

# **Avis du comité technique de l'innovation en santé et du conseil stratégique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) »**

**Septembre 2023**

Le conseil stratégique de l'innovation en santé a été saisi le 25 août 2023 pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) » portée par le ministère de la Santé et de la Prévention.

L'expérimentation a été autorisée par l'arrêté du 27 novembre 2020 ; le premier patient a été inclus le 3 mai 2021.

Après examen du rapport final d'évaluation et de l'avis du comité technique du 4 août 2023, le conseil stratégique de l'innovation en santé a rendu son avis le 18 septembre 2023.

## **Contexte**

Environ 13% des personnes vivant avec le VIH ignorent toujours leur statut sérologique et près de 29% des personnes séropositives sont diagnostiquées à un stade avancé de l'infection, proportion qui ne diminue pas depuis plusieurs années. Bien que le nombre de découvertes de séropositivité au VIH ait connu une forte diminution entre 2019 et 2020 dans le contexte de la pandémie de Covid-19, l'épidémie reste alarmante chez certains groupes comme les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) qui représentent 44% des nouvelles découvertes de séropositivité en France <sup>(1)</sup>.

En effet, les vulnérabilités particulières de santé de populations comme les HSH, les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne ou des Caraïbes, les personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe ou les personnes trans, notamment au regard des prévalences du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST), sont en partie fondées sur les pratiques sexuelles mais aussi sur les inégalités liées aux méconnaissances ou représentations inadéquates dans le système de soins.

L'offre en santé sexuelle existante ne prend pas suffisamment en compte ces besoins particuliers, ce qui a conduit la DGS à envisager la mise en place d'objectifs spécifiques pour ces populations. En 2017, pour la première fois, la stratégie nationale de santé sexuelle mentionnait l'importance de structures à approche communautaire dans la lutte contre les épidémies de VIH, hépatites et IST. Dans la première feuille de route 2018-2020, l'action n°15 proposait d'«Expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire».

Sur la base d'un appel à manifestation d'intérêt lancé en mai 2018, l'expérimentation menée dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avait pour objectif d'évaluer l'intérêt d'une offre de santé sexuelle en un lieu unique et dans un temps court selon le principe du « Test & Treat », apportant une réponse globale aux besoins des populations clés des épidémies de VIH (HSH, personnes transgenre, personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe...) dans une démarche de santé communautaire, sur des territoires à forte prévalence du VIH et des IST sur l'exemple de la clinique «56 Dean Street» à Londres. Quatre candidatures avaient été retenues à Paris, Lyon, Montpellier et Marseille.

## **Objet de l'expérimentation**

L'objectif de la création de centres de santé dédiés à la santé sexuelle d'approche communautaire était d'offrir un accueil et un accompagnement communautaire aux populations les plus exposées au VIH et aux autres IST.

Ils permettaient, sur un même site et dans un temps court, de faciliter les dépistages du VIH, des autres IST et des hépatites, de traiter les personnes diagnostiquées pour une IST, de proposer la mise sous prophylaxie préexposition au VIH (PrEP), la vaccination (contre l'hépatite A, l'hépatite B et les papillomavirus humains – HPV selon les recommandations vaccinales) et des consultations spécialisées et, in fine, d'évaluer l'intérêt de cette offre spécifique et son impact sur l'incidence des VIH, des IST bactériennes et des hépatites virales B et C. Cette offre complémentaire de parcours fondée sur la stratégie de « test and treat » en un temps court, visait certains publics cibles réticents à consulter dans les structures sanitaires classiques. Cette expérimentation proposait également de tester un mode de financement innovant pour ces centres.

### **Dérogations mobilisées**

L'expérimentation a nécessité de déroger aux règles de prise en charge ou de remboursement d'actes ou de prestations (article L.162-1-7 du CSS). Il a été nécessaire de déroger au paiement à l'acte en créant des forfaits pluridisciplinaires et des dotations incluant des prestations non remboursées telles que les prestations de sexologue, travailleur social, médiateur communautaire, interprète (dérogation au 1<sup>o</sup> de l'article L160-8 du CSS).

Le projet a dérogé également à l'accord national sur les centres de santé (L.162-32-1 du CSS).

L'expérimentation a dérogé enfin à l'article L.6211-18 du CSP, afin de permettre l'extension des lieux, des catégories de professionnels de santé habilités et des conditions de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale (biologie délocalisée).

### **Champ d'application territorial de l'expérimentation**

De couverture nationale, l'expérimentation concernait 4 centres dans 4 régions différentes : Auvergne-Rhône-Alpes (Lyon : «Le Griffon»), Ile-de-France (Paris : «Le Kiosque»), Occitanie (Montpellier : «Le Spot») et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille : «Le Spot Longchamp»).

### **Durée (prévue et effective) de l'expérimentation**

La durée initialement prévue était de 2 ans à partir de l'inclusion du 1<sup>er</sup> patient du dernier centre à ouvrir. Sa durée effective a été portée à 29 mois (après publication de l'arrêté modificatif du 11 avril 2023 qui a aligné la fin d'expérimentation au 30/09/2023 pour les 4 centres). Elle a débuté le 3 mai 2021 pour Paris, le 1<sup>er</sup> juillet 2021 pour Marseille et Montpellier, le 1<sup>er</sup> septembre 2022 pour Lyon et se termine pour les 4 centres le 30 septembre 2023.

### **Population cible, professionnels et structures impliqués :**

Les populations concernées ont été subdivisées en sous-groupes cibles, définis sur la base de leurs pratiques sexuelles à l'instar des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ou de la prostitution/travail du sexe, de leur origine géographique (HSH d'origine d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes), de la consommation de produits psychoactifs et notamment de drogues injectables (chemsexers et usagers de drogues injectables).

Il était prévu 53 373 passages sur les 4 centres pour la durée de l'expérimentation. A la fin du premier trimestre 2023, on recensait 28 797 passages au sein des 4 CSSAC en lien avec un parcours Test, Treat ou PrEP, 4 815 consultations spécialisées et 9 975 vaccinations avaient été réalisées (dont 2 654 injections contre le mpox).

Les professionnels impliqués étaient les équipes soignantes et accompagnants des centres de santé sexuelle d'approche communautaire : médecins (généralistes, addictologues, endocrinologues, proctologues, gynécologues, etc.), sages-femmes, infirmiers, psychologues, sexologues, assistants sociaux, médiateurs communautaires, etc.

### **Modèle évalué**

## Parcours de soins

Le parcours proposé aux usagers des CSSAC dépend de l'identification des besoins lors de la première consultation :

- *Parcours Test (dépistage)* : entretien de santé sexuelle, suivi par des prélèvements biologiques à visée de dépistage et/ou d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD).
- *Parcours Treat (traitement)* : à l'issue du parcours Test, si le résultat des examens de dépistage des IST bactériennes est positif, un traitement peut être initié.
- *Parcours PrEP* : les examens biologiques réalisés (afin de s'assurer que le patient n'est pas porteur du VIH et ne présente pas d'insuffisance rénale), la mise sous PrEP démarre après obtention du résultat et est séquencée de consultations en initiation et en suivi (dont consultation à 1 mois).
- *Parcours vaccination* : consultations et prescriptions pour vaccins VHB, VHA, HPV, et Mpox.
- *Parcours consultations spécialisées* : indépendamment du parcours de dépistage et de prise en charge, proposition d'une ou plusieurs consultations spécialisées (addictologues, gynécologues, endocrinologues, psychologues, sexologues, accompagnement vers démarches sociales, ...).

- **Modèle de financement**

Le financement du projet est défini dans le cahier des charges. Il repose sur un modèle mixte (forfaits/dotations) composé de :

- Trois forfaits au passage pour un panier de prestations :

- Forfait « Dépistage » : 186 €
- Forfait « Traitement » : 72 €
- Forfait « PrEP » : 58 €

- Trois dotations annuelles : « vaccins », « consultations spécifiques » et « structure »

A noter : la dotation « structure » est destinée à couvrir les frais de siège et de fonctionnement.

Les coûts d'amorçage et d'ingénierie de projet pour le démarrage du projet ont été évalués pour les 4 centres à un montant total de **640 261 €**.

## Budget

### Coût de l'expérimentation

	Budget prévisionnel maximal autorisé *	Budget FISS consommé au 5 juillet 2023
Prestations dérogatoires (FISS)	14 597 818 €	10 411 662 €
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FISS)	640 261 €	604 846 €
Total	15 238 079 €	11 016 508 €

\* Arrêté modificatif du 11 avril 2023 publié le 6 mai 2023

## Principaux enseignements de l'évaluation

### Rappel des questions évaluatives :

Déclinant les 3 grands critères du cadre général de l'évaluation des expérimentations article 51 (faisabilité, efficacité/efficience et reproductibilité), les travaux d'évaluation de l'expérimentation conduits par l'équipe des Hospices Civils de Lyon ont cherché à répondre à quatre questions :

- ❖ **1 - Faisabilité** : Quelle est la montée en charge de l'expérimentation ? Quels facteurs facilitent ou freinent le déploiement et la structuration des CSSAC ?
- ❖ **2a - Efficacité** : Dans quelle mesure les CSSAC facilitent-ils et/ou améliorent-ils l'accès aux services de santé sexuelle des communautés ciblées ?
- ❖ **2b - Efficacité** : Quelles sont l'expérience et la satisfaction des professionnels et des usagers des CSSAC ?
- ❖ **3 - Efficience** : Quels coûts pour quels résultats ?
- ❖ **4 - Reproductibilité** : Quels facteurs peuvent faciliter ou freiner le transfert des modèles d'organisation et de financement expérimentés ? Quels points retenir ou améliorer ?

Parallèlement à l'évaluation dans le cadre de l'article 51, les CSSAC de Marseille, Montpellier et Paris ont participé à l'évaluation menée par l'Université de Dublin (UCD) dans le cadre du projet OPTIMISE pour la Commission européenne, qui visait à comparer les structures de santé communautaire européennes. Le rapport d'évaluation des HCL a pu utiliser les résultats de cette étude.

### Conclusion du rapport final d'évaluation CSSAC

#### ➤ *Faisabilité et impact sur les organisations et les pratiques*

Malgré le caractère récent du lancement de l'expérimentation (même si 3 des 4 CSSAC préexistaient en tant que structures associatives en amont du dispositif article 51), les objectifs en termes de nombre de passages ont été partiellement atteints (54% des passages attendus au global avaient été réalisés au 1<sup>er</sup> semestre 2023). Au-delà de la possible surestimation initiale des objectifs, certains freins ont pu entraver l'activité des centres :

- la **pandémie de COVID-19** (recours au dépistage diminué, moins de rassemblements communautaires, pratiques sexuelles impactées) ;
- des difficultés de démarrage liées à la **recherche de locaux** en centres urbains accessibles financièrement notamment pour Lyon et Paris ;
- **des difficultés** au démarrage **de recrutement des équipes** liées aux conditions de rémunération des professionnels (notamment les infirmiers, médecins et médiateurs communautaires) dans un contexte de saturation forte de l'offre disponible pour certaines spécialités sur les métropoles ;
- **le temps d'acculturation nécessaire** entre corps médical et milieu associatif dans le déploiement des CSSAC ;
- **des obstacles réglementaires** (délivrance du traitement post-exposition au VIH - TPE uniquement en CeGIDD, obligation de validation de l'examen de biologie médicale délocalisée (EBMD) par les laboratoires, exigences de formation du protocole de coopération entre professionnels de santé...) ;
- la **complexité des SI** qui ne permettent pas le suivi simple d'indicateurs clés (malgré un travail déjà lancé d'alignement des SI).

A l'inverse, **l'offre prévisionnelle s'est déployée et enrichie**, attestant de l'agilité du modèle pour répondre aux besoins émergents (vaccination mpox par exemple).

Les équipes pluri-professionnelles se sont stabilisées dans l'ensemble autour d'une forte adhésion au projet de santé (engagement militant), autour d'interventions bien protocolisées et d'une bonne coopération interprofessionnelle (notamment entre infirmiers et médecins sur la base notamment du protocole national de coopération du 29 octobre 2021).

En ce qui concerne les modèles organisationnels déployés, l'organisation des centres est simple et lisible : dans chaque centre un professionnel joue un rôle de référent pour chaque dimension de l'activité. Cette structuration, pourtant en rupture avec la recherche d'horizontalité, s'avère facilitante et permet un management de proximité et aux équipes de participer à la réflexion.

La coordination interne globale est structurée et efficace, mais le partage d'informations est à améliorer. Les professionnels et les usagers sont globalement très satisfaits et soulignent la plus-value du dispositif, reconnue par l'ensemble des parties prenantes.

Le fonctionnement sur rendez-vous au sein des CSSAC garantit qualité et personnalisation de la prise en charge, mais exige une certaine souplesse pour correspondre davantage aux urgences de certains dépistages et à l'imprévisibilité souvent inhérente aux prises de risques.

En externe, même si les orientations suite aux découvertes de séropositivité au VIH et aux hépatites virales en particulier font l'objet d'un circuit relativement cadré avec les dispositifs hospitaliers, il conviendra d'approfondir les relations entre les équipes CSSAC et les médecins traitants et les structures de ville notamment pour le suivi des situations complexes.

Les partenariats avec les pharmacies et les laboratoires de biologie médicale se sont bien ajustés malgré la réglementation contraignante. Toutefois, certains porteurs ont émis l'hypothèse que la flexibilité des laboratoires a été permise par le caractère expérimental des CSSAC.

➤ *Efficacité*

La temporalité de l'expérimentation ne permet pas le recul nécessaire pour mesurer un éventuel impact sur l'évolution de l'épidémie VIH dans les territoires concernés.

Les CSSAC de Montpellier et Marseille ont atteint environ 75% de leurs objectifs en termes de nombre de passages. L'impact du changement de locaux en cours d'expérimentation se ressent pour le CSSAC de Paris (transféré vers des locaux plus vastes fin juin 2022) qui atteint 51 % du volume prévisionnel de passages (mais 57 % de l'ensemble des passages des 4 centres) et celui de Lyon, ouvert en septembre 2022, qui atteint 20 %. Marseille et Montpellier déclaraient cependant début 2023 se rapprocher de la saturation au regard de leurs ressources disponibles (humaines et surface des locaux).

Les CSSAC atteignent bien les publics clés : les HSH en grande majorité et à la marge, les personnes trans. D'autres publics marginalisés sont toutefois moins représentés dans les files actives (personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe et migrants notamment). Cependant, en raison d'un SI plus ou moins renseigné ou de définitions pouvant varier, les chiffres remontés des centres sont difficilement exploitables. Les CSSAC s'appuient cependant souvent sur les partenariats avec des associations accompagnant des publics plus spécifiques (personnes migrantes primo-arrivantes et/ou personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe).

L'accessibilité aux soins des usagers est améliorée et les délais fortement réduits malgré des listes d'attente sur les consultations spécialisées et sur le « Test and Treat » à Montpellier. Toutefois, 58 % des professionnels interrogés font part d'une insatisfaction vis-à-vis des délais d'attente pour une consultation. L'existence de ces listes d'attente souligne cependant que les CSSAC répondent bien à une demande forte.

Du côté des usagers, il existe une très bonne satisfaction générale et le souhait que cette approche puisse devenir la norme, malgré quelques délais de prise en charge jugés parfois un peu longs, notamment pour les consultations spécialisées.

C'est au regard des effets de la stratégie de Test&Treat et des délais réduits de transmission des résultats, ainsi que des dimensions recouvertes par l'approche communautaire, que peut se lire l'efficacité de la prise en charge déployée dans les CSSAC. La réduction des délais entre le dépistage et la mise sous traitement éventuelle rendue possible par le recours à la biologie délocalisée et la validation des résultats a posteriori, facilitent la mise en œuvre d'une prévention renforcée et permettent de casser la chaîne de contamination. Les résultats des examens de biologie médicale délocalisée (EBMD) sont globalement transmis aux patients dans la journée même, au plus tard le lendemain matin (24h à 48h concernant les analyses externalisées en laboratoire). La rapidité de l'annonce des résultats suscite souvent étonnement et enthousiasme du côté des usagers.

Au-delà de la fluidification de la prise en charge populationnelle, l'approche communautaire proposée se traduit en un nouveau paradigme de soins, s'appuyant sur une euphémisation des codes ordinaires du monde de la santé, une déstigmatisation et une banalisation de la santé sexuelle ainsi que la recherche d'une autonomisation des personnes dans une horizontalité des relations soignants-soignés facilitée par la pair-aidance.

➤ **Efficiences**

Si le modèle économique hybride forfaits/dotations est adapté aux pratiques des CSSAC, il nécessite cependant d'être ajusté.

*Forfaits*

Les forfaits Test, Treat et PrEP sont lisibles mais sous-estimés a priori selon les expérimentateurs (notamment sur les coûts RH et biologie). Il n'y a pas de nécessité de créer des sous-forfaits car les pratiques sont standardisées et homogènes.

*Dotations (Consultations spécialisées)*

Le paiement à la dotation pour les consultations spécialisées permet l'intervention de professionnels aux profils divers. Des clarifications sont nécessaires sur les paniers de soins disponibles par usager et notamment sur l'objectif des CSSAC : choix à clarifier entre soutien ponctuel, suivi au long cours (notamment des personnes vivant avec le VIH - PVVIH) ou orientation. Il conviendrait aussi de mieux intégrer l'« aller-vers » en partie ou intégralement dans les dotations.

*Mutualisation CeGIDD/CSSAC*

La mutualisation entre les activités CSSAC et les CeGIDD dans les centres de Paris et Marseille n'a aucun impact sur les pratiques, ni sur la gestion mais pose des difficultés dans la valorisation globale des 2 activités alors que l'offre couplée est particulièrement complémentaire et constitue une réponse complète aux besoins communautaires. Ce couplage a permis la prise en charge des personnes sans droits en CeGIDD, qui auraient plutôt relevé du CSSAC. La principale difficulté identifiée par les équipes concerne d'ailleurs l'impossibilité de facturer la prise en charge de personnes sans droits ouverts, alors qu'elles comptent parmi les populations clés auxquelles s'adressent les CSSAC. Les financements obtenus dans le cadre de l'habilitation CeGIDD pour Paris et Marseille ont permis de pallier cette incapacité de facturation.

### ➤ *Reproductibilité*

Ces structures, malgré leur histoire récente, font preuve d'un bon niveau de maturité en termes de travail pluriprofessionnel, de SI, d'implication des patients et de projet de santé et d'accès aux soins. Cette maturité, preuve de leur reproductibilité, plaide pour un passage à l'échelle et dans le droit commun.

Il est cependant nécessaire de questionner les moyens déployés pour atteindre des publics encore peu atteints : les migrants, les personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe notamment et de définir si le suivi des PVVIH relève des CSSAC.

Il convient aussi d'inscrire les futurs centres dans le maillage associatif, communautaire et sanitaire territorial pour la lutte contre le VIH et les autres IST.

Il pourrait être pertinent d'envisager l'ouverture de nouveaux CSSAC au sein des régions expérimentatrices en fonction des besoins épidémiologiques locaux identifiés. Des indicateurs épidémiologiques (concernant l'infection par le VIH et les autres IST) plaident également en faveur d'une ouverture de nouveaux centres au sein des régions Grand Est et Centre Val de Loire. La question de l'équité d'accès pourrait conduire à retenir d'autres grandes métropoles dans les autres régions non expérimentatrices à ce jour.

Le passage dans le droit commun nécessitera de stabiliser préalablement la réglementation concernant les EBMD (publication de l'arrêté sur les structures autorisées à la biologie délocalisée).

Le déploiement pourra être facilité par la valorisation de l'expérience des CSSAC actuels qui pourraient partager leurs savoirs et compétences (SI, pratiques professionnelles, recherche de financements, renforcement d'un réseau, gestion des ressources, etc.).

### **Avis et recommandations sur la suite à donner sur le projet d'expérimentation :**

Les résultats de l'évaluation indiquent clairement que les centres de santé sexuelle d'approche communautaire ont atteint leurs objectifs en un temps très court et touché les communautés auxquelles ils étaient destinés. Ils sont aujourd'hui identifiés par ces communautés comme des acteurs de soins majeurs dans la lutte contre le VIH, les autres IST et les hépatites qui ont su organiser une réponse efficace tout en étant bienveillante à leurs besoins spécifiques de santé. Le modèle mis en place dans les 4 régions expérimentatrices est reproductible sur d'autres métropoles en fonction des indicateurs populationnels et épidémiologiques.

Les critères de faisabilité, d'efficacité et de reproductibilité sont globalement satisfaits.

Compte tenu de ce qui précède, les adaptations suivantes sont recommandées :

- 1) Approfondir et réajuster le modèle économique et notamment : adapter les rémunérations des professionnels infirmiers et médiateurs communautaires, mieux valoriser et clarifier le temps d'accompagnement communautaire nécessaire dans chaque centre, notamment pour les usagers transgenres, envisager une intégration de l'« aller-vers » en partie ou intégralement dans les dotations, clarifier dans le modèle de prise en charge et de financement les temps de coordination, prévoir la prise en charge de personnes sans droits ouverts. La question précise de l'ajustement du modèle économique actuel et de son efficacité fera l'objet de travaux plus poussés de la part des évaluateurs qui seront rendus dans un second temps.
- 2) Lever les obstacles réglementaires (délivrance du TPE, autorisation des CSSAC pour la réalisation d'EBMD, validation a posteriori des résultats des EBMD par les biologistes médicaux, protocole de coopération à étendre et ajuster...).
- 3) Poursuivre l'amélioration des SI, ainsi que l'accompagnement des professionnels dans la tenue du dossier patient, pour *in fine* une meilleure coordination pluri professionnelle et un suivi facilité des indicateurs clés (populations prises en charge par exemple).

- 4) Expliciter les périmètres d'intervention : en priorité celui des médiateurs communautaires dont les contours des métiers sont encore peu reconnus et dont les multiples sollicitations sont difficiles à conjuguer parfois.
- 5) Clarifier le panier de soins proposé aux usagers et la mission des centres vis-à-vis des suivis au long cours (soutien ponctuel, suivi sur le long terme ou orientation vers d'autres acteurs).
- 6) Questionner les moyens déployés pour atteindre des publics encore peu atteints : les migrants, les personnes en situation de prostitution/travailleurs du sexe notamment.
- 7) Mieux Intégrer les centres dans l'organisation territoriale de la santé sexuelle et notamment les articuler avec les médecins traitants et les structures de ville particulièrement pour le suivi des cas complexes.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé émettent un avis favorable au passage dans le droit commun de l'expérimentation « Centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) » avec les recommandations précisées ci-dessus.

#### **Pour le comité technique**

Natacha Lemaire  
Rapporteuse Générale



## **Annexe**

### **Position du Syndicat des Biologistes (SDBIO) émise le 15 septembre 2023**

Plusieurs de nos laboratoires de biologie médicale sont impliqués dans le dépistage et travaillent avec les Centres de santé qui y figurent. Le seul commentaire que nous souhaitons effectuer sur ce dossier est qu'il est réalisé dans un cadre dérogatoire quant aux textes législatifs non parus à ce jour en la matière et nous insistons pour que ce ne soit pas élargi à d'autres structures hors du cadre législatif. Le second aspect du dossier qui nous pose un problème, c'est que ce soit un seul fournisseur qui mette en place les EBMD et que celui-ci face un lobbying pour installer ses produits partout.