pregnant women who receive antiretrovirals to reduce the risk of mother-to-child transmission
- Percentage of women living with HIV receiving antiretroviral medicines for themselves or their infants during breastfeeding
- Percentage of infants born to HIV-positive women receiving a virological test for HIV within 2 months of birth
- Estimated percentage of child HIV infections from HIV-positive women delivering in the past 12 months

Target 4 : Reach 15 million people living with HIV with lifesaving antiretroviral treatment by 2015

- Percentage of adults and children currently receiving antiretroviral therapy*
- Percentage of adults and children with HIV known to be on treatment 12 months after initiation of antiretroviral therapy

Target 5 : Reduce tuberculosis deaths in people living with HIV by 50% by 2015

- Percentage of estimated HIV-positive incident TB cases that received treatment for both TB and HIV

Target 6 : Close the global AIDS resource gap by 2015 and reach annual global investment of US\$ 22–24 billion in low- and middle-income countries

- Domestic and international AIDS spending by categories and financing sources

Target 7 : Eliminating gender inequalities

- Proportion of ever-married or partnered women aged 15-49 who experienced physical or sexual violence from a male intimate partner in the past 12 months.

- All indicators with sex-disaggregated data can be used to measure progress towards target 7

Target 8 : Eliminating stigma and discrimination

- Discriminatory attitudes towards people living with HIV

Target 9 : Eliminate travel restrictions

- Travel restriction data is collected directly by the Human Rights and Law Division at UNAIDS HQ, no reporting needed

Target 10 : Strengthening HIV integration

- Current school attendance among orphans and non-orphans aged 10–14*
- Proportion of the poorest households who received external economic support in the last 3 months
- Policy questions (relevant for all 10 targets) National Commitments and Policy Instruments (NCPI)

*Millennium Development Goals indicator

** The Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive defines this target as: reduce the number of new HIV infections among children by 90% and reduce the number of AIDS-related maternal deaths by 50%

For further information see:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf

VI. Rapport UNAIDS : le VIH en Norvège

The National HIV strategy in Norway – the report for 2012-2013

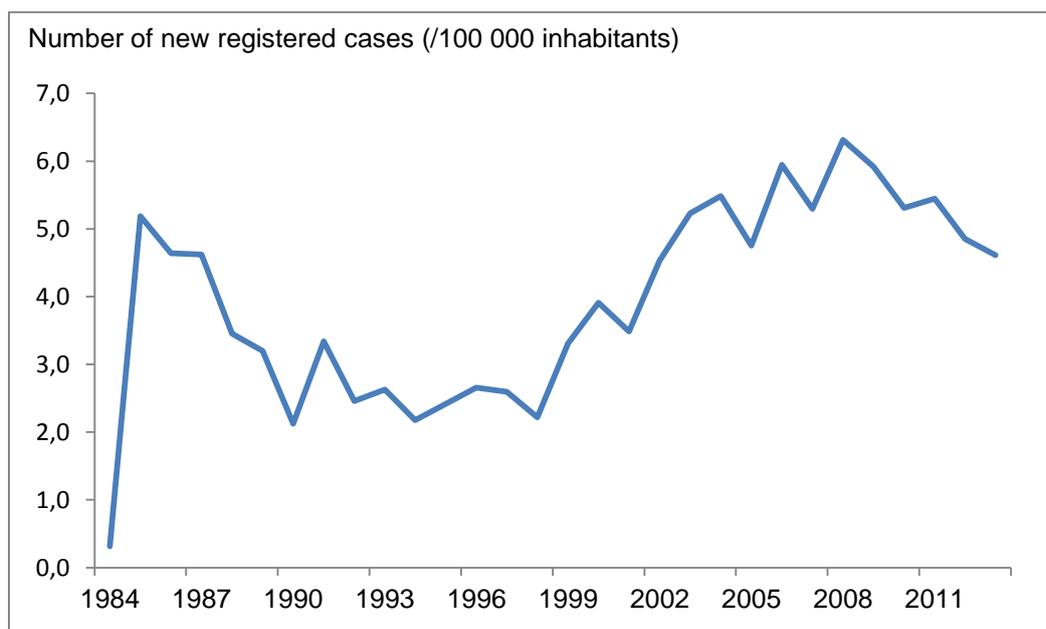
Background

The Norwegian Directorate of Health is the coordinator of the HIV policy in Norway. The work is imbedded in the National HIV strategy “Acceptance and coping” (2009-2015) which is implemented by six ministries. The general objectives in the strategy are :

- The number of new HIV infections shall be reduced – especially in groups with high vulnerability to HIV.
- Everyone living with HIV shall be ensured good treatment and follow-up regardless of age, gender, sexual orientation and/or practice, domicile, ethnic background and personal finances.

The HIV virus in Norway (2012-2013)

In 2012, there were 242 newly diagnosed HIV cases in Norway, of which 166 (69%) were men and 76 were women. In 2013, the number was down to 233 cases with the same proportion of men and women (respectively 158 and 75 cases). This is a further decline in the number of new HIV cases since the 2008 peak. 22% fewer cases have indeed been reported between 2008 and 2013 (see Figure 1).



After a decline from 97 to 76 cases from 2011 to 2012, the number of new HIV cases among men who have sex with men (MSM) is back to 98 cases, the highest number ever registered since 2004. Since 2013, we have been focusing on encouraging more MSM to get tested, a strategy which could explain the rise in the number of HIV positive in the MSM group. Among immigrants, the number of HIV-positive has slowly declined for the past two years. Among heterosexually-infected people living in Norway and drug users, the HIV figures, virtually unchanged in 2011 and 2012 showed a steep fall in 2013 going from 52 to 39 cases (The Norwegian Institute of Public Health).

For more information – see attached file “HIV situation in Norway in 2013”, The Norwegian Institute of Public Health mars 2014.

Evaluation of the National HIV strategy

In 2012 the National strategy on HIV was under evaluation. The evaluation was handled by a board consisting of six different government agencies. Their work resulted in a proposal stating that the general strategy had worked as planned but that a few aspects were to be added. The board suggested adding an Appendix to the National strategy specifically targeting these weaknesses. In October 2013 the Appendix was published under the name “Revitalisering og konkretisering” (Revitalize and focus) and aggregated 22 initiatives. Two of them were crucial; 1) The strategy was to be extended for one more year, from 2014 to 2015, and 2) The six ministries were to bring out concrete missions linked to HIV in the state budgets, letters of mission and any other document directed to the underlying government agencies. The remaining 20 initiatives of the Appendix were dedicated to these specific missions that were to be administered by the ministries and their underlying agencies.

A new model for HIV grants

Initiative 19 in The Appendix says: The Directorate of Health shall, within the end of 2014, put forward a new model of financing and organizing the work of the civil sector (NGOs) on HIV. In the past, many organizations received grants for their work on the different aspects of HIV in Norway. In 2012 and 2013, 29 grants were given to NGOs, municipalities and hospitals in order to support their projects within the National HIV strategy. These organizations worked in many different areas related to HIV such as patient rights for people living with HIV, prevention of HIV transmissions, information about HIV and sexual health. With as many organizations involved, the field tends to be fragmented and to lack clear goals. The directorate is now working in cooperation with these organizations and groups in order to get a better understanding of the situation. The ultimate goal is to implement a more coordinated HIV policy ensuring a more effective use of grants.

HIV and sexual health

The new model of HIV grants will have a strong impact on the way we will work with HIV and sexual health in general in the future. As of today, Norway has an HIV strategy and a sexual health plan which will both end in December 2015. We feel the need for a united strategy addressing both HIV and sexual health in general. We believe that the particular needs related to HIV justify a specific plan, but we wish to connect it to the other sexually transmitted infections as well, especially in terms of prevention. We also believe that treating HIV alongside with other serious diseases such as gonorrhea, syphilis, hepatitis or tuberculosis, will reduce the prejudice linked to an HIV infection.

HIV and criminalization

In 2012 a Law Commissions gave an assessment on HIV and criminalization. Their reports discussed the relevant considerations and arguments pertaining to the issue of whether or not the transmission, and possibly the exposure to the risk of transmission, of serious communicable diseases should be a criminal offence. The Commissions chose to distinguish between the *transmission of infection* considered as the basic crime and the *spreading of infection* considered as an aggravated transmission. The distinction is essentially based on the number of people directly infected but other factors are also taken into account with regard to the sentencing (extent of the breach of trust, repeated exposures, use of HIV treatment...). The draft statute of the Commission is based on the Norwegian Penal Code of 2005 and the related imprisonment sentences can vary from one to six years. Consent only provides exemption from penalties when coming from a close relative and when proven to be “informed” (obtained for example in contact with health care personnel).

VII. Discrimination en milieu professionnel

Brosjyrene om HIV og arbeidslivet i europeiske fransktalende land

Dette dokumentet inneholder tre tabeller som beskriver noen eksempler på online brosjyrer laget i Frankrike, Sveits og Belgia rundt temaet hiv og arbeidsliv. Brosjyrene bruker et enkelt og positivt ladet språk for å snakke om hiv på arbeidsplassen. Brosjyrene har et klart budskap og er ment å virke betryggende. Tekstene er ofte organisert som spørsmål og svar, og de snakker om konkrete saker. Personlige historier er ofte brukt som illustrasjoner. De juridiske referansene er en viktig del, samt kontaktinformasjon til organisasjoner, helsevesenet osv.

Frankrike

Tittel	Dato	Forfatterne	Mottakere	Innhold	Kommentar
« Sysselsetting av funksjonshemmede arbeidstakere » ⁶⁹	2012	ARCAT ⁷⁰ , Région Ile de France, EU	Arbeidsgivere	Hva er linken mellom HIV / AIDS og funksjonshemmede arbeidsstatus? Hvorfor vi ikke trenger å være redd for kolleger som har HIV? Hva bør jeg forvente hvis jeg ansetter en person med HIV? Hvilke konkrete tilpasninger kan være nødvendig? Kan sykefravær forstyrre kollegiet på arbeidsplassen? Som arbeidsgiver, hvor mye vil det koste meg? Hva kan jeg gjøre hvis de andre ansatte er redde for HIV? + notat om rettigheter	Klar, konsis og nøyaktig brosjyre. Den går rett til poenget. En meget god modell.
«Fortell eller ikke fortell» ⁷¹	2012	ARCAT	Helse- og sosial	Diskusjon om ulike sider med det å være åpen vs ikke åpen om sin HIV status	Dokumentet diskuterer årsaker, konsekvenser og rettigheter knyttet til åpenhet av hivstatus.
«Hvordan å balansere arbeid og kronisk sykdom» ⁷²	2010	ARCAT	Ansatte	Oppsummering av rettigheter knyttet til HIV og status som funksjonshemmet arbeidstaker	Klart og konsist dokument, men veldig fokusert på det franske systemet. Vanskelig å gjenbruke utlandet.

⁶⁹ http://www.arcat-sante.org/publi/docs/Depliant_employeur1_bat.pdf

⁷⁰ Organisasjonen som har ansvaret for forskning, formidling og handling for tilgang til behandling for mennesker som lever med hiv.

⁷¹ http://www.arcat-sante.org/publi/docs/BIP43_.pdf

⁷² http://www.arcat-sante.org/publi/docs/BAT6_Dep_rqth_oct2010.pdf

«Kan en ansatt med HIV fortsette å jobbe?» ⁷³	Arbeidsgivere og ansatte Helsedepartementet INPES ⁷⁴ 2000	Hva er en HIV-infeksjon? Hva er AIDS? Hvordan smitter viruset? Er det farlig å jobbe med hivpositive kollegaer? Hva gjør du hvis du tror du har vært eksponert for HIV-smitte i forbindelse med din yrkesaktivitet? Kan du spørre en ansatt om han har HIV? Kan en ansatt med HIV fortsette å jobbe? + kontakt med fagfolk og organisasjoner som arbeider på hivfeltet + liste av juridiske tekster relatert til emnet	<i>En omfattende og godt formulert brosjyre. Den er behagelig å lese og lærerikt. En meget god modell.</i>
--	---	---	--

Sveits

Tittel	Dato	Forfatterne	Mottakere	Innhold	Kommentar
«Alt trenger vite loven om HIV» ⁷⁵	2013	Aide Suisse Contre le SIDA	Ansatte	Juridisk veiledning til hivpositive personer: arbeidsrett, forsikring, databeskyttelse, pasientrettigheter, strafferett, reise i utlandet,... ⁷⁶	<i>Omfattende og pedagogisk juridisk veiledning. God inspirasjon.</i>
«Diskriminering i arbeidslivet» ⁷⁷	2008	Aide Suisse Contre le SIDA	Myndigheter, ansatte og jobbsøkere	Oppsummering av situasjonen i Sveits i forhold til diskriminering knyttet til hiv på arbeidsplassen.	<i>Dette er egentlig ikke en brosjyre, men det gir en kortfattet oppsummering av situasjonen. Hvis vi finner en rapport av denne typen i Norge, kan det hjelpe å skrive et kort sammendrag av problemene med HIV-relaterte diskriminering i brosjyren.</i>

⁷³ <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/676.pdf>

⁷⁴ French National Institute for Prevention and Health Education

⁷⁵ http://www.aids.ch/fr/downloads/pdf/guide_juridique.pdf

⁷⁶ I Sveits kan mennesker som lever med HIV / AIDS og deres familier, arbeidsgivere, rådgivere, leger, ... også spørre juridiske spørsmål knyttet til hiv / aids, via telefon eller skriftlig, til juridisk rådgivningstjeneste hos Aide Suisse Contre le SIDA. Denne gratis og konfidensiell tjenesten besvarer spørsmål om arbeidsrett, rettighetene til pasienter ... Den juridiske rådgivningstjeneste gjennomfører avklaring, informering, rådgivning og gir nyttige adresser. Det bidrar også til å skrive søknader, anmodninger og appeller. Hvis det er nødvendig, også anbefaler det advokater tillit.

⁷⁷ <http://www.aids.ch/fr/downloads/pdf/discriminations-milieu-professionnel.pdf>

«Sysselsetting og HIV - Veiledning for arbeidstakere og HIV jobbsøkere» ⁷⁸	2004	Federal Office of the Sida	Ansatte og jobbsøkere	Jobbsøknaden Forsikring Arbeidssituasjonen Slutten av arbeidsforholdet Hvis din jobbsøking er mislykket Andre nyttige brosjyrer eller adresser	Veldig nyttig og konkret håndbok. Det er også en god idé å snakke om jobbsøking blant hivpositive personer.
---	------	----------------------------	-----------------------	--	--

Belgia

Tittel	Dato	Forfatterne	Mottakere	Innhold	Kommentar
«Diskriminering ved sysselsetting av mennesker som lever med hiv / aids i Belgia» ⁷⁹	2010	Observatoire du SIDA et des sexualités	Myndigheter, ansatte og jobbsøkere	Rapport som oppsummerer saken av diskriminering av hivpositive på arbeidsplass i Belgia	Dette er egentlig ikke en brosjyre, men det gir en omfattende oversikt over situasjonen. Hvis det er slike rapporter i Norge, kunne de gi verdifull informasjon for å bistå i utarbeidelsen av vår brosjyre/ infomateriell.
«Hiv og arbeidslivet» ⁸⁰	2010	Plateforme prévention SIDA	Ansatte arbeidsgivere	Innsamling av positive og negative historier om mennesker som lever med hiv og deres erfaringer i arbeidslivet	Jeg tror historiene er nyttige illustrasjoner.
«HIV på arbeidsplassen - Er det en fare for smitte?» ⁸¹	2008	Plateforme prévention SIDA, Setca	Ansatte og arbeidsgivere	Hva er HIV og AIDS? Hva er konsekvensene av HIV-infeksjon? Kan vi håndhilse? Kan jeg drikke av samme glass? Kan vi bruke samme toalettet? Kan vi kysse? Er myggstikk farlig? Hva skjer hvis det er en ulykke på jobben? Må min kollega fortelle meg at han er HIV-positiv?	Spørsmålene og illustrasjonene er litt barnslig. Jeg finner tonen nedlatende og jeg tror det kan bli feiltolket. Poenget må være at det er liten/ ingen smitterisiko på arbeidsplassen.

⁷⁸ https://shop.aids.ch/shop-uploads/1239-02_Job_HIV.pdf

⁷⁹ http://www.observatoire-sidasexualites.be/documents/pub/2010-emploi_et_vih.pdf

⁸⁰ <https://docs.google.com/file/d/0BxOmhuS2Rb2dVjBfUUMta3JLNjg/edit>

⁸¹ <http://www.setca.org/News/Documents/20131125%20flyer%20HIV%20WEB.pdf>

VIII. Subventions publiques VIH (2014)

Organisasjon	Sak	Kar.	%	Søkt	Beløp
Helseutvalget (sjekkpunkt)	08/1728	4,9	97 %	2 700 000	2 000 000
Helseutvalget (drift)	08/1728	4,7	94 %	4 250 000	4 000 000
Helseutvalget (intervensjon)	08/1728	3,4	69 %	795 000	0
Hiv Norge	08/1599	3,7	74 %	4 830 000	4 319 490
Kirkensbymisjon Bergen	08/3494	4,5	90 %	394 300	300 000
Kirkensbymisjon Rogaland	08/1756	3,6	73 %	230 000	80 000
Kirkensbymisjon Stavanger	08/3073	3,7	73 %	260 000	250 000
Kirkensbymisjon Trondhei	08/3270	4,0	80 %	450 000	400 000
Klara Klok	08/3801	5	100 %	70 000	70 000
LLH Oslo og Akershus	12/3901	3,1	63 %	97 000	50 000
LLH Sentralt	09/1026	3,8	76 %	385 000	80 000
LLH Trøndelag	12/10312	3,7	74 %	67 000	67 000
Nye pluss (nettsider)	12/9934	2,3	46 %	483 782	0
Nye pluss (våre stemmer)	12/9934	0	0 %	150 000	0
Nye pluss (brukervirking)	12/9934	3,0	59 %	299 640	200 000
Nye pluss (NP-innvandrere)	12/9934	2,2	43 %	235 276	0
Nye pluss (HIV 2014)	12/9934	3,1	62 %	476 750	100 000
Nye pluss (drifmidler)	12/9934	2,3	45 %	856 000	0
Nye pluss (forsamling)	12/9934	1,9	38 %	55 000	0
Nye pluss (tilpasset)	12/9934	1,7	34 %	141 076	0
Nye pluss (kvinnettverk)	12/9934	2,7	53 %	70 000	70 000
Olafia (konferanser)	08/1758	0	0 %	360 980	0
Olafia (kurs + testillbud)	08/1758	4,6	92 %	84 660	80 000
Sørlandet sykehus	12/10036	4,3	87 %	330 000	300 000
Sosial medisinsk senter	08/3209	4,8	95 %	262 000	262 000
UNN	13/11063	4,8	97 %	300 000	300 000
Verdens AIDS Dag	13/11064	5	100 %	100 000	100 000
Afrikansk sosialutvikling	12/9925	2,8	55 %	247 000	150 000
Aksept (drif)	08/1749	5	100 %	4 100 000	4 100 000
Aksept (tiltaker)	08/1749	4,7	95 %	640 000	640 000
Brynsenglegene	08/1586	4,6	92 %	810 000	810 000
IHSG	08/1747	2,5	51 %	105 000	80 000
Helsesenter for papirløse	11/1113	4,8	96 %	108 000	108 000
Nadheim	12/9942	3,2	63 %	350 000	250 000
Oslo universitetssykehus	14/208	2,6	53 %	283 000	150 000
Proserteret	10/1146	4,0	80 %	700 000	338 000

PION	08/1738	2,2	44 %	733 224	150 000
Primærmedisinsk verksted	08/1736	3,8	76 %	510 000	450 000
Scandinavian Leather Men	13/10939	4,0	80 %	38 000	38 000
Skeiv Verden Oslo	09/1195	3,6	72 %	245 460	245 460
Somaliske kvinneforening	12/1206	3,5	70 %	476 590	400 000
Skeiv ungdom	08/4790	5	100 %	41 400	30 000
LLH Rosa Kompetanse	08/4791				50 000
				28 121 138	21 017 950
Budsjett	21 093 000				
Beløp	21 017 950				
Klagepenger	75 050				

Master 2**Pilotage des politiques et actions en santé publique****Subventions publiques et lutte
contre le VIH en Norvège***Stage au Directeurat de la Santé d'Oslo***Promotion 2011-2012****Résumé :**

De février à juin 2014, j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage de fin d'études au sein du Directeurat de la Santé à Oslo. J'ai travaillé au sein du service « Santé et sexualité » en me spécialisant sur la lutte contre le VIH. Ma mission prioritaire consistait en la recherche d'éléments pouvant permettre au Directeurat d'optimiser son processus d'allocation de subventions en direction des différents organismes travaillant dans ce domaine (ONG, hôpitaux, collectivités locales,...).

Ce mémoire de stage analyse le contexte institutionnel qui encadre la gestion des subventions et la prévention du VIH/SIDA en Norvège avant de proposer une stratégie d'optimisation fondée sur l'usage d'une grille de notation standardisée et évolutive autorisant un processus de sélection performant et transparent. Ce mémoire opère également un retour réflexif sur l'expérience de stage en elle-même du point de vue du stagiaire et analyse les apports et limites des différentes missions effectuées.

Mots clés :

VIH/SIDA, prévention, subventions publiques, politiques de santé, indicateurs, reporting, évaluation

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.