



## **Rapport d'évaluation finale de l'expérimentation**

### **« Centres de santé sexuelle d'approche communautaire »**

*Portée par les associations :*

*Virage Santé à Lyon – Centre Le griffon*

*AIDES à Marseille et Montpellier – Centres Le SPOT Longchamp et Le SPOT Montpellier*

*Le Kiosque Infos Sida et Arcat à Paris – Centre Le Checkpoint*

*Rapport d'évaluation finale – Juillet 2023*

*Rédacteurs : Hospices Civils de Lyon, Pôle Santé Publique*

## **Rapport d'évaluation finale de l'expérimentation**

« Centres de santé sexuelle d'approche communautaire »

*Portée par les associations :*

*Virage Santé à Lyon – Centre Le griffon*

*AIDES à Marseille et Montpellier – Centres Le SPOT Longchamp et Le SPOT Montpellier*

*Le Kiosque Infos Sida et Arcat à Paris – Centre Le Checkpoint*

*Rapport d'évaluation finale – Juin 2023*

*Rédacteurs : Hospices Civils de Lyon, Pôle Santé Publique*

*Rédacteurs : Justine Vincent, Dr. Asma Fares et Lucia Rodriguez-Borlado-Salazar*



## Table des matières

Note sur la rédaction en écriture inclusive .....	i
Remerciements .....	i
Points saillants de ce rapport.....	iii
Synthèse de ce rapport .....	v
I. Présentation de l'expérimentation .....	1
1) Fiche signalétique du projet d'après le cahier des charges .....	1
2) Description du cadrage prévisionnel de l'expérimentation .....	2
II. Evaluation finale de l'expérimentation .....	5
1) Rappel des questions évaluatives retenues .....	5
2) Données mobilisées.....	5
III. Résultats et discussions de l'évaluation finale .....	8
1) Faisabilité.....	8
Un déploiement des centres dépendant de l'ancrage local des porteur.euses .....	13
Une offre multidimensionnelle à l'accès simplifié.....	16
La constitution des équipes .....	21
Un système organisationnel dépendant de coordinations internes et externes .....	27
2) Efficacité .....	41
2a – Accès aux soins : Les délais de prise en charge.....	42
2a – Accès aux soins : Dédier l'offre de soins aux communautés ou l'approche communautaire comme approche populationnelle .....	52
2a – Accès aux soins : L'approche communautaire pour un nouveau paradigme de soin ?..	60
2b - Expérience et satisfaction des différent.es acteur.ices du dispositif.....	69
3) Efficience (partie à approfondir) .....	76
Le calibrage des forfaits .....	76
Les dotations.....	78
Réflexions globales sur le modèle économique .....	79
4) Transférabilité .....	82
Elargir à d'autres territoires ?.....	83
Des publics encore peu atteints ? .....	85
Une approche effective de la santé sexuelle dans sa globalité ?.....	87
Modalités de transfert : une approche communautaire adaptée aux spécificités des files actives locales .....	88
Conclusion.....	90
Références .....	91
Annexes.....	93
Tableau synthétique des dépenses incluses dans le modèle de financement d'après le cahier des charges.....	93
Tableau récapitulatif des entretiens réalisés.....	94

## Note sur la rédaction en écriture inclusive

*Etant donné les enjeux relatifs aux identités de genre inhérents à l'approche communautaire dans cette expérimentation, ce rapport a été rédigé en écriture inclusive. Pour de nombreux termes, nous avons choisi d'utiliser un point milieu en composant le mot sous la forme « racine du mot + suffixe masculin + point + suffixe féminin » (exemple : professionnel.les), bien que cette proposition présente la limite de rester binaire. Les accords grammaticaux suivent la même logique. Les fonctions et métiers ont également été accordées en genre : « la médecin », « une porteuse ».*

*Des formules épiciènes ont également été privilégiées, à l'instar « des personnes consultantes ».*

## Remerciements

*Nous remercions l'ensemble des professionnel.les rencontré.es pour leur réactivité, leur disponibilité et leur accueil au sein de leurs structures, ainsi que les personnes consultantes qui ont pris le temps de partager leurs expériences avec notre équipe d'évaluation.*

*Nous remercions également les référent.es de la Cellule Evaluation de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé et de la Prévention pour leur accompagnement tout le long de ce processus d'évaluation.*

## Glossaire

A51	Article 51
ARS	Agences régionales de santé
CDHS	Comité départemental d'Hygiène Sociale
CeGIDD	Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSSAC	Centres de santé sexuelle d'approche communautaire
EBMD	Examens de biologie médicale délocalisée
HPV	Human papilloma virus
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBT+	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et tous ceux dont la sexualité n'est pas hétérosexuelle ou dont l'identité de genre n'est pas basée sur l'approche binaire homme/femme.
MST	Maladie sexuellement transmissible
PreP	Prophylaxie pré-exposition
SI	Système d'information
SMIT	Service des maladies infectieuses et tropicales
TDS	Travailleur.ses du sexe
TPE	Traitement post-exposition
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
VHA, VHB, VHC	Virus de l'hépatite A, Virus de l'hépatite B, Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Points saillants de ce rapport

### **Une offre déployée et structurée malgré une montée en charge inégale**

- Au 1<sup>er</sup>/07/2023 : 4 CSSAC déployés, les CSSAC de Paris, Montpellier et Marseille sont ouverts depuis mai/août 2021. Le CSSAC de Lyon s'est lancé en septembre 2022 en raison de difficultés importantes à financer la rénovation de ses locaux.
- Fin T1 2023 : 28 797 passages au sein des 4 CSSAC en lien avec un parcours Test, Treat ou PrEP pour 19 548 bénéficiaires, de nombreuses consultations spécialisées étaient déployées et 9 975 vaccinations ont été réalisées (5 275 vaccinés.es), dont 2 654 (soit 27 %) injections contre la variole du singe.
- Les CSSAC de Montpellier et Marseille ont atteint ≈ 75% de leurs objectifs de passages. Le CSSAC de Paris atteint 51 % du volume prévisionnel de passages et celui de Lyon, 20 %.
- L'ensemble de l'offre et des parcours prévus dans le cahier des charges a pu être déployée.
- Les équipes pluriprofessionnelles sont dans l'ensemble stabilisées, malgré des difficultés de recrutement dans un contexte de pénurie de personnel médical. Elles collaborent efficacement.
- L'offre en consultations spécialisées notamment fait l'objet de réflexions et est régulièrement restructurée pour répondre au plus près des besoins formulés par les populations ciblées.
- La délimitation des interventions de chaque professionnel.le dans la prise en charge d'un.e patient.e est routinisée, le protocole de coopération entre médecin et infirmier.e ajusté localement.
- La pluralité des expertises est valorisée.
- L'adhésion des professionnel.les au projet de santé porté par les CSSAC est très bonne.
- Les partenariats mis en place avec les laboratoires sont de qualité, mais la nécessité d'une validation de l'EBMD par le laboratoire pèse sur l'organisation et la tenue des délais. Les freins sont également d'ordre informatique. Les SI tels qu'ils sont conçus aujourd'hui sont complexes et ne permettent pas aux porteurs de suivre simplement certains indicateurs clés.

### **Pour favoriser la faisabilité du déploiement de l'offre des CSSAC :**

- Il est nécessaire de prévoir des financements adaptés pour le déploiement ad hoc d'une infrastructure (investissement initial)
- Une bonne inscription préalable des instances porteuses dans le maillage associatif, communautaire et sanitaire territoriale pour la lutte contre le VIH et les IST, est requise.
- Des obstacles réglementaires doivent être levés, notamment autour des délivrances des traitements.
- Poursuivre l'amélioration des SI, ainsi que l'accompagnement des professionnels dans la tenue du dossier patient, pour in fine une meilleure coordination pluriprofessionnelle et un suivi facilité des indicateurs clés (populations prises en charge par exemple).
- Revaloriser les rémunérations des professionnel.les infirmiers et médiateurs communautaires. L'engagement actuel tient à la valorisation de leurs expertises au sein des CSSAC et/ou à l'engagement militant des intervenant.es, mais est fragilisé par les conditions de rémunération.
- Simplifier le protocole de coopération infirmier.e-médecin. Le protocole national est trop lourd en l'état et fait l'objet d'ajustements locaux.
- Clarifier les périmètres d'intervention de chaque professionnel.le engagé.e dans un parcours, en priorité celui des médiateur.ices communautaires dont les contours des métiers sont encore peu reconnus.
- Approfondir la coordination interprofessionnelle en interne et externe des CSSAC.

### **En termes d'efficacité de la prise en charge :**

- Les CSSAC atteignent bien les publics clés, notamment les HSH en grande majorité et à la marge, les personnes trans. D'autres publics marginalisés sont moins représentés dans les files actives toutefois (travailleur.euses du sexe, lesbiennes,...)
- L'accessibilité aux soins est améliorée, malgré des listes d'attente sur les consultations spécialisées généralement, et sur le Test&Treat au CSSAC de Montpellier
- La relation d'accompagnement est qualitative et personnalisée selon les patient.es et les professionnel.les
- La réduction des délais entre le Test et le Treat est assurée
- Un déploiement de la prévention renforcé, via des mises sous PrEP plus précoces
- Un décloisonnement avec les structures de ville à approfondir

### **Enseignements autour de l'approche communautaire**

- Une bonne satisfaction globale, partagée par l'ensemble des acteurs.
- Plus-value de l'approche communautaire, comme approche populationnelle et pour renouveler les pratiques de soin (au sens large du soin)
- Une ambiguïté de l'approche populationnelle persiste entre une définition par les identités et une définition par les pratiques dans le ciblage prioritaire.
- Les centres ont été soucieux d'élaborer d'une offre plurielle pour répondre aux besoins spécifiques de chaque population identifiée et pour permettre d'engager une prise en charge plus large.
- Approfondir la co-construction des parcours (individuels et collectifs) avec les patients et membres de la communauté. La forme la plus aboutie a été développée par le CSSAC de Paris via la constitution d'un collectif d'utilisateurs.
- L'approche communautaire doit s'appuyer nécessairement sur les actions en aller-vers, pour amener les publics les plus éloignés du soin au soin.
- Enjeu d'une reconnaissance d'un statut et valorisation de l'activité de médiation communautaire. Ce constat rejoint les débats nationaux sur ce métier.

### **Les conclusions initiales quant au modèle économique**

- Le modèle économique hybride forfaits/dotations paraît adapté aux pratiques des CSSAC.
- Concernant les forfaits valorisant l'offre sociale de Test, Treat et PrEP :
  - Ces forfaits sont lisibles pour les porteurs et les professionnels.
  - La nécessité de construire des forfaits spécifiques à des sous-populations n'a pas émergé. Ces parcours sont standardisés et homogènes pour tous les publics.
  - Les CSSAC font part de temps RH insuffisants, notamment celui des médiateurs communautaires (ou des chargés d'accueil à Paris) et infirmiers. Ces temps ont été calculés par les CSSAC en regard des budgets disponibles. Ce qui s'ajoute à la nécessité de revaloriser les rémunérations de ces professionnels, afin d'ancrer l'incitation à exercer en CSSAC et à se coordonner.
- La mise en place d'un forfait dédié aux parcours trans paraît adapté (objectifs et intervenants identifiés, temporalité délimitée) afin d'inciter la coordination sur ces prises en charge complexes et valoriser explicitement le temps d'accompagnement communautaire dédié.
- Le paiement à la dotation des consultations spécialisées permet l'intervention de professionnels aux profils divers. Certains CSSAC se sont toutefois limités dans les paniers accessibles aux usagers en raison des budgets dédiés à l'expérimentation, sans que cela n'ait été indiqué dans le cahier des charges.
- Certains coûts de biologie n'avaient pas été anticipés (confirmation diagnostiques par exemple)
- Alléger les coûts des traitements et de la biologie via la négociation des tarifs hospitaliers
- Des activités étayant les missions des CSSAC non valorisables en l'état (l'aller vers) à mieux intégrer
- L'absence de reste à charge est appréciée des usagers et facilite l'accès aux consultations spécialisées.
- Les personnes sans droit sociaux sont exclues des CSSAC alors qu'ils en sont la cible.
- En pratique, la mutualisation des ressources entre CeGIDD et CSSAC n'a pas eu d'incidence négative sur les pratiques des professionnels, mais sur la valorisation des activités respectives.

### **Quant à la reproductibilité du modèle :**

- Le niveau de maturité atteint par les 4 CSSAC est bon
- Le caractère multicentrique de l'expérimentation confirme son potentiel de reproductibilité
- Une reproductibilité particulièrement bonne, dans les centres urbains
- Des réaménagements autour de l'approche populationnelle au fondement de l'approche communautaire, selon les caractéristiques sociodémographiques des files actives potentielles pour les autres territoires
- Accorder l'habilitation CeGIDD aux CSSAC, en l'absence de levée d'obstacles réglementaires et d'incapacité à couvrir les prises en charge des personnes non assurées sociales
- Un partage et essaimage des pratiques à partir de l'expérience des CSSAC existants

## Synthèse de ce rapport

Les équipes du Pôle Santé Publique des Hospices Civils de Lyon (HCL) ont été désignées pour réaliser l'évaluation de l'expérimentation de centres de santé sexuelle communautaires pour les comptes de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Le présent document constitue le **rapport d'évaluation finale** de cette expérimentation.

**Ce document rapporte ainsi les résultats de l'évaluation finale conduite par les HCL de mars à mai 2023.**

Au premier trimestre 2023, les 4 centres étaient déployés mais leur participation effective à l'expérimentation est inégale. L'offre prévue dans le cahier des charges a pu être mise en place, et se déclinait comme prévu en 5 parcours (Test, Treat, PrEP, vaccinations, consultations spécialisées). On dénombrait 28 797 passages au sein des 4 CSSAC en lien avec un parcours Test, Treat ou PrEP pour 19 548 bénéficiaires. Concernant les consultations spécialisées et les vaccinations, ces offres se sont déployées à des temps différents en interne des CSSAC, expliquant ainsi les montées en charge inégales. Le périmètre de ces offres varie entre les CSSAC et certaines offres sont dédiées exclusivement à certaines populations (trans, chemsexuels notamment). 9 975 vaccinations ont été réalisées au total auprès de 5 275 usager.es, dont 2 654 (soit 27 %) d'injections contre la variole du singe.

La concentration d'une offre pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en un seul et même lieu exige des locaux d'une superficie de plusieurs centaines de mètres carrés, dont la recherche constitue un réel défi dans des métropoles où le marché immobilier est particulièrement sous tension. Les contraintes en termes d'accessibilité et de pertinence de l'emplacement pour s'inscrire dans un environnement en adéquation avec les modes de vie des publics cibles exacerbent les difficultés. De grandes disparités ont existé entre les associations porteuses selon les locaux dont elles disposaient en amont, et quant aux ressources financières disponibles pour la recherche et/ou la rénovation de locaux appropriés, du fait d'une absence de crédits dédiés à l'investissement dans le financement national.

L'accessibilité de ces centres s'est avérée globalement satisfaisante, et permettant de pallier pour partie aux limites d'accès aux CeGIDD notamment. Le fonctionnement sur rendez-vous au sein des CSSAC garantit une qualité et une 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.

Cette accessibilité repose également sur la présence en un seul et même lieu de médecins, infirmier.es, médiateur.ices communautaires, addictologues, psychologues, sexologues, gynécologues, assistant.e social.e, etc. La structuration des équipes a été facilitée par l'ancrage des associations porteuses, déjà pour partie orientées vers les approches communautaires. Elles ont pu s'appuyer sur un réseau de professionnel.les déjà préalablement identifié.es et leur insertion dans le maillage associatif plus large dans leur région.

Cette inscription et identification préalable des porteur.euses dans les dynamiques locales de lutte contre le VIH et d'engagement auprès des publics clés a également constitué une ressource pour (ré)aménager l'offre proposée au sein des CSSAC afin d'être au plus près des besoins et demandes des populations concernées. L'approche communautaire proposée par les CSSAC a été perçue comme innovante par les professionnel.les impliqué.es et a souvent rencontré leurs engagements individuels combinés à des domaines d'expertise professionnelle parfois moins valorisés dans les parcours de soin

classiques. Par ailleurs, l'organisation et l'offre déployée rejoignent le souhait de nombreux professionnels de trouver un autre cadre d'exercice de leur activité que le cabinet libéral ou l'institution hospitalière par exemple. Cependant, les conditions de rémunération, peu attractives dans un contexte où d'autres activités s'avèrent bien plus incitatives, ont été fréquemment invoquées par les porteurs et les professionnels de santé comme obstacle au recrutement, notamment des personnels à temps complet. Elles se conjuguent par ailleurs à une pénurie plus large de professionnels de santé, qui soient plus qualifiés sur les enjeux communautaires et/ou en santé sexuelle.

**En ce qui concerne les modèles organisationnels déployés**, une latitude était laissée à chaque centre pour structurer son organisation, notamment à la première étape du parcours des usagers au sein du centre et la place faite aux médiateurs communautaires. Les différences entre les systèmes organisationnels retenus peuvent refléter des cultures associatives diverses entre les porteurs. La présentation de l'offre plurielle de services en santé sexuelle permet une co-construction avec les personnes consultantes et une adaptation personnalisée de leurs parcours de prise en charge sur la base d'entretiens répétés en santé sexuelle. Les médiateurs sont le plus souvent pivot des parcours des consultants et endossent un rôle de coordination en orientant les usagers selon les besoins identifiés au détour d'entretiens en santé sexuelle, et en fonction des protocoles de coopération IDE-médecin mis en place localement. La pluralité et la diversité de leurs missions les situent à l'intersection de différents métiers plus institués. Nous recommandons une vigilance et la prise en compte de la multiplication des sollicitations et de la synchronicité d'engagements multiples. Il s'agira de clarifier les contours de leurs métiers, ainsi que de valoriser et faire reconnaître leur activité et leur montée en compétences, afin d'encourager la reconnaissance de leur statut.

Cette clarification approfondie des contours de l'activité des médiateurs communautaires constituerait par ailleurs un levier pour fluidifier l'acculturation entre le personnel médical et les associatifs ainsi que la coordination en interne. Les professionnels ont rappelé la nécessité de maintenir des temps dédiés en équipe, notamment dans un contexte de réaménagements fréquents des parcours proposés et de recherches de stabilisation de routines professionnelles. Ils s'avèrent aussi facilitateurs pour échanger et permettre une approche holistique autour des cas plus complexes.

D'un point de vue organisationnel, deux principaux points ont émergé de l'évaluation : la nécessité d'accélérer le déploiement du protocole de coopération IDE-médecin, en passant par un ajustement de ses conditions pour permettre une plus grande accessibilité et une meilleure fluidité dans les prises en charge des usagers. En second lieu, les contours du secret professionnel et le partage d'informations en interne entre les professionnels intervenant dans le parcours d'un consultant au sein du CSSAC – tout en respectant le consentement de la personne – peuvent interroger au sein des équipes, et rejoignent les questionnements soulevés nationalement, notamment en lien avec l'absence de cadre et de statut reconnu des médiateurs en santé.

Enfin, la structuration de la prise en charge des usagers au sein des CSSAC nécessite une coordination avec des partenaires externes. L'EBMD a exigé la mise en place d'accords quadripartites (entre les CSSAC, l'entreprise mettant à disposition le Genexpert, l'entreprise fournissant le SI, et le laboratoire partenaire). Les SI ont constitué un enjeu majeur du fait de l'obligation de validation des résultats de l'EBMD par les laboratoires, et les équipes ont déploré les nombreuses difficultés rencontrées d'ordre technique, entravant l'objectif d'un processus de remise accélérée des résultats.

Globalement, les écarts au cahier des charges quant aux services proposés dans les CSSAC sont principalement le fait d'un maintien d'obstacles réglementaires : l'impossibilité de délivrer le TPE pour

les centres n'ayant pas l'habilitation CeGIDD ; ou encore la nécessité d'une confirmation systématique des résultats de l'EBMD par les laboratoires qui n'est pas jugée pertinente et rend les CSSAC dépendants de ces derniers pour tenir les délais réduits annoncés.

**C'est justement au regard des effets de l'unicité du 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.**

Les équipes expérimentatrices ont dans l'ensemble été en mesure de tenir les délais annoncés entre les dépistages et la transmission des résultats. Les résultats des EBMD sont globalement transmis aux patient.es dans la journée même, ou la matinée du lendemain ; les délais sont plutôt en moyenne de 24h à 48h concernant les analyses effectuées en laboratoire. La rapidité des résultats grâce au Genexpert, en plus d'être rassurante pour les usager.es, s'avère ainsi particulièrement efficace pour une mise sous PrEP et/ou sous traitement curatif rapide. Elle permet d'une part de rompre les chaînes de contamination, et d'autre part de réduire les traitements probabilistes.

Toutefois, la tenue de ces délais exige des temps de coordination médicale plus ou moins conséquents selon la file active, qui avaient parfois été sous-estimés. Par ailleurs, les outils techniques de transmission des résultats et de suivi des positif.ves pourraient être améliorés.

En second lieu, l'approche de la santé sexuelle dans sa globalité, appuyée sur l'offre de consultations spécialisées pluridisciplinaires permet une réponse personnalisée aux besoins des personnes consultantes. L'accessibilité aux services de santé sexuelle des communautés ciblées pose aussi la question du niveau de saturation du dispositif et de la durée des suivis proposés, non fixés dans le cahier des charges (en dehors de la limite des 6 dépistages par personne sur une année). Il s'agit dès lors de parvenir à concilier nouvelles inclusions et suivi des patient.es déjà intégré.es dans le dispositif, et d'arbitrer dans quelles situations un transfert vers un suivi en ville n'est pas préjudiciable. Les principales tensions portent sur les consultations spécialisées ; quant à l'offre socle, c'est le suivi des patient.es sous PrEP qui constitue souvent la marge d'ajustement.

Ces arbitrages illustrent le flou entourant le cœur de la mission initiale des CSSAC : si leur ambition n'est pas forcément d'engager un réel suivi, le fait de parvenir à capter des personnes éloignées du soin et cumulant les facteurs de vulnérabilité pose, du moins sur le moyen terme, la question des risques de rupture de prise en charge si elles sont réorientées à l'extérieur. Par ailleurs, une limitation d'un nombre de séances dédiées à des problématiques addictives, psychologiques ou en sexologie notamment pour une prise en charge plus globale de la santé sexuelle s'avère souvent incompatible avec les besoins identifiés.

Ces compromis interrogent plus largement sur le décloisonnement de la prise en charge, et l'association des médecins traitants dans celle-ci, qui gagnerait à être approfondie dans les cas plus complexes notamment et pourrait soutenir le rétablissement d'un lien entre les populations ciblées et le système classique de soins.

En effet, l'idée structurante de cette expérimentation était d'apporter une réponse aux besoins spécifiques de santé en développant une approche dite communautaire vers les populations clés qui sont parfois réticentes à fréquenter les autres lieux de prise en charge de leur santé sexuelle par crainte d'être exposées à des stigmatisations voire des discriminations dans le soin.

L'approche communautaire est d'abord une approche populationnelle, les populations clés ayant été globalement regroupées sous les acronymes LGBT+ et TDS, à qui a été réservée la prise en charge en interne. Le respect de l'auto-détermination des personnes et le rappel d'un cadre safe, bienveillant et non jugeant sont structurants dans leur prise en soin. Les personnes considérées hors des groupes

prioritaires ont été majoritairement réorientées vers les autres structures. Notons que l'identification à l'acronyme LGBT+ notamment n'est pas exempte d'ambiguïté et présente un certain nombre de limites. Elle invisibilise par ailleurs la diversité des besoins des sous-groupes les constituant, diversité à laquelle ont été soucieux de répondre les CSSAC en multipliant les portes d'entrée possibles dans le dispositif et en s'appuyant sur des actions d'aller vers protéiformes.

L'approche communautaire renvoie également à une redéfinition des codes ordinaires associés à l'environnement médical. Le paradigme de soin déployé prend appui sur des stratégies d'euphémisation de la médicalisation, la recherche d'une plus grande horizontalité des rapports dans la relation d'accompagnement, et des formes de pair-aidance, pour améliorer l'acceptabilité d'une prise en charge médicale et encourager l'autonomisation des personnes consultantes. Ces dimensions sont transverses et s'incarnent bien souvent dans le rôle dédié aux médiateur.ices communautaires.

**En ce qui concerne l'expérience des professionnel.les et des usager.es des CSSAC**, dans l'ensemble, la satisfaction déclarée est bonne et la plus-value du dispositif reconnue par l'ensemble des parties prenantes.

Du côté des professionnel.les, le système organisationnel déployé est perçu comme améliorant la relation d'accompagnement proposée aux usager.es, et encourage l'autonomie et la participation à la prise de décisions, particulièrement appréciées par les IDE notamment.

Les principaux mécontentements des professionnel.les se concentrent sur leurs conditions matérielles de travail et la faiblesse de leurs rémunérations. Par ailleurs, une forme d'ambivalence demeure autour des perceptions et attentes autour de l'approche communautaire. L'assimilation avec la santé communautaire chez certain.es professionnel.les conduit à des attentes, pour partie déçues, quant à la place occupée par les membres de la communauté au sein des professionnel.les prenant en charge les usager.es notamment. Toutefois, le fait d'appartenir soi-même à la communauté n'est pas exempt de difficultés. L'importance des relations d'interconnaissance produite par l'entre-soi communautaire brouille ainsi les postures endossées dans des sphères distinctes et les frontières entre vie privée et vie professionnelle. Cette question de la porosité des frontières se pose avec plus d'acuité pour les médiateur.ices communautaires, moins protégé.es par une identification claire du cadre de la relation thérapeutique et/ou de leur statut, dont peuvent bénéficier à l'inverse les médecins.

Enfin, les équipes ont fait remonter l'importance de la mise en place de dispositifs d'accompagnement et d'analyse de la pratique pour les professionnel.les, afin de prévenir les risques psycho-sociaux, notamment dans un contexte d'exposition fréquente à des problématiques complexes, et de formes de sur-responsabilisation.

Du côté des usager.es rencontré.es, il existe une très bonne satisfaction générale et le souhait que cette approche puisse devenir la norme. Le caractère pluridisciplinaire et centralisé de l'offre déployée a été présenté comme une ressource, et l'accessibilité aux soins jugée bonne, malgré quelques délais de prise en charge jugés parfois un peu longs, notamment pour les consultations spécialisées. L'approche bienveillante, safe et non jugeante a été unanimement soulignée comme appréciable, rassurante et libératrice de la parole pour les patient.es. La dimension communautaire, bien qu'elle fasse l'objet de rapports différenciés selon les usager.es, est considérée comme un levier pour une meilleure prise en charge et étaye la reconnaissance des compétences des professionnel.les des CSSAC par les usager.es.

Pour finir, **la démonstration de la reproductibilité** des CSSAC se recoupe avec celle de sa faisabilité sur de nombreux points, d'autant que les centres expérimentateurs ont été déployés sur des grandes métropoles de régions différentes. Les 4 centres ont réussi leur déploiement et ont atteint un bon niveau de maturité.

Au terme de de l'évaluation, nous réitérons l'affirmation selon laquelle l'approche communautaire des CSSAC constitue une plus-value d'après l'ensemble des acteur.ices. Le potentiel de reproductibilité des CSSAC est bon une fois les obstacles identifiés résolus, notamment en termes d'infrastructure nécessaire, et de coordinations en interne et en externe.

Les modalités de transfert nécessitent d'être adaptées aux caractéristiques des territoires. Si le modèle actuel peut être reproduit dans les grands centres urbains, il appelle probablement à un réaménagement sur des espaces péri-urbains ou plus ruraux.

Ces réaménagements peuvent porter d'une part sur l'approche populationnelle sous-jacente à la dimension communautaire de ces centres de santé sexuelle, selon les réalités socio-démographiques des territoires d'implantation (populations en situation de migration par exemple). De manière générale, les inclusions de certains groupes pourraient être poursuivies et améliorées à l'instar des personnes lesbiennes, des femmes migrantes, ou des travailleuses du sexe. D'autre part, le transfert des CSSAC pourrait être protéiforme selon les besoins locaux identifiés, à l'instar du déploiement d'antennes des CSSAC des centres-villes. *A minima*, un essaimage et partage des pratiques des professionnel.les engagé.es au sein des CSSAC et dans une démarche communautaire auprès d'autres structures sont souhaitables et peuvent être étayées par les actions du Corevih.

A l'échelle de l'ensemble du territoire, nous plaidons plus largement pour une meilleure formation des professionnel.les de santé aux spécificités des publics marginalisés, permettant une prise en charge non jugeante et non discriminante.

L'offre déployée au sein des centres expérimentateurs peut constituer un premier socle de référence au regard des besoins divers identifiés pour les sous-groupes des publics cibles. D'autres consultations spécialisées autour de la santé sexuelle pourraient être proposées, et les équipes ont suggéré que le suivi des patient.es positif.ves au VIH puisse être également assuré au sein des CSSAC.

## I. Présentation de l'expérimentation

### 1) Fiche signalétique du projet d'après le cahier des charges

Titre de l'expérimentation	Expérimentation nationale de 4 Centres de Santé Sexuelle d'Approche Communautaire (CSSAC)
Porteur(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lyon: Centre santé « Le Griffon» (Association Virage santé)</li> <li>- Paris: Centre de santé sexuelle Checkpoint « Le Kiosque» (Associations Le Kiosque Infos SIDA et Arcat).</li> <li>- Montpellier: « Le Spot» (Association AIDES)</li> <li>- Marseille: Centre de santé sexuelle «Le Spot Longchamp» (Association AIDES)</li> </ul>
Partenaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lyon : CoreVIH, Hospices Civils de Lyon et AKS.</li> <li>- Paris : Vers Paris sans SIDA.</li> </ul>
Territoire(s)	Lyon, Marseille, Montpellier et Paris
Nature du projet	Nationale
Public cible	<p>Populations les plus exposées au VIH, VHC et autres IST, et plus particulièrement les sous-groupes cibles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)</li> <li>- HSH d'origine africaine subsaharienne ou des Caraïbes</li> <li>- Les usager.es de produits psycho-actifs (pratiquant le chemsex)</li> <li>- Usager.es de drogues injectables</li> </ul> <p><b>Volumétrie prévue</b> : ≈ 68 k passages environ dans les CSSAC sur les 2 ans d'expérimentation, puis révision à ≈ 53 k dans le second cahier des charges publié.</p>
Professionnels de santé et structures impliquées	<p><b>Structures impliquées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre de santé sexuelle Checkpoint « Le Kiosque »</li> <li>- CeGIDD de Marseille, portée par l'association Aides</li> <li>- Association Aides, Antenne de Montpellier</li> <li>- Centre « Le Griffon » de Lyon</li> </ul> <p><b>Professionnels impliqués (tous expérimentateurs secondaires) :</b></p> <p><i>Professionnel.les de santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans les 4 CSSAC : médecin spécialisé.e dans la prise en charge du VIH, médecins généralistes, Infirmier.es.</li> <li>- Selon les centres, pour les consultations spécialisées : gynécologue, sage-femme, proctologue, endocrinologue, psychologue, sexologue, addictologue et dermatovénérologue.</li> </ul> <p><i>Non professionnel.les de santé :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans les 4 CSSAC : médiateur.ices communautaires, secrétaire.</li> <li>- Selon les centres : interprète, travailleur.se social.e.</li> </ul>
Objectifs principaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'objectif principal de l'expérimentation est de lutter contre l'épidémie cachée du VIH, des hépatites virales, et des IST sur le territoire, et d'améliorer l'offre globale de santé sexuelle actuellement disponible à destination de l'ensemble de la population et plus spécifiquement adaptée aux différents besoins des populations clés.</li> <li>- Développer et tester un financement innovant au forfait</li> </ul>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inciter les populations les plus exposées à avoir recours plus souvent au dépistage du VIH, des hépatites et des IST.</li> <li>- Accroître l'accessibilité de centres ressources en santé sexuelle, et notamment à la promotion et à la prévention, au plus grand nombre.</li> <li>- Diminuer les délais d'attente pour une meilleure qualité de prise en charge.</li> <li>- Augmenter le nombre de personnes accueillies et réduire les risques de perdus de vue et les opportunités manquées de dépistage.</li> <li>- Développer la notification des partenaires pour les patient.es recevant un ou plusieurs résultats positifs.</li> <li>- Prévenir les risques liés à la sexualité : violences, discriminations, etc.</li> <li>- Augmenter la couverture vaccinale.</li> <li>- Favoriser l'accès à la santé sexuelle et aux soins des personnes vulnérables</li> </ul>

	- Réduire les grossesses non désirées. - Aller au plus près des personnes éloignées du soin en réalisant le plus d'actions hors les murs compatibles avec le fonctionnement in situ.
Coût prévu de l'expérimentation	Total Fonds d'Innovation pour le Système de santé : 15,2 M€ ; Prestations dérogatoires : 14 597 818 € Crédits d'amorçage et d'ingénierie : 640 k€
Dates de début	Cahier des charges (cdc) initial : JORF du 29/11/2020 Republication du cdc : JORF du 06/05/2023
Durée	2 ans à compter de la première inclusion du dernier centre qui démarrera l'expérimentation (CSSAC de Lyon en l'occurrence). Inclusions débutées le 03/05/21 au CSSAC de Paris, en juin à Marseille et juillet à Montpellier. Lyon s'est lancé en septembre 2022.

## 2) Description du cadrage prévisionnel de l'expérimentation

L'expérimentation des centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) s'inscrit dans le prolongement de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2030, et de sa feuille de route pour 2018-2020. Elle vise à pallier la saturation des Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) et des centres de santé ayant déjà initié une démarche communautaire, en proposant des modalités de prise en charge au plus proche des besoins et problématiques des publics les plus exposés au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST).

L'expérimentation vise particulièrement à faciliter et améliorer l'accès de ces populations clés à un parcours de santé sexuelle : elle repose sur l'hypothèse que l'« approche communautaire » de ces centres constituera un levier pour leur retour dans les lieux dédiés au dépistage et à la prévention.

### *Territoires et structures impliquées*

Ce projet d'expérimentation nationale a été initié par le Ministère de la santé et de la prévention, et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). A l'issue d'un appel à manifestation d'intérêt (AMI) dans le cadre général du dispositif de l'innovation en santé (Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018), quatre candidats de quatre régions différentes – toutes caractérisées par une incidence élevée du VIH, des hépatites virales et des IST - ont été sélectionnés avec l'appui des Agences régionales de santé (ARS).

Ont ainsi été retenues les propositions effectuées par :

- ❖ L'association *Virage Santé* et son centre de santé *Le Griffon* pour la ville de Lyon ;
- ❖ Les associations *Le Kiosque Infos Sida* et *ARCAT (Groupe SOS)* et leur centre de santé sexuelle le « *Checkpoint* » pour la ville de Paris
- ❖ Les antennes de l'association *AIDES* à Marseille et Montpellier, avec respectivement le « *SPOT Longchamp* » et le « *SPOT* ».

Ces associations ont un ancrage fort sur leur territoire auprès des communautés lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et tous ceux dont la sexualité n'est pas hétérosexuelle ou dont l'identité de genre n'est pas basée sur l'approche binaire homme/femme (LGBT+).

## Population cible

Les CSSAC s'adressent particulièrement aux « populations clés » les plus exposées au VIH, aux IST et aux hépatites virales du fait de leurs pratiques, mais également souvent plus éloignées du système de soins. Ces populations sont aussi davantage exposées aux violences et situations de discrimination dans les différentes sphères du monde social, y compris dans la prise en charge de leur santé.

Ces populations clés 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 pratique du travail du sexe ; de leur parcours migratoire (HSH d'origine d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes) ; de la pratique de consommation de produits psychoactifs et notamment de leur injection (chemsexuels et usager.es de drogues injectables).

Des effectifs prévisionnels de passages (les usager.es pouvant bénéficier de plusieurs passages si besoin) pour un dépistage (forfait Test), un traitement (forfait Treat) et/ou une prophylaxie pré-exposition au VIH (forfait PrEP) ont été calculés à partir de l'activité connue des structures déjà existantes et de l'épidémiologie locale : le premier cahier des charges (JORF du 29/11/2020) prévoyait 68 338 passages au sein des 4 CSSAC en 2021 et 2022.

En raison d'une montée en charge moins importante que prévue et le lancement du CSSAC de Lyon en Septembre 2022 (et non en 2021 comme prévu initialement), cette **volumétrie prévisionnelle a été révisée à la baisse** à l'occasion de la republication du cahier des charges (JORF du 06/05/2023), avec **53 373 passages finalement attendues de mai 2021 au 30/09/2023**.

## Contenu de l'offre en santé sexuelle

En pratique, les CSSAC doivent proposer un modèle organisationnel permettant une offre de multiples services en prévention, promotion et d'accompagnement en santé sexuelle, **centralisé en un seul et même lieu**.

L'offre en santé sexuelle proposée dans les CSSAC repose ainsi sur une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, constituée de médecins généralistes et expérimenté.es dans la prise en charge des infections au VIH et des IST, d'infirmier.es, de gynécologues et/ou sage-femmes, de psychologues, d'addictologues, de sexologues, de médiateur.ices communautaires<sup>1</sup>, et possiblement d'un.e secrétaire médical.e, d'un.e travailleur.euse social.e et/ou d'un.e interprète. D'autres spécialistes peuvent intervenir selon les choix et les possibilités de recrutement des centres (proctologue, endocrinologue, dermatologue, etc.).

Ces centres mettront en œuvre 5 parcours :

1. **Le parcours Test** : selon les pratiques, le statut vaccinal connu, et l'exposition à des risques d'infection, un **dépistage adapté** est proposé et réalisé selon les protocoles en vigueur. Les auto-prélèvements sont privilégiés, des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) peuvent être proposés selon l'ancienneté de la prise de risques, et les prélèvements sanguins effectués par les infirmier.es. Les échantillons biologiques peuvent être traités sur place, **grâce à la mise à disposition d'une machine dédiée aux examens de biologie médicale délocalisée (EBMD), le Genexpert**, ou envoyés au laboratoire de biologie médicale partenaire, selon les examens demandés.

---

<sup>1</sup> La terminologie employée dans le cahier des charges sera mobilisée pour ce rapport. Sachant que dans les centres, les professionnel.les utilisent également, voire privilégient par endroit, le terme d'accompagnateur.ice communautaire.

2. **Le parcours Treat** : A l'issue du parcours Test, les résultats sont transmis selon les modalités définies dans chaque centre. En cas de résultats positifs, ou si la symptomatologie justifie un traitement probabiliste, un traitement peut être prescrit ou délivré sur place selon la dotation pharmaceutique du centre. Le Traitement post exposition (TPE) est également possible en cas de besoin.
3. **Le parcours PrEP** : ce parcours d'initiation ou de suivi est réservé aux personnes non porteuses du VIH éligibles à la Prophylaxie Pré-exposition (PrEP). Il vise à augmenter le nombre de personnes sous PrEP, qui demeure à ce jour insuffisant pour atteindre les objectifs de réduction des contaminations<sup>2</sup>. Il comporte des examens de biologie médicale.
4. **Les parcours vaccinations** : selon les besoins identifiés, les vaccinations contre le VHB, VHA, HVP, méningocoques C et le monkeypox<sup>3</sup> sont proposées sur place (initiation et rappels). Le cahier des charges prévoit l'appui sur un protocole de coopération médecin-infirmier afin de faciliter l'accès à ces vaccins aux consultant.es dans un délai plus court.
5. **Les consultations spécialisées** : afin de répondre à l'ensemble des besoins de santé sexuelle des consultant.es, ces dernier.es auront accès à des consultations spécialisées, un accompagnement social et/ou un accompagnement communautaire individuel et/ou collectif

Un des piliers de l'offre des CSSAC repose sur le **caractère unifié du Test&Treat** : ce dernier vise en effet à réduire les chaînes de contamination en permettant une mise sous traitement très rapide de la personne testée mais également de ses partenaires, grâce au rendu des résultats dans des délais courts permis notamment par l'EBMD, et à l'utilisation possible d'un outil de notification aux partenaires.

#### *Modèles innovants de financement*

Le projet des CSSAC prévoit également d'expérimenter plusieurs financements innovants. Le financement de ces centres repose sur un modèle mixte (voir détail en annexe) qui comprend :

- ❖ Un **forfait de panier de prestations au passage** pour les parcours Test (186 €), Treat (72 €) et PrEP (58 €). Les forfaits couvrent les examens de biologie médicale nécessaires, les traitements le cas échéant, les ressources humaines mobilisées, et le petit matériel médical et paramédical.
- ❖ **Deux dotations annuelles**, l'une pour les parcours vaccinations et consultations spécialisées, l'autre dite « **de structure** » pour les frais annexes (de siège, groupement d'intérêt économique, frais de structure).

Le montant fixé pour chaque forfait s'est appuyé sur une estimation **moyenne** des **temps nécessaires** à la réalisation des missions pour chaque intervenant.e, et le **pourcentage des personnes consultantes** incluses dans chaque parcours. Or, ces critères varient selon le modèle organisationnel et les stratégies de dépistage retenues dans chaque centre, la file active et le profil des publics accueillis. Des crédits d'amorçage ont été proposés afin de compenser le différentiel entre les forfaits retenus et ceux estimés pour les centres, le temps d'atteindre la cible du nombre de passages pour laquelle ces forfaits sont optimisés.

---

<sup>2</sup> [https://unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2019/february/20190207\\_uk](https://unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2019/february/20190207_uk)

<sup>3</sup> L'épidémie de monkeypox a conduit à un réajustement dans l'expérimentation, mais la vaccination contre la variole du singe n'avait initialement pas été prévue dans le cahier des charges. Voir la rubrique « Faisabilité » pour plus de précisions.

## II. Evaluation finale de l'expérimentation

### 1) Rappel des questions évaluatives retenues

Le présent rapport répond aux questions évaluatives suivantes :

- ❖ **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 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 sont à retenir ou améliorer ?

Parallèlement à cette évaluation conduite par l'équipe des Hospices Civils de Lyon dans le cadre du dispositif A51-LFSS 2018, les CSSAC de Marseille, Montpellier et Paris ont participé à l'évaluation Optimise menée par l'Université de Dublin (UCD) pour la Commission européenne.

Nous pourrions nous appuyer ponctuellement sur les résultats de l'évaluation de l'UCD, qui visait à comparer les CSSAC français aux CSSAC européens via 63 indicateurs.

### 2) Données mobilisées

Sur le plan réglementaire, le traitement des données collectées auprès des usager.es des CSSAC à des fins d'évaluation était conforme à la Décision unique émise par la Commission nationale de l'informatique et des libertés relative à l'évaluation des expérimentations A51-LFSS 2018.

Des approches méthodologiques qualitative et quantitative descriptive ont été mobilisées, via la collecte des données issues des systèmes d'information (SI) des CSSAC, d'une enquête en ligne ad-hoc conduite auprès de tous les professionnels des CSSAC et une enquête qualitative.

#### *Systemes d'information des CSSAC*

Les données des SI des quatre CSSAC depuis leur lancement au 31/03/2023 pour Paris, Marseille et Montpellier et au 30/04/2023 pour Lyon ont été extraites par les porteur.euses, afin de décrire :

- L'activité de leurs CSSAC : nombre de passages annuels pour un Test, Treat, une PrEP ou une consultation spécialisée, et files actives annuels correspondantes,
- Les caractéristiques principales des usager.es pris en charge : genre, âge, pratiques sexuelles ou communauté motivant le recours au CSSAC, origine. Aucune donnée socioéconomique n'a pu être exploitée.
- La pratique de dépistage : nombre de dépistages réalisés et taux de positivité.

Cette liste d'indicateurs ainsi produite a été co-construite avec chaque CSSAC (au minimum 2 séances de travail / CSSAC) afin de prendre en compte les spécificités et les limites des différents SI, ainsi que les services déployés aux différents temps de l'expérimentation. Il n'a pas par exemple pas été possible de distinguer l'activité biologique propre du CSSAC de Paris, dont les SI de biologie sont partagés avec ceux du CeGIDD.

### Enquête ad-hoc auprès de tous les professionnels des CSSAC par questionnaire

Un questionnaire visant à recueillir les caractéristiques des professionnel.les engagé.es dans l'expérimentation, leurs motivations à la rejoindre, leur expérience et satisfaction concernant leur pratique en CSSAC, ainsi que leur vision de l'approche communautaire a été diffusé en ligne auprès de tous les professionnel.les des CSSAC de mi-mai à début juin 2023.

75 réponses ont été recueillies, dont 66 de professionnel.les prenant en charge les usager.es directement : soit un taux de couverture de 70 % des 93 effecteurs des parcours dénombrés au 31/05/2023, témoignant d'une forte participation notamment lyonnaise et montpelliéraine par rapport aux effectifs globaux de leurs CSSAC. La distribution des répondants était équilibrée entre les CSSAC et l'ensemble des professions exerçant en CSSAC était également représenté.

	4 centres (n=75)	Paris (n=22)	Lyon (n=22)	Marseille (17)	Montpellier (n=14)
<b>Q2 - Métier</b>					
Médecin	19	4	3	7	5
Médiateur.ice	13	2	3	5	3
Infirmier.e	12	6	2	2	2
Consultant.e spécialisé.e	18	2	11	3	2
Equipe dirigeante	6	4	1	-	1
Chargé.e d'accueil	4	2	1	-	1
Autres	3	2	1	-	-

### Enquête qualitative : observations sur site et entretiens semi-dirigés

#### ❖ Observations sur site

Des observations sur site dans chaque CSSAC ont été réalisées en mars et avril 2023 afin de décrire l'écosystème des CSSAC et les ressources à disposition. Les évaluateurs ont participé aux « permanences » sur deux à trois journées pour chacun des CSSAC de Lyon, Paris et Montpellier, et suivi pour le CSSAC de Marseille une semaine entière de fonctionnement.

Au cours de ces visites, les évaluateurs ont assisté à des entretiens individuels conduits par les médiateur.ices communautaires avec des usager.es (une dizaine), à des consultations médicales (une dizaine) et infirmières (6), et à une formation interne sur des questions gynécologiques. Les évaluateurs ont également assisté à un groupe de paroles à destination des usager.es et à une action hors les murs, tous deux conduits par une antenne associative partenaire d'un CSSAC.

Ces temps ont également été l'occasion d'entretiens avec les professionnel.les et usager.es.

Réalisées dans la très grande majorité avant les entretiens, ces observations ont également permis de les affiner et de repréciser les questions des guides élaborés a priori.

#### ❖ Entretiens semi-dirigés

68 entretiens semi-dirigés ont ainsi été conduits avec 74 personnes : 46 professionnel.les et 19 usager.es des CSSAC, ainsi que 9 décideurs (référénts de 3 des 4 ARS des territoires impliqués dans l'expérimentation et de la DGS). Le tableau ci-dessous récapitule les personnes rencontrées selon la catégorie à laquelle elles appartiennent (voir en annexe pour le détail).

Pour l'échantillonnage des professionnel.les à interroger, les évaluateurs se sont appuyé.es sur la liste des coordonnées transmises par les coordonnateur.ices des CSSAC de Montpellier, Lyon et Paris, à partir desquelles a été contactée une partie des équipes dans un souci de représentation de l'ensemble de l'offre pluridisciplinaire proposée. Une attention particulière a été prêtée aux intervenant.es clés des parcours de soins et le dépistage, à savoir les médiateur.ices

**communautaires, les médecins en charge des consultations Test&Treat et de PrEP, et les infirmier.es.** La très grande majorité a répondu favorablement à nos sollicitations.

Au CSSAC de Marseille, une partie des entretiens a été organisée par la coordinatrice lors de la venue des évaluateurs sur site.

**Du côté des usager.es, les SPOT de Montpellier et Marseille sont majoritairement représentés :** la mise en lien par les médiateur.ices communautaires a facilité leur recrutement et la représentativité des différents parcours proposés au sein des CSSAC. Ces deux CSSAC présentent par ailleurs par un nombre supérieur de passages par usager.es. Ont donc pu être rencontrés des usager.es venu.es à plusieurs reprises au CSSAC avec une expérience de moyen-long terme du suivi en CSSAC, enrichissant leur recul sur leur suivi.

Personnes interrogées pour l'évaluation finale	Nombre d'entretiens
Porteur.euses - Coordonnateur.ices des CSSAC	11
<u>Professionnel.les des CSSAC</u>	<b>35*</b>
<i>Médiateur.ices communautaires</i>	7
<i>Secrétaire médical/ accueillant.e</i>	3
<i>Médecins assurant les consultations Test&amp;Treat et PrEP</i>	9
<i>Infirmier.es</i>	5
<u>Professionnel.les assurant des consultations spécialisées de :</u>	
<i>Psychologie</i>	2
<i>Sexologie</i>	2
<i>Addictologie</i>	4
<i>Gynécologie / Hormonothérapie</i>	5
<i>Travail social</i>	1
Usager.es suivant les différents parcours prévus	19
Référent.es ARS en santé sexuelle et pour le suivi des CSSAC	6
Référent.es DGS	3
<b>Total des personnes interrogées</b>	<b>74</b>
<b>Nombre total d'entretiens menés</b>	<b>68</b>

\*La somme du détail est supérieure à 35 car certain.es médecins assurant les consultations des parcours Test&Treat et PrEP interviennent également sur les consultations spécialisées.

**Les entretiens avec les « partenaires » ont été repensés,** notamment en raison du fait qu'un certain nombre de professionnel.les interrogé.es et intervenant au sein des CSSAC sont en réalité également impliqué.es à titre professionnel dans les structures ou associations partenaires (praticien.nes hospitalier.es, intervenant.es dans les associations partenaires par exemple). Ces professionnel.les ont ainsi pu revenir sur les interactions entre les deux structures.

**Les focus groups ont été abandonnés,** dans la mesure où il émergeait des entretiens individuels des éléments quant aux aménagements à envisager en cas de généralisation du modèle, relativement convergents et en partie déjà soulevés par le rapport OPTIMISE de l'UCD.

**Ces observations sur site et entretiens ont permis la fine compréhension des pratiques et des organisations adoptées, ainsi que des différentes ressources et parcours dont peuvent bénéficier sur place les usager.es. Ils ont également permis de collecter l'expérience et la satisfaction relatives à l'exercice et à la prise en charge en CSSAC selon différents points de vue.**

### III. Résultats et discussions de l'évaluation finale

Les résultats sont restitués et discutés par dimension évaluée : faisabilité, efficacité – accès aux soins, efficacité – expérience/satisfaction, efficience et reproductibilité.

#### 1) Faisabilité

La montée en charge et le déploiement des CSSAC, les organisations adoptées, ainsi que les freins et les leviers identifiés sont rapportés. Lorsque cela est adapté, les écarts au cahier des charges sont décrits et expliqués.

#### **SYNTHESE DES RESULTATS CLES**

#### ***Quelles sont les ressources (humaines, matérielles, partenariales...) nécessaires au déploiement du modèle organisationnel des CSSAC et à leur montée en charge ?***

Les 4 centres sont déployés mais leur participation effective à l'expérimentation est inégale. La diversité de l'offre prévue dans le cahier des charges a pu être mise en place via les 5 parcours prévus (Test, Treat, PrEP, vaccinations, consultations spécialisées). De la 1ère inclusion à la fin du premier trimestre 2023, on dénombre 28 797 passages au sein des 4 CSSAC pour un Test, un Treat ou une PrEP pour 19 548 usager.es. 9 975 vaccinations ont été réalisées au total auprès de 5 275 usager.es, dont 2 654 (soit 27 %) d'injections contre la variole du singe. 54 % des objectifs d'inclusion étaient atteints en fin de premier trimestre 2023, malgré la révision à la baisse de ces objectifs dans le second cahier des charges publié. De grandes disparités sont observées entre les CSSAC : si les SPOT de Montpellier et Marseille paraissent pouvoir atteindre ces objectifs d'ici la fin de l'expérimentation sur les 3 parcours Test, Treat et PrEP, les CSSAC de Paris et Lyon en sont éloignés avec une offre Test notamment qui ne s'est pas déployée autant que prévu.

La concentration d'une offre pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en un seul et même lieu exige des locaux d'une superficie de plusieurs centaines de mètres carrés, dont la recherche constitue un réel défi dans des métropoles où le marché immobilier est particulièrement sous tension. Les contraintes en termes d'accessibilité et de pertinence de l'emplacement pour s'inscrire dans un environnement en adéquation avec les modes de vie des publics cibles exacerbent les difficultés. De grandes disparités ont existé entre les associations porteuses selon les locaux dont elles disposaient en amont, et quant aux ressources financières disponibles pour la recherche et/ou la rénovation de locaux appropriés, du fait d'une absence de crédits dédiés à l'investissement dans le financement national.

L'accessibilité de ces centres s'est avérée globalement satisfaisante, et permettant de pallier pour partie aux limites d'accès aux CeGIDD notamment. Le fonctionnement sur rendez-vous au sein des CSSAC garantit une qualité et une 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.

Cette accessibilité repose également sur la présence en un seul et même lieu de médecins, infirmier.es, médiateur.ices communautaires, addictologues, psychologues, sexologues, gynécologues, assistant.e social.e, etc. La structuration des équipes a été facilitée par l'ancrage des associations porteuses, déjà pour partie orientées vers les approches communautaires. Elles ont pu s'appuyer sur un réseau de professionnel.les préalablement identifié.es et leur insertion dans le maillage associatif plus large dans leur région.

Cette inscription et identification préalable des porteur.euses dans les dynamiques locales de lutte contre le VIH et d'engagement auprès des publics clés a également constitué une ressource pour (ré)aménager l'offre proposée au sein des CSSAC afin d'être au plus près des besoins et demandes des populations concernées. L'approche communautaire proposée par les CSSAC a été perçue comme innovante par les professionnel.les impliqué.es et a souvent rencontré leurs engagements individuels combinés à des domaines d'expertise professionnelle parfois moins valorisés dans les parcours de santé classiques. Par ailleurs, l'organisation et l'offre déployées rejoignent le souhait de nombreux.es professionnel.les de trouver un autre cadre d'exercice de leur activité que le cabinet libéral ou l'institution hospitalière par exemple. Cependant, les conditions de rémunération, considérées comme peu attractives dans un contexte où d'autres activités s'avèrent bien plus incitatives, ont été fréquemment invoquées par les porteur.euses et les professionnel.les de santé comme obstacle au recrutement, notamment des personnels à temps complet. Elles se conjuguent par ailleurs à une pénurie plus large de professionnel.les de santé, qui soient qui plus est qualifié.es sur les enjeux communautaires et/ou en santé sexuelle.

#### ***Quels modèles organisationnels sont déployés ?***

Une latitude était laissée à chaque centre pour structurer son organisation, notamment à la première étape du parcours des usager.es au sein du centre et la place faite aux médiateur.ices communautaires. Les différences entre les systèmes organisationnels retenus peuvent refléter des cultures associatives diverses entre les porteur.euses. La présentation de l'offre plurielle de services en santé sexuelle permet une co-construction avec les personnes consultantes et une adaptation personnalisée de leurs parcours de prise en charge sur la base d'entretiens répétés en santé sexuelle. Les médiateur.ices sont le plus souvent pivot des parcours des consultant.es et endossent un rôle de coordination en orientant les usager.es selon les besoins identifiés au détour d'entretiens en santé sexuelle, et en fonction des protocoles de coopération infirmier.e/médecin mis en place localement. La pluralité et la diversité de leurs missions les situent à l'intersection de différents métiers plus institués. Nous recommandons une vigilance et la prise en compte de la multiplication des sollicitations et de la synchronicité d'engagements multiples. Il s'agira de clarifier les contours de leurs métiers, ainsi que de valoriser et faire reconnaître leur activité et leur montée en compétences, afin d'encourager la reconnaissance de leur statut.

Cette clarification approfondie des contours de l'activité des médiateur.ices communautaires constituerait par ailleurs un levier pour fluidifier l'acculturation entre le personnel médical et les associatif.ves ainsi que la coordination en interne. Les professionnel.les ont rappelé la nécessité de maintenir des temps dédiés en équipe, notamment dans un contexte de réaménagements fréquents des parcours proposés et de recherches de stabilisation de routines professionnelles. Ils s'avèrent aussi facilitateurs pour échanger et permettre une approche holistique autour des cas plus complexes.

D'un point de vue organisationnel, deux principaux points ont émergé de l'évaluation : la nécessité d'accélérer le déploiement du protocole de coopération infirmier.es/médecin, en passant par un ajustement de ses conditions pour permettre une plus grande accessibilité et une meilleure fluidité dans les prises en charge des usager.es. En second lieu, les contours du secret professionnel et le partage d'information en interne entre les professionnel.les intervenant dans le parcours d'un.e consultant.e – tout en respectant le consentement de la personne – ont pu interroger au sein des équipes, et rejoignent les questionnements soulevés nationalement, notamment en lien avec l'absence de cadre et de statut reconnu des médiateur.ices en santé.

Enfin, la structuration de la prise en charge des usager.es au sein des CSSAC nécessite une coordination avec des partenaires externes. L'EBMD a exigé la mise en place d'accords quadripartites (entre les CSSAC, l'entreprise mettant à disposition le Genexpert, l'entreprise fournissant le SI, et le laboratoire partenaire). Les SI ont constitué un enjeu majeur du fait de l'obligation de validation des résultats de l'EBMD par les laboratoires, et les équipes ont déploré les nombreuses difficultés rencontrées d'ordre technique, entravant l'objectif d'un processus de remise accélérée des résultats.

Globalement, les écarts au cahier des charges quant aux services proposés dans les CSSAC sont principalement le fait d'un maintien d'obstacles réglementaires : l'impossibilité de délivrer le TPE pour les centres n'ayant pas l'habilitation CeGIDD ; ou encore la nécessité d'une confirmation systématique des résultats de l'EBMD par les laboratoires qui n'est pas jugée pertinente et rend les CSSAC dépendants de ces derniers pour tenir les délais réduits annoncés.

#### *4 CSSAC en activité et une montée en charge inégale*

##### Activité réalisée et projetée : une montée en charge importante

**Au premier trimestre 2023, les 4 centres étaient déployés mais leur participation effective à l'expérimentation est inégale.** Le centre parisien, qui s'est lancé de manière plus précoce a inclus la/le premier.e usager.e 5 mois après la publication du premier cahier des charges en mai 2021, contre 21 mois pour le centre lyonnais en septembre 2022.

Le tableau ci-dessous récapitule le nombre de passages attendu au sein des 4 CSSAC pour les parcours, Test, Treat et PrEP selon les cahiers des charges publiés en 2020 et 2023.

*Nombre moyen prévisionnel de passages par site sur les forfaits Test, Treat et PrEP\**

	Cahier des charges du 29/11/2020	Cahier des charges du 06/05/2023	Date 1 <sup>ère</sup> inclusion	Durée d'expérimentation considérée pour l'évaluation
	Pour 2021 et 2022	De 2021 à 2023		
Le Checkpoint - Paris	36 080	32 150	mai-21	23
Le Griffon - Lyon	15 000	8 100	sept-21	8
Le Spot Longchamp- Marseille	9 443	6 362	août-21	20
Le Spot - Montpellier	7 815	6 761	juil-21	21
<b>Total</b>	<b>68 338</b>	<b>53 373</b>	-	-

*\*S'ajoutent à ces 3 motifs les venues pour une consultation spécialisée, activité décrite séparément.*

**De la 1<sup>ère</sup> inclusion à la fin du premier trimestre 2023, on dénombre 28 797 passages au sein des 4 CSSAC pour l'un de ces 3 motifs. 19 548 usager.es ont bénéficié d'au moins un de ces services sur cette même période.**

	2021	2022	T1 2023	Total 2021 à 2023
<b>Test</b>	3984	9120	3652	<b>16756</b>
<b>Treat</b>	1020	3035	1030	<b>5085</b>
<b>PrEP</b>	1537	3984	1435	<b>6956</b>
<b>Total</b>	<b>6541</b>	<b>16139</b>	<b>6117</b>	<b>28797</b>

Les deux tableaux qui suivent décrivent l'activité Test, Treat et PrEP des 4 CSSAC en termes de passages et de files actives par année depuis leur lancement.

*Nombre de passages pour un test, un treat ou une PrEP par CSSAC et global au 31/03/2023 (au 30/04/2023 pour le CSSAC de Lyon)*

	TOTAL 4 CSSAC	Le Checkpoint - Paris				Le Griffon - Lyon				SPOT Longchamp - Marseille				Spot Montpellier			
		Total	2021	2022	2023	Total	2021	2022	2023	Total	2021	2022	2023	Total	2021	2022	2023
<b>Test</b>	<b>16756</b>	<b>9503</b>	3023	5014	1466	<b>1350</b>	-	303	1047	<b>2922</b>	350	1945	627	<b>2981</b>	611	1858	512
<b>Treat</b>	<b>5085</b>	<b>3270</b>	742	1997	531	<b>293</b>	-	71	222	<b>764</b>	133	474	157	<b>758</b>	145	493	120
<b>PrEP</b>	<b>6956</b>	<b>3775</b>	1106	2143	526	<b>486</b>	-	111	375	<b>1137</b>	149	743	245	<b>1558</b>	282	987	289
<b>Total</b>	<b>28797</b>	<b>16548</b>	4871	9154	2523	<b>2129</b>	-	485	1644	<b>4823</b>	632	3162	1029	<b>5297</b>	1038	3338	921

*Note : Chaque passage au CSSAC est pris en compte, même si un usager.e s'est présenté.e plusieurs fois durant l'année pour le même motif.*

*Files actives par CSSAC pour le Test, le Treat et la PrEP sur la durée d'expérimentation jusqu'au 31/03/2023 (30/04/2023 pour le CSSAC de Lyon)*

	TOTAL 4 CSSAC	Le Checkpoint - Paris				Le Griffon - Lyon				SPOT Longchamp - Marseille				Spot Montpellier			
		Total	2021	2022	2023	Total	2021	2022	2023	Total	2021	2022	2023	Total	2021	2022	2023
<b>Test</b>	<b>11508</b>	<b>6675</b>	2072	3347	1256	<b>1091</b>	-	257	834	<b>2120</b>	307	1278	535	<b>1622</b>	353	853	416
<b>Treat</b>	<b>3983</b>	<b>2504</b>	582	1510	412	<b>263</b>	-	60	203	<b>634</b>	114	378	142	<b>582</b>	122	346	114
<b>PrEP</b>	<b>4057</b>	<b>1974</b>	566	957	451	<b>372</b>	-	93	279	<b>832</b>	130	476	226	<b>879</b>	171	452	256
<b>Total</b>	<b>19548</b>	<b>11153</b>	<b>3220</b>	<b>5814</b>	<b>2119</b>	<b>1726</b>	-	<b>410</b>	<b>1316</b>	<b>3586</b>	<b>551</b>	<b>2132</b>	<b>903</b>	<b>3083</b>	<b>646</b>	<b>1651</b>	<b>786</b>

*Note : Un.e usager.e est décompté.e une fois par an par parcours, même s'il/elle est passé.e plusieurs fois au CSSAC. Dans les totaux (dernière ligne du tableau), un.e usager.e peut-être compté.e une fois au maximum par parcours test, treat ou PrEP (soit 3 fois au maximum par usager.e).*

Le CSSAC parisien concentre le plus de passages, soit 57 %, ordre de grandeur prévu. Les passages aux CSSAC de Montpellier, Marseille et Lyon représentent 18 %, 17 % et 7 % des passages respectivement.

Concernant la montée en charge, une croissance très importante de l'activité est observée pour tous les centres sur les mêmes périodes. Ci-dessous le détail **du nombre de passages mensuel pour les 3 activités** par CSSAC et par année (entre leur 1<sup>ère</sup> inclusion et la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2023), et globalement sur la durée d'expérimentation.

*Nombre de passages mensuels en lien avec les activités Test, Treat et PrEP des 4 CSSAC*

	TOTAL 4 CSSAC	Le Checkpoint - Paris				Le Griffon - Lyon				SPOT Longchamp - Marseille				Spot Montpellier			
		Total	2021	2022	2023	Total	2021	2022	2023	Total	2021	2022	2023	Total	2021	2022	2023
Test	233	413	378	418	489	169	-	76	262	146	70	162	209	142	102	155	171
Treat	71	142	93	166	177	37	-	18	56	38	27	40	52	36	24	41	40
PreP	97	164	138	179	175	61	-	28	94	57	30	62	82	74	47	82	96
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>719</b>	<b>609</b>	<b>763</b>	<b>841</b>	<b>266</b>	<b>-</b>	<b>121</b>	<b>411</b>	<b>241</b>	<b>126</b>	<b>264</b>	<b>343</b>	<b>252</b>	<b>173</b>	<b>278</b>	<b>307</b>

Le Griffon a multiplié par 4 son activité entre fin 2022 et début 2023 sur une même durée considérée de 4 mois. Le Spot de Marseille a une activité  $\approx$  3 fois plus importante le premier trimestre de 2023 qu'au second semestre de 2021. Sur la base de l'activité observée au premier trimestre 2023 et sans tenir compte d'une éventuelle saisonnalité, l'activité projetée pour 2023 serait la suivante :

	T1 2023 réalisé	Projection 2023	Prévision cdc 2023
Test	3652	13484	17160
Treat	1030	3803	2982
PreP	1435	5298	6381
<b>Total</b>	<b>6117</b>	<b>22586</b>	<b>26523</b>

Si les porteur.ses du CSSAC lyonnais estimaient disposer encore d'une marge d'augmentation de leur activité, certain.es membres des équipes des CSSAC de Paris, Marseille et Montpellier déclaraient début 2023 se rapprocher de la saturation en regard de leurs ressources disponibles (humaines et surface des locaux).

#### Une atteinte partielle et inégale des objectifs

Les objectifs de volumes de passages ont été revus à la baisse en 2023 lors de la republication du cahier des charges : -22 % globalement, -24 % sur le parcours Test, -11 % sur le Treat et -23 % sur l'activité PrEP. Ces objectifs ont été ajustés à l'activité réalisée durant les deux premières années d'expérimentation et des projections pour 2023 y étaient proposées.

Les tableaux ci-dessous détaillent par centre et par parcours l'atteinte de ces objectifs fixés par le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>nd</sup> cahiers des charges.

*Atteinte des objectifs\* de passage dans les centres global, puis pour le test, le treat et la PrEP (initiation ou suivi) selon les deux cahiers des charges publiés*

\*Atteinte des objectifs entre la 1<sup>ère</sup> inclusion et le 31/03/2023 pour les CSSAC de Paris, Marseille et Montpellier, et entre la 1<sup>ère</sup> inclusion et le 30/04/2023 pour le CSSAC de Lyon

Global : Test, Treat et PrEP	Cahier des charges du 29/11/2020	Cahier des charges du 06/05/2023	Evolution des objectifs entre les 2 cdc	Atteinte objectifs du 1er cdc*	Atteinte objectifs du 2nd cdc*
	Pour 2021 et 2022	De 2021 à 2023			
Le Checkpoint - Paris	36 080	32 150	-11%	46%	51%
Le Griffon - Lyon	15 000	8 100	-46%	14%	26%
Le Spot Longchamp Marseille	9 443	6 362	-33%	51%	76%
Le Spot Montpellier	7 815	6 761	-13%	68%	78%
<b>Total</b>	<b>68 338</b>	<b>53 373</b>	<b>-22%</b>	<b>42%</b>	<b>54%</b>

Test	Cahier des charges du 29/11/2020	Cahier des charges du 06/05/2023	Evolution des objectifs entre les 2 cdc	Atteinte objectifs du 1er cdc*	Atteinte objectifs du 2nd cdc*
	Pour 2021 et 2022	De 2021 à 2023			
Le Checkpoint - Paris	20 500	18 215	-11%	46%	52%
Le Griffon - Lyon	12 500	6 750	-46%	11%	20%
Le Spot Longchamp Marseille	5 250	3 764	-28%	56%	78%
Le Spot Montpellier	4 350	3 859	-11%	69%	77%
<b>Total</b>	<b>42 600</b>	<b>32 588</b>	<b>-24%</b>	<b>39%</b>	<b>51%</b>

Treat	Cahier des charges du 29/11/2020	Cahier des charges du 06/05/2023	Evolution des objectifs entre les 2 cdc	Atteinte objectifs du 1er cdc*	Atteinte objectifs du 2nd cdc*
	Pour 2021 et 2022	De 2021 à 2023			
Le Checkpoint - Paris	4 646	5 048	9%	70%	65%
Le Griffon - Lyon	625	338	-46%	47%	87%
Le Spot Longchamp Marseille	1 743	1 138	-35%	44%	67%
Le Spot Montpellier	1 436	994	-31%	53%	76%
<b>Total</b>	<b>8 450</b>	<b>7 518</b>	<b>-11%</b>	<b>60%</b>	<b>68%</b>

PrEP	Cahier des charges du 29/11/2020	Cahier des charges du 06/05/2023	Evolution des objectifs entre les 2 cdc	Atteinte objectifs du 1er cdc*	Atteinte objectifs du 2nd cdc*
	Pour 2021 et 2022	De 2021 à 2023			
Le Checkpoint - Paris	10 934	8 977	-18%	35%	42%
Le Griffon - Lyon	1 875	1 012	-46%	26%	48%
Le Spot Longchamp Marseille	2 450	1 460	-40%	46%	78%
Le Spot Montpellier	2 029	1 908	-6%	77%	82%
<b>Total</b>	<b>17 288</b>	<b>13 357</b>	<b>-23%</b>	<b>40%</b>	<b>52%</b>

### Des disparités intercentres importantes sont observées :

- ❖ Les SPOT de Montpellier et Marseille sont les plus avancés, et devraient atteindre leurs objectifs d'ici la fin de l'expérimentation. Le SPOT de Montpellier est celui qui s'est le plus rapproché des objectifs fixés par le 1<sup>er</sup> cahier des charges par ailleurs.
- ❖ Le CSSAC de Paris devrait atteindre ses objectifs pour le Treat et avait atteint ≈ 50 % de ses objectifs sur les parcours Test et PrEP au 31/03/2023.
- ❖ Si le CSSAC de Lyon est le plus avancé pour le Treat (87 %), il est le moins avancé sur le Test : 20 % des objectifs atteints selon le 2<sup>nd</sup> cahier des charges qui a tenu compte de son lancement décalé et malgré une forte montée en charge observée au 1<sup>er</sup> trimestre 2023.

### Plusieurs raisons externes aux CSSAC peuvent être avancées :

- ❖ Sous-estimation de la période d'appropriation de la nouvelle organisation et des temps d'accompagnement communautaire et médico-soignants lors de la rédaction du cahier des charges,
- ❖ Reprise partielle du recours au dépistage du VIH, des hépatites et des IST en phase post-covid : cette expérimentation a été conçue durant la première vague épidémique qui a été associée à une diminution nationale du recours au dépistage du VIH et des IST bactériennes (-13 % en 2019-2020, alors qu'il avait augmenté entre 2013 et 2019). Si le recours a augmenté en 2021 et retrouvé son niveau de 2019 pour les IST, le niveau de recours au dépistage du VIH en 2021 était encore inférieur à celui de 2019.<sup>4</sup> Les montées en charge des CSSAC ouverts en 2021 a sûrement pâti de ce phénomène tout en y répondant probablement, on ne peut exclure que les CSSAC aient pu ramener au dépistage des individus qui s'en étaient éloignés.
- ❖ Diminution de l'activité sexuelle au sein des publics cibles, et donc des expositions potentielles durant la crise sanitaire, comme cela a été démontré chez les HSH (comme avancé par le BEH pour expliquer la diminution du recours au dépistage également),<sup>5</sup> et potentielle reprise ralentie de la socialisation, dont la socialisation sexuelle par la suite.
- ❖ Diminution des rassemblements communautaires en 2021 et 2022, qui peuvent être associés à des pratiques sexuelles à risque, en raison de leur interdiction sous différentes formes (fermeture des boîtes de nuit par exemple, lieux qui n'ont rouvert qu'en 2022).

<sup>4</sup> Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. Bulletin de Santé Publique Edition nationale. Décembre 2022.

<sup>5</sup> VELTER Annie, CHAMPENOIS Karen, ROJAS CASTRO Daniela et LYDIE Nathalie, 2020, « Impact perçu de l'épidémie de Covid-19 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France. Enquête ERAS COVID-19, 30 Juin-15 Juillet 2020 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 1 décembre 2020, vol. 33-34, p. 666-672.

La suite de ce rapport décrit et analyse qualitativement les leviers et les freins à la montée en charge internes aux CSSAC pouvant expliquer ces écarts au cahier des charges, qu'ils soient organisationnels, financiers ou en lien avec l'acceptabilité et l'expérience vécue du dispositif par les professionnel.les et les usager.es.

**Concernant les consultations spécialisées et les vaccinations**, le tableau ci-dessous rend compte de la diversité de ces dernières et de leur montée en charge significative pour la plupart. Ces offres se sont déployées à des temps différents en interne des CSSAC, expliquant ainsi les montées en charge inégales. Le périmètre de ces offres varie entre les CSSAC et certaines offres sont dédiées exclusivement à certaines populations (trans, chemsexuels notamment) et seront explicitées dans la suite de ce rapport. **9 975 vaccinations ont été réalisées au total auprès de 5 275 usager.es, dont 2 654 (soit 27 %) d'injections contre la variole du singe.** Le CSSAC de Lyon a surtout développé cette activité de vaccination sur son temps court d'activité a (cf. partie dédiée dans ce rapport).

	Passages pour CS - Paris	File active CS* Paris	Passages pour CS - Lyon	File active CS* Lyon	Passages pour CS - Marseille	File active CS* Marseille	Passages pour CS - Lyon	File active CS* Montpellier
<b>Consultations spécialisées</b>	<b>1441</b>	<b>585</b>	<b>246</b>	<b>149</b>	<b>1610</b>	<b>0</b>	<b>1532</b>	<b>0</b>
Psychologue	13	7	116	69	331	NC	396	NC
Psychiatre	273	102	3	3	ND	ND	ND	ND
Gynécologue	139	118	16	16	53	NC	28	NC
Trans médecin	116	59	ND	ND	443	NC	314	NC
Trans médiation	81	52	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Trans psychologue	ND	ND	2	2	ND	ND	ND	ND
Sexologue	358	167	44	20	28	NC	224	NC
Accompagnement social	81	73	ND	ND	530	NC	31	NC
Addictologue	380	146	47	17	225	NC	377	NC
Chemsex médiation	ND	ND	2	6	ND	ND	ND	ND
Chemsex consultation	ND	ND	ND	ND	ND	ND	162	NC
Ano-dyspareunie Proctologue	ND	ND	8	8	ND	ND	ND	ND
Ano-dyspareunie Kiné-réadaptation	ND	ND	8	8	ND	ND	ND	ND
<b>Vaccinations</b>	<b>5250</b>	<b>2485</b>	<b>954</b>	<b>549</b>	<b>1222</b>	<b>374</b>	<b>2549</b>	<b>1867</b>
VHA	1080	987	78	77	167	102	276	241
VHB	1468	947	104	90	234	150	369	270
HPV	2447	1646	88	81	215	122	795	548
Variole du singe	255	239	684	301	606	NC	1109	808

NC Non communiqué

ND Offre Non Disponible dans le CSSAC

\* Un.e usager.e est compté.e une fois/an

\* Psychiatre avec consultation orientée pour les usager.es trans à Lyon

#### [Un déploiement des centres dépendant de l'ancrage local des porteur.euses](#)

Trois des quatre CSSAC préexistaient en tant que centres de santé en amont du dispositif A51, proposant alors une offre en santé sexuelle plus ou moins élargie. Seul Le SPOT à Montpellier relève entièrement d'une création *ad hoc*. Les CSSAC ne sont donc pas déployés sur une base préexistante à l'expérimentation A51 homogène :

- ❖ Les porteur.euses du centre de Lyon « Le Griffon » avaient **une première expérience de centre de santé sexuelle** à destination des populations clés, mais sans offre structurée de dépistage. Le centre, déjà situé dans le 1<sup>er</sup> arrondissement de Lyon depuis 2016 proposait des permanences de consultations en santé sexuelle, assurées chaque soir de la semaine de 18 à 21 heures par une association impliquée dans la lutte contre le VIH et les IST. D'après les porteur.euses lyonnais.es, il s'agissait d'un « **balbutiement** » comparativement à ce qui était pensé dans le cadre de l'expérimentation et cette organisation était peu médicalisée.
- ❖ Les **CeGIDD de Paris et Marseille fonctionnaient depuis environ 3 ans** lors de l'AMI : Le SPOT Longchamp, un des premiers CeGIDD associatifs, s'adressait déjà prioritairement aux populations clés. Le Checkpoint Paris était quant à lui une antenne d'un CeGIDD hospitalier depuis 2016 et utilisait déjà la biologie délocalisée et le GenExpert depuis cette date.

Toutefois, l'expansion de l'offre médicale en santé sexuelle et de l'amplitude horaire – les temps d'ouverture **ont été multipliés par 2 à 3** (en passant de 20h avant l'expérimentation à 70 heures d'ouverture pour Paris par exemple) – ainsi que la consolidation de pratiques de dépistage appuyées sur l'EBMD dans le cas de Marseille ont demandé une **réadaptation de ces centres en termes de routines de dépistage instaurées**.

- ❖ Le CSSAC de Montpellier **a vu le jour dans le cadre de l'expérimentation A51**. Localement, une antenne associative AIDES préexistait. La structuration du CSSAC a pu s'appuyer sur l'expérience marseillaise, pilotée également par AIDES, notamment quant au modèle organisationnel.

#### *Des besoins en infrastructure importants et non couverts*

Les CeGIDD de Paris et Marseille disposaient de locaux en amont de l'expérimentation. A Lyon, l'association Virages Santé ne disposait plus de son ancien local, à la superficie de toute manière insuffisante pour l'envergure de l'offre de services prévue pour le CSSAC.

Malgré tout, les 4 CSSAC ont été amenés à se saisir de la question immobilière et de la recherche de locaux adaptés, dans un contexte d'offre inférieure à la demande sur le marché de l'immobilier et de coûts d'acquisition élevés au sein des grandes métropoles. La **concentration d'une offre pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en un seul et même lieu** – même sur des créneaux désynchronisés - ainsi que les exigences relatives à l'EBMD et au stockage de traitements et vaccins disponibles sur place **exige des locaux d'une superficie de plusieurs centaines de mètres carrés**. Plusieurs box de consultations sont ainsi nécessaires, pour combiner l'offre de consultations spécialisées en parallèle des services centraux du Test&Treat et de mise sous PrEP, eux-mêmes exigeant *a minima* un box infirmier et un box médecin, et des sanitaires aux normes pour la réalisation des auto-prélèvements. Un espace dédié et indépendant des box de consultation est à prévoir pour la biologie délocalisée, le Genexpert et son système informatique. Seul le CSSAC de Marseille ne dispose à ce jour pas encore de local spécifiquement dédié, le Genexpert étant situé dans un box infirmier. Une réorganisation des lieux n'est envisagée qu'à l'horizon 2024 car elle nécessite une recherche de financements.

*« On se rend compte que là où on a positionné le Genexpert dans l'infirmier, ça ne permet pas de l'utiliser au maximum de ses capacités, on l'avait pensé comme le TROD un peu, il faut le penser comme un outil technique de biologie délocalisée, dans un local technique. Actuellement il y a que ceux qui sont à l'infirmier du haut qui peuvent y avoir accès. » (coordinatrice)*

Pour tous les CSSAC, les besoins en travaux et en restructuration des locaux ont nécessité des adaptations à géométrie variable pour les porteur.euses. **De grandes disparités ont existé entre les associations porteuses quant aux ressources financières disponibles** pour la recherche et rénovation de locaux appropriés, **du fait d'une absence de crédits dédiés à l'investissement dans le financement national**. La **recherche de subventions** a été laissée à **charge des associations porteuses**, qui ont pu prendre **appui, à échelle variable, sur les soutiens de leurs collectivités territoriales et de leurs ARS**. Les **fonds propres** des associations engagées dans l'expérimentation se sont avérés par ailleurs très **hétérogènes**.

- ❖ La situation lyonnaise est la plus révélatrice à cet égard. La révision à la baisse de la durée initialement prévue de l'expérimentation (de 3 ans à 2 ans durant la rédaction du cahier des charges A51) a conduit à une désolidarisation des bailleurs pour un premier lieu pressenti. Le local

finalement identifié couvre une superficie de 316 m<sup>2</sup>, et a exigé d'importants travaux de rénovation (ancien commissariat).

- ❖ Le centre de Montpellier a également fait l'objet d'investissements conséquents en termes de locaux (600 k€ de rénovations). Les travaux de mise aux normes de centre de santé du local identifié (accessibilité Personnes à Mobilité Réduite, isolation phonique des salles de consultation par exemple) ont été initiés durant l'été 2020 et achevés un an plus tard.
- ❖ Le centre de Paris a déménagé en cours d'expérimentation passant d'un local d'une soixantaine de mètres carrés au local actuel de plus de 300 m<sup>2</sup>, fin juin 2022. Les locaux précédents étaient inadaptés malgré des premiers travaux, et ne permettaient pas le déploiement de l'offre telle qu'elle avait été envisagée. Le Groupe SOS-Solidarités s'est porté acquéreur du nouveau local et est ainsi devenu co-porteur en lieu et place de l'association ARCAT. Les porteur.euses parisiennes estiment ainsi que dans leurs premiers locaux, le Checkpoint n'atteignait que 55% de sa capacité d'accueil et d'offre actuelle.
- ❖ A Marseille, le déploiement « spatial » du SPOT Longchamp s'est faite aux différents étages d'un même bâtiment. L'activité CeGIDD du SPOT se déroulait au rez-de-chaussée, les 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étages étaient dédiés aux équipes menant les actions hors les murs et administratives. Le choix a été fait par AIDES de délocaliser l'équipe dédiée aux actions hors les murs.<sup>6</sup> Les travaux ont été financés par les collectivités territoriales avec l'appui de l'ARS, le Conseil régional (63 k€) et départemental.

Au-delà de l'infrastructure nécessaire, l'emplacement de chacun des CSSAC devait répondre à une exigence d'accessibilité générale (être situé en centre-ville, être desservi par les réseaux de transports locaux...) et trouver une pertinence quant aux publics ciblés. **Les quartiers identifiés comme ayant une plus forte culture communautaire** dans certaines villes, notamment Lyon et Paris (lieux de sociabilité, présence d'autres associations communautaires, etc.) **ont ainsi été privilégiés**. Or, il peut s'agir par ailleurs de quartiers caractérisés par une forte tension du marché immobilier.

En l'état actuel, **plusieurs centres mentionnent avoir atteint un plafond quant à leur montée en charge en raison de l'espace qu'ils ont à disposition**. Comme cité précédemment, Marseille envisage des travaux de réorganisation pour améliorer l'efficacité organisationnelle autour des EBMD. A Lyon, des interrogations sont soulevées quant à la pérennité de la structuration spatiale existante :

*« Si on monte en charge peut-être qu'il manquera un box infirmier, mais il y a un bureau, de consultation spécialisée qui est pas utilisé en dehors de la soirée, donc peut-être que ça pourra être utilisé avant 18h, sauf que le gros de l'affluence est en fin de journée... » (porteur lyonnais)*

### *Un soutien politique et institutionnel salué mais hétérogène*

Le déploiement des centres a donc été pour partie conditionné à l'obtention de subventions par les collectivités territoriales pour les associations porteuses.

Si un appui a été apporté par les collectivités territoriales et les ARS pour certaines charges non couvertes par les financements A51, des **perceptions divergentes quant à l'articulation des échelles nationale et régionale notamment en matière de financements et d'accompagnement, sont susceptibles de fragiliser le déploiement des CSSAC et de provoquer des disparités territoriales**. Par

---

<sup>6</sup> Le « lieu de mobilisation » d'où partent les actions hors les murs, est ainsi situé à quelques rues du SPOT.

ailleurs, elle **rend les CSSAC dépendants des lignes politiques de santé globale et en santé sexuelle privilégiées à l'échelle locale.**

Au-delà des soutiens financiers, les porteur.euses et référent.es ARS mentionnent un appui de leurs agences à plusieurs niveaux :

- ❖ Lors de l'épidémie de Monkeypox, les ARS ont intégré les CSSAC comme acteurs majeurs de prévention et de lutte contre l'épidémie, en les sollicitant et les soutenant notamment financièrement en ce sens, les dotations vaccinations ne prévoyant initialement pas celles contre la variole du singe.
- ❖ Pour Paris et Marseille, la mutualisation de l'offre proposée pour les usager.es, qu'ils relèvent de la file active du CeGIDD ou du CSSAC, a été défendue par les ARS, afin de garantir une égalité de traitement pour les personnes consultantes et ne pas différencier l'offre, afin d'éviter des effets de sélection a priori (selon la couverture sociale des personnes et/ou leur souhait d'anonymat).
- ❖ L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), face aux difficultés rencontrées par le centre lyonnais pour ses locaux, a appuyé les porteur.euses auprès d'autres financeurs et des collectivités territoriales.
- ❖ A Paris, les équipes des CSSAC ont souligné avoir pu s'appuyer sur l'ARS quant à la mise en place d'un certain nombre de protocoles.

### [Une offre multidimensionnelle à l'accès simplifié](#)

#### *Des modalités d'accès à l'offre des CSSAC programmées et sans rendez-vous*

D'après le cahier des charges, l'accessibilité et la rapidité de la prise en charge par les CSSAC reposent sur « une offre avec et sans rendez-vous, avec des horaires adaptés aux modes de vie des publics cibles ».

L'**amplitude horaire d'ouverture des CSSAC a ainsi été pensée en complémentarité** avec celle des CeGIDD notamment, jugée insuffisante pour la demande des métropoles concernées. Les délais d'attente et l'indisponibilité de créneaux en CeGIDD sont effectivement souvent déplorés tant par les professionnel.les que les personnes consultantes et conduisent plusieurs d'entre elles à recourir au CSSAC pour cette raison. Ci-dessous les amplitudes horaires des permanences d'ouverture des CSSAC :

Horaires d'ouverture au 31/05/2023	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Le Griffon-Lyon	12h-21h	12h-21h	12h-21h	12h-21h	12h-21h	12h-17h*
Checkpoint Le kiosque- Paris	9h-21h	9h-21h	9h-21h	9h-21h	9h-21h	10h-19h
Le Spot - Montpellier		14h-20h	14h-20h	14h-20h	14h-20h	14h-18h
Le Spot Longchamp- Marseille	16h-19h30	10h-17h	10-13h30 16-19h30	10-13h30 16-19h30	12h30 - 19h30	13h30-17h

\*le premier samedi de chaque mois

Si les consultations spécialisées sont toujours sur rendez-vous, **l'offre socl est accessible selon des modalités variables** en fonction des centres :

- ❖ A **Marseille**, l'accueil se fait sur toutes les permanences **sans rendez-vous**. Seule la permanence du jeudi après-midi est sur rendez-vous, dans l'optique de pouvoir accueillir les personnes refusées sur d'autres permanences du fait d'un trop grand afflux et de l'absence d'urgence de leur prise en charge.
- ❖ A **Paris et Montpellier**, **l'accueil se fait sur rendez-vous**.
- ❖ A **Lyon**, la prise en charge fonctionne **avec et sans rendez-vous**.

Dans les quatre centres, en cas d'urgences et de symptômes particulièrement invalidants pour les personnes consultantes, celles-ci sont reçues de façon non programmée.

A Montpellier par exemple, les patient.es sans rendez-vous sont estimé.es à 2 par jour, et sont reçu.es au fil de l'eau. A Paris, des créneaux dédiés aux situations urgentes sont bloqués dans le planning, à hauteur de 3 rendez-vous pour chaque infirmier.e (30 minutes) soit 9 créneaux, et 3 pour le médecin (15 minutes) pour être en mesure de les accueillir.

Une autre exception concerne les publics dont la présence inopinée dans le centre constitue une opportunité à ne pas manquer. Il s'agit de publics souvent plus difficiles à atteindre, qu'il est préférable de prendre en charge immédiatement car les professionnel.les estiment que leur mode de vie rend très peu probable qu'ils reviennent par la suite sur rendez-vous : le cas des travailleur.euses du sexe (TDS) a ainsi été mentionné, d'autant plus qu'ils et elles sont souvent extrêmement mobiles géographiquement.

Le fonctionnement sans rendez-vous présente l'inconvénient d'un afflux et d'une intensité de l'activité variables et difficilement prévisibles pour les équipes. Pour les usager.es, il conduit à des temps d'attente sur place parfois assez conséquents, une contrainte que peuvent anticiper les habitué.es de la structure mais qui peut sans doute se révéler parfois décourageante. A Marseille, les équipes ont fixé à 12 personnes consultantes la limite par permanence (avec une marge de 2 personnes supplémentaires en cas d'urgence), pour maintenir les conditions adéquates de prise en charge.

Toutefois, le fonctionnement sans rendez-vous permet, comme le précise un infirmier, de « *laisser venir toute la vague de ce qui est nécessaire* » et **s'avère plus compatible avec les logiques de dépistage et l'imprévisibilité inhérente à de nombreuses prises de risques.**

A contrario, **le fonctionnement sur rendez-vous** permet, d'après les équipes concernées, **d'assurer la qualité de la prise en charge et l'assurance de pouvoir accorder du temps aux usager.es.** Son revers est de provoquer des délais d'attente, moins compatibles avec les logiques de dépistage.

**A Montpellier, au printemps 2023, les délais de rendez-vous pour un dépistage atteignent par exemple deux à trois semaines.** Un élargissement de l'amplitude d'ouverture à quelques matinées, et une demi-journée dédiée aux sans rendez-vous est notamment envisagé par la structure.

Les rendez-vous sont pris sur **place et/ou par téléphone.** A Montpellier, **les réseaux sociaux** constituent également un canal possible de prise de rendez-vous. Seul le CSSAC de Lyon a ouvert la possibilité d'une prise de rendez-vous via **une plateforme**<sup>7</sup>, Maiaia, pour les dépistages, les vaccinations et l'initiation/suivi PrEP.

A Paris, la forte demande conduit de nombreux usager.es à déplorer la saturation des lignes téléphoniques et les contraint à se rendre sur place pour prendre rendez-vous.

Le téléphone constitue souvent la variable d'ajustements en cas de surcharge de travail des équipes d'accueillant.es ou de médiateur.ices. **L'accessibilité s'en trouve amoindrie** dès lors que le seul canal de prise de rendez-vous exige de se déplacer au sein des centres.

Enfin, la recherche de facilité d'accès au CSSAC prend appui sur une **simplification des formalités administratives lors de la prise en charge dans le dispositif, et la gratuité des démarches.** Pour les personnes assurées sociales, l'ensemble de la prise en soin est pris en charge, sans avance de frais. **Pour les personnes non assurées sociales, la prise en charge gratuite est garantie pour les centres ayant l'habilitation CeGIDD (et permise par la mutualisation de l'offre CeGIDD/CSSAC autorisée par**

---

<sup>7</sup> Montpellier l'avait fait uniquement pour la vaccination Monkeypox, au pic de l'épidémie.

les ARS concernées) mais est impossible pour Lyon et Montpellier, qui ne peuvent facturer leur prise en soins.

### Une offre de services de santé plurielle

#### Principes

L'objectif de lutte contre l'épidémie cachée de VIH, les hépatites et les IST ainsi que de prévention et promotion de la santé sexuelle dans une approche globale et au plus près des besoins de la personne, se traduit de manière opérationnelle par **une offre et des services plurielle**.

Cette dernière se déploie en 5 parcours proposés aux personnes consultantes à l'issue d'une **première évaluation des besoins** et de possibles ré-ajustements **au fil des rencontres avec les différent.es professionnel.les en co-construction avec l'usager.e** (le déroulé et la répartition des missions selon les intervenant.es seront précisés dans une partie distincte) :

- ❖ Une **offre socle Test, Treat, PrEP et vaccinations** sur l'intégralité des horaires d'ouverture des centres construite autour du dépistage.
- ❖ Une offre programmée sur des créneaux hebdomadaires ou mensuels dédiés afin de couvrir la santé sexuelle dans une approche plus globale via les parcours de consultations spécialisées. En adéquation avec les professionnel.les pressenti.es dans le cahier des charges, des consultations d'addictologie, de psychologie, de sexologie, et de gynécologie sont proposées dans les 4 CSSAC. Des consultations dédiées à l'hormonothérapie ont été déployées dans l'ensemble des CSSAC. Les centres de Paris, Montpellier et Marseille proposent un accompagnement avec une travailleuse sociale. Paris et Lyon proposent des consultations avec un psychiatre pour les parcours trans. Le centre lyonnais fait intervenir de manière bimestrielle un binôme constitué d'un proctologue et d'une kinésithérapeute spécialisée dans la rééducation périnéale pour des consultations d'anodyspareunie.<sup>8</sup>

**Des groupes d'auto-support et/ou des groupes de parole et temps collectifs** sont également proposés, animé.es par des médiateur.ices communautaires et/ou des infirmier.es en cas d'accompagnement aux injections (qui ne figurent pas sur le tableau récapitulatif ci-dessous).

#### Synthèse des créneaux hebdomadaires sur lesquels est proposée l'offre de consultations spécialisées proposées dans chaque CSSAC au 31 mai 2023

Consultations spécialisées	Le Griffon Lyon	Checkpoint Paris	Le SPOT Marseille	Le SPOT Montpellier
<b>Addictologie</b>	11 h 15 <i>(réparties sur un addictologue, infirmier et un psychiatre)</i>	4 h	4 h	8 h
<b>Psychologie/ Psychiatrie</b>	7 h	7 h	8 h	8 h
<b>Sexologie</b>	4 h 30	8 h	4 h	8 h
<b>Gynécologie</b>	6h dans le mois	8 h	4 h	4 h <i>(couplé à l'hormonothérapie)</i>
<b>Parcours santé trans</b>	12 h 30 <i>Réparties entre psychologue, psychiatre et un binôme médecin-médiateur</i>	15 h <i>(réparties entre médiation et médecin pour hormonothérapie)</i>	4 h <i>(hormonothérapie)</i>	Parcours assuré par le gynécologue <i>(cf ligne ci-dessus)</i>
<b>Anodyspareunie</b>	4 h tous les deux mois, par un binôme kinésithérapeute / proctologue	nc	nc	nc
<b>Accompagnement social</b>	nc	7 h 30	12 h	4 h

nc : non concerné

<sup>8</sup> Douleurs anales pendant et/ou après les rapports sexuels.

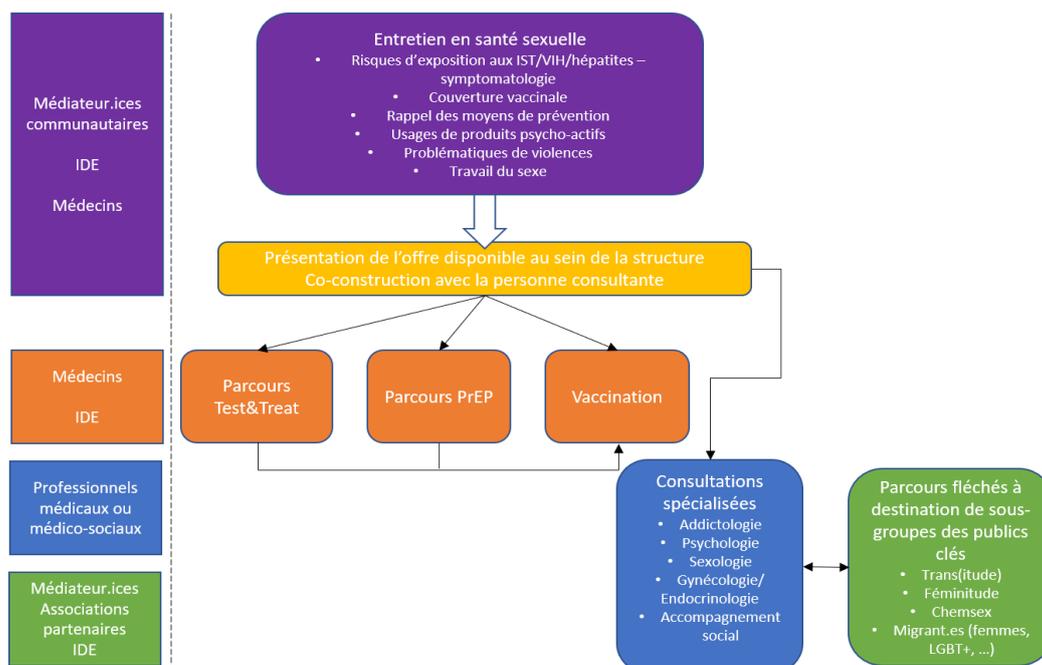
Si à Marseille et Montpellier, l'intégralité de l'offre constitue une porte d'entrée possible pour les personnes consultantes dans la structure, **le centre de Paris a conditionné l'accès aux consultations spécialisées** et à l'offre comprise dans les parcours fléchés, au passage par le dépistage. Le centre de Lyon considère qu'il est important de passer par un dépistage pour commencer, mais n'en fait pas une condition nécessaire pour accéder aux consultations spécialisées.

Par ailleurs, **d'autres ressources et outils de prévention sont mis à disposition en libre-service** et sur demande dans les CSSAC (brochures, « Roule ta paille », kits d'auto-injection, préservatifs, etc.).

**Finalement, l'offre effectivement déployée est le reflet du socle envisagé dans le cahier des charges.** Elle est enrichie d'une structuration de **parcours plus fléchés** à destination de sous-groupes, **non cadrés comme tels dans le cahier des charges** : sa caractérisation en termes de « parcours » dans le dispositif rend compte d'une **offre souhaitant dépasser les seules consultations de « spécialité » en termes de qualité d'accompagnement**, consultations déjà fortement orientées à destination de groupes aux besoins spécifiques et complexes (exemple : l'addictologie pour les « chemsexuels », au croisement de plusieurs disciplines et expertises, qui nécessite une approche longitudinale dans le temps). Elle se traduit en effet en des temps de permanence dédiés, des groupes d'auto support (accompagnement à l'injection hormonale et/ou accompagnement et éducation aux risques liés à l'injections avec les infirmier.es), des groupes de parole libre ou thématique, animés par des membres des équipes salariées et/ou les associations partenaires.

Parmi ces parcours spécifiques, citons les focales retenues par les différents centres : chaque CSSAC propose **un parcours « trans »** et **un parcours « chemsex »** ; les centres de Marseille et Paris, en raison de la démographie de leur territoire et de leur file active, ont pensé quant à eux des **programmes à destination des populations migrantes**. A Montpellier, une tentative de proposer des temps collectifs à destination des TDS a été repensée et réorientée du côté des actions hors les murs faute de succès pour l'instant.

Le parcours des usager.es peut être schématisé de la façon suivante :



Parmi les objectifs opérationnels listés dans le cahier des charges, il est à noter que **la question de la contraception et « des grossesses non désirées » s'est finalement avérée secondaire**, en dehors des consultations de gynécologie proposées, la prise en charge et l'offre ayant de fait été davantage axée sur la prévention des risques d'exposition aux IST/hépatites et VIH.<sup>9</sup>

*« On a surtout parlé des prescriptions hormonales mais par exemple, les hommes trans qui ont besoin de frottis, etc. je réalise ici et je propose systématiquement la contraception, le dépistage des IST et la vaccination HPV quand les personnes sont éligibles. Des grossesses désirées, ça ne s'est jamais présenté, et je vois peut-être une fois par an une TDS pour une prescription d'une contraception d'urgence et que j'ai envoyé en pharmacie ensuite » (gynécologue)*

#### Des ajustements de l'offre révélateurs de capacités d'adaptation

Si **la construction de l'offre a pu être pensée en amont** du lancement de l'expérimentation (de par les précédentes expériences des porteur.euses, le recrutement à Montpellier 2 à 3 mois en amont de l'ouverture d'un chargé de projet/médiateur communautaire et d'un infirmier pour structurer les parcours, et l'accompagnement des porteur.euses prévu par le dispositif A51 et son accélérateur), **elle a régulièrement été redéfinie au fil de l'expérimentation pour apporter une réponse au plus près des besoins ayant émergé des différents publics**. Les équipes sont demeurées soucieuses d'allier efficacité du Test&Treat et une prise en charge de la santé sexuelle dans sa globalité, et **de diversifier les portes d'entrée pour une prise en charge afin de ramener le maximum de publics clés vers le soin** (voir la partie Efficacité).

Ce dynamisme de l'offre proposée au sein des CSSAC a été **facilitée** par :

- ❖ Une grande **réflexivité** des acteur.ices sur leurs pratiques et leur fort **engagement**.
- ❖ Des fortes **capacités d'adaptation** et **une réactivité** face aux besoins émergents. L'épidémie de Monkeypox en a été l'illustration (cf encadré ci-dessous).
- ❖ L'appui sur le tissu associatif et les CeGIDD du territoire.
- ❖ L'identification locale par les institutions et acteur.ices de la santé sexuelle et/ou d'accompagnement des différents publics clés du CSSAC comme acteur communautaire majeur.

Les **freins** pour la déployer renvoient à des éléments transversaux (qui ont déjà été mentionnés ou seront développés ultérieurement) :

- ❖ Difficultés à **recruter** des professionnel.les de santé
- ❖ Les contraintes spatiales et temporelles qui sont susceptibles de mettre en « concurrence » les différentes offres, bien qu'une synergie des offres soit généralement envisagée a priori.
- ❖ Les besoins de formation complémentaire peuvent mobiliser des membres d'une équipe déjà restreinte et ponctuellement appeler à une réorganisation.

---

<sup>9</sup> Cette place plus secondaire s'explique par la présence moindre dans la file active de personnes exposées aux risques de grossesses. Toutefois, elle est aussi le reflet d'une segmentation encore prégnante entre la santé reproductive et la santé sexuelle, la première relevant plutôt des prérogatives des CPEF (cf. rapport IGAS juin 2011 et Santé sexuelle et reproductive, Avis et rapport du HCSP, Mars 2016). Si la synergie entre les différents types de structures a été envisagée lors de la création des CeGIDD en termes de dépistage et de traitement des IST, la synergie en termes de contraception et de planification familiale semble avoir été moins explicitée.

## L'épidémie de Monkeypox actant le rôle clé des CSSAC dans la prise en charge de la santé sexuelle des communautés

L'épidémie de Monkeypox durant l'été-début de l'automne 2022 a mobilisé les 4 CSSAC, y compris le centre lyonnais malgré son démarrage au 5 septembre 2022. La mobilisation des CSSAC est apparue appropriée au regard des caractéristiques épidémiologiques de la diffusion de la variole du singe. Le caractère imprévisible de cette épidémie, en plein cœur de l'expérimentation a révélé différents points de force des CSSAC :

\* Elle a mis en lumière la reconnaissance de leur rôle clé auprès des communautés, par les différentes parties prenantes sur le territoire. Les **usager.es se sont spontanément référés.es aux CSSAC déjà lancés** ; pour Lyon principalement (mais également pour les autres CSSAC), elle a permis à des usager.es issus.es des populations clés de découvrir les dispositifs. **Les ARS ont parfois sollicité directement les CSSAC pour le déploiement de la vaccination, et ont pu les appuyer financièrement**, les forfaits et dotations de l'expérimentation n'ayant pu prévoir et intégrer un tel épisode.

\* **La réponse à l'épidémie s'est faite dans une dynamique collective**, et a été l'occasion de rappeler et **renforcer les synergies existantes** avec les CeGIDD, les hôpitaux et les autres partenaires. A Montpellier par exemple, les porteurs ont rendu compte de nombreux temps d'échange pour se coordonner, partager et diffuser l'information avec leur laboratoire partenaire, le centre hospitalo-universitaire (CHU) et le Cegidd pour dépister, et vacciner les patient.es. La proximité avec les communautés a permis d'identifier précocement les besoins.

\* Cet épisode a aussi **mis en exergue les capacités de mobilisation et d'agilité** des coordonnateur.ices et des professionnel.les, et dont l'**efficacité** a été soulignée par l'ensemble de leurs ARS, malgré les contraintes de leur activité. **A Lyon**, alors que le centre achevait ses travaux, **l'ARS a sollicité Virages santé**, qui a mobilisé les médecins de leur ancienne structure **pour vacciner alors même que leur activité en tant que CSSAC n'était pas initiée**. A Paris, Marseille et Montpellier, des vaccinations ont été réalisées **en parallèle de l'activité ordinaire des CSSAC**. La demande s'est souvent avérée bien supérieure aux capacités d'accueil et a **embolisé l'activité** de dépistage. **A Montpellier, une seconde équipe a été recrutée spécialement** pour l'activité de vaccination sur le mois d'août, et cette dernière a été maintenue pendant la période de congés de l'équipe permanente et la fermeture prévue du centre, pour faire face au pic épidémique, au plus fort de la saison touristique pour la région par ailleurs.

### [La constitution des équipes](#)

#### Composition des équipes

Le tableau suivant décrit les équipes par CSSAC prenant en charge des usager.es et effecteurs des parcours au 31/05/2023 (données reconstituées par les évaluateurs) :

	Infirmier.es	Médecins	Médiateur.ices communautaires	Chargé.es d'accueil	Consultant.es spécialisé.es	TOTAL
Lyon	3	7	3	1	12	26
Paris	7	6	3	6	6	28
Montpellier	2	4	3	1*	7	17
Marseille	5	5	5	1*	6	22
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>31</b>	<b>93</b>

\*Il s'agit plutôt d'assistant.es administratif.ves aidant à la coordination et aux tâches administratives des équipes, mais ne prenant pas en charge l'accueil physique des usager.es.

**Ce point n'est pas défini strictement par le cahier des charges** et la composition des équipes de l'ensemble des CSSAC peut schématiquement se subdiviser en trois « pôles » :

- ❖ **Les professionnel.les assurant les consultations dites « spécialisées »**, à l'activité programmée plus restreinte et à une fréquence mensuel ou hebdomadaire (voir en section précédente le descriptif de l'offre par CSSAC).
- ❖ **Les professionnel.les impliqué.es dans l'offre de Test&Treat, de PrEP et de vaccinations** qui diffèrent selon les centres.
- ❖ **Les équipes de coordination et de direction**

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques des professionnel.les des 4 CSSAC, issues de l'enquête en ligne. (*Question 3 à réponse unique : Sous quel statut avez-vous été recruté.e ? ; Question 4 à réponse libre : Quel est votre âge ? ; Question 5 à réponse unique : Vous êtes..*)

	4 centres (n=75)	Paris (n=22)	Lyon (n=22)	Marseille (17)	Montpellier (n=14)
<b>A PROPOS DE VOUS</b>					
<b>Q5 - Genre</b>					
Femme	36	9	9	11	7
Homme	33	10	11	6	6
Non binaire	2	2	-	-	-
N'a pas souhaité répondre	4	1	2	-	1
<b>Q4 - Age</b>					
moyen ( $\pm$ écart-type)	40 ( $\pm$ 13)	34 ( $\pm$ 12)	42 ( $\pm$ 15)	46 ( $\pm$ 10)	36 ( $\pm$ 9)
médiane	35	30	36,5	43	33
<b>Q3 - Statut au sein du CSSAC</b>					
Salarié	58	22	8	14	14
Vacataire	10	-	8	2	-
Salarié d'une autre structure	6	-	5	1	-
Autres	1	-	1	-	-

On observe des caractéristiques similaires (âge, genre) au sein des 4 CSSAC. Le salariat et la vacation sont les modes de recrutement et de rémunération les plus fréquents comme prévu. On note à Lyon particulièrement la présence de professionnel.les salarié.es d'autres structures et mis à disposition du CSSAC, ce qui permet de compléter l'offre en addictologie notamment à destination des chemsexuels (infirmier et médecins du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du CHU détachés une fois par semaine).

#### *Un enjeu commun aux 4 CSSAC : Structurer et stabiliser l'offre permanente de Test&Treat et PrEP*

L'offre de Test&Treat, vaccinations et de PrEP étant disponible **sur l'intégralité de l'amplitude horaire d'ouverture des CSSAC**, elle suppose **la présence d'un.e médecin** sur l'intégralité des heures de permanence, et **d'un.e infirmier.e** (la très grande majorité du temps, au moins 2 pour les plus petits centres, et plus pour Paris), **et d'un.e médiateur.ice pour Marseille, Lyon et Montpellier**.<sup>10</sup>

Si le Griffon (Lyon) a été en mesure de recruter un.e médecin à temps plein 2 mois après la première inclusion (novembre 2022), et le Checkpoint en mai 2023, l'ensemble des centres fonctionne principalement sur l'intervention de plusieurs médecins, qui se répartissent des demi-journées ou soirées de permanence pour couvrir l'intégralité des temps d'ouverture. De manière transversale, les équipes des CSSAC ont fait valoir la **nécessité de consolider les effectifs, notamment aux niveaux infirmier et médical**.

<sup>10</sup> Le CSSAC parisien fait exception en faisant intervenir un.e médiateur.ice dans le cas de parcours de transition et pour les usager.es sous PrEP uniquement.

Les médecins sont très majoritairement salarié.es à temps partiel au sein des CSSAC, par contraste avec les infirmier.es et les médiateur.ices communautaires salariés à temps plein. Le tableau ci-dessous rapporte les réponses à la question portant sur la quotité travaillée au sein du CSSAC, issues du questionnaire envoyé aux professionnels (*Question 6 à réponse libre : Quelle est votre quotité horaire hebdomadaire de travail pour le Centre ?*). 90 % (17/19) des répondants médecins dédié.es au Test, Treat et à la PrEP déclarent exercer à temps partiel au sein du CSSAC, versus 15 % (2/13) des médiateur.ices et 17 % (2/12) des infirmier.es.

	Médecins (n=19)	Médiateur.ices (n=13)	Infirmier.es (n=12)	Consultant.es spécialisé.es (n=18)	Chargé.es d'accueil (n=4)
<b>Q6 - Quotité travaillée au CSSAC</b>					
<i>Temps plein</i>	2	11	10	1	4
<i>Temps partiel</i>	17	2	2	17	-

Par ailleurs, à Lyon et Paris, il existe des postes « indépendants » d'accueil/secrétariat, au contact des usager.es, là où pour Marseille et Montpellier, ces missions sont réalisées par les médiateur.ices communautaires. A Lyon, la secrétaire est relayée par les médiateur.ices communautaires, notamment sur ses temps d'absence.<sup>11</sup> Dans les structures de l'expérimentation portées par AIDES, une assistante administrative ou un secrétaire médical font partie des effectifs, dans un rôle d'appui aux équipes, mais sans accueil des publics.

Au fil de l'expérimentation, les équipes n'ont cessé de se structurer pour faire face à la hausse de l'activité et répondre aux besoins nouvellement identifiés. Le centre de Paris semble se caractériser par un plus grand turn-over, là où les équipes des autres centres sont restées plus stables. 25 % des répondant.es à l'enquête ont signalé avoir augmenté leur temps d'implication au sein du CSSAC depuis leur recrutement, et il est resté stable pour près de 70 % d'entre elles/eux. Ce sont surtout les médecins qui sont concernés par un élargissement de leur temps de travail.

Le tableau ci-dessous rapporte ces éléments par centre. (*Question 6 à réponse libre : Quelle est votre quotité horaire hebdomadaire de travail pour le Centre ? ; Question 7, date demandée : Quand avez-vous commencé à exercer au sein du Centre ? ; Question 8 à réponse unique : Depuis votre recrutement, [quelle a été l'évolution de votre temps de travail ?]*).

	4 centres (n=75)	Paris (n=22)	Lyon (n=22)	Marseille (17)	Montpellier (n=14)
<b>Q7 - Ancienneté de l'exercice au CSSAC</b>					
<i>≤1an</i>	42	12	21	4	5
<i>1 à 2 ans</i>	22	6	-	7	9
<i>&gt; 3 ans</i>	11	4	1	6	-
<b>Q6 - Quotité travaillée</b>					
<i>Temps plein</i>	36	16	6	7	7
<i>Temps partiel</i>	39	6	16	10	7
<b>Q8 - Evolution du temps de travail</b>					
<i>Augmentation</i>	19	5	2	5	7
<i>Diminution</i>	4	1	2	1	-
<i>Stable</i>	52	16	18	11	7

### Leviers au recrutement

Il a émergé des entretiens avec les différent.es acteur.ices (décideurs, porteur.euses et professionnel.les intervenant dans les CSSAC) plusieurs éléments ayant facilité le recrutement et la mobilisation des équipes dans l'expérimentation.

<sup>11</sup> Les temps d'ouverture du Griffon à Lyon dépassent les 35 heures.

- ❖ La très grande majorité des intervenant.es, de l'accueil à la prise en charge médicale attribue un **sens fort** à leur mission. Leur investissement se situe à la croisée, d'un **souci fort d'engagement**, sinon de militantisme, contre les inégalités et discriminations dans le soin et/ou la lutte contre le VIH, les hépatites et IST, ou pour la cause des communautés ciblées. Qu'ils/elles soient directement personnellement concerné.es ou qu'ils/elles s'engagent pour une nouvelle approche du soin soucieuse des problématiques des populations ciblées, les valeurs et le projet « politique » défendus par les CSSAC constituent une forte motivation à rejoindre la structure. 91 % des répondant.es à l'enquête *ad hoc* ont choisi l'item « les valeurs portées par le centre (inclusivité, non jugement, bienveillance etc.) » comme critère de motivation à leur prise de poste (*Question 11 à choix multiples : Qu'est-ce qui vous a motivé.e à prendre ce poste?*).
- ❖ Les **associations porteuses** œuvrent de manière dynamique sur leur territoire depuis de nombreuses années, antérieurement au lancement de l'expérimentation. **Clairement identifiées** dans le champ de la lutte contre le VIH et/ou sur les problématiques des communautés LGBT+, elles collaborent avec de nombreux partenaires et ont pu s'appuyer sur un **réseau de professionnel.les déjà consolidé** et/ou renforcé par des interconnaissances individuelles et le bouche à oreille.

*« On a repris les mêmes acteurs, tous nos liens existaient déjà ! Notre force c'est ça, ces liens qu'on a créés durant les 15 dernières années. Des liens qui étaient pas trop mauvais déjà, et on a rajouté ce projet par-dessus. On avait déjà une expérience de vivre ensemble aussi » (porteuse)*

*« Pour le recrutement des médecins, c'est que le bouche à oreille entre médecins, on n'a jamais eu à mettre une offre d'emploi. C'est aussi le résultat de connaissances fortuites à des endroits parfois pas du tout professionnels (rire), et de personnes qui ont des projets... On a un médecin en particulier qui a fait venir d'autres médecins, et les nouveaux médecins ont fait venir d'autres médecins, etc. » (coordinatrice)*

L'association AIDES bénéficie d'un réseau étoffé de volontaires et d'accompagnateur.ices communautaires, sur lequel les SPOT ont pu s'appuyer ; toutefois, la mobilisation de ce réseau a supposé de faire jouer la mobilité des intervenant.es pressenties, notamment à Montpellier où l'entièreté des équipes était à constituer.

Dans l'enquête *ad hoc* (cf. tableau ci-dessous), les réponses concernant les voies de recrutement mettent en exergue l'importance du réseau préalable des associations porteuses et/ou les effets d'interconnaissance. Seulement 17 % (13/75) des professionnel.les ont pris connaissance de l'offre d'emploi par les plateformes ordinaires (Pole Emploi, Indeed). Les infirmier.es (33 %, 4/12) et les accueillant.es (75%, 3/4) sont les professionnel.les ayant davantage déclaré cette voie de recrutement. (*Question 10 à choix multiples : Comment avez-vous découvert l'offre de poste au CSSAC ?*)

	4 centres (n=75)	Paris (n=22)	Lyon (n=22)	Marseille (17)	Montpellier (n=14)
<b>Q10 - Découverte de l'offre d'emploi via :</b>					
<i>Plateformesde recherche d'emploi</i>	13	8	4	-	1
<i>Entourage</i>	23	8	3	4	8
<i>Contact direct par le CSSAC</i>	21	4	8	6	3
<i>Candidature spontanée</i>	6	3	-	2	1
<i>Déjà salarié de l'association</i>	24	5	9	7	3

- ❖ En dehors des réseaux d'interconnaissance des professionnel.les engagé.es dans les structures, les centres marseillais et montpellierain notamment se sont parfois **appuyés sur les usager.es et personnes issues des populations clés**.

*« Quand on demandait aux personnes qui était leur médecin traitant avec lequel ça se passe trop bien, ils disaient beaucoup Dr. XXXX, du coup on est allés le démarcher » (coordinatrice)*

A Montpellier, un des médiateurs communautaires a par exemple été chargé d'un travail de veille pour identifier les praticien.nes « safe » - bienveillant.es à l'égard des personnes LGBT+ - et ayant comme domaine d'expertise les problématiques des communautés LGBT+ et/ou de santé sexuelle, souvent recensés dans les réseaux communautaires.

- ❖ La **crise traversée par l'hôpital public** a conduit à ce que les infirmier.es notamment soient en **recherche d'une nouvelle organisation et culture institutionnelle** après avoir fait l'expérience de services hospitaliers.
- ❖ Un certain nombre de professionnel.les, essentiellement les médecins et les professionnel.les assurant les consultations spécialisées (notamment celles et ceux qui n'interviennent qu'une ou quelques demi-journées au sein du CSSAC) ont recherché par cet emploi à **diversifier leur activité, les problématiques rencontrées et les publics auxquels ils/elles sont confronté.es dans leur pratique professionnelle principale**. Beaucoup ont souligné apprécier pouvoir **valoriser une expertise** dans un domaine de la santé qu'ils/elles ont moins l'occasion de faire valoir en médecine générale. Parmi les 75 répondant.es à l'enquête ad hoc, 32 (43 %) ont cité l'item « la possibilité de rencontrer d'autres profils d'usager.es que ma patientèle habituelle » comme facteur de motivation à travailler dans le CSSAC. (*Question 11 à choix multiples : Qu'est-ce qui vous a motivé.e à prendre ce poste ?*)

**Par ailleurs, leur insertion dans d'autres structures de prise en charge en lien avec la santé sexuelle (CSAPA, CeGIDD et autres services hospitaliers), permet de renforcer et/ou faciliter des liens entre les différents dispositifs.**

- ❖ Plusieurs professionnel.les ont souligné **l'attrait pour la dimension collective et pluridisciplinaire induite par le travail en équipe**, contrastant avec la solitude en cabinet libéral.
- ❖ Enfin, le **caractère innovant de l'approche communautaire** des centres pour les professionnel.les de santé, et la **nécessité de co-construire l'offre** en santé **et les parcours** des usager.es ont été soulignés par des médecins et des infirmier.es comme élément attractif de leur poste.

### *Freins à la constitution et consolidation des équipes*

Depuis le lancement des expérimentations, les équipes ont été étoffées pour accompagner la montée en charge et le développement de nouveaux services de santé; toutefois, les difficultés de recrutement ont pu freiner cette dynamisation. Différents facteurs explicatifs ont été identifiés.

- ❖ **Les conditions de rémunération, peu attrayantes, ont été fréquemment invoquées par les porteur.euses et les professionnel.les de santé comme obstacle au recrutement**. L'offre de poste pour les **personnels à temps complet**, notamment les infirmier.es, apparaît **peu concurrentielle** dans un contexte où l'ancienneté hospitalière par exemple n'est pas reprise et que les **rémunérations s'avèrent bien plus incitatives** ailleurs. Cet aspect a été exacerbé dans la conjoncture du déploiement de l'activité de vaccination contre le Covid, aux rétributions bien plus avantageuses. Les difficultés à recruter un médecin permanent sont

également souvent imputées au salaire peu attrayant, encourageant davantage le temps partiel, malgré des tentatives locales de revalorisation et l'intégration de la prime SEGUR.

Parmi les 41 (55%, 41/75) personnes ayant exprimé des réticences à la prise de poste dans l'enquête ad hoc, 22 (54 %, 22/41) mentionnent les conditions de rémunération. (*Question 12 à choix multiples : Quelles étaient vos éventuelles réticences à occuper ce poste ?*)

- ❖ Les recrutements de certain.es professionnel.les de santé sont rendus complexes dans **un contexte de pénurie de professionnel.les** et une **saturation forte de l'offre disponible pour certaines spécialités sur les métropoles** où se déploient les CSSAC. Les principales difficultés rencontrées ont concerné la **proctologie** (seule l'équipe de Lyon compte un proctologue dans ses effectifs).
- ❖ Les difficultés sont redoublées par la nécessité d'engager un.e professionnel.le considérée comme « safe », ayant une approche bienveillante et respectueuse des publics accueillis dans les CSSAC : cette dimension est particulièrement invoquée dans le cas des **psychiatres, dont les approches font l'objet de controverses dans le champ de la santé trans** notamment.
- ❖ Des disponibilités limitées pour intervenir en CSSAC du fait de leur activité libérale ou hospitalière (incompressible ou sur laquelle ils/elles ne souhaitent rogner car les rémunérations y sont meilleures).
- ❖ Dans le cas hospitalier, les conventions de mise à disposition de professionnel.les peuvent tarder à être mises en place par les institutions employeuses.
- ❖ Les **possibilités d'évolution** sont **restreintes** et **peuvent décourager** des projections au long terme au sein de la structure pour des professionnel.les en début de carrière. Par ailleurs, le **caractère expérimental** de la structure et l'absence de visibilité sur sa pérennisation a pu être source d'incertitude, notamment pour des recrutements plus tardifs dans l'avancée de l'expérimentation.
- ❖ Les modes de prise en charge des publics cibles recouvrent une dimension éminemment politique, et sujets à débats dans les cercles militants. **L'aspect communautaire de ces centres est ainsi sujet à des interprétations diverses par les différent.es acteur.ices du dispositif et a dans certains cas conduit à un décalage entre les attentes individuelles et la réalité de la structure, et à fragiliser les équipes.**

*« pour moi on est un lieu engagé, et pas militant. On applique après cette vision-là, moi personnellement, je le serai davantage [militante]. Après maintenant on a un équilibre, notre équipe elle est constituée de différentes personnes et ça semble difficile de vouloir faire un truc militant aujourd'hui. (...) Mais quand je suis arrivée il y avait un décalage avec mes idées, politiques, sur le centre. On a eu beaucoup de discussions à ce sujet, on s'est échangés des bouts de l'AMI, d'articles, de textes et on a argumenté quelles étaient nos positions »  
(médecin)*

*« Je pense que quand je suis arrivée, je suis arrivée dans l'idée que c'était du par et pour. Alors qu'en fait, c'est plutôt il y a des inégalités sociales de santé, il y a des besoins spécifiques, notamment public LGBT+ et à l'intérieur de l'acronyme des besoins différents, et on prend en compte ces spécificités en santé pour adapter l'offre de soins. Mais l'équipe ne reflète pas nécessairement le public accueilli, après l'offre est pensée de manière communautaire (...) On est*

*dans de l'approche communautaire, pas de la santé communautaire alors que dans ma projection c'était plutôt ça » (médiatrice)*

Ces différences de vision ont atteint leur paroxysme à Marseille, le lancement de l'expérimentation ayant été marqué par une crise salariale, des arrêts maladie puis de nombreux départs : ce profond renouvellement des équipes a largement entamé le déploiement de l'expérimentation. La situation marseillaise illustre que les **besoins diversifiés au sein des sous-groupes des populations cibles** sont susceptibles d'entrer en concurrence (en termes de temps dédiés, de moyens disponibles, etc.) et de **conduire à des mises en discussion, arbitrages et réactualisations fréquentes du périmètre prioritaire des missions des CSSAC.**

[Un système organisationnel dépendant de coordinations internes et externes](#)

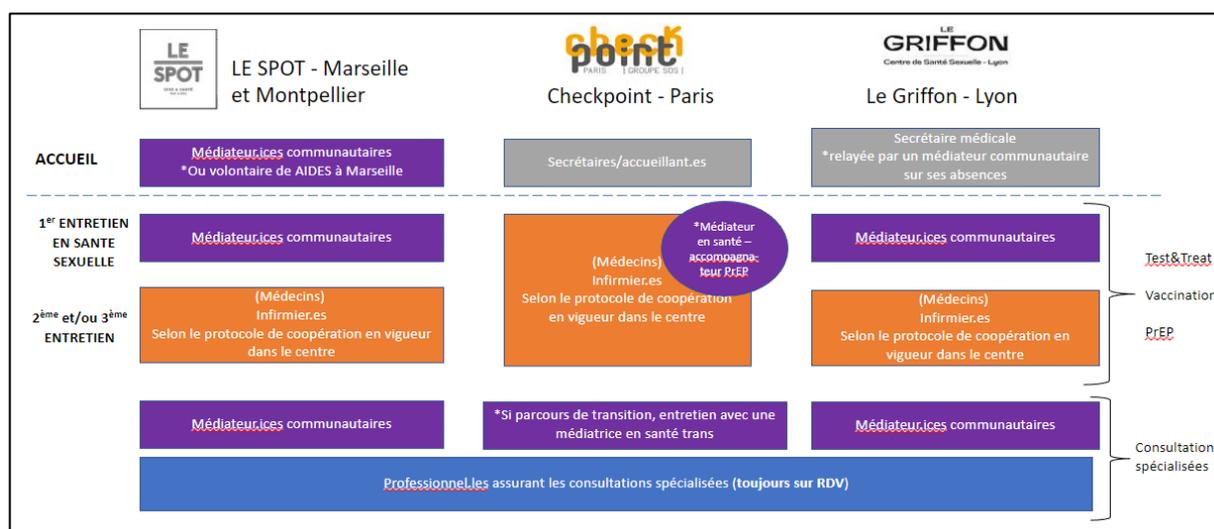
#### *Coordination d'une prise en charge pluriprofessionnelle*

Il s'agit maintenant de décrire le modèle organisationnel adopté par les CSSAC pour déployer les services et parcours en santé sexuelle précédemment listés, avant de revenir dans la sous-partie suivante sur les freins et leviers à la coordination entre professionnel.les dans ce système organisationnel. Nous reviendrons dans la partie « Efficacité » sur les délais de prise en charge et de remise des résultats de dépistage.

[Les médiateur.ices communautaires comme pivot des parcours ? Système organisationnel et délimitation des périmètres de chaque métier](#)

En préambule, signalons que le cahier des charges proposait différentes catégories professionnelles susceptibles de composer les équipes et un premier cadrage de leurs missions par métier. **Une latitude était laissée à chaque structure pour déployer son organisation, notamment à la première étape du parcours des usager.es** au sein du centre et/ou concernant la place faite aux médiateur.ices communautaires. **Les différences entre les systèmes organisationnels retenus peuvent refléter des cultures associatives diverses entre les porteur.euses** : les porteur.euse de Lyon et Paris tendent à avoir un plus grand ancrage historique avec des réseaux de professionnel.les de santé, là où l'association AIDES s'est davantage construite via l'accompagnement pair et communautaire.

Dans les pratiques, la chaîne de professionnel.les rencontré.es par les personnes consultantes peut être schématisée ainsi :



Le déroulé du parcours est donc initié à Paris par les accueillant.es, et par les médiateur.ices communautaires pour les 3 autres CSSAC.

**Pour l'offre soignée de Test, Treat, PrEP et vaccination :** la personne consultante se présente à l'accueil du centre. A Lyon, Marseille et Montpellier, elle est reçue dans une pièce dédiée par les médiateur.ices communautaires qui, à l'issue d'un premier entretien au cours duquel ils/elles recueillent notamment les besoins de la personne, ses éventuels symptômes et/ou l'ancienneté de l'exposition à un risque infectieux, orientent vers le/la médecin ou l'infirmier.e selon le protocole de coopération instauré. Cet entretien est également l'occasion de présenter l'ensemble de l'offre en consultations spécialisées disponible au CSSAC.

A Paris, les chargé.es d'accueil répartissent la file active vers les infirmier.es ou vers les médecins selon la situation et la symptomatologie identifiées à l'issue d'un bref entretien, mais l'absence de confidentialité et le caractère ouvert des banques d'accueil ont été déplorés par les usager.es lors de focus groups organisé par l'équipes du CSSAC.

La personne consultante est ensuite soit reçue uniquement par l'infirmier.e, soit voit un.e médecin suivi.e d'une consultation avec l'infirmier.e. Lorsque des analyses biologiques doivent être effectuées, les infirmier.es effectuent le prélèvement, et remettent un kit d'auto-prélèvement à l'usager.e qui les réalise dans les sanitaires.

L'usager.e quitte ensuite pratiquement toujours la structure, et reçoit dans les heures qui suivent ses résultats (par SMS ou appel – voir la section 3.2.1 dans Efficacité). Selon les résultats de la biologie, la personne est invitée à revenir dans le centre pour l'administration d'un traitement et/ou incitée à mettre à jour ses vaccinations.

**Quant aux consultations spécialisées programmées,** elles sont proposées lors des entretiens assurés par l'ensemble des intervenant.es de la structure ; à Lyon, Montpellier et Marseille, un temps d'entretien peut être réalisé en amont et/ou en aval avec les médiateur.ices communautaires.

Là où le cahier des charges envisageait un questionnaire auto-administré numériquement et/ou en appui avec un.e médiateur.ice communautaire, pour déterminer les parcours, les pratiques sur le

terrain s'appuient sur **la réalisation d'entretiens**, dont la trame est similaire à l'ensemble des CSSAC : **l'évaluation des prises de risques** lors de pratiques sexuelles et leur ancienneté, les **violences** possiblement vécues, **le travail du sexe**, **l'usage de produits psychoactifs** et/ou l'existence de troubles addictifs, et une **évaluation du bien-être** psychique plus global des individus. Ces différentes dimensions sont souvent abordées de manière répétée par les différent.es intervenant.es (médiateur.ices, médecins et infirmier.es) et sont l'occasion d'informer et de rappeler l'offre présente dans la structure, ainsi que les outils de prévention et de réduction des risques.

Dans ce système organisationnel, les **délégations de tâches fonctionnent principalement à deux niveaux** : d'une part, entre médiateur.ices communautaires et les personnes à l'accueil (les deux rôles étant parfois confondus dans les structures) ; d'autre part, entre infirmier.es et médecin, sur la base notamment du protocole de coopération développé dans la section suivante.

Le tableau ci-dessous synthétise la **répartition des tâches dans le circuit de prise en charge** (du premier contact avec le CSSAC, à la facturation de l'activité liée à son passage).

Missions	Chargé.es d'accueil	Médiateur.ices	Infirmier.es	Médecins	Coordinateur.ices
Accueil physique et/ou téléphonique	Paris, Lyon, Marseille	Marseille, Montpellier, Lyon			
Création du dossier informatisé	Paris, Lyon	Lyon, Marseille, Montpellier			
Entretiens en santé sexuelle		4 CSSAC Paris sur parcours spécifiques	4 CSSAC	4 CSSAC	
Prélèvements biologiques			4 CSSAC	4 CSSAC	
<i>Prescription</i>			4 CSSAC	-	
<i>Réalisation</i>			4 CSSAC		
Prescription/délivrance			4 CSSAC	4 CSSAC	
Remise des résultats	Paris, Marseille	Lyon	Marseille, Montpellier	Montpellier	
Facturation des forfaits	4 CSSAC	Lyon			Montpellier, Lyon, Paris

**Si les médiateur.ices représentent la très grande majeure partie du temps un.e intervenant.e pivot** dans le parcours en santé des usager.es au sein du CSSAC, **l'enjeu** pour les structures a été de **définir les contours d'un rôle encore peu institutionnalisé et « codifié » professionnellement**.

*« Quand on a commencé on avait une idée très vague de ce qu'on allait faire, en termes d'accompagnement. C'était : « voilà, on va ouvrir, votre job sera la gestion des flux, des entretiens, il faut que toutes les personnes qui rentrent passent par vous ». J'ai dit « oui, mais à un moment donné, qu'est-ce qu'on va leur dire ? » (...). Comme beaucoup de choses, ça s'est fait en faisant (rire). La méthode « on parachute les gens et on regarde s'ils apprennent à nager » : ça arrive à chaque création de nouveau poste » (médiateur communautaire)*

L'étude IPERGAY (essai clinique ayant évalué l'efficacité de la PrEP)<sup>12</sup> avait posé des premiers jalons au rôle de médiateur.ice communautaire auprès de la population HSH, et l'association AIDES en compte dans ses effectifs de longue date ; cependant, y compris pour les acteur.ices issu.es de cette association, il a été nécessaire de repenser leur rôle, comme le souligne un des porteurs :

<sup>12</sup> MOLINA Jean-Michel et al, 2015, « On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection », *New England Journal of Medicine*, 3 décembre 2015, vol. 373, n° 23, p. 2237-2246.

*« Pour un accompagnateur communautaire, qui avait déjà eu cette casquette, il a fallu changer de métier pratiquement. Là, on n'est plus dans l'aller-vers mais dans le faire venir, et une autre forme de pratique. Ils ont réinventé quelque part leur métier, un lieu comme ici c'est encore autre chose, il faut faire le lien avec les équipes soignantes, etc. »*

Leurs fiches de poste et leurs missions sur le terrain rendent en effet compte **d'une fonction à l'interface entre tâches de secrétariat, d'accueil et d'administratif, et d'initiation d'une prise en charge en santé sexuelle et de construction des parcours de prise en charge (para)médicale**. A Paris, Marseille et Montpellier, les médiateur.ices communautaires sont également désigné.es en tant que **chargé.es de projet**, sur une thématique ou à destination d'une population spécifique (questions trans, chemsex, migrant.es,...). Nous pouvons synthétiser et structurer leurs missions en 3 grands domaines, avec quelques variations entre les CSSAC :

- **Secrétariat médical** : premier accueil (physique et téléphonique) ; création/actualisation du dossier informatique de l'utilisateur ; gestion des rendez-vous ; transmission dématérialisée des résultats ; process de facturation de l'activité ; gestion de stocks de matériel non médical...
- **Information et prévention en santé sexuelle** : réalisation d'entretiens en santé sexuelle ; distribution de matériel de réduction des risques ; dépistages par TROD (VIH, et hépatites) ; traduction linguistique ; confirmation de la bonne compréhension des informations transmises par le corps médical ; animation de temps collectifs...
- **Élaboration des parcours** : co-construction de l'offre concernant les parcours spécifiques et complexes ; identification des besoins de la personne ; liens avec les partenaires ; mise à jour des ressources ; orientation dans le CSSAC et dans les structures partenaires ; accompagnement et suivi d'un cas complexe...

La formule d'un médiateur communautaire pour définir son poste « à moitié secrétaire médical, à moitié médiateur, à moitié assistants sociaux, à moitié médecin généraliste » rend compte des multiples dimensions que recouvre leurs missions. Le dispositif d'écoute reposant sur des entretiens avec les médiateur.ices communautaires est d'ailleurs moins systématisé lorsque l'utilisateur vient pour une consultation spécialisée en addictologie, psychologie, sexologie ou avec une assistante sociale.

Dans les routines quotidiennes, leur **activité s'avère très souvent multitâches** et sujette à de multiples **sollicitations parfois complexes à conjuguer en pratique** (gérer l'accueil, réaliser des entretiens dans la même temporalité etc.). La polyvalence de leur fonction est également reflétée par la diversité de leurs parcours professionnels et de formation antérieurs (formation de sociologie et parcours associatifs fréquents) (en résonance avec le référentiel de la HAS de 2017).<sup>13</sup>

Une **vigilance doit donc demeurer si ces CSSAC étaient généralisés quant à la reconnaissance de leur profession sur les plans statutaires et juridiques, de leur juste rémunération et de leur montée en compétences dans leur trajectoire professionnelle**, enjeux relatifs à la médiation en santé bien identifiés à l'échelle nationale.

---

<sup>13</sup>[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_preve....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf)

### Les conditions de coordination en interne

La compréhension de l'écosystème des CSSAC suppose une analyse des conditions favorisant ou freinant la coordination interne entre les différent.es professionnel.les. Nous distinguons 2 échelles non exclusives l'une de l'autre pour analyser la coordination interne de chaque structure.

#### **En ce qui concerne la dynamique globale de la structure :**

- ❖ **Gouvernance** : Chaque équipe est pilotée *a minima* par un binôme de coordonnateur.ices (une personne assurant la « direction » de la structure et un.e représentant.e de l'association porteuse bien souvent) en contact régulier voire quotidien avec les équipes. Les SPOT de Montpellier et Marseille sont par ailleurs soumis aux arbitrages et à la gouvernance aux échelles supérieures (régionale et nationale) de AIDES ; le CSSAC de Paris est très autonome vis-à-vis du groupe SOS.

**A Paris**, du fait d'équipes plus étoffées et du souhait de constituer des groupes de travail pour réfléchir à l'évolution de l'offre de services en fonction des caractéristiques des publics fréquentant le Checkpoint, **la gouvernance se subdivise ensuite en pôles** (infirmier.es, médecins, prévention, accueil) au sein desquels sont désigné.es un.e ou des coordinateur.ices faisant le lien entre la direction et les équipes.

Cette structuration, qualifiée par certain.es acteur.ices de « pyramidale » s'avère facilitante, plus lisible et permet un management de proximité et aux équipes intervenant auprès des usager.es, de participer à la réflexion. Cependant elle peut parfois laisser aux personnes non présentes sur les postes de coordination l'impression d'être peu écoutées et d'une incohérence, voire d'une rupture, avec la recherche d'horizontalité projetée en lien avec la santé communautaire.

Dans l'ensemble des centres, une personne a joué un rôle de référente pour chaque dimension de l'activité (construction des parcours des usager.es ; EBMD) notamment lorsqu'elle a participé activement à la création et la structuration de l'offre du CSSAC dès ses débuts.

- ❖ Les équipes sont constituées d'un personnel « permanent », travaillant à temps plein, et d'intervenant.es à temps partiel, souvent nombreux.ses. Des usager.es sont par ailleurs pris.es en charge par une équipe pluridisciplinaire, mais **des temps de « staff » pour discuter des cas plus complexes ne sont pas toujours systématisés**. Un **trop grand formalisme** de ces temps de coordination **se heurte souvent à des disponibilités réduites** des différent.es professionnel.les, nombreux.ses à intervenir à temps partiel. A Marseille et Montpellier, des créneaux réguliers de différentes natures sont banalisés (à Montpellier : une réunion d'équipe mensuelle en soirée, une hebdomadaire pour les infirmier.es, les médiateur.ices et l'équipe de direction ; et une mensuelle pour les médiateur.ices et infirmier.es par exemple). A Lyon, des temps hebdomadaires sont à stabiliser.
- ❖ **Associer milieu associatif et médical** : Plusieurs acteur.ices ont mentionné **l'acculturation nécessaire entre corps médical et milieu associatif** dans le déploiement des CSSAC. La coopération entre médiateur.ices communautaires, issu.es du monde associatif, et professionnel.les de santé constitue souvent une primo-expérience et particulièrement pour ces dernier.es. L'accent sur cette « acculturation » occupe une place spécifique dans les entretiens réalisés avec les équipes de Montpellier et Marseille, du fait de la structuration historique du champ de la lutte contre le VIH et de la place de l'association AIDES dans celui-ci. Le déplacement ne se situe pas tant dans la coopération entre AIDES et les médecins, que

sur le **rappel de mettre sur un pied d'équité médecins et patient.es**, ainsi que sur la **collaboration associatif/médical de manière proximale**, dans des mêmes locaux et non uniquement dans des orientations issues d'actions hors les murs pour des confirmations diagnostiques.

*« Je pense que ça a été quand même un sacré virage dans l'asso, dès la mise en place de l'offre en santé sexuelle, d'installer la présence de soignants dans l'asso, et que l'asso porte des lieux où on salarie des soignants » (porteur)*

*« On a recruté des médecins (...). Certains médecins comprenaient très bien les enjeux, acceptaient de revoir leurs pratiques. Il y a eu des profils où ça n'a pas trop marché hein, avec une pensée très descendante hiérarchisante, qui ne collait pas du tout avec la pensée du milieu associatif et militant. Mais après même des gens qui étaient arrivés avec des postures un peu trop « hautes », ou très « c'est comme ça », et bien on en a vu bouger lentement, et aujourd'hui tu leur dis, je prends une ordonnance pour faire tel ou tel truc on te dit « bien sûr j'ai toute confiance ». A l'époque le médical se sentait à part, par exemple ils ne participaient pas forcément aux temps associatifs alors que ça leur a été toujours proposé. Et bien ça a commencé doucement, il a fallu 6 ou 7 ans, il faut commencer tôt. Et certains sont arrivés avec une totale ouverture d'esprit ; on va pas se mentir, c'est souvent des jeunes médecins ! » (infirmier)*

Elle suppose donc d'envisager de négocier l'articulation de la place de chacun.e avec les autres parties prenantes de ces structures et la mise en dialogue de cultures professionnelles spécifiques. Cette médicalisation d'antennes associatives constitue d'ailleurs un enjeu stratégique majeur d'actualité pour Aides pour répondre aux besoins des communautés.

### **En ce qui concerne les contours d'intervention de chaque professionnel.le et leur coordination dans la prise en charge des usager.es :**

#### **❖ Transmission et partage d'information**

- Dans l'offre socle de dépistage et de mise sous PrEP, les personnes consultantes sont généralement reçues pour des entretiens en santé sexuelle par 2 voire 3 intervenant.es : les médiateur.ices communautaires, les médecins et les infirmier.es. Se pose dès lors la question, soulevée par un médiateur lors du lancement de l'expérimentation :

*« Comment on fait pour que, quand les personnes rencontrent 3 professionnels, on ne leur pose pas 3 fois la même question. Ce serait horrible, l'intérêt du dispositif dans ce cas aurait été limité » (médiateur)*

Si l'ensemble des professionnel.les rencontré.es semblent à terme s'accorder sur le bien-fondé de cette articulation, force est de constater qu'il **n'est pas toujours aisé d'objectiver la division des tâches** entre les trois professionnel.les, ainsi que **les possibles effets de répétition concernant les informations recueillies sur l'usager.e et celles qui lui sont délivrées.**

*« On a créé des grilles d'entretien pour les médiateurs, qui ont été réévaluées ensuite [la grille transmise par les équipes indique qu'il s'agit de sa 8ème version,*

*six mois après la première inclusion], on les retravaille en continu. Nous côté infirmier, et médecin, on pose des questions plus ouvertes, sur l'histoire de la santé sexuelle, le parcours, le vécu. Après c'est assez aléatoire. On a des questions sur les rapports non protégés aussi et la date du dernier dépistage, c'est un peu plus ouvert comme entretien. » (infirmier)*

- Le « tuilage » entre les intervenant.es successif.ves est construit autour de la mise en cohérence de la prise en charge d'un.e usager.e permise par une **visibilité globale** de sa situation, et le **respect de la confidentialité de chaque entretien**. Chaque intervenant.e s'assure du **consentement** de l'utilisateur.e à ce que certaines informations soient partagées avec ses collègues. **Les professionnel.les ont été nombreux.ses à relever une variation dans les discours des usager.es selon leur interlocuteur.ice, notamment à la faveur des entretiens avec les médiateur.ices communautaires**. Il est à noter d'ailleurs que certain.es des professionnel.les de santé rencontré.es ont **assimilé le rôle des médiateur.ices à celui de coordonnateur.ice** à l'échelle de la prise en charge d'un.e usager.e : ils occupent une place de personne référente, ayant une vision globale du suivi de la personne et des demandes formulées pour des consultations spécialisées, et recontactent les personnes. Dans le lien entre professionnel.les à strictement parler, la coordination s'effectue le plus souvent par **des transmissions orales, notamment lorsque des situations complexes sont identifiées**. La proximité spatiale permise par l'unité de lieu d'exercice des équipes permet des échanges informels en cours de permanence mais suppose que les intervenant.es réussissent à se synchroniser au moment approprié et/ou qu'un entretien avec un.e autre usager.e soit ponctuellement interrompu brièvement. **Le logiciel métier sert également d'appui à cette coordination :**

*« Moi avant la consultation je regarde toujours ce que l'accompagnateur communautaire a marqué. Ça évite d'arriver un peu... Enfin voilà, si par exemple, l'accompagnateur marque qu'il y a des violences subies, je vais peut-être aussi, enfin ça m'informe, et surtout ça m'indique les points où je vais devoir passer du temps, notamment par exemple, dès le début de la consultation, je vois un peu les grands points qu'il va falloir aborder. Donc je gère pour essayer de rentrer dans les temps d'une consultation. » (médecin)*

La coordination **se heurte toutefois à une utilisation variable et aléatoire des systèmes d'information et des logiciels métiers** par les différent.es professionnel.les. En cas d'absence de transmission orale, les intervenant.es arrivant en seconde ou troisième étape du parcours n'ont pas toujours pu prendre connaissance des premières informations concernant l'utilisateur.e (soit qu'elles ne soient pas encore rentrées par les professionnel.les précédent.es, soit que le temps leur ait manqué pour consulter le dossier en amont). La multiplication des supports, papiers ou fichiers numériques complémentaires (post-it, fiche papier de synthèse des résultats traités, etc.) sont aussi un indice des limites de l'outil numérique utilisé.

Par ailleurs, ce « **secret partagé** » **peut opérer à échelle variable**, ce qui interroge les équipes ; dans certains cas, les professionnel.les ne savent pas à quel contenu ont accès leurs collègues. Dans les faits, si les **médecins et infirmier.es ont généralement accès aux fiches « accompagnateur » (cad médiateur)**, la réciproque **n'est pas systématique**.

« Ça peut être handicapant. En fait c'est un peu compliqué d'être en équipe avec des gens où nous, on va transmettre des infos, et l'inverse est pas possible. Et en même temps il y a des aspects plus faciles, quand on n'a pas accès aux résultats on peut pas gaffer (soupire). C'est une réflexion qu'on a aussi en équipe, parce que c'est compliqué de faire un débriefing en équipe, mais c'est pas très aidant, mais c'est aussi un effet du cadre juridique. » (médiateur)

« On se dit quand même, que le CSSAC c'est une structure globale, donc peut-être que certaines choses pourraient être partagées avec nous et les acteurs communautaires, avec l'accord des patients. Initialement, moi je dévoilais pas trop, enfin mes consultations c'était mes consultations. Après si j'avais besoin d'en parler avec l'infirmier, je le faisais devant le patient. Mais là on est quand même en train de se dire c'est quand même une structure, donc il faudrait peut-être plus faire circuler les informations avec l'accord des patients bien entendu, au préalable. Ça a été discuté récemment en réunion cette problématique. » (médecin)

❖ Le protocole de coopération infirmier.e-médecin :

- Le **cahier des charges prévoyait l'application du protocole national de coopération « Consultation de santé sexuelle par l'infirmier ou l'infirmière (...), en lieu et place du médecin »**, dans le cadre des CSSAC. En cours d'élaboration lors du montage des CSSAC, il est entré en vigueur en cours d'expérimentation, le 29 octobre 2021<sup>14</sup> et autorise notamment la prise en charge des cas simples par les infirmier.es sans passage par le médecin, à l'instar des cas asymptomatiques pour des dépistages, des suivis des patient.es sous PrEP ou encore des rappels de vaccination.
- Il a fait l'objet **d'ajustements locaux** par certains des centres expérimentateurs pour alléger l'organisation bien que certaines conditions posées dans le protocole national ne soient pas remplies (notamment l'exigence d'une expérience d'au moins une année dans un CeGIDD/CPEF ou centre de santé sexuelle, ou les conditions de formation). A Lyon, un protocole de coopération en interne a été élaboré ex materia par la médecin référente, qui s'est chargée de former les IDE recruté.es par exemple, avec un volet théorique et une observation/supervision d'une dizaine d'actes des infirmier.es pour valider le volet pratique. A Montpellier, en attendant qu'un de leur infirmier valide le Diplôme Universitaire spécifique au protocole de coopération, la souplesse s'est exprimée notamment sur l'ordre d'intervention de chaque professionnel.le, les infirmier.es rencontrant parfois l'usager.e avant le médecin, qui réajuste *a posteriori* les examens biologiques à effectuer, sans incidence sur la prise en charge puisque les prélèvements ont de toute façon été effectués. Ce **protocole** est en effet **facilitant pour améliorer la fluidité de la prise en charge, augmenter les capacités de dépistages et réduire les délais de mises sous traitement et les pertes de chance**, ce qui conduit les infirmier.es et les porteur.euses notamment à **plaider pour sa simplification et son élargissement**.

---

<sup>14</sup> Arrêté du 29 octobre 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Consultation de santé sexuelle par l'infirmier ou l'infirmière en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin », <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044294447>

« On fait pas de traitement s'il n'y a pas de médecin, c'est extrêmement bloquant. C'est déjà une problématique récurrente en CeGIDD, les protocoles prennent les infirmiers pour des idiots. Ça n'apporte strictement rien, donc on espère que dans le futur l'extension des compétences sera faite, notamment pour des infirmiers très spécialisés (...) Je vais même aller plus loin, certains médecins ne savent pas dépister quand ils débutent, une infirmière plus expérimentée sur ça aura une meilleure réflexivité. (...) Et puis on ne force jamais une infirmière à accepter des entretiens tant que la personne n'avait pas été vue par un médecin, notamment si elle vient d'arriver, et qu'elle se sent pas de le faire. » (infirmier)

« On est en train d'essayer, vu que même comme ça [avec le protocole de coopération], les consultations médicales sont pleines, on est en train de réfléchir à des protocoles de traitement simple des IST. Les traitements des IST sont tout le temps les mêmes, si tu as un médecin dans les locaux c'est bon. C'est important que les infirmiers puissent faire plus de choses, c'est ce qu'ils font déjà à l'hôpital en fait. A l'oral on te dit quoi faire... Ça permet de faire gagner du temps aux patients, et aux équipes et de réduire encore les délais entre le test et les résultats. » (porteuse)

Les aménagements locaux des délégations de tâches sont réajustés dès lors qu'une des deux parties prenantes (médecin comme infirmier.e) exprime un inconfort dans sa mise en place, ce qui est facilité par des échanges de proximité quant aux pratiques individuelles, et d'adaptations mutuelles.

En conclusion, la **simplification des protocoles de coopération**, dont les conditions sont en l'état trop lourdes et freinent les capacités d'adaptation des CSSAC dans leur montée en charge, semble rencontrer par ailleurs **peu de réticences de la part des médecins** impliqués dans les CSSAC. Côté infirmier, **l'autonomie permise par la délégation de tâche et la montée en compétences est par ailleurs grandement appréciée et susceptible de revaloriser l'attractivité de ces postes**. Nous rejoignons donc le constat de l'IGAS<sup>15</sup> concernant la nécessité d'accélérer le déploiement de ce protocole de coopération, en en aménageant ses conditions.

### *La mise en place de l'EBMD : les défis d'accords quadripartites*

#### Description

Le cœur de l'offre en santé des CSSAC prend appui sur l'EBMD, dans une optique de réduire les délais entre les diagnostics d'infection et la mise sous traitement et d'éviter ainsi les pertes de chance. Elle constitue également un appui précieux pour une mise rapide sous PrEP.

Après réalisation des prélèvements sanguins par les infirmier.es, et des auto-prélèvements multi-sites (pharynx, anus, vagin, urine) **au sein des CSSAC**, deux types d'examen biologiques sont réalisés **selon l'ancienneté de la prise de risques et les facteurs d'exposition** :

- Sur place, la biologie s'effectue via le Genexpert, appareil fourni par l'entreprise Ceipheid. Il est ainsi possible d'effectuer une PCR qualitative concernant les chlamydiae et gonocoques, et une charge virale concernant le VHC et le VIH (**détection qualitative**). Les **résultats sont accessibles en 2 heures**.
- En laboratoire, après récupération quotidienne (voire bi-quotidienne à Paris) des prélèvements par un.e coursier.e ou un.e technicien.ne du laboratoire partenaire, les examens

<sup>15</sup> <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-049r.pdf>

complémentaires portent notamment sur la sérologie des différentes IST et les recommandations relatives à la mise sous PrEP. **Les délais de résultats sont dépendants de leur récupération puis de leur mise sur les plateaux techniques pour analyse par les biologistes en laboratoire, et se situent souvent entre 24 et 48 heures.**

#### Conditions de mise en place

La mise en place de l'EBMD suppose la **coopération de 4 acteurs** : le CSSAC, Ceipheid – l'entreprise privée fournissant l'appareil réalisant les EBMD –, le laboratoire d'analyses médicales externe partenaire et l'éditeur du logiciel métier et du dossier patient informatisé des CSSAC.

L'appareil Genexpert est mis à disposition des CSSAC par l'entreprise Ceipheid ; il suppose une personne référente parmi les équipes des CSSAC. Un.e ingénieur.e habilité.e par Ceipheid a formé sur une à deux demi-journées les professionnel.les intervenant sur la machine, et un.e technicien.ne du laboratoire partenaire. Ces personnes habilitées sont ensuite en mesure de former les nouveaux.les intervenant.es. Cette habilitation est perdue en cas d'absence de la pratique sur le Genexpert pendant 6 mois, et doit être revalidée une fois par an. Sa maintenance s'effectue à différents niveaux, et est gérée pour sa dimension quotidienne (nettoyage des surfaces et désinfection) et hebdomadaire (redémarrage) par les infirmier.es des CSSAC. La maintenance mensuelle est effectuée par un.e membre du laboratoire partenaire.

Tout acte de biologie assuré en CSSAC doit prendre appui sur un laboratoire de biologie. Les CSSAC ont donc été chargés d'identifier un **laboratoire partenaire, ayant l'accréditation pour les EBMD**. Les CSSAC ont majoritairement procédé via une mise en concurrence et un appel d'offres : Marseille et Montpellier travaillent avec LaboSud, Lyon avec un laboratoire de proximité du groupe Biogroup, et Paris avec un laboratoire de Cerballiance. Ces partenariats supposent un certain nombre de mises en conformité pour les CSSAC afin de respecter les normes de qualité de laboratoire, les espaces de prélèvements et d'auto-prélèvements (sanitaires dédiés) étant par exemple considérés comme appartenant au laboratoire donc soumis aux mêmes règles.

Ce partenariat suppose par ailleurs d'organiser **et de structurer le circuit des prélèvements effectués dans le CSSAC pour l'analyse en laboratoire**, du système de réfrigération et conservation des prélèvements sur place, au tuilage de leur récupération par les laboratoires.

Les résultats de l'ensemble des examens biologiques (en délocalisé ou non) sont centralisés par les laboratoires.

Les procédures de transmission des résultats font ainsi intervenir un 4<sup>ème</sup> intermédiaire : le logiciel patient. L'équipe lyonnaise a bénéficié d'accords avec les Hospices civils de Lyon pour utiliser leur logiciel patient NADIS, déjà opérationnel au CeGIDD du CHU. Marseille, Montpellier et Paris se sont dotés du même logiciel : Medilink (anciennement CHORUS). La **transmission informatique** entre le logiciel rattaché au Genexpert, les serveurs des laboratoires, et le logiciel patient du CSSAC **suppose des remontées informatiques plurielles et particulièrement sécurisées**. Pour 3 des 4 centres, la remontée des résultats du laboratoire se fait directement dans le dossier patient ; à Paris, les médecins doivent se connecter sur le serveur du laboratoire Cerballiance pour y avoir accès et transmettre ensuite aux chargé.es d'accueil les SMS à envoyer aux usager.es.

**Les procédures de validation des résultats par les laboratoires** ont fait l'objet de **négociations** entre les CSSAC et les laboratoires partenaires :

- ❖ Les CSSAC de Lyon et Montpellier ont réussi à obtenir que la validation des résultats du Genexpert se fasse a posteriori, autrement dit, que les résultats puissent être transmis aux patient.es en amont de cette validation.
- ❖ A Marseille, la validation par les biologistes a été levée pour la transmission des résultats négatifs du Genexpert aux patient.es, et est maintenue pour les résultats positifs. Les équipes du laboratoire marseillais valident rapidement (dans la journée) les résultats positifs du Genexpert, permettant aux infirmier.es du CSSAC de transmettre par téléphone les résultats aux patient.es généralement en moins de 24 heures.
- ❖ A Paris, la validation de l'entièreté des résultats par le laboratoire se fait en amont de leur transmission aux usager.es par les professionnel.les du Checkpoint.

### Freins et leviers

Les **exigences relatives à l'EBMD sont complexes et multiples**. La pandémie de coronavirus s'est accompagnée d'une forme de démocratisation de l'EBMD, ce qui a pu s'avérer facilitant lors du lancement de l'expérimentation. Toutefois, les expériences différenciées entre les laboratoires en matière d'EBMD ont conduit à des utilisations effectives du Genexpert variables, notamment à Marseille, qui n'a pu s'appuyer pleinement sur l'outil que plus d'un an après le lancement de l'expérimentation : le laboratoire retenu s'est avéré ne pas avoir l'expérience de l'EBMD sur Marseille (à la différence de la situation montpelliéraine).

Les équipes ont mis en exergue un certain nombre de **freins** à la coordination entre les différentes parties prenantes :

- ❖ Les difficultés de communication et de réactivité de l'éditeur du logiciel métier des CSSAC de Paris, Marseille et Montpellier ;
- ❖ Les bugs informatiques de multiples ordres (connexions qui ne se font plus, bugs avec des identifiants patients suite à des mises à jour sécurité du logiciel...) qui entravent la tenue des délais dans la transmission des résultats aux patient.es car bloquent le processus de validation par les biologistes.
- ❖ Les compétences informatiques nécessaires pour le bon déploiement des systèmes de connexion. Les infirmier.es référent.es du Genexpert ont souvent endossé un rôle de « référent.e informatique » par extension, sans avoir les compétences techniques nécessaires à la solution des problèmes rencontrés, rôle dès lors particulièrement chronophage.
- ❖ Certains biologistes des laboratoires partenaires, moins au fait des enjeux relatifs à la lutte contre le VIH et les IST, n'avaient pas la même mesure du caractère d'urgence de la remise des résultats. Il a fallu pour les porteur.euses les convaincre de la nécessité de ne pas excéder les 48 heures de transmission des résultats pour ne pas perdre un des objectifs premiers de l'expérimentation.

**En bref, l'efficacité du Test&Treat dépasse donc largement la seule responsabilité du modèle organisationnel au sein des CSSAC, dépendants de la performance des outils techniques informatiques et des connexions réseaux, ainsi que de la réactivité des laboratoires partenaires.**

A contrario, les équipes ont fait valoir plusieurs points facilitant la mise en place de ces accords pluripartites :

- ❖ La simplicité de l'habilitation au Genexpert et le soutien des ingénieur.es déployement de Ceipheid, étayé d'après certains porteurs par une forme d' « intérêt pour la cause ».
- ❖ L'intérêt financier pour les laboratoires associés, et la plus-value à déployer leur activité de biologie délocalisée.
- ❖ A Paris, les équipes ont obtenu que la validation des résultats des EBMD par les biologistes ne soit pas facturée au CSSAC.
- ❖ La motivation, la réactivité et l'engagement de certain.es interlocuteur.ices clés au sein des laboratoires partenaires et leur intérêt pour le caractère innovant de l'expérimentation et ses objectifs de santé publique. Des liens de qualité et un bon accompagnement ont été soulignés par l'ensemble des CSSAC avec le/la biologiste référent.e.
- ❖ Dans le cas lyonnais, la mise à disposition du logiciel NADIS rattaché au CHU a été facilitante pour les équipes des CSSAC, qui ont pu s'appuyer sur le soutien de la direction des systèmes informatiques.
- ❖ La présence et la disponibilité d'une biologiste hospitalière retraitée dans l'équipe porteuse lyonnaise a également constitué une ressource précieuse dans le déploiement rapide de l'EBMD, et permet au CSSAC lyonnais une forme d'autonomie et d'indépendance vis-à-vis du laboratoire. Les négociations s'en sont trouvées facilitées, permettant de concilier les besoins des deux parties.

Toutefois, certains **porteurs ont émis l'hypothèse que la flexibilité des laboratoires a été permise par le caractère expérimental des CSSAC**, et que certains principes de ce partenariat pourraient être à plus long terme révisés en cas de passage dans le droit commun, à l'instar la levée des coûts de validation des résultats du Genexpert par le laboratoire dans le cas de Paris par exemple.

### *Accords pharmaceutiques*

La diminution des pertes de chance de mise sous traitement des patient.es testé.es positif.ves à une IST ou souhaitant initier la PrEP, repose également sur la possibilité de délivrance au sein du CSSAC de ces traitements, notamment pour les publics identifiés prioritaires et plus vulnérables dans le circuit classique de soins.

Les équipes des CSSAC n'ont pas fait remonter de difficultés particulières concernant la mise en place des conventions avec les pharmacies. Les **pharmacies de proximité**, pour des soucis d'accessibilité pour les usager.es, **ont été privilégiées**, avec une vigilance sur un alignement maximal avec les horaires d'ouverture des CSSAC (privilégier une fermeture tardive, ouverture le samedi, etc.). Le cahier des charges envisageait, si l'activité le nécessitait, de faire appel à un.e pharmacien.ne à temps partiel. Cette situation ne s'est pas présentée. Les partenariats avec les pharmacies prennent appui sur la désignation d'une personne référente, souvent l'infirmier.e pour les commandes, le suivi des stocks et les liens avec les pharmaciennes.

Si les dimensions de ces partenariats ont moins été développées dans les entretiens, quelques leviers ont été identifiés pour leur mise en place :

- ❖ La sensibilisation de certain.es pharmaciennes aux enjeux de santé LGBT+
- ❖ A Lyon, la porteuse, pharmacienne retraitée, peut s'appuyer sur son réseau.
- ❖ Les dotations en traitements et/ou vaccins sont restées modérées, rendant possible l'association avec une pharmacie de proximité. Dès lors que les besoins de stocks se font plus

conséquents, il leur a été nécessaire de passer par des plus grosses structures. A Lyon par exemple, les vaccins sont achetés auprès du Comité départemental d'Hygiène Sociale (CDHS). Dans le cas de l'épidémie de monkeypox, l'activation rapide d'une synergie à l'échelle territoriale des différents acteurs impliqués en santé sexuelle avait ouvert aux CSSAC l'accès aux pharmacies hospitalières.

A Lyon, des négociations pour bénéficier plus largement des tarifs hospitaliers n'ont pas abouti. **Les porteurs parisiens et lyonnais notamment ont en effet souligné le poids financier que représente leur pharmacie et le grand écart entre les tarifs hospitaliers et les tarifs de ville.**

*« On voit aussi la disparité entre tarifs hospitaliers alors que là on bénéficie des tarifs de ville, pour une boîte de PrEP on passe de 10 à 160 €. Il y a des obstacles réglementaires aussi qui empêchent de déconditionner le TPE, il n'y a qu'un pharmacien qui peut le faire. Ce serait bien d'avoir la possibilité de faire un partenariat privilégié, ou d'avoir les mêmes tarifs que les structures hospitalières, ou faire un partenariat avec les structures hospitalières. On a essayé de se lancer dans un groupement de coopération sanitaire, tous les acteurs ont travaillé pendant un an dessus, avec un hôpital qui fait partie du groupe [qui porte l'association et le CSSAC], des gens qui étaient motivés pour le faire. On avait le soutien du pôle juridique et tout, on a tous reculé devant la complexité du montage, et les impacts sur l'hôpital qui aurait dû extraire sa pharmacie, de refaire des contrats, ça devenait une vraie usine à gaz. Si on en revient à l'objectif de santé publique, il faudrait une organisation intermédiaire » (porteurs)*

#### *Le maintien d'obstacles réglementaires au déploiement de l'offre : la délivrance du TPE*

Dans ce prolongement, le maintien d'obstacles réglementaires a empêché le déploiement d'une partie de l'offre de traitement prévue pour les CSSAC : **la délivrance du TPE est demeurée impossible pour les centres n'étant pas CeGIDD**, Le Griffon à Lyon et le SPOT de Montpellier.

La plus-value à ce que ces centres aient la possibilité de délivrer le TPE a été rappelée par les porteurs.euses et les ARS référentes des CSSAC lyonnais et montpellierain.

*« Du coup quand il y a besoin d'un TPE, les porteurs du SPOT nous ont dit que les personnes sont envoyées au SMIT [service des maladies infectieuses et tropicales] ou au CegiDD. Ou quand c'est un samedi après-midi, il faut qu'elles aillent aux urgences, sauf qu'elles n'y vont pas, pour des raisons entendables. Ça reste une vraie urgence, parce qu'il n'y a pas beaucoup de temps, mais un infarctus à juste titre sera priorisé aux urgences. Sauf que peut-être que d'autres urgences sont perçues comme l'étant davantage qu'un TPE, alors que ça se discute... » (réfèrent ARS)*

Les CSSAC avaient en effet été pensés pour partie comme moyen de diminuer les opportunités manquées de TPE du fait de leur accessibilité en termes d'amplitudes horaires, et des réticences des publics à aller dans les circuits hospitaliers.

**Le CSSAC de Lyon est finalement parvenu à établir une convention avec les HCL qui rend possible la délivrance du kit d'initiation du TPE**, que leur fournit la pharmacie hospitalière.



## 2) Efficacité

### **SYNTHESE DES RESULTATS CLES**

#### ***2a - Dans quelle mesure les CSSAC facilitent et/ou améliorent-ils l'accès aux services de santé sexuelle des communautés ciblées ?***

La temporalité de l'expérimentation ne permet pas le recul nécessaire pour mesurer l'impact sur l'infléchissement de l'épidémie sur les territoires concernés.

L'efficacité de la prise en charge peut d'abord se lire au regard des effets de l'unicité du Test&Treat et des délais réduits de transmission des résultats. Les équipes expérimentatrices ont dans l'ensemble été en mesure de tenir les délais annoncés entre les dépistages et la transmission des résultats. Les résultats des EBMD sont globalement transmis aux patient.es dans la journée même, ou la matinée du lendemain ; les délais sont plutôt en moyenne de 24h à 48h concernant les analyses effectuées en laboratoire. La rapidité des résultats grâce au Genexpert, en plus d'être rassurante pour les usager.es, s'avère ainsi particulièrement efficace pour une mise sous PrEP et/ou sous traitement curatif rapide. Elle permet d'une part de rompre les chaînes de contamination, et d'autre part de réduire les traitements probabilistes.

Toutefois, la tenue de ces délais exige des temps de coordination médicale plus ou moins conséquents selon la file active, qui avaient parfois été sous-estimés. Par ailleurs, les outils techniques de transmission des résultats et de suivi des positif.ves pourraient être améliorés.

En second lieu, l'approche de la santé sexuelle dans sa globalité, appuyée sur l'offre de consultations spécialisées pluridisciplinaires permet une réponse personnalisée aux besoins des personnes consultantes. L'accessibilité aux services de santé sexuelle des communautés ciblées pose aussi la question du niveau de saturation du dispositif et de la durée des suivis proposés, non fixés dans le cahier des charges (en dehors de la limite des 6 dépistages par personne sur une année). Il s'agit dès lors de parvenir à concilier nouvelles inclusions et suivi des patient.es déjà intégré.es dans le dispositif, et d'arbitrer dans quelles situations un transfert vers un suivi en ville n'est pas préjudiciable. Les principales tensions portent sur les consultations spécialisées ; quant à l'offre socle, c'est le suivi des patient.es sous PrEP qui constitue souvent la marge d'ajustement.

Ces arbitrages illustrent le flou entourant le cœur de la mission initiale des CSSAC : si leur ambition n'est pas forcément d'engager un réel suivi, le fait de parvenir à capter des personnes éloignées du soin et cumulant les facteurs de vulnérabilité pose, du moins sur le moyen terme, la question des risques de rupture de prise en charge si elles sont réorientées à l'extérieur. Par ailleurs, une limitation d'un nombre de séances dédiées à des problématiques addictives, psychologiques ou en sexologie notamment pour une prise en charge plus globale de la santé sexuelle s'avère souvent incompatible avec les besoins identifiés.

Ces compromis interrogent plus largement sur le décloisonnement de la prise en charge, et l'association des médecins traitants dans celle-ci, qui gagnerait à être approfondie dans les cas plus complexes notamment et pourrait soutenir le rétablissement d'un lien entre les populations ciblées et le système classique de soins.

En effet, l'idée structurante de cette expérimentation était d'apporter une réponse aux besoins spécifiques de santé en développant une approche dite communautaire vers les populations clés qui sont parfois réticentes à fréquenter les autres lieux de prise en charge de leur santé sexuelle par crainte d'être exposées à des stigmatisations voire des discriminations dans le soin.

L'approche communautaire est d'abord une approche populationnelle, les populations clés ayant été globalement regroupées sous les acronymes LGBT+ et TDS, à qui a été réservée la prise en charge en interne. Le respect de l'auto-détermination des personnes et le rappel d'un cadre safe, bienveillant et non jugeant sont structurants dans leur prise en soin. Les personnes considérées hors des groupes prioritaires ont été majoritairement réorientées vers les autres structures. Notons que l'identification à l'acronyme LGBT+ notamment n'est pas exempte d'ambiguïté et présente un certain nombre de limites. Elle invisibilise par ailleurs la diversité des besoins des sous-groupes les constituant, diversité à laquelle ont été soucieux de répondre les CSSAC en multipliant les portes d'entrée possibles dans le dispositif et en s'appuyant sur des actions d'aller vers protéiformes.

L'approche communautaire renvoie également à une redéfinition des codes ordinaires associés à l'environnement médical. Le paradigme de soin déployé prend appui sur des stratégies d'euphémisation de la médicalisation, la recherche d'une plus grande horizontalité des rapports dans la relation d'accompagnement, et des formes de pair-aidance et de partenariat patient, pour améliorer l'acceptabilité d'une prise en charge médicale et encourager l'autonomisation des personnes consultantes. Ces dimensions sont transverses et s'incarnent bien souvent dans le rôle dédié aux médiateur.ices communautaires.

## **2b - Quelles sont l'expérience et la satisfaction des professionnel.les et des usager.es des CSSAC ?**

Dans l'ensemble, la satisfaction déclarée est bonne et la plus-value du dispositif reconnue par l'ensemble des parties prenantes.

Du côté des professionnel.les, le système organisationnel déployé est perçu comme améliorant la relation d'accompagnement proposée aux usager.es, et encourage l'autonomie et la participation à la prise de décisions, particulièrement appréciées par les infirmier.es notamment.

Les principaux mécontentements des professionnel.les se concentrent sur leurs conditions matérielles de travail et la faiblesse de leurs rémunérations. Par ailleurs, une forme d'ambivalence demeure autour des perceptions et attentes autour de l'approche communautaire. L'assimilation avec la santé communautaire chez certain.es professionnel.les conduit à des attentes, pour partie déçues, quant à la place occupée par les membres de la communauté au sein des professionnel.les prenant en charge les usager.es notamment. Toutefois, le fait d'appartenir soi-même à la communauté n'est pas exempt de difficultés. L'importance des relations d'interconnaissance produite par l'entre-soi communautaire brouille ainsi les postures endossées dans des sphères distinctes et les frontières entre vie privée et vie professionnelle. Cette question de la porosité des frontières se pose avec plus d'acuité pour les médiateur.ices communautaires, moins protégé.es par une identification claire du cadre de la relation thérapeutique et/ou de leur statut, dont peuvent bénéficier à l'inverse les médecins.

Enfin, les équipes ont fait remonter l'importance de la mise en place de dispositifs d'accompagnement et d'analyse de la pratique pour les professionnel.les, afin de prévenir les risques psycho-sociaux, notamment dans un contexte d'exposition fréquente à des problématiques complexes, et de formes de sur-responsabilisation.

Du côté des usager.es rencontré.es, il existe une très bonne satisfaction générale et le souhait que cette approche puisse devenir la norme. Le caractère pluridisciplinaire et centralisé de l'offre déployée a été présenté comme une ressource, et l'accessibilité aux soins jugée bonne, malgré quelques délais de prise en charge jugés parfois un peu longs, notamment pour les consultations spécialisées. L'approche bienveillante, safe et non jugeante a été unanimement soulignée comme appréciable, rassurante et libératrice de la parole pour les patient.es. La dimension communautaire, bien qu'elle fasse l'objet de rapports différenciés selon les usager.es, est considérée comme un levier pour une meilleure prise en charge et étaye la reconnaissance des compétences des professionnel.les des CSSAC par les usager.es.

### 2a – Accès aux soins : Les délais de prise en charge

#### *L'efficacité du dépistage : une mise sous traitement rapide et une adaptation de l'offre vaccinale*

Les taux de positivité ont été présentés dans le rapport OPTIMISE. Nous revenons davantage ici sur la mise en œuvre du dépistage et les modèles organisationnels déployés pour respecter les délais visés de transmission des résultats.

OPTIMISE : Table 2- New HIV cases

	Marseille	Montpellier	Paris	3 CSSAC	France en 2021
<b>Patients newly diagnosed with HIV</b>	7	2	14	23	5013
<b>Percentage of total French cases</b>	0,14 %	0,04 %	0,28 %	0,46 %	100 %
<b>Number of HIV tests</b>	982	1512	4595	7089	5700000
<b>Percentage of those tested who are newly diagnosed with HIV</b>	0,90 %*	0,13%	0,30%	0,32%	0,08%

Source : Rapport de l'évaluation Optimise conduite par l'UCD.

\*0,7 % après recalcul par notre équipe avec les données rapportées.

La temporalité courte de l'expérimentation ne permet pas le recul nécessaire pour mesurer l'impact sur l'infléchissement de l'épidémie sur les territoires concernés. Par ailleurs, à ce stade, l'évolution de la part de personnes testées positives dans la file active des centres, notamment en ce

qui concerne le VIH, ne peut être interprétée de manière univoque<sup>1617</sup>. Son évolution à la hausse peut être le signe d'une ouverture des CSSAC à l'égard des populations les plus vulnérabilisées, parmi lesquelles se situent la part dominante de l'épidémie cachée. A contrario, une baisse des dépistages positifs au VIH peut refléter l'efficacité des démarches préventives soutenues par les CSSAC, et plus spécifiquement traduire des effets d'une mise sous PrEP plus généralisée et efficace.

*« On a eu 3 cas de séroconversion en moins de deux ans d'ouverture. Ça a été un gros questionnement de ma part, je me disais on est en train de rater le coup, on rate le job. Et en fait peut-être que non, peut-être qu'on le réussit, c'est sans doute encore un peu tôt pour l'affirmer comme ça. Mais avant même l'ouverture, il est pas impossible que la ville de [ville d'implantation du CSSAC] ait démarré la PrEP de manière volontariste avant même le [nom du CSSAC] et qu'on ait doublé l'offre d'initiation de PrEP localement, et que c'est peut-être ça qui commence à porter ses fruits. Sur les chiffres du CHU il semblerait qu'il y ait une baisse des nouvelles contaminations chez les HSH. C'est un cheminement intellectuel un peu compliqué, après des années à se dire on fait notre taff quand on trouve des positifs, ça veut aussi dire qu'il faut aller trouver ceux qui le sont ; mais peut-être que c'est qu'on fait notre taff, via la PrEP. » (porteur)*

#### Quelles stratégies de dépistage ?

**Les dépistages effectués au sein des CSSAC sont adaptés en fonction des symptômes, des situations des usager.es et des pratiques considérées à plus haut risque d'exposition.** Les arbitrages sont essentiellement concentrés autour de la pertinence d'effectuer les charges virales du VIH ou de l'hépatite C sur le Genexpert, d'autant qu'il s'agit des plus coûteuses à effectuer. En effet, les EBMD sont utilisés en routine concernant les IST aux gonocoques et chlamydiae, là où les charges virales VIH et VHC sont privilégiées en fonction de critères d'exposition (contact avec des partenaires positifs, pratiques sexuelles et usages de drogues par voie intranasale ou par injection, et leur ancienneté) et des demandes de mises sous PrEP. Les autoprélèvements locaux sont ciblés en fonction des pratiques anales, orales ou vaginales déclarées. Selon l'ancienneté des pratiques considérées comme exposantes, les sérologies sont favorisées.

**Au-delà du diagnostic de contamination au VIH, aux hépatites virales ou à une IST et d'une mise sous traitement si nécessaire, le dépistage vient en appui aux stratégies de prévention** puisque les sérologies informent sur la pertinence d'initier des schémas de vaccination, et que la mise sous PrEP n'est possible qu'à la condition que les personnes ne soient pas en séroconversion ou soient séronégatives. **La rapidité d'accès aux résultats permise par le Genexpert est ainsi une ressource précieuse pour permettre des initiations de PrEP plus précoces.**

---

<sup>16</sup> Le centre de Dean Street à Londres est mentionné comme référence dans le cahier des charges, qui précise que ce centre « a vu en 2016 une chute de 40 % dans les contaminations à VIH par rapport à 2015 dans la file active des personnes suivies par la clinique ». Il semble difficile d'isoler cette évolution pour en faire un indicateur d'efficacité de cette clinique (temporalité considérée courte, approche descriptive non comparative).

<sup>17</sup> G. Whitlock, P. Scarfield, and Dean Street Collaborative Group. HIV diagnoses continue to fall at 56 Dean Street. *EClinicalMedicine*. 2020 Feb; 19: 100263. Published online 2020 Feb 4. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100263

Exemple des recommandations de prescription des examens de biologie au sein d'un CSSAC

Lieu de réalisation	Dépistages	Situations prioritaires
En interne, Genexpert	Charge virale VIH	Initiation PrEP Publics avec rapports réceptifs non protégés (anaux, vaginaux) dont l'ancienneté est comprise entre 3 et 6 semaines avant le dépistage Exposition connue à un.e partenaire VIH+
	Charge virale VHC	Usager.es de drogue par voie intra-nasale ou voie injectable Rapports traumatiques Exposition connue à un.e partenaire VHC +
	PCR CT/Gono 3 sites	Tous publics cibles des CSSAC*
Au laboratoire partenaire	Sérologie VIH	Initiation PrEP Personnes exposées à un risque de contamination dont l'ancienneté est supérieure à 6 semaines
	Sérologie VHC	Publics cibles des CSSAC avec pratiques à risques
	Sérologie VHA et VHB	Publics cibles non vaccinés ou au statut vaccinal inconnu
	Sérologie syphilis	Publics cibles des CSSAC

\*Nous reviendrons sur les critères de délimitation de ces publics cibles dans la section suivante, voir 3.2.2.

[Le pari globalement tenu de délais raccourcis pour la remise des examens biologiques](#)

**Les équipes expérimentatrices ont dans l'ensemble été en mesure de tenir les délais annoncés entre les dépistages et la transmission des résultats.** Les résultats des EBMD sont globalement transmis aux patient.es dans la journée même, ou la matinée du lendemain ; les délais sont plutôt en moyenne de 24 à 48 heures concernant les analyses effectuées en laboratoire. Les principaux freins à ce respect des délais pour transmettre les résultats ont été mentionnés dans l'évaluation de la faisabilité (voir 3.1.4.2 notamment) et renvoient principalement à la nécessité que les résultats soient validés par le laboratoire partenaire.

Il s'agit ici de revenir plus avant sur les routines d'organisation instaurées pour transmettre les résultats aux personnes consultantes. **Dans les pratiques, il est rare que les usager.es restent sur place pour attendre leurs résultats.**

- 1) Les biologistes des laboratoires partenaires appellent les équipes des CSSAC en cas de résultats positifs nécessitant une prise en charge plus complexe, à savoir le VIH, et l'hépatite C.
- 2) Les procédures de lecture des résultats et de leur transmission aux usager.es sont variables entre les CSSAC, et nécessitent **des temps qualifiés de « coordination » plus ou moins banalisés dans les plannings.** Dans l'ensemble des centres, la grande majorité des résultats est transmise par SMS, des messages types ayant été élaborés et intégrés au logiciel métier à Paris, Marseille et Montpellier mais peuvent être modulés ; les modèles de message suivent une trame similaire à Lyon, mais ne peuvent être transmis via Nadis. Ces SMS mentionnent par exemple la négativité des résultats, peuvent proposer la vaccination VHA ou VHB si la sérologie a révélé l'absence d'immunisation, ou précisent qu'un des résultats (la majeure partie du temps sans préciser lesquels) nécessitent une prise en charge médicale et invitent les patient.es à revenir au CSSAC. **Aucun résultat positif au VHC ou VIH n'est transmis par téléphone,** les personnes étant conviées à revenir rapidement rencontrer un médecin, l'annonce diagnostique ayant lieu en consultation.
  - ❖ A Lyon, les résultats sont lus par les infirmier.es qui les transmettent aux médiateurs. Ces derniers envoient les SMS, **manuellement** via un téléphone portable dédié. En cas de résultats positifs au VIH ou à l'hépatite C, un appel est passé au/à la patient.e par un.e médecin. La médecin référente vérifie à 48 heures l'ensemble des résultats de toutes les personnes consultantes afin de s'assurer qu'il n'y ait eu aucun manquement.
  - ❖ A Marseille, les résultats après validation remontent dans le SI du CSSAC. Le secrétaire et les infirmier.es lisent les résultats ; en cas de doute d'interprétation (notamment

concernant les positifs à la syphilis, pour déceler s'il s'agit d'une recontamination ou d'une simple cicatrice), le secrétaire communique avec les infirmier.es via le logiciel. Il leur transfère également les résultats positifs. Ces derniers sont transmis par téléphone par les infirmier.es, complété d'un SMS si la personne n'est pas joignable. Les résultats négatifs sont envoyés par le secrétaire, via le logiciel métier, sur la base de 7 modèles intégrés.

- ❖ A Montpellier, les infirmier.es prennent un temps en dehors des permanences pour lire l'ensemble des résultats des consultations de la veille. Avant chaque permanence, une demi-heure de coordination est prise entre les infirmier.es et le/la médecin présent.e pour les repasser en revue et s'assurer qu'aucune erreur n'a été commise. Puis, les résultats négatifs sont transmis par SMS par les infirmier.es, et les résultats positifs sont répartis entre les infirmier.es (IST « bénignes ») et les médecins, qui appellent les usager.es pour reprogrammer un rendez-vous. Les modalités de transmission des résultats sont personnalisées si des personnes particulièrement anxieuses ont fait la demande d'être appelées y compris en cas de négativité.
- ❖ A Paris, sur les horaires d'ouverture au public, **des créneaux de coordination, a minima de deux heures par jour** (sur un planning type d'une semaine, 30 heures sont dédiées à de la coordination pour les médecins généralistes) sont banalisés pour les médecins qui lisent l'ensemble des résultats. Une fiche récapitulative listant l'ensemble des usager.es et la positivité ou négativité des résultats est ensuite transmise aux accueillant.es, en charge d'envoyer l'ensemble des SMS (en dehors des positivités au VIH qui font l'objet d'un appel des médecins).

**Chaque centre veille à ne pas perdre de vue les patient.es positif.ves, notamment pour les pathologies les plus graves, via des procédures de vérification des résultats et/ou de relance des usager.es.** Toutefois, y compris pour des IST « bénignes », les cas positifs à Paris par exemple font l'objet d'une surveillance : suite à l'envoi du premier SMS, la personne est relancée à 3 jours, et rappelée à 7 jours par un.e médecin si aucun contact n'a été établi avec l'usager.e.

A Lyon, la vérification à 48 heures par la médecin référente suit le même but, mais s'avère plus fragile puisqu'elle ne repose que sur elle pour l'instant. La taille réduite des équipes, et le suivi personnalisé des usager.es permet également aux professionnel.les d'identifier si la personne est bien revenue ou non, et bien relancée le cas échéant. Un listing des personnes positives est mis ainsi à jour au fur et à mesure des relances et des retours pour traitements.

#### [Diminuer les traitements probabilistes et rompre les chaînes de contamination](#)

La rapidité de l'annonce des résultats suscite souvent étonnement et enthousiasme du côté des usager.es (voir 3.2.4). D'après les professionnel.les, elle permet de réduire l'anxiété et l'angoisse :

*« Tous les gens nous le disent, la première fois, les personnes sont étonnées, ça pour eux je sens qu'ils sont hyper reconnaissants pour ça. Il y a des gens qui sont très angoissés par l'annonce de certains résultats et ça permet de désamorcer très vite » (médecin)*

Au-delà de la **réassurance** permise par la rapidité des résultats grâce au Genexpert, **cette dernière s'avère particulièrement efficace pour une mise sous traitement rapide, qui vise d'une part à rompre les chaînes de contamination, et d'autre part à réduire les traitements probabilistes.**

La présentation aux consultant.es d'un **outil de notification aux partenaires** à Marseille, Montpellier et Paris facilite en effet la rupture des chaînes de transmission des IST, dont les effets sont perceptibles à l'échelle des centres qui constatent régulièrement dans les plannings, un afflux d'usager.es pour une même IST suite généralement à des rassemblements communautaires (soirées fréquentées par le public HSH, qui occasionnent des pratiques sexuelles à risque avec plusieurs partenaires et/ou sans protection et/ou avec usage de produits psychoactifs). A Lyon, des réflexions sont en cours pour le déploiement d'un tel outil.

*« La notification aux partenaires, on l'utilise énormément. Souvent, nous, on en parle, on montre le site le mode de fonctionnement, et souvent c'est repris par l'infirmier (...). On le voit sur le planning c'est assez fou (rire), il y a une vague de même IST dans la même semaine, et des rendez-vous d'urgence dans la même semaine, pour nous c'est super. En mode contamination, il y a un truc qui est cassé. Dans la même après-midi tu as une réponse, et t'as prévenu tous tes partenaires. 95 % des personnes le font d'elles-mêmes, et parfois la personne demande à le faire avec l'accompagnateur. » (médiateur)*

En ce qui concerne les traitements probabilistes, les équipes montpelliéraine et lyonnaise notamment ont souligné que la plus-value du Genexpert réside notamment dans la diminution des traitements probabilistes et **cherchent ainsi à les réduire**, sauf cas particuliers (symptomatologie très invalidante, personne ne restant pas dans la ville, ...). Le Genexpert, en permettant d'identifier rapidement la positivité aux chlamydiae et/ou aux gonocoques, permet de cibler les antibiothérapies et d'éviter une double (voire triple) antibiothérapie en probabiliste.

*Une tension entre un accompagnement individualisé et les risques de saturation du dispositif : réorienter et décloisonner la prise en charge ?*

[Comment calibrer le suivi ?](#)

De l'élaboration des parcours aux modalités de remise des résultats, les équipes ont souvent insisté sur la personnalisation de l'accompagnement des usager.es. Cette individualisation de la prise en charge, si elle constitue pour la plupart des professionnel.les une des plus-values de la structure, se heurte à un risque de saturation du dispositif.

*« Etre une structure avec un côté humain, qui permet un accueil très individualisé, d'avoir le temps de s'exprimer. Je tiens beaucoup à ça, au côté humain, le temps de s'exprimer, le temps à échelle humaine. Je remets pas en cause les autres centres qui existent depuis des années heureusement que les CeGIDD existent, mais des fois ils ont une demande tellement importante, que cette partie-là peut être un peu switchée » (Infirmier)*

L'objectif premier de ramener vers le soin, et d'envisager à plus long terme le retour vers le système de santé généraliste est susceptible de passer par un accompagnement de moyen terme au sein des CSSAC : les objectifs de ces centres comportent pour partie un volet axé sur la prévention et l'éducation des usager.es, et un souhait d'une prise en charge de problématiques complexes nécessitant de facto des passages répétés au CSSAC. Il **s'agit dès lors de parvenir à concilier nouvelles prises en charge et suivi des patient.es inclus.es dans le dispositif, et d'arbitrer dans quelles**

**situations un transfert vers un suivi en ville est souhaitable. Les principales mises sous tensions concernent le suivi des patient.es sous PrEP, et sur les consultations spécialisées.**

L'enquête en ligne auprès des 75 professionnel.les des 4 CSSAC a mis en évidence une insatisfaction vis-à-vis des délais d'attente pour 58 % des répondant.es. (cf tableau ci-dessous) (*Question 22 à choix multiples : Estimez-vous que les délais d'attente pour avoir accès à un rendez-vous au sein du centre sont satisfaisants ?*)

	4 centres (n=75)	Paris (n=22)	Lyon (n=22)	Marseille (17)	Montpellier (n=14)
<b>Q22 - Délais d'attente pour un rdv</b>					
<i>Satisfaisants</i>	35	13	13	6	3
<i>Non satisfaisants, délais longs</i>	30	8	6	5	11
<i>Fonctionnement sans rdv, fluide</i>	10	1	3	6	-
<i>Fonctionnement sans rdv, avec attente longue</i>	14	2	6	5	1

L'offre socle de Test, Treat, vaccination et PrEP, en dehors des situations urgentes, est également concernée par l'allongement des délais. A Lyon, s'il était possible d'obtenir un rendez-vous du jour au lendemain au plus tard, au printemps 2023, les délais sont en moyenne plutôt de 3 jours. A Montpellier, qui se démarque par un fort taux d'insatisfaction des professionnel.les, ces délais d'attente s'élèvent à 2 voire 3 semaines (comme déjà évoqué dans la section relative à la faisabilité), allant jusqu'à un mois pour l'initiation de PrEP, exigeant un temps médical plus conséquent.,

Les réflexions pour améliorer les délais de prise en charge et ne pas emboliser la structure se concentrent dès lors sur le suivi des PrEPeur.euses, et sur la durée du suivi en consultations spécialisées, le cahier des charges n'ayant pas cadré le nombre de passages pour ces parcours. Les suivis constituent en effet la marge d'ajustement pour libérer des créneaux d'initiation d'une prise en charge, pour laquelle les centres tentent de réduire à un mois l'attente. A Montpellier, les équipes estiment par exemple à 1,5 mois le délai pour accéder à une consultation d'initiation de l'hormonothérapie, à 3 mois pour le suivi psychologique, et 1 mois pour l'initiation d'un suivi des problématiques liées au chemsex.

- ❖ **Concernant le suivi des usager.es de PrEP, les centres ont arbitré différemment la période à laquelle les réorienter vers la médecine de ville.** A Paris, celle-ci a été fixée au 13<sup>ème</sup> mois de prophylaxie. A Marseille et Montpellier, les CSSAC privilégient l'initiation, et les suivis sur le premier trimestre, avant de suggérer la réorientation. A Lyon pour le moment, le suivi est maintenu d'autant qu'un élargissement du protocole de coopération permettant ce suivi par les infirmier.es est en cours de mise en place.

**Ces réorientations varient selon l'observance du traitement de l'usager.e et la perception d'un risque de rupture de PrEP que provoquerait le passage à une prise en charge en ville, selon les facteurs de vulnérabilité auxquels sont exposés les usager.es concerné.es.**

- ❖ Concernant les consultations spécialisées, certains centres ont posé une limite au nombre de consultations par usager.e par spécialité : c'est le cas à Lyon, où les rendez-vous en gynécologie et sexologie par exemple sont limités à 3 consultations par usager.e. A Paris, les suivis en addictologie par exemple avaient été envisagés initialement jusqu'à 6 consultations avant que cette limite ne soit abandonnée. Cette limitation est induite par des contraintes d'ordre budgétaire en lien avec le caractère expérimental du dispositif et la nécessité de se conformer aux budgets prévisionnels.

Envisager une initiation sans un suivi ultérieur est source de frustration pour les professionnel.les, et s'avère limitant en matière d'intégration dans un réel parcours de soins, car les premières séances sont aussi considérées comme un temps nécessaire pour construire l'alliance thérapeutique, et établir un lien de confiance.

*« C'est assez frustrant aussi, quand une personne s'est confiée à vous sur 3 séances, elle commence à s'ouvrir un peu, sa confiance qui commence à être accordée, et là vous dites « bon bah c'est fini. Maintenant il va falloir trouver quelqu'un d'autre ». J'avoue que c'est hyper frustrant. (...) Il y a une réalité qui est qu'on n'accompagne pas quelqu'un sur 3 séances » (sexologue)*

Les équipes se heurtent aux difficultés à être en capacité d'orienter les usager.es vers d'autres structures spécialisées d'aval, soit que l'offre existante ne le permette pas pleinement, soit que les conditions de vie des usager.es y soient un obstacle.

#### Freins et leviers aux réorientations

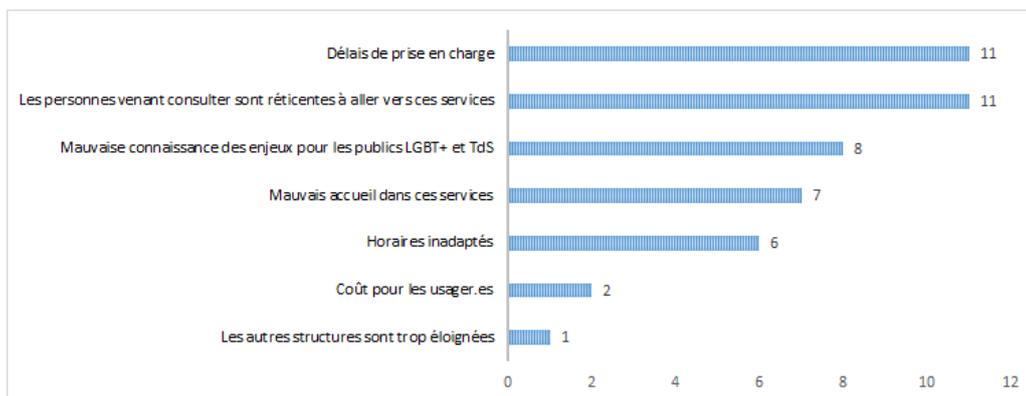
**Les orientations suite aux découvertes de positivité au VIH et aux hépatites virales en particulier ont l'objet d'un circuit relativement cadré.** Une fois l'annonce diagnostique effectuée en interne par un.e médecin, le parcours à venir est expliqué aux patient.es. Le contact est pris en accompagnement avec les équipes du CSSAC auprès des services d'infectiologie des CHU pour programmer une prise en charge dans les jours suivants. L'usager.e est parfois accompagné.e en physique dans les services hospitaliers par un.e médiateur.ice communautaire.

*« En cas de découverte de positif, on propose de l'accompagner, soit par les médiateurs du centre, soit les médiateurs de l'association, de personnes concernées par le VIH. On envoie un mail, et un fax et on appelle secrétariat de l'hôpital, on donne un courrier à la personne avec un plan. 15 jours après, la personne qui a fait l'annonce rappelle la personne, lui demande où ça en est, quelles sont les prochaines démarches, est-ce qu'elle a besoin d'aide. Ça nous a permis d'améliorer notre partenariat avec cet hôpital, parfois ça s'est mal passé, on a fait des retours, et du coup on s'est réunis avec les équipes du SMIT et maintenant ça se passe très très bien. Les personnes sont mises sous traitement, avec ou sans couverture sociale, elles sont parfois mises dans des protocoles, ça se passe très bien. A un mois elles refont un rdv au CSSAC pour faire un bilan, et on propose des rendez-vous avec l'assistante sociale ou le psychologue si besoin » (porteuse)*

Les équipes des CSSAC soulignent une fluidité des parcours, permise par les discussions et liens établis avec les services hospitaliers compétents, liens qui préexistaient à cette expérimentation généralement.

En dehors de ces prises en charge spécifiques, les réorientations et suites de parcours pour les mises sous PrEP ou les consultations spécialisées s'avèrent plus complexes.

Dans l'enquête ad hoc, 58 (soit 77 %) répondant.es déclarent pouvoir s'appuyer sur les autres services de santé sexuelle du territoire si besoin. (Question 34 à choix multiples : Pouvez-vous vous appuyer sur les autres services de santé sexuelle (professionnel.les, spécialistes, structures type CeGIDD...) de votre ville autant que nécessaire ?). Ci-dessous les raisons invoquées par les 17 répondant.es restants déclarant l'inverse :



Les CSSAC indiquent avoir **identifié des médecins généralistes vers lesquels réorienter les usager.es** pour un suivi PrEP (mais également la prise en charge d'autres problématiques de santé) sur la base de retours des usager.es et/ou du réseau personnel des intervenant.es du CSSAC, ainsi que **quelques professionnel.les jugé.es « safe » et « LGBT+ friendly »** notamment pour les spécialités **non présentes** en interne, et ont globalement mutualisé ces contacts.

Toutefois, les difficultés rencontrées pour ces adressages rejoignent celles soulevées concernant le recrutement : **la pénurie de professionnel.les dans certaines spécialités qui soient, qui plus est, formé.es aux problématiques spécifiques que rencontrent les publics prioritaires des CSSAC.** La **saturation de l'offre disponible se traduit par ailleurs par des délais de prise en charge jugés trop longs au vu de certains besoins.** Une addictologue spécialiste des questions relatives au chemsex par exemple a mentionné que cela reviendrait souvent à se réorienter les patient.es au sein de la structure hospitalière dans laquelle elle est impliquée, ce qui ne ferait pas sens pour elle.

**La généralisation de la prescription en ville de la PrEP par les médecins généralistes constitue la pierre angulaire des perspectives de réorientation** des usager.es pour désengorger les suivis PrEP dans le CSSAC. Les associations porteuses des CSSAC se donnent d'ailleurs parfois pour mission de consolider le maillage local de prise en charge en ville, comme l'illustrent le verbatim suivant :

*« On a dû initier 3 à 4000 PrEP depuis le début, on ne pourrait pas tous les suivre, on ferait plus que ça. Le but c'est aussi de renforcer globalement le réseau [ville du CSSAC] à développer une prise en charge en ville sur la PrEP. Il y aussi ça, l'axe transformation sociale d'un territoire, on a cette responsabilité-là d'aller permettre que notre territoire s'améliore, s'adapte, pour répondre aux besoins des personnes, parce que c'est illusoire de penser qu'on va pouvoir nous répondre à l'entièreté des besoins des publics cibles. Et je pense pas que ce soit notre vocation. (...). Les personnes ont le droit de choisir ce qui est plus simple en termes de prise en charge, on n'a pas envie de créer un monopole (rire). On pallie à l'absence de réponse d'offre de soin mais en même temps on se met dans la démarche de permettre que l'offre se monte » (coordinatrice)*

A Montpellier par exemple, des notices explicatives ont été rédigées à l'attention de médecins généralistes susceptibles de reprendre le suivi, et les médecins du CSSAC précisent restés joignables dans le cas où des questions resteraient en suspens sur la prescription.

Le **constat d'un niveau d'informations encore insuffisant en médecine générale concernant la PrEP** est également parfois relayé par les patient.es mêmes, en témoigne un.e usager.e au détour d'une consultation médicale au CSSAC à laquelle nous avons assisté :

*« J'avais essayé d'en parler un peu avec ma médecin traitant, mais elle avait l'air de patauger dans la semoule. Je suis pas trop rassuré.e par un suivi par elle, je préfère continuer ici » (usager.e)*

Les freins à des réorientations externes, notamment pour une offre déjà existante au sein des CSSAC, se situent également du côté des demandes formulées par les patient.es. Ainsi, dans l'enquête ad hoc, **les réticences exprimées par les usager.es à aller vers d'autres structures ou professionnel.les constituent le motif le plus fréquemment invoqué** (à égalité avec les délais de prise en charge ailleurs, cf. graphique ci-dessus) pour justifier les difficultés des CSSAC à s'appuyer sur les autres services de santé sexuelle disponibles sur leur territoire.

Un premier obstacle aux réorientations constitue la raison même pour laquelle les usager.es se tournent vers ces centres de santé sexuelle d'approche communautaire : le sentiment qu'ils et elles ne trouvent pas les espaces adéquats pour aborder leur santé sexuelle dans la médecine de ville, et l'expérience de discrimination dans le système de soins classique (sans approche communautaire). Plusieurs professionnel.les ont fait valoir **l'approche englobante, sécurisante et les liens de confiance ayant pu s'établir pour les usager.es avec la structure**, les rendant peu enclin.es à poursuivre leurs prises en charge ailleurs. Le relais par les médecins généralistes, notamment pour celles et ceux ayant un médecin traitant, est freiné par les représentations du « médecin de famille » avec lequel il est complexe d'aborder des pratiques intimes – qui plus est quand celles-ci sont marginalisées voire stigmatisées.

*« Ils me disent simplement qu'ils n'arrivent pas à en parler avec leur médecin généraliste qui les suit depuis qu'ils sont tout petits ; ils ne se voient pas parler de certaines pratiques qu'ils ont, soit parce que le généraliste suit aussi le reste de la famille, et ils ont peur que certaines informations circulent, même s'il y a le secret médical, je pense qu'il y a des craintes. Soit parce que le généraliste est devenu comme un ami, et dans ces cas-là aussi c'est compliqué d'en parler ; soit parce que selon eux, leur médecin généraliste, ils ne retrouvent pas autant d'info, et moins de confiance a priori. » (médecin)*

Les usager.es rencontrés tendent par ailleurs à segmenter dans l'ensemble les différentes sphères de prise en charge de leur santé, réservant la santé sexuelle à des structures comme les CSSAC ou les CeGIDD, et abordant d'autres sphères de leur santé avec leur médecin traitant :

*« Il y a le médecin pour les rhumes, et les lieux comme ceux-là pour les IST » (usager).*

Les usager.es interrogés les plus jeunes tendent aussi à être concerné.es par des problématiques de santé moins sévères, et disent rarement consulter leur médecin traitant de manière générale.

Enfin, **les propositions de réorientation sont adaptées aux situations perçues des usager.es** : s'ils ou elles ont **vécu des expériences discriminantes dans le soin**, ou **selon les facteurs de vulnérabilité** auxquels les personnes consultantes sont exposées (sont souvent citées les parcours migratoires, le travail du sexe, les consommations de drogues), les réorientations sont perçues comme des interfaces critiques à risque de rupture de soin. Ces situations s'accompagnent souvent **d'une précarité financière** qui rend impossible une prise en charge non remboursée dans le système de soin classique, notamment pour la psychologie, la sexologie, ou la gynécologie dans le cas des hommes trans non

opérés (FtoM non opérés) ayant effectué leur changement d'identité à l'état civil (sont donc désormais considérés comme des hommes par les caisses de sécurité sociale et les administrations).

En conclusion, **les modalités d'orientations et les liens établis avec les services en santé sexuelle dans le reste du système de santé posent la question plus large du décloisonnement des prises en charge et de la circulation d'information entre les intervenant.es du CSSAC et les professionnel.les de santé qui les suivent à l'extérieur.**

*« On a des liens avec d'autres professionnels notamment pour les transitions chirurgicales par exemple pour signer des accords tripartites qui sont encore réclamés par le chirurgien. On est aussi en lien pour celles et ceux où il y a une maladie sous-jacente pour rassurer les collègues sur l'absence de nuisance potentielle au démarrage de la transition par rapport à la pathologie sous-jacente. C'est plutôt des cas anecdotiques, parce que la population est assez jeune et en bonne santé. Je pense sinon aux troubles psy, qui sont souvent pas médiqués, qui sont suivis par des psychiatres. Alors je rentre pas en lien, mais je m'assure que la personne est en confiance avec ce praticien. » (gynécologue)*

Toutefois, la **tendance générale semble plutôt à des échanges réduits, voire inexistant, entre les différent.es professionnel.les en dehors des courriers d'adressage.** Le cahier des charges précisait « l'association du médecin traitant à la prise en charge est discutée avec le consultant dans le cadre d'une information claire et loyale. En accord librement consenti avec ce dernier, un retour d'informations au médecin traitant peut-être assuré dans le cadre du parcours de santé. » : bien que différents freins aient été identifiées, et que toutes les situations ne le justifient pas, **cette association gagnerait à être approfondie dans les cas les plus complexes** par exemple.

*« On se dit aussi que d'arriver à parler de sa vie sexuelle, ou en tout cas de ses expositions, avec des médecins traitant pour une prise en charge un peu globale de la santé, c'est des choses qui peuvent être que positives dans leur santé... Nous on s'est retrouvés avec des personnes qui étaient sous pathologie chronique, et qui voulaient pas dire qu'elles étaient sous PrEP à leur médecin traitant alors que ce sont des informations importantes à avoir. » (porteuse)*

Il s'agirait ainsi de **faire monter en compétences les usager.es**, en les encourageant à aborder des aspects ayant trait à leur santé sexuelle avec leur médecin - traitant notamment - et en leur faisant prendre conscience de la plus-value pour leur état de santé global. A plus long terme, cela participerait aussi à réinstaurer un lien de confiance avec le corps soignant plus largement.

Plusieurs patient-es rencontrés ont par exemple indiqué « ne pas avoir pensé » à évoquer leur suivi spécialisé en CSSAC à d'autres professionnel.les qui les suivaient au long cours au sujet de problématiques directement en lien avec leur santé sexuelle (transition, conduites addictives, chemsex, etc.), et n'avoir aucune réticence à partager cette information.

## 2a – Accès aux soins : Dédier l’offre de soins aux communautés ou l’approche communautaire comme approche populationnelle

### *Accessibilité à l’offre des CSSAC*

Définir les publics ciblés : entre exposition à des risques infectieux et autodétermination

**L’approche communautaire recouvre de fait une approche populationnelle, et se caractérise par les groupes spécifiques que les CSSAC ciblent.** Les équipes ont souvent retraduit localement la particularité des publics auxquels leur centre s’adresse prioritairement et resynthétisé ces populations clés **sous l’acronyme LGBT+, et TDS.**

- ❖ A Marseille, un affichage sur la porte d’entrée du SPOT mentionne que le lieu est « prioritairement dédié aux personnes LGBT+, migrantes, TDS et usagères de drogues ».
- ❖ A Paris, les différents drapeaux de la communauté LGBT+ (le rainbow flag, le drapeau trans, le drapeau intersexe) et des TDS figurent sur la devanture, que vient compléter la mention « dédié aux personnes LGBTI+ et TDS ».
- ❖ A Montpellier et Lyon, aucune mention spécifique n’est visible de l’extérieur, en dehors de la référence à la santé sexuelle.

Si le cahier des charges précisait que les CSSAC s’adressaient à l’ensemble de la population (selon le statut juridique des centres de santé), et particulièrement aux populations clés les plus exposées au VIH et aux IST, **les centres expérimentateurs ont très majoritairement conditionné la prise en charge au fait d’appartenir aux communautés ciblées.** Cet effet de sélection vise notamment à éviter une saturation du dispositif par des publics identifiés comme moins prioritaires, et les exceptions faites l’ont été lorsque l’afflux d’usager.e était moindre et les équipes disponibles. Il est aussi pensé comme un signal distinctif et positif envoyé aux publics prioritaires, car l’entre-soi est perçu comme plus sécurisant.

*« L’approche communautaire c’est aussi créer un espace safe pour les personnes, c’est là où il faut aussi pouvoir renoncer à une partie de la population d’accueil classique pour ne pas devenir un CeGIDD qui n’a pas la caractéristique d’être un lieu safe (...) Accueillir tout le monde reviendrait à réduire la qualité de l’offre de soins. En fait, pouvoir aussi « trier » ça permet de conserver la qualité d’accueil. » (infirmier)*

Ainsi, pour l’ensemble des centres, les premier.es interlocuteur.ices, secrétaires/chargé.es d’accueil ou médiateur.ices communautaires, expliquent souvent lors des premiers passages d’un.e usager.e la spécificité du CSSAC et les publics auxquels le dispositif est dédié. Cette présentation est l’occasion de demander à la personne consultante si elle se reconnaît dans cette appartenance à la communauté LGBT+ ou des TDS.

En réalité, pour les CSSAC de Lyon, Marseille et Montpellier, un temps d’entretien plus approfondi avec les médiateur.ices communautaires permet souvent de revenir sur les pratiques sexuelles réelles (sexe des partenaires, multipartenariat, etc.), de déceler des situations de violence, d’usages de drogues, d’existence de troubles addictifs, etc. qui viennent justifier une prise en charge au sein du CSSAC. Les contours du public « cible » **deviennent dès lors bien plus poreux que la première délimitation en termes d’identification à la communauté LGBT+ ou des TDS.**

« Le statut centre de santé fait qu'on fait de l'accueil inconditionnel, on jette jamais les gens.(...). D'un certain point de vue, de toute façon la logique fait qu'à un moment donné, [les mecs hétéro] se sentent mal à l'aise, le dispositif est pas pensé pour eux. Quand ils sont particulièrement hors cible, sans vulnérabilité, on les conseille d'aller systématiquement au CeGIDD. Ou ils viennent une première fois pour se faire dépister, mais ne reviennent jamais ensuite. Par contre, il y a des zones plus grises, par exemple les premières personnes auxquelles je pense, c'était des personnes lesbiennes où il n'existe pas de lieu pour aborder la santé sexuelle, et elles se sont appropriées le Spot. Il y aussi des femmes victimes de violences, notamment gynéco et obstétricales. On a eu une personne qui avait des potes gays qui lui avait dit que c'était un lieu safe, et elle affirmait qu'elle avait besoin d'un lieu safe pour son suivi à ce niveau-là, parce que sinon c'est pas envisageable. Donc ça donne des personnes qui restent dans le dispositif en fait. En fait c'est quand même des personnes avec des sexualités atypiques entre guillemets, des femmes libertines par exemple, etc., qui font qu'elles se sentent pas bien accueillies quand elles vont dans d'autres dispositifs. » (médiateur)

« Quand un hétéro libertin circule, je sais qu'ils en reçoivent plus que ce qu'ils me disent... ou un public bi, en fait ils ont tout à fait à leur place, et un public libertin aussi je me dis que finalement ils ne sont pas si mal à leur place que ça... Il y a quand même des échanges de fluides assez probables. » (porteur)

**Une tension demeure dans les enjeux de présentation des publics auxquels sont dédiés les CSSAC :** il existe un **écart entre une définition par les pratiques identifiées à risques, et la définition de la cible par l'identification sous les acronymes « LGBT+/TDS »**. Cette tension se retrouve également dans l'inconfort parfois éprouvé par les accueillant.es et les médiateur.ices sur lesquel.les repose principalement cette sélection pour **délimiter qui est clairement dans la « cible » du CSSAC**.

- ❖ L'identification à la communauté LGBT+ ou des TDS permet une lisibilité pour une grande partie des publics cibles et une adhésion renforcée au dispositif.
- ❖ Une forme de « zone grise » a été mentionnée par des médiateur.ices communautaires. Certains publics figurent dans l'acronyme de référence, mais se caractérisent par une moindre exposition aux risques d'infection par leurs pratiques. Les publics bi et lesbiens par exemple, mentionnés dans les propos ci-dessus, semblent ceux suscitant le plus fréquemment des interrogations.
- ❖ Présenter l'offre des CSSAC comme étant réservée aux membres de la communauté LGBT+ en **première intention est susceptible d'écarter des personnes appartenant pourtant aux publics ciblés**. En effet, la **détermination par l'acronyme s'avère trop restrictif**, car se définir comme appartenant à la communauté relève souvent d'une dimension identitaire. A plusieurs reprises, les équipes ont fait mention des « hétéro-curieux » ou les « HSH non communautaires », ne se définissant pas comme appartenant à la communauté LGBT+ mais ayant pour autant des pratiques les exposant à un risque infectieux.

L'entrée par les pratiques, plus que par l'identification, définit des populations aux contours différents<sup>18</sup> et permet d'approcher une population plus large, souvent moins favorisée<sup>19</sup>, davantage susceptible de cumuler des facteurs de vulnérabilité et d'exposition aux risques d'infection, d'autant qu'elle est souvent plus éloignée de la prévention.

*« On veut être d'approche communautaire pour être safe avec tout le monde, mais on devrait parler dans les faits d'exposition même plutôt. Pour nous, ce qui nous intéresse c'est de pouvoir parler à la personne exposée. Souvent dans la communauté les gens ont déjà accès à la prévention, je dirais qu'il y a plusieurs cercles, le 1<sup>er</sup> les HSH, le deuxième les TDS, les trans, et le 3<sup>ème</sup> où est vraiment l'épidémie cachée, et ce sont des personnes non communautaires ».*  
(coordonnateur)

59 % (44/75) des professionnels ayant participé à l'enquête ad-hoc ont indiqué par ailleurs ne pas avoir pu inclure un.e usager.e au dispositif. La raison la plus fréquemment invoquée au sein des CSSAC est la non-appartenance aux communautés ciblées (37/75, soit 49% des participants, cf. tableau ci-dessous). Le CSSAC de Montpellier se distingue avec un taux bas de professionnels invoquant cette raison (2/14, soit 14 %). (Question 25 à choix multiples : Certaines personnes auraient-elles pu bénéficier d'un suivi dans le centre mais vous n'avez pu les inclure ?)

	4 centres (n=75)	Paris (n=22)	Lyon (n=22)	Marseille (17)	Montpellier (n=14)
<b>Q28 - Motif de non-inclusion de certains usager.es</b>					
<i>Non, aucun obstacle rencontré</i>	31	10	10	3	8
<i>Oui, car usager.e sans assurance sociale</i>	9	0	7	1	1
<i>Oui, car refus de PEC par l'usager</i>	8	3	-	3	2
<i>Oui, car non appartenance aux communautés ciblées</i>	37	12	12	11	2
<i>Oui, autre raisons</i>	12	5	1	3	3

Les personnes considérées hors des groupes cibles du CSSAC sont réorientées vers la médecine de ville, les laboratoires ou les CeGIDD, par les chargé.es d'accueil à Paris, ou à l'issue d'un entretien avec un.e médiateur.ice communautaire dans les autres centres, qui parfois, prennent les rendez-vous en externe avec l'usager.e.

*« J'explique que « dans les réponses que tu m'as données, ça fait qu'on ne pourra pas te dépister, par contre tu peux aller dans tous les laboratoires, sans rendez-vous ». On travaille avec un labo, et je les vois souvent partir en direction de ça. Ça c'est pour le VIH. Pour les autres IST, j'explique de se connecter sur une plateforme de télémédecine, que je montre, ou de demander une ordonnance à son médecin traitant si la personne est assurée socialement. Si c'est un vendredi, je les envoie au CeGIDD car la prise de rdv s'ouvre le vendredi et ça se remplit vite. Lundi et jeudi on les renvoie à l'ENIPSE<sup>20</sup> qui sont dans les locaux. Si la personne est*

<sup>18</sup> BAJOS N., BELTZER N., PRUDHOMME A., 2008, « Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives » dans N. BAJOS, M. BOZON (dir.), N. BELTZER (coord.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 243-271.

<sup>19</sup> TRACHMAN Mathieu et LEJBOWICZ Tania, 2018, « Des LGBT, des non-binaires et des cases. Catégorisation statistique et critique des assignations de genre et de sexualité dans une enquête sur les violences », *Revue française de sociologie*, 2018, vol. 59, n° 4, p. 677-705.

<sup>20</sup> ENIPSE : Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et santé

vraiment en panique, je fais un TROD pour rassurer. J'essaie toujours de les rassurer aussi de toute façon, en disant que les autres IST se traitent rapidement. » (médiateur)

### Caractéristiques des usager.es inclus.es et problématiques de santé rencontrées

Les CSSAC ont transmis les données suivantes concernant leur usager.es (cf. tableau ci-dessous). En raison de SI plus ou moins renseignés ou de définition pouvant varier (TdS versus sexe transactionnel par exemple). Elles sont interprétées ici de façon qualitative, comme une preuve de l'atteinte de certains publics par les CSSAC et comme des seuils minimaux d'usager.es atteint.es.

Caractéristiques	Effectifs globaux (années considérées : 2021, 2022 et 2023)				Total CSSAC
	Paris	Lyon	Marseille	Montpellier	
<b>File active représentée dans cette analyse</b>					
<b>Genre</b>					
<i>Homme cis</i>	5537	1174	2059	1034	9804
<i>Femme cis</i>	825	286	519	142	1772
<i>Homme trans</i>	94	13	75	51	233
<i>Femme trans</i>	102	20	84	43	249
<i>Non binaire</i>	68	NC	219	62	349
<b>Age</b>					
<i>Médian</i>	-	Entre 29 et 33	NC	NC	-
<i>Moyen</i>	32	Entre 32 et 35	Entre 32 et 34	Entre 31 et 33	-
<i>Ecart-type</i>	11	Entre 11 et 13	NC	NC	-
<i>Minimum</i>	15	18	15	16	15
<i>Maximum</i>	85	77	77	80	85
<b>Pratiques / communauté*</b>					
<i>HSH</i>	5517	1151	1667	894	9229
<i>Chemsexeur</i>	380	106	436	238	1160
<i>TdS/Sexe transactionnel</i>	273	29	334	91	727
<i>Usager.es de drogues</i>	2167	209	1214	419	4009
<i>Personnes ayant subi des violences</i>	1541	131	NC	NC	1672
<b>Nés hors de France métropolitaine</b>	<b>1793</b>	<b>278</b>	<b>535</b>		
<i>France</i>	4167	229	NC	NC	4396
<i>DROM</i>	68	NC	NC	NC	68
<i>Amérique du nord / Europe</i>	589	16	NC	NC	605
<i>Afrique (dont Maghreb) / Amérique du sud</i>	763	23	NC	NC	786
<i>Asie/Océanie</i>	373	10	NC	NC	383
<i>NR</i>	756	1084	NC	NC	1840

\* Information renseignée dans les dossiers probablement que pour les usager.es concerné.es

NC Non communiqué par le CSSAC car inexploitable en l'état, ou inexistante dans le SI ou autres ; NR Donnée non renseignée dans le dossier patient.

Concernant l'âge et le genre des usager.es, bien renseignées dans les SI des CSSAC :

- La distribution des âges est très homogène entre les CSSAC qui atteignent globalement des publics jeunes, entre 20 et 40 ans en majorité.
- Les CSSAC atteignent en très grande majorité des hommes cis, ainsi que des personnes trans. Les femmes cis sont représentées, mais en faible nombre d'après les professionnel.les.

Ces éléments sont confortés par l'enquête qualitative (observations sur site et entretiens).

Les pratiques à risque et les communautés ciblées par le cahier des charges sont représentées dans les 4 CSSAC. Si aucune donnée dans les SI n'a permis de caractériser les usager.es sur le plan socioéconomique, les professionnel.les ont toutefois déclaré faire face à un peu plus de précarité socioéconomique que dans les autres structures dans lesquelles ils travaillent par ailleurs, surtout pour publics trans et chemsexeurs. Les HSH vus en CSSAC sont en revanche de classe supérieure.

Les entretiens avec les professionnel.les confortent ces données également, dans la mesure où ces dernier.es ont déclaré atteindre des profils HSH en majorité. La cible « chemsex » est atteinte également, d'autant plus que l'offre de consultations spécialisées est établie et bien sollicitée par les usager.es concerné.es (cf. tableau relatif à l'activité réalisée de consultations spécialisées).

Concernant les populations nées en dehors du territoire français métropolitains (des DROM ou étrangères), celles-ci sont atteinte comme prévu par les CSSAC de Paris et Marseille.

Rendre l'offre accessible pour les publics cibles : quelles adaptations pour les amener vers le dispositif ?

En dehors des conditions de fonctionnement des CSSAC mentionnées dans la partie précédente autour du critère de faisabilité (accessibilité géographique, horaires, modalités de prise de rendez-vous), il s'agit de **revenir sur les stratégies déployées par les quatre centres pour atteindre les publics cibles et les (r)amener vers le dispositif**, notamment quand ceux-ci sont plus éloignés du soin.

Nous avons identifié 3 leviers d'action pour les 4 centres, mobilisés de manière hétérogène toutefois selon les CSSAC.

- ❖ En premier lieu, les CSSAC mènent des **actions en « aller vers »** des publics cibles, à la fois pour mener des premières actions de prévention, de dépistage, et parfois d'assurer des premières consultations relatives à la santé sexuelle. L'optique est de **faire connaître à ces derniers l'offre de soin disponible dans les centres et à terme de rendre acceptables pour eux le fait de fréquenter le CSSAC**. Ces actions comportent un volet classique d'actions physiques « hors les murs », mais également un volet digital. Les réseaux sociaux et plus spécifiquement les applications de rencontre utilisées par les publics LGBT+, à l'instar de Grindr à destination des gays, sont investis par les 4 centres, notamment par les médiateurs communautaires à Lyon, Marseille et Montpellier par exemple pour entrer en contact avec des usager.es appartenant aux publics cibles.

Des actions hors les murs sont également déployées par l'ensemble des 4 CSSAC, à fréquence variable toutefois. Elles font partie du panel classique et routinier d'action de l'association AIDES ; le local d'où partent l'essentiel des mobilisations hors les murs, dit « lieu de mobilisation » (LM) est par exemple attenant au SPOT de Montpellier, et se situe, pour Marseille, à deux rues du CSSAC. Les équipes sont la plupart du temps distinctes, mais les actions partant du lieu de mobilisation sont l'occasion de faire connaître les SPOT.

Au Checkpoint de Paris, un pôle est en charge des programmes hors les murs. Des actions sont menées notamment, avec un déplacement d'un.e IDE et/ou d'un médecin de l'équipe plusieurs mercredis de chaque mois. Des consultations en gynécologie sont par exemple proposées auprès de femmes, en situation de migrations et/ou travailleuses du sexe, via un bus médicalisé.

*« les hommes gays issus d'une immigration subsaharienne sont plus compliqués à atteindre, car ils ont vécu des LGBTphobies affolantes, souvent raisons de leur départ d'ailleurs, dans des contextes où il y a une omerta absolue sur les orientations sexuelles autre que l'hétérosexualité. Ils ont intériorisé une homophobie. C'est la population qui est la plus à risque. Ils se contaminent au VIH en arrivant en France, en évoluant dans des milieux très à risques, avec souvent aucune notion de la prévention et de la santé sexuelle. C'est souvent une population qui vient d'arriver, migrante, en situation irrégulière, qui intègre que c'est compliqué d'aller à l'hôpital, encore plus sur des questions LGBT+ qui étaient réprimées chez eux, alors ils imaginent qu'en France ça l'est moins mais que c'est peut-être pas non plus complètement ok. Et donc aller à l'hôpital parce que t'as une urétrite bah... C'est cette population qu'on essaie d'aller chercher, dans les centres d'hébergement d'urgence à Aubervilliers et Montreuil, où on fait plusieurs actions »  
(médecin)*

Enfin, des dépistages et de la prévention sont également ponctuellement réalisés par des IDE et/ou les médiateur.ices communautaires dans des lieux festifs, ou des saunas. A Lyon, la présence d'un

sauna en face du CSSAC facilite les actions. Une partie de l'équipe lyonnaise a également par exemple participé à l'European Snow Pride à Tignes, et a été l'occasion de mener des dépistages des IST ou de réaliser de la vaccination Monkeypox.

L'ambition de l'ensemble de ces actions est de mobiliser un large éventail d'outils, appropriés de manière diverse par les sous-publics cibles, afin de correspondre et d'atteindre le maximum de personnes susceptibles d'être exposées aux risques infectieux.

- ❖ Les CSSAC **s'appuient également sur les partenariats avec des associations accompagnant des publics plus spécifiques pour être en mesure de les atteindre** (soit par des actions hors les murs conjointes, soit en étant un dispositif de référence vers lequel les associations partenaires orientent leurs bénéficiaires). C'est particulièrement le cas concernant les **personnes primo-arrivantes et/ou les TDS**. Montpellier avait par exemple contacté le Syndicat du travail sexuel en France (STRASS) pour identifier la bonne communication à adopter auprès des TDS et travaille en collaboration étroite avec Médecins du Monde qui effectue des maraudes auprès de ces publics ; à Paris, le Checkpoint collabore avec le Bus des femmes par exemple. A Lyon, l'association Cabiria est un partenaire privilégié pour ce groupe cible.
- ❖ Enfin, le dernier levier concerne **l'offre en interne même**, rendue disponible au sein des CSSAC : **l'objectif poursuivi derrière l'offre plus spécialisée notamment, est de diversifier les portes d'entrée dans le soin**. Au-delà d'assurer une prise en charge globale des besoins en santé sexuelle des personnes, elle officie aussi comme **un moyen d'atteindre certains publics, puis de les faire rester dans le dispositif et à terme de les ramener également vers le dépistage** des IST, des hépatites et du VIH (que l'accès à ces consultations soit conditionné au fait d'être passé par un dépistage, ou qu'il ne le soit pas, les centres de Montpellier et de Marseille constatant finalement un recours au dépistage et/ou à la PrEP de personnes ayant initialement bénéficié de consultations spécialisées.

Les publics trans sont par exemple « captés » via l'hormonothérapie, les femmes migrantes via des consultations de gynécologie et/ou d'accompagnement social.

*« On commence à bien capter les personnes trans, via le biais de l'hormonothérapie et de la psycho. Maintenant qu'elles ont pris place dans les lieux, qu'elles sont à l'aise, elles viennent se faire dépister. Chose qu'avant on ne voyait pas, je les croisais dans le couloir, sauf que je les accompagnais juste dans l'injection de l'hormonothérapie, elles avaient encore une réticence au dépistage. Par le fait je pense qu'elles ont l'impression que toutes les questions peuvent être intrusives. Et du coup parler de pratiques pénétratives, quand on est une femme cis, ou un homme cis, ou une femme trans ou un homme trans, avec vagin, sans vagin, ça peut paraître un peu intrusif. Donc là je trouve qu'on a de plus en plus de personne trans maintenant en dépistage aussi. » (infirmier)*

### *Être formé.e à la prise en charge de la santé sexuelle des communautés : entre savoir-faire et savoir-être*

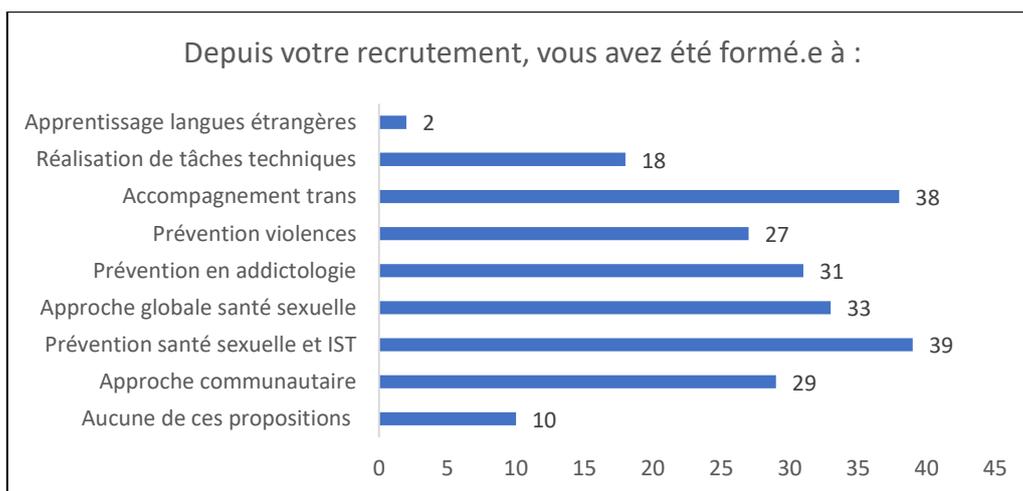
Il s'agit ici de revenir sur les canaux par lesquels sont formé.es les professionnel.les des CSSAC, et la perception qu'ont les professionnel.les de l'adéquation de leurs compétences avec leurs missions,

et les besoins qu'ils et elles formulent quant à des compléments de formation. La question de la **perception** des compétences des équipes **par les usager.es** sera développée dans la section 3.2.4.2.

L'adéquation des compétences des professionnel.les face aux besoins des usager.es et leurs demandes peut être déployée principalement en deux dimensions : leurs savoirs et compétences techniques relatifs aux connaissances médicales autour de la santé sexuelle et les risques infectieux y étant rattachés, et ce qui pourrait être résumé sous l'expression « savoir-être » concernant leurs connaissances des codes culturels des communautés ciblées. Sur cette deuxième dimension, les professionnel.les ont notamment mis l'accent sur les **modes d'interaction et de communication, ainsi que le vocabulaire utilisé avec les publics des communautés**, pour **s'assurer d'une démarche non jugeante et respecter l'auto-détermination des personnes**.

- ❖ L'enquête qualitative et le questionnaire ad hoc révèlent l'obtention majoritaire de diplômes universitaires pouvant être subdivisée en deux grands domaines : les connaissances médicales des problématiques liées à la santé sexuelle et les connaissances « sociologiques » des enjeux LGBT+ et/ou des inégalités en santé. Schématiquement, nous constatons que les médiateur.ices communautaires ont souvent une formation en sciences humaines et sociales ; les médecins assurant les consultations de dépistage et de mises sous traitement ont la plupart du temps, au cours de leurs stages d'internat ou dans leur thèse abordé la santé sexuelle à travers la question du VIH, des IST et/ou de la PrEP, ou encore du chemsex.
- ❖ La qualification des professionnel.les intervenant dans les CSSAC prend également appui sur leurs expériences professionnelles antérieures. Dans l'enquête ad hoc, plus de la moitié des répondant.es ont mentionné la continuité avec leurs expériences professionnelles antérieures comme facteur de motivation à leur prise de poste. Tou.tes les médiateur.ices communautaires rencontré.es ont souvent une expérience en prévention des risques sexuels. Plusieurs infirmier.es et médecins ont déjà travaillé en CeGIDD, ou en addictologie en CSAPA.

Depuis leur recrutement au sein des CSSAC, ces compétences ont été enrichies d'apports de connaissances complémentaires.



Ces compléments de formation ont été plus ou moins formalisés :

- ❖ **L'apprentissage des codes de la communauté** s'est souvent fait **« sur le tas »** d'après les professionnel.les rencontré.es, auprès des usager.es pris.es en charge, et surtout des collègues du CSSAC. C'est **la formation en interne** par leurs collègues qui a été citée par plus de 6 répondant.es sur 10 ayant précisé par qui ces formations complémentaires avaient été

délivrées. (Questions 13 et 14 à choix multiples : « Depuis votre recrutement au sein du CSSAC, avez-vous été formé.e à ... » et « Si c'est le cas, cette ou ces formations ont été délivrées ... »)

**Des temps de réunion dédiés pensés comme des séminaires de formation thématique ont parfois été proposés.** A Lyon par exemple, l'ensemble des équipes permanentes (du secrétariat à l'équipe dirigeante) a été formé par la médecin référente sur les IST et leurs traitements, aux questions addictologiques par un des infirmiers, à des questions de gynécologie relatives notamment à l'endométriase et aux dyspareunies, etc. Au Checkpoint, le médecin en charge de l'hormonothérapie et la médiatrice en santé trans, ont proposé un séminaire interne.

**Les médiateur.ices communautaires viennent notamment en appui dans cet apprentissage des codes communautaires, et pour repréciser les approches à déployées selon les sous-groupes de l'acronyme LGBT+, selon leur propre appartenance aux communautés.**

*« Sans vouloir blesser on peut avoir un vocabulaire qui est pas forcément adapté et qui peut être mal perçu, ça j'apprends beaucoup avec les accompagnants communautaires, à adapter le discours et à utiliser un discours qui soit pas jugeant » (médecin)*

Par ailleurs, les temps de réunion collectifs sont l'occasion de partages de pratiques. A Lyon, un médiateur et un infirmier ont mentionné avoir pu assister à leurs temps d'entretiens/consultation respectifs.

- ❖ **Les réseaux communautaires** comptent par ailleurs dans leur accompagnement une offre de formation. AIDES occupe une place particulière à ce titre, puisqu'elle dispense une formation initiale « théorique et pratique » visant à présenter les valeurs de l'association et à rappeler les enjeux des épidémies de VIH et des IST, et les stratégies de prévention. Elle nous a été présentée comme obligatoire par les coordinateur.ices, les médiateur.ices communautaires et les infirmier.es (et plus largement tout « volontaire » de AIDES), ce qui n'a pas été le cas des médecins. Notons toutefois que les infirmier.es ont parfois pu déplorer le sentiment d'un décalage dans cette formation, moins pensée à destination des professionnel.les de santé. Des formations plus ponctuelles et plus fléchées ont régulièrement été citées lors de nos entretiens, à l'instar des « bases de l'entretien à l'accompagnement », de formations aux TROD, à « l'éducation thérapeutique du patient », aux modes de communication non violentes etc.

**La formation aux enjeux de santé trans occupe une place spécifique** et a régulièrement été citée par les professionnel.les – médicaux comme non médicaux - de Paris, Lyon, et Montpellier notamment. Le Réseau de santé trans (REST) propose par exemple des formations centrées sur l'hormonothérapie sur laquelle se sont appuyées les équipes des CSSAC. A Montpellier, deux demi-journées de formation ont été assurées par ce réseau lors du recrutement du gynécologue, à l'attention de l'ensemble de l'équipe permanente du SPOT (médecins généralistes, médiateur.ices, infirmier.es et coordonnateurs).

**La complexité des enjeux relatifs à la santé trans dépasse la seule question d'une bonne prise en charge** et des savoirs adaptés à la spécificité des besoins : elle s'accompagne souvent d'une demande des prescripteur.ices d'hormones à être **entouré.es sur la thématique et soutenu.es par le CSSAC sur un plan médicolégal.**

- ❖ Enfin, lorsque les CSSAC sont en lien étroits avec les CHU locaux, les équipes ont pu bénéficier de **l'expertise de leurs infectiologues** : à Paris sur les hépatites ; à Montpellier, sur les dépistages, les traitements, les vaccinations et la prescription de la PrEP.

L'**appréciation subjective** par les professionnel.les interrogé.es dans l'enquête ad hoc de leur qualification, laisse entrevoir que **l'état de « leurs connaissances en santé sexuelle » et/ou le « décalage avec leurs expériences professionnelles antérieures » ont pu être sources de réserves lors de leur embauche.**

Toutefois, à ce jour, **85 % des répondant.es ont déclaré considérer leurs connaissances en adéquation avec leur pratique actuelle.** Pour autant, plus de la moitié des participant.es à l'enquête de satisfaction **mentionnent le souhait de bénéficier de formations complémentaires** ; les thématiques les plus plébiscitées à ce sujet sont l'accompagnement des problématiques addictologiques (citées 10 fois) et notamment du chemsex, l'accompagnement des personnes trans (8), et des personnes victimes de violences sexuelles et sexistes. Ces réponses témoignent d'un souci d'actualisation des connaissances pour les prises en charge jugées plus complexes.

Au-delà de compétences « techniques » et savoirs médicaux, l'approche communautaire recouvre d'après le cahier des charges un « accueil communautaire bienveillant et inclusif pour tous les publics », ou encore une offre « adaptée en termes de convivialité (médiateurs communautaires associatifs) et de disponibilité (horaires tenant compte des modes de vie) ».

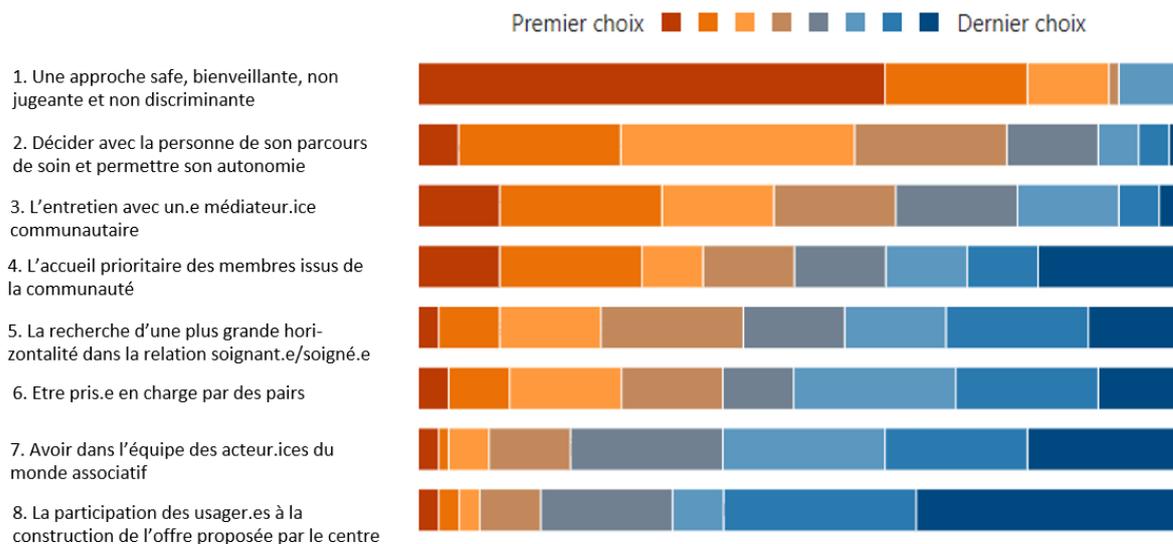
Ainsi, il **s'agit d'explicitier notamment ce que recouvre plus largement l'approche communautaire et le paradigme de soin qui la sous-tend.**

#### [2a – Accès aux soins : L'approche communautaire pour un nouveau paradigme de soin ?](#)

*« L'offre est pensée de manière communautaire, c'est pas faire de la santé comme on le ferait n'importe où ailleurs, et en accueillant uniquement les LGBT+, c'est quand même un truc adapté aux spécificités ; il y a quand même une réflexion donc ce n'est pas juste du populationnel » (médiatrice)*

**Cette adaptation aux spécificités grâce à l'approche communautaire s'est révélée sur le terrain et dans les entretiens revêtir différentes conceptions** : les principes sur lesquels construire l'accompagnement et la prise en charge des consultant.es ne sont pas toujours pondérés de la même manière. Nous les avons resynthétisés dans l'enquête ad hoc et demandé aux répondant.es de les classer par ordre d'importance. (Question 31 : « Classez dans l'ordre d'importance (du plus important au moins important) ce qui à vos yeux est aux fondements de l'approche communautaire dans le centre »)

*Figure - Classement par ordre d'importance (du plus important au moins important) des éléments au fondement de l'approche communautaire dans le CSSAC*



**L'approche communautaire a ainsi quasi systématiquement été renvoyée** (tant dans l'enquête par questionnaire que dans l'enquête qualitative) **aux valeurs d'inclusivité, de bienveillance et de non jugement qui sous-tendent la prise en charge des personnes consultantes des CSSAC.** Si elles officient comme leitmotiv pour fonder l'accompagnement, l'adaptation des pratiques des équipes poursuit d'autres visées, notamment pour redéfinir d'une part le cadre de relation entre les professionnel.les de santé et les usager.es, et d'autre part déplacer le regard sur des problématiques généralement invisibilisées voire taboues.

Cette redéfinition du cadre de la relation de soin, notamment pour les professionnel.les de santé, se retrouve dans les variations de définition de l'approche communautaire selon les métiers : « la recherche d'une plus grande horizontalité dans la relation soignant.e/soigné.e » est choisie parmi les 3 premiers choix par ¼ des IDE et médecins répondant.es contre seulement 8% des médiateur.ices. Cet écart peut s'interpréter comme la manifestation d'une redéfinition des postures professionnelles dans le cadre du CSSAC.

Par ailleurs, la « prise en charge par des personnes paires » et « la présence d'acteur.ices associatif.ves dans les équipes » sont plus fréquemment cités par les médiateur.ices parmi les 3 premiers critères fondant l'approche communautaire (respectivement 46% et 23% des réponses des médiateur.ices contre 27% et 9% des réponses tous métiers confondus). Incarnant elles et eux-mêmes cette forme de pair-aidance et étant plus souvent rattaché.es/issu.es du monde associatif, il n'est pas étonnant, l'importance de ces critères traduit une forme de légitimation de leur place dans le parcours de prise en charge et l'incarnation de l'approche communautaire dans ce rôle professionnel de médiateur.ice.

### *« Faire avec » les personnes et empowerment*

**Le fait de décider avec la personne de son parcours dans une visée souvent qualifiée d'empowerment,** autrement dit de permettre son autonomie, **est arrivé en second critère** pour définir l'approche communautaire dans l'enquête ad hoc.

Pour autant, elle a spontanément émergé dans l'enquête qualitative dans les entretiens menés avec les équipes des SPOT de Marseille, puis de Montpellier.

Cette visée d'autonomisation passe dans un premier temps par la transmission d'un certain nombre d'informations, de compétences et de connaissances afin d'outiller les personnes consultantes pour une meilleure prise en soin de leur santé. La multiplication des intervenant.es lors d'un parcours œuvre notamment dans ce sens : la/le professionnel.le en bout de chaîne dans les parcours de l'offre socle va s'assurer que l'information médicale a bien été transmise et comprise par l'usager.e, se charge d'en approfondir certains aspects voire de les reformuler. Les parcours de mise sous PrEP sont des cas exemplaires à ce niveau : à Paris, la présence d'un médiateur spécifiquement mobilisé pour les parcours PrEP l'illustre et a été pensé du fait de la densité d'informations à transmettre concernant son fonctionnement, ses modes de prise selon le mode de vie et la vie sexuelle de l'usager.e, les outils d'accompagnement (application myPreP, guide en ligne), les contre-indications, les exigences en matière de suivi et d'examens biologiques, etc.

Le niveau d'informations des publics des CSSAC autour de la santé sexuelle est, d'après les équipes, assez variable.

*« A ce niveau on a tous types de publics, des personnes qui par exemple étaient déjà sous PrEP, les autres structures étaient saturées donc elles viennent ici, mais connaissent déjà tout. Pour d'autres c'est le tout premier dépistage, et ils ne connaissent rien du tout, là tu as toute l'éducation thérapeutique à faire. Ce qui est intéressant, parce que du coup tu fais jamais le même type d'entretien » (infirmier)*

Il a été difficile d'approcher lors des entretiens auprès des patient.es une évolution de leurs connaissances et de leurs pratiques depuis qu'ils/elles fréquentent le centre : l'ancienneté de leur inclusion au sein du CSSAC était variable et le recul parfois insuffisant pour qu'ils/elles identifient des répercussions sur leur santé sexuelle. Un peu moins de la moitié des patient.es interrogé.es dit être déjà familiarisée à la prévention (en étant insérée dans les espaces communautaires et/ou militants, professionnellement, en s'informant par soi-même par ailleurs), et considère que les connaissances délivrées dans le CSSAC viennent surtout réactualiser ou renforcer celles déjà acquises par ailleurs : *« j'ai obtenu des réponses à toutes mes questions oui. Après je connaissais déjà l'essentiel, avec Internet, la documentation dans les bars ou les saunas » (usager)*. Les connaissances complémentaires citées concernent souvent la PrEP et les vaccins.

En second lieu, l'empowerment et le « faire avec » supposent pour les équipes de remettre l'usager.e au centre du parcours de santé, et ce à deux échelles : dans la construction de l'offre, qui se déploie selon une approche « bottom-up » et est soucieuse des retours des usager.es ; à l'échelle individuelle dans la construction du parcours de la personne consultante :

- ❖ Cette approche « bottom-up », soit des usager.es vers l'équipe soignante, se traduit par exemple à Paris par la constitution de focus groups avec des usager.es pour recueillir leur expérience et les pistes d'amélioration de l'offre du Checkpoint. A Montpellier, un médiateur a fait mention d'une « phase de test » par des personnes trans de l'offre du SPOT lors de l'ouverture, permettant d'éprouver le caractère adapté des approches proposées. Les médiateur.ices communautaires, dès lors qu'ils/elles appartiennent aux communautés ciblées représentent également des personnes ressources pour l'ensemble des équipes. Au-delà de l'organisation globale de l'offre proposée, elle rejoint aussi la question de l'acculturation entre médicaux et non médicaux, et se traduit par des réaménagements des

pratiques de prise en charge : les cadres de référence ne se restreignent pas uniquement aux recommandations médicales et sont complétés par la réalité des pratiques.

*« Le pilotage de l'aspect médical, au début de la PrEP il y avait ce discours fallait ne pas avoir eu de rapports pendant 4 semaines, c'était pas rationnel (rire) au vu des pratiques. On a tenu la barque avec les médecins pour les faire réfléchir, ok pour les recommandations mais y a les vrais gens en face. C'est piloté par les non soignants qui sont vigilants à faire en sorte que la place et les besoins des personnes servent de base pour prendre les décisions et pas s'appuyer uniquement sur les recommandations médicales ; c'est bien de les connaître, mais comme partout : c'est parce qu'on fait remonter des choses pas adaptées qu'elles évoluent » (porteuse)*

**Pour autant, force est de constater que dans l'enquête ad hoc, les professionnel.les ont globalement considéré cette participation à la construction de l'offre comme plus secondaire, pour *a contrario* mettre l'accent sur la centralité de la place de l'usager.e à l'échelle de son propre parcours (cf. figure précédente).**

- ❖ A l'échelle plus individuelle, les équipes, et plus spécifiquement les médiateur.ices communautaires ont insisté sur la personnalisation du suivi, et la co-construction du parcours avec les usager.es. Il s'agit de rendre ces dernier.es acteur.ices de leur parcours : les équipes de CSSAC ont un rôle de transmissions d'information et d'accompagnement de la personne tout au long du processus de décision quant à ce qui correspond le mieux à la perception de leur santé et leurs besoins. Cela suppose une écoute active, et de ne « *pas faire à la place, mais faire avec* » d'après les médiateur.ices. Une forme de flexibilité est dès lors nécessaire, et se heurte à une trop grande standardisation des premiers entretiens réalisés avec les médiateur.ices :

*« Quand on forme des nouveaux collègues, j'ai tendance à leur dire que les gens sont des pochettes surprise, des fois sur le planning t'as un suivi Prep et en fait c'est la 15<sup>ème</sup> visite de la personne et au cours de l'entretien t'as un truc qui sort qui est jamais sorti. Donc en fait, y a aussi un intérêt à pas anticiper le contenu des entretiens. J'essaie de laisser un maximum de place aux personnes pour laisser exprimer ce qu'elles veulent exprimer. » (médiateur)*

Concrètement, le « faire avec » repose fréquemment sur l'assurance du respect du consentement de la personne, et le rappel d'un cadre « safe », bienveillant, au sein duquel la personne est libre de ne pas répondre à certaines questions. L'adaptation individualisé du suivi s'illustre aussi dans le maintien du lien avec les usager.es selon les demandes formulées, comme l'illustre la situation suivante :

*« Je pense que mon rôle aussi c'est d'adapter l'écoute et l'accompagnement et personnaliser ; Ce qui n'est pas forcément possible ailleurs (...) parce que leur mode de vie, de fonctionnement ou leur consommation ou leur travail les met en difficulté dans un dispositif un peu standardisé (...) J'ai par exemple en tête un chemsexeur qui venait au groupe de parole sous conseil, enfin non j'aime pas dire conseil, mais en tout cas sous l'impulsion d'une dynamique qu'on avait lancé avec l'addictologue sur un groupe consacré au retour au plaisir dans sa maîtrise de consommation de*

*produits. Il était assez fermé, et un jour il me dit « écoute je vais à Paris et je sens que je peux craquer, est-ce que tu peux m'appeler une fois par semaine pour faire un point ensemble ? ». Il est parti, et du coup je l'ai appelé, (...) Et du coup alors qu'il était encore à Paris et que je l'ai eu au téléphone, il m'a dit « tu sais quoi, j'ai envie de parler de mon expérience, et quand je rentre je vais animer le prochain groupe ». Il est venu, il a travaillé sur une animation, et aujourd'hui il est animateur du groupe chemsex. J'ai l'impression que c'est comme un papillon qui est sorti de son cocon et ça c'est fantastique quoi » (médiateur)*

Les propos nous ramènent au point précédemment cité et rendent compte d'un accompagnement au service de l'empowerment de l'utilisateur.e.

**Ce « faire avec », au plus près des expériences singulières des consultant.es, peut être étayé par une forme de « pair-aidance » : le « avec » et le « pour » peut s'accompagner du « par » les communautés, mais ce dernier a en réalité fait l'objet d'adaptations locales entre les CSSAC.**

### *Une vision extensive du “par la communauté, pour la communauté” ?*

Le fait que la prise en charge des consultant.es soit assurée par des professionnel.les membres de la communauté a fait l'objet de questionnements aboutissant parfois à des glissements progressifs dans l'expérimentation, et de postures différenciées selon les centres. Cette place variable faite aux « pairs » est aussi le reflet d'un ancrage et de traditions associatives différentes entre les porteur.es.

L'item « être pris en charge par des pairs » a été considéré par 27 % des professionnels comme l'un des 3 piliers de l'approche communautaire avec des disparités par centre :

Définition de l'approche communautaire / centre	4 centres (n=75)	Paris (n=22)	Lyon (n=22)	Marseille (n=17)	Montpellier (n=14)
Etre pris.e en charge par des pairs	27%	23%	14%	53%	21%

Nous reviendrons sur le vécu de cette approche communautaire dans la section concernant la satisfaction des professionnel.les des CSSAC (voir 3.2.4). Il s'agit ici de préciser ici les discussions autour de l'appartenance des équipes soignantes aux communautés visées : elles rendent compte de la plus-value qu'elle peut constituer dans la prise en charge des usager.es, mais également de la reconnaissance d'une certaine limite.

- ❖ Les acteur.ices rencontré.es ont souligné :
  - Être soi-même concerné.e par les problématiques ciblées facilite l'engagement professionnel. Parmi les 75 répondant.es à l'enquête de satisfaction, 31 (41%) justifient entre autre leur motivation à leur prise de poste par le fait d'être elles et eux-mêmes membres de la communauté. (*Question 11 à choix multiples : Qu'est-ce qui vous a motivé.e à prendre ce poste?*)
  - Elle encourage la réflexion autour des routines professionnelles lorsqu'on expérimente personnellement que les dispositifs et pratiques institués ne permettent pas une bonne prise en charge.
  - A propos du rôle des médiateur.ices communautaires, le rapprochement a été fait à plusieurs reprises dans les entretiens avec la « pair-aidance », dans l'idée que le partage d'expériences communes permette notamment une libération de la parole et crée une connivence favorisant l'établissement d'une relation de confiance.

La figure du « patient expert » a également été mobilisée. Les savoirs situés et expérientiels sont valorisés par leur complémentarité avec les savoirs techniques professionnels : ils sont une connaissance sensible au sens étymologique du terme, et apportent une expertise plus large que les seuls aspects médicaux :

*« Les médiateurs ont un rôle essentiel dans le lien avec le patient. Ils sont vraiment formés, sur le chemsex, la PrEP, les parcours trans... Dans la médiation il y a un côté qui se rapproche du patient expert en ça que c'est souvent des personnes concernées, formées personnellement et professionnellement et qui ne font que ça. Alors qu'en médecine générale c'est assez large, assez vaste. Alors que là, ils ont des connaissances extrêmement approfondies tout en étant non médecins et infirmiers et c'est vraiment essentiel (...) Et par exemple pour les personnes trans, identifier, tout ce qui est changement d'identité, les formalités administratives, en fait on a pas trop le temps en plus de creuser ça dans nos consultations médicales » (médecin)*

- ❖ Les porteur.euses et les professionnel.les de santé, identifient toutefois des limites perçues à sa réalisation effective :
  - Les expertises (médicales, sociales, psychologiques...) nécessaires au déploiement de l'offre des CSSAC se heurtent déjà à une pénurie de professionnel.les formé.es et peuvent difficilement être couvertes dans leur ensemble par des membres de la communauté.
  - Les sous-groupes qui constituent les publics cibles et leurs spécificités conduisent à envisager la notion de communauté au pluriel. Une application stricte d'une prise en charge par des pair.es exclusivement exigerait que les équipes soient le reflet de chacune de ces communautés. Comme le souligne un médiateur « le communautaire c'est une femme, qui va parler à une femme ; la personne transidentitaire avec une personne transidentitaire ; un gay avec un gay ». Bien que dans les pratiques, quand cela est possible, l'accompagnement communautaire d'une personne avec un.e médiateur.ice partageant des caractéristiques proche est en effet privilégié, sa mise en œuvre est complexe dans les recrutements, et rend la prise en charge des usager.es très personne dépendante. Nous avons pu constater à Marseille par exemple – et cela nous a également été relayé par les équipes - que les personnes consultantes désignent nommément les médiateur.ices avec lesquelles elles souhaitent échanger.
  - Enfin, l'extranéité à la communauté favorise les prises de recul et une distance sur des situations qui entrent trop en résonance avec les expériences subjectives des professionnel.les concerné.es.

Toujours est-il que la définition de l'approche communautaire fondée sur l'appartenance *stricto sensu* des équipes aux communautés s'est avérée moins restrictive. Les propos en entretien ont laissé entrevoir vision plus extensive du « par » dans l'approche communautaire.

*« Les accompagnateurs communautaires, c'est un vrai plus sur l'accueil bienveillant, et sur accueil chaleureux et compréhensif. Ça peut aussi être une connaissance pour certains d'entre eux, extrêmement fine de certaines pratiques, non pas forcément parce qu'ils pratiquent eux-mêmes hein (...) mais parce que par ailleurs ils ont fait de la prévention, ils sont allés dans les soirées, donc certains connaissent bien aussi certaines pratiques ou l'historique communautaire, ce qui pour le coup a un impact dans le soin. Quelle que soit la prise en soin, la présence des pairs est indispensable j'en suis convaincue, on pourra pas dans l'avenir continuer notre médecine patriarcale et autoritaire des médecins sans s'intéresser un peu aux usagers, ce qu'ils en pensent et ce qui est le mieux pour eux. C'est eux*

*qui le savent le mieux, c'est pas mes livres de médecine qui me l'ont appris. »  
(addictologue)*

L'expression « par et pour la communauté » a été utilisée par certain.es professionnel.les interrogé.es aux différents temps de l'expérimentation, tout en incluant dans la suite de leurs propos des personnes non paires, extérieures à la communauté mais en maîtrisant les codes, les pratiques, et qualifiées d'« allié.es » dans un vocabulaire plus militant. **Derrière ce que recouvre le « par », l'enjeu porte sur l'atténuation de la place du pouvoir médical, afin de lui accorder sa juste place.**

### *Euphémiser la médicalisation et l'asymétrie soignant.e/soigné.e*

L'essentiel des objectifs opérationnels des CSSAC consiste à ramener vers une prise en charge médico-soignante de publics s'en étant éloignés ; l'approche innovante des CSSAC repose pour partie sur une prise en charge biomédicalisée ; le déploiement de la PrEP a changé les paradigmes de prévention en la remédicalisant. Pour autant, en interne, la structure est pensée, à différentes échelles, de manière à euphémiser cette médicalisation. Ces stratégies de « démedicalisation » sont couplées à des réflexions pour atténuer l'asymétrie soignant.e/soigné.e. Elles se traduisent dans les CSSAC de diverses manières :

- ❖ L'ordre des professionnel.les rencontré.es par un.e usager.e : à Marseille, Lyon et Montpellier le premier contact plus prolongé avec la structure a lieu avec les médiateur.ices communautaires. Il permet une première approche des questions approchant la sexualité, et facilite la confiance, pour préparer le temps d'échange avec les professionnel.les de santé ensuite : « *quand tu vois un médecin, c'est plus facile parce que tu l'as déjà dit au médiateur* » (médecin).

*« En n'étant pas professionnels de santé, ils permettent une parole beaucoup plus libre, beaucoup plus ouverte, je pense qu'ils arrivent à mettre les gens plus à l'aise, sans cette position de soignant qui reste particulière et à qui on va pas oser tout dire. Là le médiateur a un lien plus neutre, plus amical si j'ose dire »  
(gynécologue)*

**On rejoint là pour partie la réflexion sur ce qui étaye le communautaire : la casquette de personnel « associatif » des médiateur.ices officie comme un levier pour la prise en charge.**

- ❖ Des éléments matériels, rappelant les codes ordinaires du médical voire des structures hospitalières, sont globalement sciemment écartés. La peur de la « blouse blanche » a à plusieurs reprises été mentionnée au sens figuré, mais s'est également traduit au sens propre à Paris, Lyon et Montpellier où les professionnel.les de santé ont délibérément fait le choix de ne pas porter une blouse.

L'espace plus globalement a pu être réfléchi dans une optique similaire. A Paris, bien que les usager.es aient souligné une ambiguïté de la démarche à suivre à l'accueil, l'utilisation de tickets a été écartée pour le moment d'après la direction car le centre « *deviendrait trop hospitalier à [leur] goût* ». Les « salles d'attente », notamment à Marseille et Montpellier, sont pensées comme des espaces chaleureux et conviviaux (canapés, possibilité de se servir un café, de prendre des biscuits, diffusion de musique...). Ces deux centres bénéficient par ailleurs d'un espace extérieur privé accessibles aux usager.es qui attendent.

L'aménagement des box de consultation des médecins a également été réfléchi et adopte une configuration dans l'ensemble similaire dans les CSSAC.

*« Les box de consultation sont importants, je sais qu'il y a eu des thèses là-dessus pour évaluer la différence d'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin. Le bureau qui sectionnait vraiment, ou qui était dans la continuité. Donc on a cette possibilité d'être presque face aux patients, y a pas de barrière entre nous, avec des tables petites, circulaire, sur le côté, on est assez proche du coup du patient, ça favorise. » (médecin)*

- ❖ Un des codes relevant du « communautaire » d'après les équipes, mais est de l'ordre des interactions entre les usager.es et les équipes : la proposition et le recours au tutoiement. Si la pratique est dans la très grande majorité des cas admise pour les médiateur.ices et les infirmier.es<sup>21</sup>, les médecins se départissent moins de la pratique du vouvoiement, parfois justement dans la perspective même de ne pas renforcer le pouvoir médical.

*« Je vouvoie. Moi je suis pas communautaire (rire). Je trouve que c'est trop patriarcal et paternaliste, les seules personnes que je tutoie pas dans le soin c'est les petits de 13 ans, ils sont plus jeunes que mes enfants, c'est des gamins du collège, je les croiserais dans la rue je les tutoierais, j'espère que c'est pas paternaliste d'ailleurs. Mais en consultation, sinon ça donne d'emblée un truc de supériorité aux soignants, qui n'a pas lieu d'être parce qu'en plus je suis à peu près sûre que eux continueraient à me vouvoyer donc c'est hors de question. » (addictologue)*

### *Déstigmatiser, déculpabiliser et banaliser la santé sexuelle pour une prise en charge « safe »*

Si les codes ordinaires du médical sont atténués, c'est aussi parce que le cadre ordinaire du système de santé, et notamment les dispositifs hospitaliers, sont perçus comme « froids » voire « hostiles » et sources de réticences d'après les différent.es acteur.ices des CSSAC et leurs ARS référentes.

La simplicité de l'accueil et la convivialité recherchée sont au service d'une banalisation et une volonté de déstigmatisation des problématiques prises en charge au sein des CSSAC. Celles-ci peuvent se résumer en un souci d'**inclusivité**, qui passe là aussi par des aspects « matériels » et interactionnels dans la prise en charge.

L'affichage et les ressources en prévention dans les locaux des CSSAC visent à envoyer un premier signal d'une démarche non jugeante et bienveillante : affiches de prévention, brochures à disposition, matériel de réduction des risques en libre-service dans différents espaces (y compris pour des pratiques illicites à l'instar des « Roule ta paille » à destination des usager.es de drogues par voie intranasale). La démarche affichée sur le volet addictologique en est l'illustration :

*« La répression ça n'a jamais soigné personne (...) Après, je pense pas qu'il faille mettre un projecteur sur le chemsex, je pense que ça ne ferait qu'accentuer l'homophobie des Français, (...). Je dis pas qu'il faut faire un projecteur là-dessus. Je pense qu'il faut mettre un coup de projecteur sur l'ensemble des conduites addictives dont fait partie de le chemsex. Ça ferait partie de la déstigmatisation que de la considérer comme une addiction comme les autres » (addictologue)*

---

<sup>21</sup> Il a été mentionné de quelques exceptions où le vouvoiement a délibérément été réinstauré par les professionnel.les, notamment les infirmier.es et médecins, pour reposer le cadre d'une prise en charge et rétablir de la distance lorsque certain.es usager.es se positionnaient dans un rapport de séduction.

La libération de la parole est également facilitée par la multiplication des intervenant.es rencontrées et le temps passé dans la structure : une fois que le cadre sécurisant a été expérimenté en pratique par l'utilisateur.e, et qu'un lien de confiance a pu commencer à s'instaurer, certain.es finissent par se confier sur des pratiques passées sous silence initialement avec leurs premier.es interlocuteur.ices.

\*\*\*

Les sections précédentes ont été l'occasion de rendre compte comment l'approche communautaire se déployait en pratique dans l'accueil des usager.es au sein de la structure, et ses effets perçus sur les conditions de prise en charge.

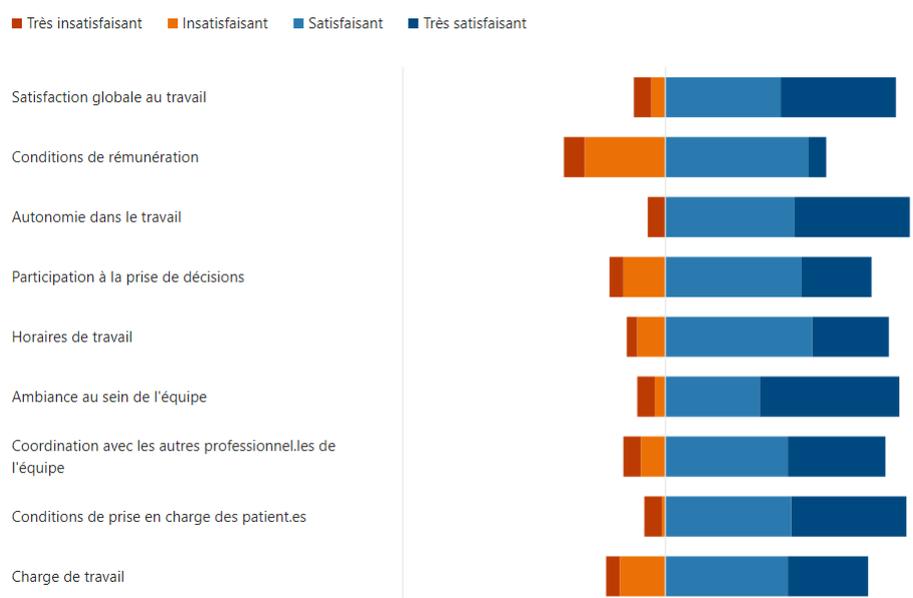
Via les approches communautaires, les CSSAC ont atteint les populations clés. Via les protocoles de coopération et l'EMBD, les CSSAC ont pu faire preuve de réactivité et rendre accessible les offres de Test&Treat et de PrEp. Il s'agit maintenant d'aborder l'expérience et la satisfaction des usager.es à cet égard. Comment ces modèles organisationnels sont-ils vécus par les personnes consultantes, mais également par les équipes qui évoluent en leur sein ?

## 2b - Expérience et satisfaction des différent.es acteur.ices du dispositif

### *Satisfaction des professionnel.les*

Les professionnel.les interrogé.es, tant dans l'enquête par questionnaire que par entretiens témoignent d'une bonne qualité de vie professionnelle : 88 % des répondant.es ont qualifié de « satisfaisante » ou « très satisfaisante » leur satisfaction globale au travail, et la satisfaction domine dans l'ensemble des dimensions proposées quant aux conditions de travail avec quelques disparités entre les CSSAC.

*Figure - Niveau de satisfaction quant aux conditions de travail au sein des CSSAC*



Ces tendances sont similaires entre les 4 CSSAC, en dehors de la charge de travail jugée plus fréquemment insatisfaisante au CSSAC parisien (45 % des répondant.es versus 7 à 17 % au sein des autres CSSAC).

### Conditions matérielles de travail.

**Les conditions de rémunération constituent le point de mécontentement principal**, partagé par l'ensemble des équipes des 4 CSSAC. Comme mentionné précédemment, elles sont d'ailleurs interprétées comme un frein important au recrutement. Elles ont été invoquées comme facteur de départ de 2 médiateur.ices communautaires à Montpellier par exemple, et un frein à un élargissement du temps de travail au sein des CSSAC des professionnel.les de santé, dont les autres activités (libérales, hospitalières...) sont plus rémunératrices.

Les différent.es professionnel.les ont fait valoir la nécessité de revaloriser les salaires des personnels permanents, notamment des médiateur.ices communautaires et des infirmier.es. 70 % de ces dernier.es déclaraient une insatisfaction vis-à-vis de leur rémunération, versus 27 % pour les médecins et les consultant.es spécialisé.es qui exercent en CSSAC majoritairement à temps partiel.

La situation des médiateur.ices est intéressante à cet égard : Si les infirmier.es ont déclaré fréquemment la rémunération à l'origine d'une réticence à prendre le poste proposé, les médiateur.ices l'ont déclaré très rarement. Cette évolution de positionnement peut s'interpréter

comme révélatrice d'un décalage finalement perçu entre la réalité de leur poste, la pluralité de leurs missions et les compétences qu'elles exigent, et les valorisations salariales de celles-ci.

Les horaires sont parfois cités comme source de frustration, mais sont davantage imputés aux impossibilités de roulement réel du fait de la petite taille des équipes ; il en est de même concernant les congés, souvent conditionnés aux semaines de fermeture estivale des centres, laissant peu de liberté et de marge de manœuvre pour les fixer.

En articulation avec ces deux dimensions, la surveillance et la récupération des heures supplémentaires sont sources de frustration : elles sont aussi révélatrices de l'entrecroisement des mondes associatif et sanitaire. Le premier tend à valoriser un fort engagement temporel dans l'activité, parfois proche des formes de « bénévolat » - souvent justifié au nom d'un militantisme - tandis que les contraintes des actes de soin intègrent des possibilités de dépassement mais sont articulées à des jours de récupération, qui se heurtent de nouveau à la taille réduite des équipes des CSSAC, notamment à Lyon et Montpellier.

*« Il faut être vigilant aux dérives de l'associatif où tu dois toujours être là, et pas compter tes heures » (médiateur)*

*« On est dans l'hybride avec ce qui se fait dans le monde associatif et ce qui se fait dans le monde de la santé. Et c'est vrai que ça change, c'est à dire que là on a que des salariés. Du coup on rentre aussi dans une dynamique de... quand on dépasse, et qu'on fait des heures est-ce que la personne veut les faire. Et il faut pouvoir les payer ou s'arranger, les mettre sur un compteur. Mais qui dit compteur dit que la personne va finir par être en vacances, comment on fait pour s'organiser... Est-ce qu'on peut payer ? Donc il faut faire attention financièrement, tout en payant à leur juste valeur les soignants et les personnels sans qu'ils fassent plein de choses bénévolement » (coordonnateur)*

#### Autonomie et prise de décision

Toutefois, les petits effectifs facilitent d'après les professionnel.les les bonnes relations entre collègues. La qualité de l'ambiance et de l'entente au sein des équipes a été largement soulignée, et est la dimension qui obtient le plus grand taux de réponse « très satisfaisant ». Des infirmier.es et médecins ont souligné par ailleurs que cette entente était perceptible et bénéfique également pour les patient.es. La qualité de ces relations prend appui sur le sentiment d'une bienveillance et compréhensions mutuelles, et d'une écoute des besoins respectifs.

Les temps de réunion en équipe sont facilitants à cet égard, et plusieurs professionnel.les ont appelé à être vigilant.es à ce qu'ils se maintiennent pour étayer la collégialité et l'horizontalité des prises de décision, et, dans certains cas, maintenir l'engagement de professionnel.les présent.es plus ponctuellement dans le dispositif.

A un second niveau, les professionnel.les ont souligné le caractère horizontal de leur collaboration avec les autres intervenant.es, et la prise en considération des avis de chacun.e. Ce sont les infirmier.es qui ont davantage insisté en entretien sur cette relation d'horizontalité avec leurs collègues médecins notamment, professionnel.les qui mettent en œuvre le protocole de coopération national.

Dans ce prolongement, ils/elles ont pu insister également sur leur autonomie dans le travail, source de satisfaction largement partagée par les équipes, cette dimension ayant obtenu le plus faible taux de réponses « insatisfaisant » ou « très insatisfaisant ».

## Perception de la relation d'accompagnement proposée aux usager.es

La très grande majorité des professionnel.les interrogé.es se disent convaincu.es de l'apport du dispositif pour les usager.es : la centralisation en un seul et même lieu d'une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, doublée de l'approche communautaire déployée, sont présentées comme la solution à une prise en charge de la santé sexuelle dans une approche globale et rassurante pour les usager.es ciblé.es. Cette vision est presque unanimement partagée, y compris par des professionnel.les dont le parcours antérieur n'est pas caractérisé par un militantisme autour des problématiques concernant les populations cibles.

La plus-value de cet accompagnement pour les patient.es se traduit en outre par un plus grand confort dans les modalités de prise en charge, pour les professionnel.les. D'une part, la personnalisation de l'accompagnement et le temps consacré à un.e usager.e pour permettre une approche la plus holistique possible de sa santé sexuelle améliorent les cadences de travail des professionnel.les de santé.

*« Je reviens sur cette notion de temps dédié aux patients, c'est quelque chose qui me pèse dans ma pratique de médecin généraliste, c'est le gros point noir de la profession je trouve. Et là c'est vraiment, c'est valorisant, je sens que mes connaissances sont valorisées, j'ai l'impression de pouvoir donner mon maximum que je peux donner à mes patients ici. Et c'est pas une question de travailler lentement, j'ai le temps d'aborder toutes les problématiques que je veux aborder, la réduction des risques, expliquer les traitements, le TPE, faire un point sur les vaccinations, les consommations de drogue, l'état mental en dehors de la santé sexuelle ; enfin c'est vraiment valorisant, on peut appliquer toutes nos connaissances sans regarder la montre toutes les deux minutes, c'est très agréable. » (médecin)*

D'autre part, la présence des spécialistes et des autres professionnel.les dans la structure est perçue comme sécurisante pour les professionnel.les de santé notamment parce qu'elle facilite l'accès à une pluralité d'avis sur lesquels s'appuyer face à des situations complexes :

*« On a une offre de spécialistes dense et très complémentaire. Pour le coup si je dois les remercier [l'équipe coordinatrice] c'est quand même le fait qu'ils ont lié un lien partenarial incroyable qui fait que tu te sens jamais en danger, tu as toujours un appui. Si je suis perdue face à un cas, je sais vers qui me faire aider, c'est un confort » (médecin)*

Toutefois, les besoins d'accompagnement formulés par les professionnel.les dépassent le seul appui que peuvent apporter leurs collègues. En effet, l'exposition au récit de situations de violences, de discrimination et stigmatisation possiblement vécues par les usager.es, combinées à leurs problématiques en santé sexuelle sont susceptibles de fragiliser les soignant.es. Ces dernier.es se sentent parfois démuni.es ou insuffisamment « armé.es » pour faire face aux situations les plus lourdes et complexes. Si *a minima* des temps en équipe sont nécessaires, une offre d'accompagnement, notamment en Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) permettrait de prévenir les risques psycho-sociaux auxquels sont exposées les équipes. Ces temps d'APP sont proposés à géométrie variable et avec plus ou moins de régularité selon les CSSAC.

La question des risques psycho-sociaux pour les professionnel.les est susceptible de se renforcer par ailleurs quand les intervenant.es sont membres de la communauté.

### Être soi-même membre de la communauté : le vécu de l'approche communautaire

Si nous avons évoqué dans la section précédente les enjeux d'un accompagnement communautaire fondé sur le « par et pour la communauté », il s'agit de revenir sur ce qu'il implique dans l'expérience des professionnel.les. Travailler avec des collègues « pairs » sur le plan de l'appartenance communautaire, et/ou engagé.es auprès de la communauté LGBT+ s'avère plus sécurisant pour leurs identités, là où la crainte de jugement et de discrimination dans d'autres milieux professionnels est parfois source d'inconfort.<sup>22</sup>

Toutefois, quelques-un.es des professionnel.les rencontrés sont revenu.es sur les difficultés provoquées par le fait d'appartenir à la communauté. Elles se résument principalement dans la question des frontières entre vie privée et vie professionnelle.

*« Des fois tu as des sollicitations, des personnes qui te reconnaissent sur les applis et qui te demandent leurs résultats, un dimanche à 23 heures (rire). Mais c'est vrai que c'est dur. C'est ultra dur de dire aux gens oui, je suis sur l'appli, mais c'est pas pour le travail quoi. Tu vois bien que mon profil c'est pas le centre. Et ça, c'est toujours une question que je me suis posée, parce que c'est vrai que bah sur Facebook, j'ai pas mal de connaissances qui sont dans la prévention aussi et je vois toujours ce truc du genre, comment on fait pour différencier notre vie professionnelle et notre vie privée. C'est super compliqué. (...) Et puis parfois des questions de postures aussi : nos collègues étaient des potes avant, ou nos soignants. Moi j'ai été suivi en CSAPA à une période, c'était mes soignants, maintenant c'est mes collègues. On est pas hors sol quoi, on a des liens avec des gens, sauf si on est pas de la communauté » (médiateur)*

*« La difficulté que ça me pose en tant que personne membre de la communauté, mes médecins de santé sexuelle sont mes collègues de travail. Ça c'est tout le paradoxe du communautaire en une seule phrase » (médiateur)*

**L'importance des relations d'interconnaissance produite par l'entre-soi communautaire brouille ainsi les postures endossées le plus souvent dans des sphères distinctes**, tant dans les relations professionnelles, comme l'illustrent les propos ci-dessus, que dans le rapport soignant.e-soigné.e. Les frontières entre les espaces et les temporalités des vies privée et professionnelle deviennent poreuses, certains espaces de sociabilité - numériques comme physiques - étant utilisés à des fins professionnelles et personnelles. Les actions d'« aller vers » sont susceptibles de renforcer cette porosité en bousculant le cadre ordinaire de la prise en charge et exposent à des rapports de séduction quand les intervenant.es sont identifié.es comme appartenant à la communauté.

Toutefois, cette **question des frontières se pose avec plus d'acuité pour les médiateur.ices communautaires**. Bien que l'organisation des CSSAC cherche parfois à lisser l'asymétrie soignant.e/soigné.e, une forme d'autorité des professionnel.les de santé « demeure » à ce niveau, et s'avère davantage protectrice pour les médecins. L'identification du cadre de la relation thérapeutique

---

<sup>22</sup> MORAND Emilie, 2022, « Dissimuler son orientation sexuelle tout en reconnaissant et respectant la diversité sexuelle. La position paradoxale des personnels de l'éducation LGB face à la norme d'égalité », *Gouvernement et action publique*, 2022, VOL. 11, n° 1, p. 61-84.

avec le corps médical et les spécialistes est plus claire pour les usager.es et contraste avec la relation d'accompagnement construite avec les médiateur.ices communautaires. Celle-ci, en se fondant sur une recherche de proximité, renforcée par le partage de propriétés sociobiographiques (identité de genre, orientation sexuelle, âge...) et de récits des parcours personnels pour créer de la connivence, crée une forme d'indétermination de la relation entre la personne consultant.e et les médiateur.ices, que vient renforcer parfois la méconnaissance parfois du métier même de « médiateur communautaire » par les usager.es.

L'engagement dans une structure de soin comme les CSSAC, lorsqu'il est articulé au fait de soi-même s'identifier comme appartenant aux publics ciblés, appelle à une vigilance quant aux risques de se sur-responsabiliser dans le travail et d'un moindre détachement face aux situations rencontrées, qui viennent rappeler la nécessité de mettre en place des dispositifs d'accompagnement pour les professionnel.les.

### *Satisfaction des patient.es*

Les CSSAC sont généralement connus par les personnes consultantes grâce aux réseaux d'interconnaissances et des échanges informels avec d'autres usager.es. **L'importance du bouche-à-oreille** avait déjà été soulignée par les équipes de professionnel.les et confirmée par les usager.es enquêtés. Seulement quelques personnes sont orientées vers ces CSSAC par leur médecin traitant ou le CeGIDD.

Les services les plus fréquemment sollicités par les usager.es interrogé.es sont le dépistage, la PrEP, ainsi que l'accompagnement addictologique et/ou psychologique. Cependant, ces derniers sont souvent perçus comme insuffisants, avec des consultations espacées, et les **usager.es complètent souvent leur suivi en consultant des professionnel.les en ville pour répondre à leurs besoins quand leurs moyens financiers le permettent.**

**L'offre de soins est perçue comme très complète et holistique**, répondant globalement aux besoins des patient.es qui apprécient également le caractère gratuit de ces services, facilitant ainsi l'accès à ce type de soins et d'accompagnement.

En général, les usager.es rencontré.es ont effectué plusieurs visites, de manière plus ou moins périodique. Ils et elles sont pris.es en charge par différent.es professionnel.les lors de leurs visites au centre, et sont capables à terme de bien les identifier. Lors des premiers passages, le statut des médiateur.ices communautaires est souvent celui qui reste le plus flou pour les usager.es.

La durée moyenne déclarée des visites est de 45 minutes à 1 heure. Les usager.es considèrent que cette **durée permet un temps de parole suffisant pour s'exprimer et établir des liens avec le personnel soignant, tout en maintenant un rythme de rendez-vous rapide.** Selon les centres, la prise de rendez-vous peut être nécessaire ou non. Les usager.es semblent **préférer les consultations sans rendez-vous**, car ils estiment souvent que « *les prises de risques ne sont pas prévisibles* » et que la prise de rendez-vous dans ce contexte est moins pertinente.

En ce qui concerne **les délais d'attente des résultats**, les usager.es les trouvent **rapides** et ont généralement **une expérience positive en ce qui concerne la transmission d'information par le personnel.**

Le lieu lui-même apporte aux usager.es un **sentiment de tranquillité et de bienveillance**, en particulier dans les centres qui ont aménagé des espaces propices à la détente, à l'instar de Marseille et Montpellier, et renforce la dimension sécurisante, contrastant avec les expériences d'autres structures.

*« Ça va être des choses aussi simples que des affiches ou des visuels ou des éléments qui sont portés par des assos militantes ; ouais une façon que l'espace a d'être habité par la communauté quoi. Du coup t'arrives et t'as et de la musique, et du café, et du lubrifiant et plein de choses, y a pas cette dimension, on va dire froide de l'hôpital. » (Usager)*

Au-delà de l'espace physique, les usager.es ont l'impression que le personnel **comprend particulièrement bien les spécificités des membres de la communauté** (LGBT+, TDS...) et pose des questions de **manière inclusive**, sans jugement. Ces facteurs font que les centres de santé sexuelle communautaire sont perçus comme des espaces où les personnes se sentent **respectées et soutenues**. Les patient.es soulignent une atmosphère de bienveillance qui « délie les langues » et qui contraste avec l'image du "vieux médecin de famille". Ils et elles appuient par ailleurs sur les compétences des professionnel.les et sur leur bonne compréhension des pratiques et/ou des vécus de discrimination, par contraste avec certaines de leurs expériences dans le système de soins généraliste.

*« Ailleurs, j'ai même déjà eu des mauvaises prescriptions, pour une chlamydia par exemple : il m'a donné le traitement de la gono ou trop d'antibiotiques ou pas assez, je sais plus, c'était l'enfer. J'étais venu ici, ils m'avaient dit « mais, c'est pas possible qui t'a fait ça ?! ». Sinon, plutôt du jugement et des mauvais traitements. Après, j'ai l'impression d'un truc, c'est que maintenant que la PrEP est un peu plus généralisée, peut-être qu'il y a un peu plus de médecins formés. Je sais pas, je me rends pas compte, j'ai l'impression qu'ils en ont plus parlé et du coup peut-être ils sont moins à la masse. Mais bon, du coup il y a peut-être aussi d'autant plus le discours : « mais du coup vous chopez d'autres maladies, du coup on utilise trop d'antibiotiques, du coup les antibiotiques fonctionnent plus à cause de vous ! » » (Usager)*

Ces centres deviennent un **refuge** face aux expériences négatives vécues au sein d'autres institutions ou dans le monde social. Ils offrent un environnement de soin complet où les usagers se sentent considérés.

*« Je sais que si je suis très angoissé parce que j'ai peur de... je viens ici et on fera un test. Et puis vous savez ce qui est important, je crois aussi, c'est d'être reconnu ou connu, c'est à dire quand j'arrive ici, j'ai pas l'impression d'être quelqu'un d'anonyme. Je crois que les personnes se sentent. Se sentent, comment dire, même si c'est anonyme, se sentent connus par les gens qu'elles rencontrent. Et c'est vrai que lors des passages au CeGIDD, vous êtes un carton, un carton bleu, un carton vert. Vert veut se faire tester, bleu vient chercher les résultats ou l'inverse je sais plus. Très hôpital quoi. Je crois que ce qui est important, c'est de sentir une proximité et surtout sentir qu'on est, voilà une personne lambda. » (Usager)*

*« Les gens sont agréables, trouve ça « cool » qu'on propose de tutoyer. Les questions à l'entrée sont bien inclusives, « on sent que... comment dire ? que c'est vraiment communautaire, qu'il y a pas de jugement, que tu viens pas juste pour faire ton rendez vous tatati tatata (fait le signe avec la main de lister différents points). Les gens ils s'intéressent un peu plus à toi » (Usager)*

**L'approche humaine**, reliée à l'approche communautaire, **est valorisée**, permettant aux patient.es de se sentir à l'aise et de bénéficier d'un environnement bienveillant. Le caractère chaleureux et convivial de l'accueil a été souligné, et pu être rapproché d'un aspect familial.

**L'approche communautaire** est ainsi considérée comme une **plus-value importante**. Les personnes trans plus spécifiquement mettent particulièrement en avant l'importance de cette approche communautaire, notamment en raison du manque flagrant d'une prise en charge adaptée à leurs besoins spécifiques dans le système de santé général.

**Cependant, les usager.es ont un rapport variable à la dimension communautaire de ces centres.** Certain.es patient.es n'avaient pas identifié cette approche auparavant ou ne comprennent pas exactement de quoi il s'agit, notamment lorsqu'ils/elles ne se revendiquent pas particulièrement appartenir à la communauté LGBT+. Pour d'autres personnes consultantes, bien que cela ne revête pas une importance particulière pour elles personnellement, elles reconnaissent que cela peut être bénéfique pour d'autres membres de la communauté. En miroir, certain.es patient.es cherchent en effet activement à rester dans la communauté, ce qui se manifeste également dans d'autres aspects de leur vie, tels que les activités sportives et les lieux et cercles de sociabilité dans lesquels ils/elles sont inséré.es. Certain.es usager.es expriment d'ailleurs également leur volonté de s'engager dans des actions associatives et de collaborer avec les centres de santé sexuelle communautaire si cela était possible en tant que médiateur.ices communautaires.

Les usager.es **estiment qu'il est important de généraliser cette expérimentation**, d'une part pour permettre aux personnes éloignées d'avoir accès à ce type de soins et d'accompagnement, et d'autre part pour désengorger les agendas des centres déjà existants. Les points d'amélioration identifiés par les usager.es concernent les délais d'attente pour les rendez-vous (pour les spécialistes ou dans les centres où la prise de rendez-vous est nécessaire).

Dans l'ensemble, **il existe une très bonne satisfaction générale du côté des usager.es, qui aspirent à ce que cette approche puisse devenir la norme.**

Notons toutefois les **éventuels biais provoqués par le mode de recrutement** des patient.es pour l'évaluation. Les capter au sein du CSSAC même, lors de leur parcours de santé, encourt le risque de faire davantage faire valoir des points de satisfaction que de mécontentement, bien que les personnes aient été rassurées sur la confidentialité de leur propos et l'extranéité de l'évaluateur à la structure. Lorsque les usager.es nous ont directement été orienté.es par les médiateur.ices, les réponses majoritairement favorables (d'après ces dernier.es) peuvent s'expliquer par des effets de recrutement mais informe aussi de la confiance qu'ils/elles accordent aux médiateur.ices. Les souhaits exprimés de ces usager.es de « rendre un peu de ce qu'on leur donne ici » en acceptant de répondre à un entretien, témoignent de la satisfaction et de la reconnaissance qu'ils/elles éprouvent à l'égard des équipes du dispositif.

### 3) Efficience (partie à approfondir)

#### RESULTATS CLES

##### ***Quels coûts pour quels résultats ?***

Le modèle économique repose sur un mode mixte de financement, par forfait et dotations. Le forfait demeure une tarification à l'activité. Il fait dès lors peser sur les équipes une pression des volumes d'activité concernant les dépistages notamment, alors même que l'accompagnement communautaire recherché suppose une personnalisation de la prise en charge et des temps d'entretiens, et que l'offre déployée nécessite une équipe médicale et de médiateur.ices sur une forte amplitude horaire d'autre part.

Le temps médical et de coordination ont été sous-estimés, et une partie du temps consacré par les médiateur.ices aux personnes consultantes ne leur est pas apparu valorisable si les entretiens ne débouchaient pas sur un parcours couvert par un forfait.

La dérogation de remboursement de consultations spécialisées s'est avérée précieuse car la précarité d'un certain nombre de bénéficiaires ne permet d'envisager une prise en charge non remboursée en libéral.

Par ailleurs, la négociation des tarifs hospitaliers pour les traitements et la biologie notamment permettrait d'alléger ces lignes budgétaires des CSSAC.

La principale difficulté identifiée par les équipes concerne l'impossibilité à facturer la prise en charge de personnes sans droits ouverts, alors qu'elles comptent parmi les populations clés auxquelles s'adressent les CSSAC cumulant les facteurs de vulnérabilité et les risques d'exposition, et que l'accès à l'Aide Médicale d'Etat s'avère de plus en plus complexe.

Les financements obtenus dans le cadre de l'habilitation CeGIDD pour Paris et Marseille ont permis de pallier à cette incapacité de facturation, qui n'a pas été résolue dans le cas de Lyon et Montpellier.

Enfin, les structures ayant par ailleurs l'habilitation CeGIDD se confrontent à la difficulté d'un double modèle économique. La répartition de la file active entre la partie CeGIDD et le volet CSSAC peut conduire à une hausse de la file active rattachée au CeGIDD, nécessitant une revalorisation des enveloppes budgétaires dédiées.

#### **Le modèle économique hybride forfaits/dotations paraît adapté aux pratiques des CSSAC.**

##### [Le calibrage des forfaits](#)

- Rappel : Forfait dépistage : 186 €. Traitement 72 €, PreP : 58 €.
- Principe : rémunération forfaitaire pluriprofessionnelle et collective d'une séquence de soins.
- Test : consultations (médicales, paramédicales) et entretiens avec les médiateur.ices communautaires + examens de biologie (EBMD et/ou en laboratoire) + matériel nécessaires aux prélèvements.
- Concernant les forfaits valorisant l'offre socle de Test, Treat et PreP :
  - **Ces forfaits sont lisibles** pour les porteur.ses et les professionnel.les
  - **La nécessité de construire des forfaits spécifiques à des sous-populations n'a pas émergé. Ces parcours sont standardisés et homogènes** pour tous les publics.
  - **Les CSSAC font part de temps RH insuffisants**, notamment celui des médiateur.ices communautaires (ou des chargé.es d'accueil à Paris) et infirmier.es. Ces temps ont été calculés par les CSSAC en regard des budgets disponibles. Ce qui s'ajoute à la nécessité

de revaloriser les rémunérations de ces professionnel.les, afin d'ancrer l'incitation à exercer en CSSAC et à se coordonner.

- **Les entretiens conduits par les médiateur.ices communautaires ne débouchent pas toujours sur des Test, Treat et PrEP : comment valoriser ces temps-là ?** Prévoir dans chaque forfait plutôt un nombre moyen d'interventions des médiateur.ices communautaires, plutôt qu'un temps d'intervention reconstitué par chaque CSSAC ? Considérer cela comme une consultation spécialisée ?

*« Entretiens qui débouchent sur des dépistages, on est rémunérés dessus, et entretiens où on prend du temps avec la personne. Personne en plein sevrage, on prend 30 minutes, on peut pas facturer » (médiateur)*

- Dans le cahier des charges, les entretiens avec les médiateur.ices communautaires étaient listés parmi les consultations spécialisées (à Paris, les médiateur.ices n'interviennent qu'auprès des usager.es trans et PrEP sur rendez-vous, durée d'environ 45 minutes : comment sont valorisés ces temps (notamment pour les trans) ? Les porteurs se sont saisis différemment de ce positionnement possible des médiateur.ices dans leur pool de consultant.es spécialisé.es. Lyon, Marseille et Montpellier n'ont pas facturé les entretiens longs comme tel.
- **Logique du forfait nécessite d'avoir une activité très importante pour être à l'équilibre** (ce qui est également contraint par les ressources RH disponibles, et la surface des locaux, et les capacités du GenExpert, etc.)
- **Certains coûts de biologie n'avaient pas été anticipés** (confirmation diagnostiques par exemple) : coût de la biologie moyen plus élevé que prévu (exemple des western blot pour confirmer une séropositivité qui seraient « très chers », cela est peu fréquent sur le VIH. Mais beaucoup plus commun sur la syphilis.). Autre situation à Montpellier par exemple : Sur un forfait dépistage Chlam/gon/VHC/VIH = 200 à 250€ rien qu'en analyses pratiquement → Rééquilibrage avec des dépistages moins complets, mais estiment que la balance finale est plutôt déficitaire.
- **Ce qui n'avait pas été prévu dans les forfaits : besoins d'une forme d'adaptabilité. Emergence de besoins à la marge d'autres examens biologiques en lien avec enjeux de santé sexuelle** (mycoplasmes par ex ; être en mesure de faire face aux évolutions aussi, vu avec monkeypox). : « Avec mkpox... on a fait les prélèvements ici, on était en plein été, l'hôpital était à l'autre bout de la ville, on allait pas laisser les personnes symptomatiques, en short, se balader dans tous les transports en commun... ». »
- Monopole de Ceipheid : cartouches coûteuses, et dégressivité en fonction des volumes.

*« Par contre y a eu un accord, un vrai consensus, qui a pas toujours été entendu par la CNAM sur la logique du forfait qui certes était intéressante pour l'activité en elle-même, mais sauf que pour pouvoir mener cette activité, on avait besoin de professionnels qui soient salariés, qui devraient être payés quelle que soit l'activité, qu'elle soit soutenue ou non, avec des postes qui devaient rentrer dans une forme de dotations globales ; qqs pro de santé qui puissent intégrer cette dotation pour assurer équilibre financier. » (porteuse)*

## Les dotations

*Rappel : Dotations annuelles : 1) vaccins, 2) consultations spécialisées, 3) structure (qui sont censés permettre de couvrir en partie les frais disparates entre les centres, notamment parce qu'il y a des créations, et que du coup les forfaitiser en démarrage de projet ne ferait pas de sens).*

Le cdc précise juste « le montant global a été calculé sur la base d'une moyenne des **coûts unitaires des praticiens** (44 €) pour un temps moyen de consultation de 41 min, quel que soit l'intervenant, et du **nombre de consultations annuel moyen** estimé par chaque centre »

### **Modèle de financement des consultations spécialisées pourrait être révisé :**

- Dérogation avec prise en charge ou remboursement d'actes généralement non remboursés : psychologues, sexologue, travailleur social, interprète... → A maintenir car cela répond à un besoin (perspectives des professionnel.les et des usager.es)
- Pour les consultations médicales bénéficiant d'un tarif de remboursement dans le droit commun : les maintenir dans la dotation ?
- Le paiement à la dotation des consultations spécialisées permet l'intervention de professionnel.les aux profils divers. Certains CSSAC se sont toutefois limités dans les paniers accessibles aux usagers en raison des budgets dédiés à l'expérimentation, sans que cela n'ait été indiqué dans le cahier des charges (exemple au CSSAC de Lyon : le sexologue ne peut faire que 3 consultations..).
- Nécessité de reclarifier le périmètre et la finalité des consultations spécialisées (fait-on du suivi au long cours, du soutien ponctuel, de l'orientation ?). Et comment valoriser les éventuels temps d'accompagnement communautaire associés (trans, chemsex, etc.) ?
- Rigidité du cadre qui ne permet pas l'adaptabilité aux besoins émergents. Exemple : parcours trans. : La création d'un forfait distinct dédié aux parcours trans paraît adapté (objectifs et intervenants identifiés par les professionnel.les, temporalité délimitée, travaux en cours au niveau de la HAS sur ces parcours) afin d'inciter explicitement la coopération et coordination sur ces prises en charge complexes et valoriser explicitement le temps d'accompagnement communautaire dédié. Certain.es professionnel.les médicaux intervenant dans le champ de l'hormonothérapie ont exprimé se sentir un peu isolé.es au CSSAC face à des situations parfois complexes sur le plan médical (voire limites sur le plan médico-légales), sans possibilité de s'appuyer sur un confrère ou un collègue médiateur.ice qui aurait une expertise plus avancée dans le champ de la santé des trans avec lequel il/elle pourrait échanger. Paris et Lyon avancent sur ce chemin-là, à Lyon : consultation en binôme médecin-médiateur.ice formalisée.
- Cela ne paraît pas pertinent pour les chemsexuels : prise en charge addictologique classique, déjà pluridisciplinaire et coordonnée (culture de l'addictologie, avec une meilleure connaissance de ce qui serait efficace et pertinent. Là où les CSSAC ont beaucoup plus tâtonné pour les trans : par exemple à Montpellier, patient.es trans sollicités pour tester des parcours pilotes). Quid des consultations non honorées en addictologie (situation fréquente...) ?

### **Autres dotations**

- Pas d'éléments concernant les vaccinations qui aurait émergé dans le qualitatif.
- A clarifier : Traitements coûteux notamment la PrEP, bien que prise en charge à 100% par l'Assurance maladie (Permettre aux CSSAC d'accéder à des tarifs hospitaliers ? passage de

10euros la boîte en hospitalier, à 106 en ville). Initiation PrEP demande un temps médical et/ou d'accompagnement communautaire conséquent.

- Concernant les frais de structure : abordée dans l'analyse économique qui se fera à la rentrée.

### Réflexions globales sur le modèle économique

#### **Comment soutenir les CSSAC lors de la montée en charge ou dans l'investissement immobilier ?**

- Grande difficulté à lancer le CSSAC de Lyon par manque de financement pour rénover les locaux identifiés ou en faire l'acquisition ? Comment accompagner les CSSAC sur cette question des investissements initiaux ? Le CSSAC de Lyon a bénéficié de soutiens politiques, certes, mais comment peut-on accélérer le processus ?
- Activité des CSSAC observée bien inférieure aux prévisions à Paris et Lyon. Donc impact budgétaire moindre pour l'assurance maladie, mais CSSAC potentiellement déficitaires et fragilisés ? Comment en tenir compte dans les modèles de financement : une dotation spécifique à la montée en charge ? Un forfait / patient plus élevé sur la première année d'activité, qui ensuite diminuerait une fois que les économies d'échelle pourraient se faire ? (Activité limitée en raison des contraintes des locaux trop petits pour se déployer à Paris par exemple).
- Difficultés à comprendre finalement les crédits d'amorçage réellement perçus par les CSSAC à l'issue de cette évaluation, pour compenser la montée en charge initiale. A reclarifier avec une enquête auprès des ARS.

*« On sait que nous sur le forfait sans complément à côté, on travaille à perte. Forfait le même pour tout le monde quel que soit le volume et la patientèle du centre. Pour l'expérimentation, le biais « crédits d'amorçage » forme de compensation de ce qu'on allait perdre par rapport aux forfaits. Paris ont tiré vers le bas au vu de leur volumétrie, alors que nous on a des frais de structure très importants, car au départ on devait être ouverts que 20 heures par semaine, mais avec un loyer conséquent. Les crédits d'amorçage ont dévoyé le processus : on expérimente un forfait en sachant dès le départ qu'il est pas calibré pour tout le monde du coup. Ils avaient envisagé des seuils de volumétrie. Comme le nombre de passages, quel pourcentage de fréquence pour nombre de patient pour chaque dépistage, PreP pour tant de % de passages. La Sécu a fait un prorata sur la totale, ce qui fait que la cote est mal taillée. » (porteur)*

- Beaucoup de missions de coordination, nécessaire notamment pour adapter l'offre des CSSAC aux besoins émergents sur du moyen terme – premières années notamment (pathologies, avancées des nouveaux traitements, nouveaux tests de dépistage etc. susceptibles de réorganiser l'activité) – qui pourraient faire l'objet de crédits dédiés.

#### **En pratique, la mutualisation des ressources entre CeGIDD et CSSAC**

- Situation des CSSAC de Paris et Marseille. Lors du lancement de l'expérimentation le CeGIDD rattaché à l'AP-HP s'est pleinement autonomisé : double challenge.
- Aucune incidence négative sur les pratiques des professionnel.les, mais sur la valorisation des activités respectives de chaque centre.
- Aucune tension entre professionnel.les à ce propos, bonne acceptabilité

- Facturation a posteriori du passage de l'utilisateur au sein de la structure et « Bricolage des comptabilités analytiques » afin de reconstituer les coûts de production des parcours réellement supportés par les CSSAC.
- Observations sur site : la distinction CeGIDD/CSSAC est imperceptible aux CSSAC de Marseille et Paris pour les usager.es (et pour les évaluateurs)
- Conséquences : Une double facturation (les laboratoires et les pharmacies font une facture CeGIDD d'un part, et une facture CSSAC d'autre part). Conséquence : Plus de frais de gestion et de lourdeur administrative.
- Aucun impact sur la prise en charge des patients
- /!\ difficultés à valoriser l'activité de la structure dans son ensemble : un effet « pervers » de la double casquette : les rapports d'activité sont segmentés et pas pensés à l'échelle de la structure, ce qui fait que depuis l'expérimentation, du côté du CeGIDD perte de « performance ». (« à aucun moment on peut valoriser l'entièreté du dispositif »)
- Mutualisation du GenExpert qui est utilisé en CeGIDD comme en CSSAC à Marseille, et globalement de toutes les ressources (masse salariale : certains médiateur.ice communautaire par exemple sont financés sur les crédits CeGIDD)
- Une partie des moyens du CeGIDD permettent au CSSAC de fonctionner, car mutualisation des moyens CeGIDD : à quantifier dans l'évaluation économique à conduire.

### **Quels financements relèveraient du régional et du national ?**

Des besoins de lisibilité pour les ARS ont été exprimés quant aux périmètres des financements qui relèveront du national ou du régional à terme (pour éviter les doubles paiements) : On pourrait envisager un modèle économique fondée sur l'hybridation de financements nationaux et régionaux → risques de payer deux fois et d'accentuer les inégalités territoriales ? (ce qui a déjà été observé au niveau des crédits d'amorçage a priori variables d'une région à une autre, à quantifier). Lisibilité nécessaire sur qui financerait quoi, qu'il y ait complémentarité et que ce soit ainsi sécurisant pour l'ensemble des parties prenantes.

*« A ce jour le FIR pour le CeGIDD contribue en partie à financer l'activité du CSSAC car l'offre est sur le même lieu et les forfaits du CSSAC semblent mal dimensionnés sur la partie RH, notamment médicale » (Réfèrent ARS)*

*« Est-ce qu'il faudrait pur FISS, pur FIR ? Interrogation à avoir, voir les conclusions que donne l'expérimentation quant aux financements. Si uniquement FIR il faudra nous donner les moyens (rires). Si double financeur, quel suivi ? Comment on se coordonne pour le suivi, qui finance quoi ? Interroge, parce qu'on sait la pratique sur les doubles financements sur d'autres sujets. » (Réfèrent ARS)*

### **Autres éléments transversaux**

- L'absence de reste à charge est appréciée des usager.es et facilite l'accès aux consultations spécialisées, non remboursées dans le droit commun. A noter que ce point n'a pas émané spontanément des usager.es en entretien.

- Les personnes sans droit sociaux sont exclus des CSSAC alors qu'ils en sont la cible. Ces usager.es sont orienté.es auprès des CeGIDD, qui permettent une prise en charge anonyme et gratuite. Ce qui constitue un risque accru de rupture de soin et de parcours.
- Alléger les coûts des traitements et de la biologie via la négociation des tarifs hospitaliers, uniformes dans l'idéal pour tous les CSSAC. Proposer des modèles de conventions types.
- Des activités étayant les missions des CSSAC non valorisables en l'état (l'aller vers) à mieux intégrer, car indispensables pour amener les publics clés aux CSSAC et au soin.

*Question du modèle mixte, vertueux d'après un référent ARS par exemple : « Ce qui est fondamental, en matière de prévention, le **aller vers ne peut pas être financé à l'activité**. Modèle mixte inspirant pour ça. Parmi les premiers, cette expé, de ce modèle mixte. **Mixage entre dotations qui permet d'asseoir structures associatives, et en même temps de financer leur activité**. Modèle mixte vertueux, car FIR ne finance pas qu'à la dotation. Permet d'avoir une dotation pour asseoir la structure et prendre tout le temps de faire de l'aller vers (on a pas de NIR pendant longtemps), et ensuite valoriser l'action (avec les NIR) ; personnes en ouverture de droit qui est un pb. Assu Maladie a accepté de rembourser des actes antérieurs à l'ouverture de droits de la personne. Si asso veulent être payées, doivent accompagner les personnes jusqu'à ouverture de droits. » (Réfèrent ARS)*

### Durées des contacts avec les usager.es selon les parcours

Ces données seront discutées avec les porteurs lors de l'analyse des forfaits.

	Médecins (n=19)	Médiateur.ices (n=13)	Infirmier.es (n=12)	Consultant.es spécialisé.es (n=18)	Chargé.es d'accueil (n=4)
<b>Test</b>					
<i>n répondants</i>	14	12	12	1	1
<i>Durée moyenne</i>	17	23	26	15	30
<i>Ecart-type</i>	4	9	10	-	-
<i>Durée médiane</i>	17,5	22,5	22,5	-	-
<i>Min</i>	10	10	15	-	-
<i>Max</i>	20	45	45	-	-
<b>Initiation PrEP</b>					
<i>n répondants</i>	16	12	9	1	1
<i>Durée moyenne</i>	27	27	22	20	90
<i>Ecart-type</i>	7	7	8	-	-
<i>Durée médiane</i>	30	30	20	-	-
<i>Min</i>	15	15	5	-	-
<i>Max</i>	40	40	30	-	-
<b>Suivi PrEP</b>					
<i>n répondants</i>	16	12	10	1	1
<i>Durée moyenne</i>	17	15	16	10	30
<i>Ecart-type</i>	5	9	7	-	-
<i>Durée médiane</i>	15	13	15	-	-
<i>Min</i>	10	5	5	-	-
<i>Max</i>	30	30	30	-	-
<b>Treat</b>					
<i>n répondants</i>	17	6	12	1	1
<i>Durée moyenne</i>	16	16	14	15	30
<i>Ecart-type</i>	7	7	7	-	-
<i>Durée médiane</i>	15	15	15	-	-
<i>Min</i>	5	10	5	-	-
<i>Max</i>	30	30	30	-	-
<b>Consultation spécialisée</b>					
<i>n répondants</i>	10	7	4	17	1
<i>Durée moyenne</i>	35	24	34	44	45
<i>Ecart-type</i>	11	12	8	15	-
<i>Durée médiane</i>	30	20	30	45	-
<i>Min</i>	20	10	30	20	-
<i>Max</i>	60	45	45	75	-

#### 4) Transférabilité

##### **SYNTHESE DES RESULTATS CLES :**

##### ***Quels facteurs peuvent faciliter ou freiner le transfert des modèles d'organisation et de financement expérimentés ? Quels points sont à retenir ou améliorer ?***

La démonstration de la reproductibilité des CSSAC se recoupe avec celle de sa faisabilité sur de nombreux points, d'autant que les centres expérimentateurs ont été déployés sur des grandes métropoles de régions différentes. Les 4 centres ont réussi leur déploiement et ont atteint un bon niveau de maturité.

Au terme de l'évaluation, nous réitérons l'affirmation selon laquelle l'approche communautaire des CSSAC constitue une plus-value d'après l'ensemble des acteurs. Le potentiel de reproductibilité des CSSAC est bon une fois les obstacles identifiés résolus, notamment en termes d'infrastructure nécessaire, et de coordinations en interne et en externe.

Les modalités de transfert nécessitent d'être adaptées aux caractéristiques des territoires. Si le modèle actuel peut être reproduit dans les grands centres urbains, il appelle probablement à un réaménagement sur des espaces péri-urbains ou plus ruraux.

Ces réaménagements peuvent porter d'une part sur l'approche populationnelle sous-jacente à la dimension communautaire de ces centres de santé sexuelle, selon les réalités socio-démographiques des territoires d'implantation (populations en situation de migration par exemple). De manière générale, les inclusions de certains groupes pourraient être poursuivies et améliorées à l'instar des personnes lesbiennes, des femmes migrantes, ou des travailleuses du sexe. D'autre part, le transfert des CSSAC pourrait être protéiforme selon les besoins locaux identifiés, à l'instar du déploiement d'antennes des CSSAC des centres-villes. *A minima*, un essaimage et partage des pratiques des professionnel.les engagé.es au sein des CSSAC et dans une démarche communautaire auprès d'autres structures sont souhaitables et peuvent être étayés par les actions du Corevih.

A l'échelle de l'ensemble du territoire, nous plaidons plus largement pour une meilleure formation des professionnel.les de santé aux spécificités des publics marginalisés, permettant une prise en charge non jugeante et non discriminante.

L'offre déployée au sein des centres expérimentateurs peut constituer un premier socle de référence au regard des besoins divers identifiés pour les sous-groupes des publics cibles. D'autres consultations spécialisées autour de la santé sexuelle pourraient être proposées, et les équipes ont suggéré que le suivi des patient.es positif.ves au VIH puisse être également assuré au sein des CSSAC.

Afin de présenter une vue d'ensemble du niveau de maturité organisationnelle des CSSAC et des pistes d'amélioration à poursuivre en vue de leur généralisation, nous nous sommes inspiré.es de la matrice de maturité en soins primaires proposée par la HAS<sup>23</sup>. Les points mentionnés ci-dessous sont développés plus avant dans les critères de faisabilité et d'efficacité. Plus précisément :

- Concernant le travail en équipe pluriprofessionnelle, les équipes sont dynamiques et communiquent bien, de manière informelle principalement. Comme souligné dans la faisabilité, la coordination en interne et en externe peut être approfondie.
- Concernant les SI, le partage des données en interne des CSSAC a fait l'objet d'un important travail d'harmonisation des pratiques (notamment entre Paris, Marseille et Montpellier qui ont eu recours au même prestataire). Dans les pratiques de routine, l'utilisation du logiciel métier par l'ensemble des intervenant.es doit être approfondie et harmonisée. Le déploiement des SI a été particulièrement complexe sur la biologie, et a beaucoup mobilisé les équipes. En l'état, ils ne permettent pas encore pleinement de produire les indicateurs nécessaires, notamment pour le suivi des files actives des personnes positives à une IST.
- Le projet de santé proposé est performant et permet une amélioration de l'accès aux soins. Il vient prolonger des pratiques et des projets d'offre en santé sexuelle déjà pensés en amont de l'A51 par les associations porteuses. L'offre est globalement stabilisée, mais demeure

<sup>23</sup> [matrice\\_maturite.pdf \(has-sante.fr\)](#)

l'objet d'une réflexion dynamique par l'ensemble des acteur.ices de la structure dans un souci d'être au plus proche des besoins émergents.

- L'implication des patient.es est très satisfaisante aux différents niveaux de la prise en charge, et étayée par l'approche communautaire déployée.

Ainsi, le niveau de maturité globalement atteint par les 4 CSSAC est bon. Le caractère multicentrique de cette expérimentation souligne par ailleurs le bon potentiel de reproductibilité et de transférabilité du modèle. Les équipes des CSSAC ont unanimement souligné leur souhait de voir se poursuivre après l'A51 l'activité du CSSAC : 75% des répondant.es considèrent que le modèle peut être reproduit en l'état, les 25% restant ayant choisi la réponse « oui, sous réserve d'ajustement », les propositions renvoyant majoritairement aux pistes d'amélioration préalablement soulignées dans les critères de faisabilité, d'efficacité et d'efficience.

### *Elargir à d'autres territoires ?*

L'expérimentation des CSSAC est aujourd'hui conduite dans 4 grandes métropoles (Lyon, Paris, Marseille, Montpellier). Il s'agit de territoires clés, parmi les plus touchés par les infections au VIH ou aux autres IST. Toutefois, les besoins identifiés plus largement dans ces régions ne peuvent être couverts par un unique CSSAC, notamment pour deux d'entre elles, d'après leur ARS notamment.

En Ile-de-France, un seul CSSAC ne peut suffire pour couvrir les besoins de la région ; la concentration de l'offre à Paris<sup>15</sup> est certes facilitante, et le quartier du Marais historiquement ancré dans la culture LGBT+, mais réitère certaines formes d'inégalités de santé, notamment pour des publics concernés mais peu mobiles et vivant dans des territoires en périphérie du centre-ville. Par ailleurs, l'invisibilisation des publics LGBT+ est probablement accrue dans ces territoires. On retrouve dès lors les limites identifiées derrière un strict affichage de centres étiquetés comme étant communautaires à destination des LGBT+/TDS.

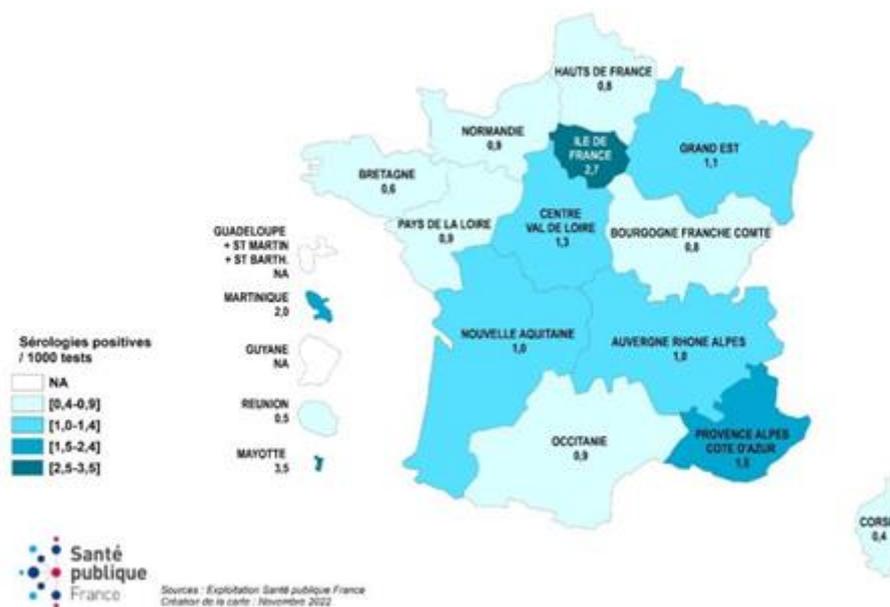
La région de l'Occitanie constitue quant à elle un territoire particulièrement vaste ; si les personnes en provenance de Béziers ou de Nîmes sont réorientées vers le SPOT de Montpellier si nécessaire<sup>16</sup>, des besoins sont également identifiés à l'ouest de la région, sur la ville de Toulouse notamment.

Dans la région PACA, la ville de Marseille avait été privilégiée sur celle de Nice, pourtant également pertinente au regard des données épidémiologiques et des dynamiques instituées entre les acteur.ices locaux.les.

En Auvergne Rhône-Alpes, la ville de Grenoble pourrait s'avérer stratégique d'après les référent.es de l'ARS AURA, d'autant que le Corevih structure localement la dynamique des différent.es acteur.ices engagé.es dans la lutte contre le VIH.

En dehors de ces 4 régions, les données épidémiologiques les plus récentes pouvant justifier une reproduction du modèle sont à interpréter avec précaution, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 ayant fragilisé la veille épidémiologique autour des infections au VIH et autres IST. Les régions du Grand Est et du Centre Val de Loire, sur les données de 2021, se caractériseraient ainsi par des découvertes de séropositivité pour 1000 sérologies effectuées légèrement supérieures aux autres territoires en dehors des régions d'Ile-de-France et PACA (cf figure ci-dessous)

*Nombre de sérologies VIH positives pour 1000 sérologies effectuées en France, par région, en 2021* (Source : Santé Publique France)



Selon les recommandations de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), les grands centres urbains peuvent justifier, suite à une analyse fine des besoins identifiés localement, de créer des centres de santé sexuelle à destination d'une population particulière ; le modèle proposé par les CSSAC suppose d'être toutefois remanié dans le cas de territoires aux files actives plus hétérogènes.

Les Corevih peuvent être des acteurs de premier choix pour identifier et soutenir la coordination des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH au niveau régional, en association avec les ARS correspondantes. Toutefois, pour ces derniers, les ressources humaines doivent être adaptées en conséquence et renforcées pour le pilotage régional de la santé sexuelle<sup>24</sup>.

Par ailleurs, la réussite du CSSAC de Montpellier dans l'atteinte de ses objectifs et le déploiement d'une offre de services au sein d'une antenne associative non médicalisée initialement permet d'envisager plus d'équipes candidates au portage de CSSAC. L'absence d'antériorité et d'expérience médico-soignante de l'antenne associative d'Aides à Montpellier n'a pas empêché ce CSSAC de se structurer et de se lancer dans les temps et d'atteindre un niveau d'activité similaire au CSSAC de Marseille. Le transfert de connaissances et compétences qui s'est opéré initialement entre les CSSAC de Marseille (déjà CeGIDD) et de Montpellier (sur la construction des SI, conception des équipes, échanges de pratiques, collaboration avec des professionnels de santé, etc.), associé au soutien du groupe Aides (fonctions support), a contribué à ce lancement réussi.

Nous renvoyons ainsi aux enjeux soulevés concernant la faisabilité de l'expérimentation et la nécessité pour les instances porteuses d'une part de bénéficier de soutiens financiers pour s'implanter dans un environnement où les locaux nécessaires sont rares et coûteux, et d'autre part de pouvoir s'appuyer sur un réseau associatif et professionnel engagé dans la lutte contre le VIH, déjà pour partie identifié et consolidé. Rappelons que les professionnels participant.es se sont avérés.es pour leur grande majorité engagés.es et militants.es en faveur des populations marginalisées, mais que cet engagement est limitant et doit être soutenu par des rémunérations plus incitatives, qui plus est dans un contexte de pénurie de personnel soignant et d'une plus faible attractivité des structures de prise en charge de la santé sexuelle pour le personnel médical.

<sup>24</sup> <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-049r.pdf>

### Des publics encore peu atteints ?

L'approche communautaire définie par les CSSAC participant à l'expérimentation s'est principalement resserrée autour des communautés LGBT+ et des TDS. L'identification des territoires stratégiques sur lesquels transférer l'offre des CSSAC suppose aussi de revenir sur les enjeux soulevés par l'approche populationnelle stricte et l'étiquetage « LGBT+/TDS » des CSSAC expérimentateurs. Dans un contexte de maintien de stigmatisations liées aux identités sexuelles ou de genre, une vigilance doit être portée à l'environnement dans lequel de futurs centres peuvent s'ancrer : l'accueil de ces publics peut y être plus ou moins favorable, selon les représentations locales.

L'étiquetage d'une offre prioritairement (voire exclusivement) destinée aux publics LGBT+ présente un certain nombre d'ambiguïtés et de limites déjà présentées à propos de l'efficacité du dispositif. La non reconnaissance dans l'acronyme – voire la crainte à être identifié.e dans celui-ci – nécessite d'être prise en considération dans une perspective de généralisation du modèle, dans le choix des environnements dans lesquels l'effectuer d'une part, et d'autre part quant aux publics à atteindre. Dans ce prolongement, les enjeux d'anonymat et de confidentialité sont susceptibles par ailleurs d'entamer l'acceptabilité du dispositif pour certain.es usager.es. Si la confidentialité était préservée dans le cadre expérimental, et l'anonymat possible pour les CSSAC ayant l'habilitation CeGIDD, le passage dans le droit commun des CSSAC, en s'accompagnant d'une transmission des données et d'une figuration de l'étiquetage communautaire du centre de santé sexuelle sur les prestations remboursées, est susceptible de provoquer des réticences d'une partie des consultant.es (personnes rattachées à la sécurité sociale de leurs parents, qui ne souhaitent pas dévoiler leur orientation sexuelle par exemple).

Les publics migrants figurent, d'après les équipes expérimentatrices elles-mêmes, parmi les populations les plus éloignées du soin, que les CSSAC ont atteint plus difficilement. En parallèle, les actions hors les murs ont ainsi été limitées par le cadre même de l'expérimentation, et étaient tributaires de financements obtenus par ailleurs par l'association porteuse ou de coopérations étroites avec d'autres partenaires associatifs.

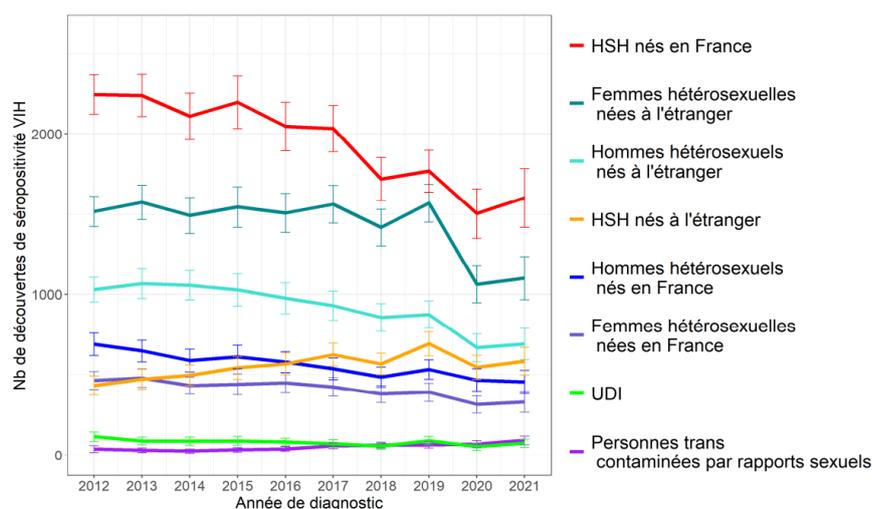
*« On peut pas le penser que dans les murs, il faut aussi des partenariats, du collectif, du hors les murs. Si l'objectif des CSSAC c'est d'avoir leur place dans la lutte contre le VIH, il faut une réflexion autour des moyens des stratégies d'aller vers ciblés. Parce que... à mon sens c'est remettre la lutte contre le VIH au centre de la santé sexuelle, mais justement, l'objectif des CSSAC c'est de lutter à terme contre l'épidémie. Il faut (...) permettre aux personnes exclues l'accès dans des endroits spécifiques dédiés, et permettre un financement qui prend en charge ces dimensions-là. Et le hors les murs repose sur des subventions publiques, on est déficitaire là-dessus sur la région. On se dit attention ça peut pas être d'un côté un super centre de santé sexuelle, super bien financé et tout, sauf que si on arrive pas à atteindre les publics les plus exposés et les plus éloignés du soin, ça va juste être des centres de suivi pour des personnes qui ont déjà accès à l'offre. Et même il faudrait déjà citer ces publics, alors qu'ils ne l'étaient pas mentionnés dans l'AMI, par exemple les femmes migrantes n'ont jamais été citées » (porteuse)*

Ces considérations rejoignent des enjeux relatifs au modèle économique de ces centres, et supposent d'une part de les doter de moyens pour étayer aussi en interne ces actions d'aller vers pour mieux ramener ensuite les publics plus vulnérables vers le centre de santé en lui-même, et d'être en

mesure d'accueillir les personnes sans droits ouverts. Le cas des TDS constitue l'autre exemple cité régulièrement par les équipes rencontrées parmi les publics que le dispositif du CSSAC seul ne permet pas pleinement de prendre en charge.

Plus largement, les femmes migrantes sont souvent les plus invisibles et invisibilisées alors qu'elles cumulent par ailleurs les facteurs de vulnérabilité et sont susceptibles d'avoir été/d'être exposées à de multiples violences, renforcées par le parcours migratoire<sup>25</sup>. D'après les données de Santé Publique France, les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger figurent ainsi parmi les populations les plus concernées par des découvertes de séropositivité ces dernières années.

#### Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population, France, 2012-2021



\* population définie par le genre, le mode de contamination probable et le lieu de naissance.

Source : Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 30/06/2022

En ce qui concerne les publics compris dans l'acronyme LGBT+ même, force est de constater que « les enjeux relatifs à la santé ne sont pas semblables au sein de chaque lettre, et, entre chaque lettre, des rapports de pouvoir se reconduisent. » (p.6)<sup>26</sup>. A cet égard, certains groupes rattachés à l'acronyme LGBT+ ont été davantage invisibilisés dans les études portant sur le VIH et les IST, ou la santé sexuelle plus largement. L'intersexuation a peu fait l'objet d'investigations et d'enjeu en santé publique<sup>27</sup>: la politisation de cette cause en association avec les mouvements militants LGBT et/ou de lutte contre le VIH interroge quant au rôle qu'auraient à jouer les CSSAC dans la prise en charge de leurs besoins spécifiques (notamment autour de leur sexualité et/ou de la santé mentale).

Plus directement, les femmes ayant des rapports avec des femmes (FSF), les lesbiennes et femmes bisexuelles se sont moins saisies du dispositif des CSSAC : leur invisibilisation dans les mobilisations

<sup>25</sup> SCHMOLL Camille, 2020, *Les damnées de la mer: femmes et frontières en Méditerranée*, Paris, La Découverte (coll. « Cahiers libres »).

<sup>26</sup> ALESSANDRIN Arnaud, DAGORN Johanna, MEIDANI Anastasia, RICHARD Gabrielle et TOULZE Marielle (eds.), 2020, *Santé LGBT: les minorités de genre et de sexualité face aux soins*, Lormont, Le Bord de l'eau (coll. « Documents »).

<sup>27</sup> AEGERTER Audrey, LARRIEU Gaëlle et RAZ Michal, 2022, « Visibiliser les i sans (en faire une) exception », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, p. 103-108.

face au VIH, et/ou la moindre prise en compte de la sexualité entre femmes dans les études scientifiques<sup>28</sup> entretiennent une absence de prise en charge spécifique de leur santé sexuelle.

*« On arrive pas à capter, je sais pas si c'est une volonté ou pas, pas trop de public lesbien. Je trouve qu'en France la sexualité des personnes lesbiennes, elle est pas encore bien prise en charge ; même s'il y a peu de risques au niveau VIH, il y a quand même des échanges assez intéressants sur la santé sexuelle à avoir, sur les IST de toute façon, et sur le plaisir, le consentement. » (infirmier)*

### Une approche effective de la santé sexuelle dans sa globalité ?

La focale sur la prise en charge des IST et du VIH fait des CSSAC des acteurs de premier plan en matière de dépistage, en complémentarité avec les CeGIDD, et en partenariat étroit avec les services de maladies infectieuses des hôpitaux de la ville dans laquelle ils sont implantés, dans le cas de découverte de pathologies plus lourdes. Les porteur.euses et les professionnel.les interrogé.es ont mentionné, **parmi les perspectives d'élargissement de l'offre proposée au sein des CSSAC, le suivi des personnes positives au VIH, partant du constat que certain.es de leurs usager.es positif.ves au VIH ont par ailleurs interrompu leur suivi hospitalier.** Les risques de rupture de soin pour les personnes les plus vulnérables mais ayant intégré le dispositif du CSSAC s'en trouveraient diminués.

Toutefois, pour reprendre une expression de certain.es professionnel.les rencontré.es, il s'agirait de ne pas faire des CSSAC des « CeGIDD 2.0 » qui ne se distingueraient que par leur approche communautaire et/ou leur caractère non hospitalier. Pour cela, il conviendrait d'approfondir la prise en charge holistique de la santé sexuelle. **Envisager cette dernière en dehors des seules questions des IST et du VIH constitue en effet un levier pour penser ces sexualités minoritaires** (Delebarre, 2019) **et leur prise en charge.** Les capacités d'adaptation locale des CSSAC aux besoins formulés par les différentes catégories d'usager.es soulignent la plus-value à déployer une offre de soin en santé sexuelle qui soit véritablement holistique. Ce dernier point recoupe les enjeux soulevés autour de l'accessibilité aux soins, développés autour de l'efficacité de l'expérimentation. L'exposition aux risques est souvent accrue lorsque les individus se situent à l'intersection de plusieurs systèmes de marginalisation et de stigmatisation et rend heuristique la multiplication des portes d'entrée dans le soin pour permettre une prise en charge spécifique mais aussi plus englobante, autour de la santé sexuelle. En cela, **le volet psycho-social de la sexualité et l'offre pluridisciplinaire de consultations spécialisées au sein des CSSAC ne doivent pas être minimisés.** Sous condition que des professionnel.les puissent se rendre disponible, l'offre en consultations spécialisées peut être enrichie selon les besoins identifiés. **Les professionnel.les interrogé.e sont ainsi mentionné les besoins de consultations en proctologie, psychiatrie et plus exceptionnellement en dermatologie.** **Les CS constituent par ailleurs autant de vecteurs par lesquels ramener les publics vers le dépistage du VIH et des IST, en offrant un premier cadre d'information et de prévention,** pour des groupes auxquels s'adressent moins souvent les politiques de prévention. Le cas des personnes trans en est

---

<sup>28</sup> GENON Clotilde, CHARTRAIN Cécile et DELEBARRE Coraline, 2009, « Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions », *Genre, sexualité et société*, 9 juillet 2009.

l'exemple paradigmatique, puisque la transition de genre tend à réagencer les pratiques sexuelles, sans qu'elles s'inscrivent dans une modification des logiques de gestion du risque et de prévention<sup>29</sup> :

*« Je discutais avec un mec trans la semaine dernière, qui me disait, voilà première fois depuis ma transition que j'ai des rapports avec des hommes cis, et première fois que je me rends compte que le dépistage c'était important, parce qu'avant, j'évoluais dans milieu lesbien et queer et ça nous passait au-dessus, les histoires de santé sexuelle... sauf que maintenant t'es un HSH donc c'est quand même intéressant que tu te fasses dépister de temps en temps ! » (médiateur communautaire)*

### Modalités de transfert : une approche communautaire adaptée aux spécificités des files actives locales

**Les enjeux autour des modalités de transférabilité des CSSAC s'inscrivent dans un contexte plus large de discussions de la (re)structuration de l'offre en santé sexuelle et reproductive<sup>30</sup>.** Une attention particulière devra être portée à la clarification des contours d'intervention des différentes instances assurant le financement et le pilotage des futures structures, notamment entre les institutions nationales et les instances régionales (ARS et Corevih notamment) afin de sécuriser l'ensemble des parties prenantes et assurer un pilotage efficace.

**Dans les grands centres urbains, le modèle déployé dans les CSSAC expérimentateurs semble pouvoir être reproduit.** Nous renvoyons aux points soulevés dans la faisabilité et l'efficacité pour fluidifier davantage les organisations déployées (clarification des contours d'intervention de chaque professionnel.le, simplification du protocole de délégation de tâches entre médecin et infirmier.e, amélioration du SI notamment dans son articulation avec l'EBMD...). **En l'absence de changements des cadres réglementaires, l'habilitation CeGIDD serait pertinente pour l'ensemble des CSSAC déployés.**

Pour les espaces péri-urbains ou plus ruraux, l'enjeu se situe probablement autour d'une redéfinition de l'approche populationnelle déployée par les centres. En effet, si les files actives potentielles s'avèrent plus hétérogènes, la pertinence d'une approche communautaire restrictive à la population LGBT+ combinée à une orientation dominante de Test&Treat des IST et du VIH n'est pas vérifiée. Toutefois, une absence totale de services en santé sexuelle d'approche communautaire présente le risque d'exacerber l'éloignement des populations LGBT+ ne vivant pas dans des centres urbains des lieux de prévention communautaires.

**Une autonomie devra être laissée localement dans l'identification et la définition des besoins spécifiques selon les caractéristiques locales des publics clés, en co-construction avec des membres des communautés concernées.**

Différentes modalités de transfert peuvent dès lors s'envisager selon l'importance de la file active prévisionnelle et ses caractéristiques:

- ❖ Des antennes des CSSAC en place dans les centres urbains peuvent être mises en place dans les territoires périphériques des métropoles concernées

---

<sup>29</sup> BEAUBATIE Emmanuel, 2021, *Transfuges de sexe: passer les frontières du genre*, Paris, La Découverte, 186 p.

<sup>30</sup> Le rapport IGAS sur l' « organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle » s'inscrit dans ces perspectives.

- ❖ Des temps dédiés à la santé sexuelle et aux dépistages peuvent être déployés dans des centres de santé municipaux
- ❖ Des centres de santé sexuelle liant santé reproductive et dépistage des IST et du VIH pour ouvrir la voie au rapprochement de deux domaines de la santé sexuelle encore très cloisonnés

Dans l'ensemble de ces scenari, **il s'agit quoiqu'il en soit de former les professionnel.les de santé aux spécificités des parcours de vie, des pratiques, des identités et des besoins des populations ciblées, et de s'appuyer sur l'expertise de médiateur.ices en santé/communautaires. Les CSSAC en place peuvent a minima être considérés comme des centres ressources** pour former des équipes et/ou initier des prises en charge avec une mobilité d'une partie des équipes des CSSAC vers ces structures « extérieures », à l'instar de ce que met en place le Checkpoint et l'association Le Kiosque dans ses actions à Montreuil.

Les associations porteuses et acteur.ices historiques de la lutte contre le VIH et engagés dans la lutte contre les inégalités de santé sont souvent mobilisées par ailleurs dans d'autres projets visant à améliorer les prises en charge et redéfinir les pratiques. Le déploiement des parcours trans dans les CSSAC évalués illustre par exemple le souci d'une modification des pratiques relatives à l'hormonothérapie.

*« C'est très rare les endroits où tu vas voir les médecins et tu sors avec une ordonnance, nous on a ce système-là, qu'on peut se permettre grâce à la médiation en santé parce que du coup c'est moi qui ai fait le point avant, et qui envoie les bilans et du coup les personnes arrivent avec leur bilan réalisé. Dans les enquêtes internationales sur la santé mentale des personnes trans, et notamment sur les risques de suicide, la période la plus critique c'est la période qui sépare le moment où la personne a pris la décision de mettre en place quelque chose pour une transition, et le moment où c'est vraiment rendu possible quoi. Du coup l'idée c'est de couper cette période-là. (...) et la personne est tout de suite prise dans un truc qui court-circuite quoi. » (médiatrice)*

Il s'agirait de valoriser et s'appuyer sur l'expertise des acteur.ices communautaires et celle des équipes des CSSAC en place pour impulser plus largement des dynamiques de transformation des pratiques médicales, notamment concernant des prises en charge faisant l'objet de recommandations anciennes et/ou controversées. **Leur connaissance fine de la spécificité des demandes et des besoins des différents groupes composant les communautés ciblées invite à en faire des acteurs de premier plan sur lesquels s'appuyer pour engager des axes de réflexion autour des conditions de prise en soin.**

## Conclusion

Cette expérimentation s'est déployée à l'intersection de différents niveaux d'enjeux, non exclusifs les uns des autres :

- ❖ En termes épidémiologiques, il s'agissait de lutter contre l'épidémie cachée de VIH et autres IST, en améliorant quantitativement et qualitativement les dépistages grâce à des délais réduits de transmission de résultats, pour permettre une prise en charge et une mise sous traitement rapide et réduire les chaînes de contamination.
- ❖ A une échelle collective, il s'agissait de poursuivre la prise en considération croissante des inégalités de santé encore imparfaitement reconnues<sup>31</sup> et de chercher à ramener vers le soin des personnes qui en sont plus éloignées (de fait de freins institutionnels, structurels, culturels/symboliques, ou d'expériences de discriminations dans le soin...) et qui, pour ces raisons, constituent un public « cible » où est susceptible de circuler l'épidémie cachée et où sont susceptibles de s'exprimer des violences multiples.
- ❖ A une échelle individuelle, la santé sexuelle prise dans son sens large et relative à des questions de définition de soi, d'identités de genre ou de pratiques sexuelles est intégrée comme paramètre clé à prendre en compte pour améliorer la santé globale des personnes.

En s'inspirant d'autres modèles européens, il s'agissait d'éprouver en partie le caractère heuristique d'une approche dite « communautaire » pour apporter une première réponse à ces enjeux.

Cette dernière n'est pas exempte de **certains tiraillements inhérents à la mise en œuvre d'un universalisme proportionné** : bien qu'à la marge, certain.es professionnel.les comme certain.es usager.es s'interrogent sur les effets potentiellement indésirables provoqués par la création de services dédiés à des catégories de population spécifique. Ces questionnements rejoignent des interrogations de longue date en France sur l'identification des comportements à risques et des populations les plus enclines à les adopter, tout en prévenant de toute stigmatisation<sup>32</sup>.

**Cette tension ne peut être résolue tant que le système de soins généraliste semble perçu comme inadéquat et ne permettant pas de lever les barrières d'accès aux soins et à la prévention pour des populations plus marginalisées.**

La polysémie du terme communautaire (et la suspicion de communautarisme qui peut lui être associée) et la diversité des approches dans le domaine sanitaire et médico-social rendent compte de l'absence d'un cadre référentiel commun<sup>33</sup>, et d'une intelligibilité différente parfois conférée à cette approche – ce qui s'est retrouvé, plus dans les marges toutefois, dans des interprétations différenciées inter et intra-CSSAC. **Pour autant, ses grandes orientations sont communes dans le cadre de cette expérimentation et la plus-value et le levier précieux qu'elle constitue pour l'accès aux soins amplement soulignée par l'ensemble des protagonistes.**

---

<sup>31</sup> BERDOUGO François, GIRARD Gabriel et MARSICANO Élise, 2022, « Santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, p. 11-19.

<sup>32</sup> TRACHMAN Mathieu, GELLY Maud et GIRARD Gabriel, 2018, « Défaire et refaire un groupe à risque. Objectivation et prévention du sida chez les homosexuels masculins à l'ère des antirétroviraux », *Population*, 2018, vol. 73, n° 4, p. 787-807.

<sup>33</sup> JOURDAN Didier, O'NEILL Michel, DUPERE Sophie et STIRLING Jorge, 2012, « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé Publique*, 2012, vol. 24, n° 2, p. 165-178.

## Références

- AEGERTER Audrey, LARRIEU Gaëlle et RAZ Michal, 2022, « Visibiliser les i sans (en faire une) exception », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, p. 103-108.
- ALESSANDRIN Arnaud, DAGORN Johanna, MEIDANI Anastasia, RICHARD Gabrielle et TOULZE Marielle (eds.), 2020, *Santé LGBT: les minorités de genre et de sexualité face aux soins*, Lormont, Le Bord de l'eau (coll. « Collection "Documents" »), 183 p.
- BAJOS Nathalie., BELTZER Nathalie, PRUDHOMME Agnès, 2008, « Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives » dans N. BAJOS, M. BOZON (dir.), N. BELTZER (coord.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 243-271.
- BEAUBATIE Emmanuel, 2021, *Transfuges de sexe: passer les frontières du genre*, Paris, La Découverte, 186 p.
- BERDOUGO François, GIRARD Gabriel et MARSICANO Élise, 2022, « Santé des personnes LGBT+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique », *Santé Publique*, 2022, vol. 34, n° HS2, p. 11-19.
- GENON Clotilde, CHARTRAIN Cécile et DELEBARRE Coraline, 2009, « Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions », *Genre, sexualité et société*, 9 juillet 2009.
- Haute Autorité de Santé, 2017, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Recommandation en santé publique. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins)
- Haute Autorité de Santé, 2014, Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel. Référentiel d'analyse et de progression (RAP) des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires, mis en ligne le 3 novembre 2014. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice\\_maturite.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_maturite.pdf)
- IGAS, 2023, Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle, juin 2023. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-049r.pdf>
- JOURDAN Didier, O'NEILL Michel, DUPERE Sophie et STIRLING Jorge, 2012, « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé Publique*, 2012, vol. 24, n° 2, p. 165-178.
- MOLINA Jean-Michel, et al., 2015, « On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection », *New England Journal of Medicine*, 3 décembre 2015, vol. 373, n° 23, p. 2237-2246.
- MORAND Emilie, 2022, « Dissimuler son orientation sexuelle tout en reconnaissant et respectant la diversité sexuelle. La position paradoxale des personnels de l'éducation LGB face à la norme d'égalité », *Gouvernement et action publique*, 2022, VOL. 11, n° 1, p. 61-84.
- Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. Bulletin de Santé Publique Edition nationale. Décembre 2022 publié en ligne le 28 novembre 2022 et disponible <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2022#:~:text=En%202021%2C%205%2C7%20millions,retrouver%20le%20niveau%20de%202019.>
- SCHMOLL Camille, 2020, *Les damnées de la mer: femmes et frontières en Méditerranée*, Paris, La Découverte (coll. « Cahiers libres »), 247 p.
- TRACHMAN Mathieu, GELLY Maud et GIRARD Gabriel, 2018, « Défaire et refaire un groupe à risque. Objectivation et prévention du sida chez les homosexuels masculins à l'ère des antirétroviraux », *Population*, 2018, vol. 73, n° 4, p. 787-807.

TRACHMAN Mathieu et LEJBOWICZ Tania, 2018, « Des LGBT, des non-binaires et des cases. Catégorisation statistique et critique des assignations de genre et de sexualité dans une enquête sur les violences », *Revue française de sociologie*, 2018, vol. 59, n° 4, p. 677-705.

University College of Dublin, 2023, Optimise : Youth Prevention, Community STI Services, Integrated Hepatitis C Care. Pilot 2 : Benchmarking Report, rapport non publié.

VELTER Annie, CHAMPENOIS Karen, ROJAS CASTRO Daniela et LYDIE Nathalie, 2020, « Impact perçu de l'épidémie de Covid-19 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France. Enquête ERAS COVID-19, 30 Juin-15 Juillet 2020 », *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, 1 décembre 2020, vol. 33-34, p. 666-672.

## Annexes

### Tableau synthétique des dépenses incluses dans le modèle de financement d'après le cahier des charges

**Tableau. Types de dépenses incluses dans chaque forfait**

Nom du forfait	Montant	Prestations incluses			
		Examens de biologie médicale	Traitements	RH	
1.Test	186 euros	<b>TROD</b> (VIH/VHC/VHB) <b>EBMD</b> (CV VHC, CV VIH, PCR Chlamydiae et gonocoques 3 sites) <b>Laboratoire de biologie</b> (sérologie VIH, VHC, VHA, syphilis. AgHBs, AchBs, AchCb)		Médecin, IDE, coordinateur, secrétaire, médiateur communautaire, chargé d'accueil, chargé de prévention en outreach, interprétariat	Petit matériel médical et paramédical
2.Treat	72 euros	Beta HCG, ALAT, Créatinine et clairance, ALAT, culture gonocoque	Ceftriaxone, Extencilline, Doxycycline, kit 48h/72h TPE, DIU cuivre, lévonorgestrel	Médecin, IDE, médiateur	
3.PrEP	58 euros	<b>Laboratoire de biologie</b> : créatinine et clairance, Phosphorémie, Protéinurie + microalbuminurie, ALAT		Médecin, IDE, médiateur	

**Tableau. Type de dépenses incluses dans les dotations**

Dotation	Frais couverts	
	RH	Spécificités
Vaccin	0.3 ETP IDE, 0.1 ETP médecin	<b>Vaccin</b> : Hépatite A/Hépatite B/Papillomavirus
Consultations spécialisées	Moyenne des coûts unitaires des praticien.nes : 44 euros pour un temps de consultation moyen de 41 min.  35 euros pour un accompagnement communautaire 12 euros pour un accompagnement social à Marseille, 7 euros pour un accompagnement social à Montpellier <sup>34</sup>	<b>Professionnel.les concerné.es</b> : psychologue, sexologue, addictologue, endocrinologue, proctologue, sages-femmes, maieuticien, gynécologue, assitant.e social.e, médiateur.ice communautaire
Structure		Charges fixes (frais de fonctionnement avec abonnement, SI, charges d'exploitation) ; frais de siège ou de GIE. <sup>35</sup>

<sup>34</sup> Le différentiel s'explique par le prévisionnel effectué par les deux centres, qui estiment qu'il y aura moins de consultations et moins d'ETP d'assistant.e social.e à Montpellier.

<sup>35</sup> Le montant retenu pour les frais de siège ou de GIE correspond à 5% du montant global des forfaits, des dotations, et des frais de fonctionnement

Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

Date entretien	Modalités entretien	Structure	Catégorie
<b>PORTEUR.EUSES</b>			
mai-23	visio	Checkpoint	Porteuse/ Chargée des affaires financières (CAF)
mai-23	visio	Checkpoint	Porteur/ Directeur de l'association ARCAT et de l'association Le Kiosque/Checkpoint
mai-23	visio	Checkpoint	Porteuse/ Directrice du Checkpoint
avr.-23	présentiel	Le Griffon	Porteuse/ Présidente de l'association Virages Santé
avr.-23	présentiel	Le Griffon	Porteuse/ Trésorière de l'association Virages Santé, biologiste référente Genexpert
avr.-23	présentiel	Le Griffon	Directeur du Griffon
avr.-23	visio	Le Griffon	Porteur/ Président du COREVIH Lyon, médecin en immunologie aux HCL
avr.-23	présentiel	Le Spot	Porteur/Coordinateur du SPOT Montpellier
avr.-23	visio	Le Spot	Porteur/Responsable régional AIDES Occitanie
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Présidente de AIDES en PACA
avr.-23	visio	Spot Longchamp	Porteuse/ Coordinatrice du SPOT Longchamp
<b>PROFESSIONNEL.LES INTERVENANT DANS LES CSSAC</b>			
avr.-23	visio	Checkpoint	Chargée de projet et médiatrice en parcours de santé trans
avr.-23	visio	Checkpoint	Médecin sexologue
mai-23	visio	Checkpoint	Médecin généraliste assurant les consultations de gynécologie
mai-23	visio	Checkpoint	Coordinatrice accueil, accueillante et secrétaire
mai-23	visio	Checkpoint	Médecin addictologue
mars-23	présentiel	Le Griffon	IDE addictologue
avr.-23	visio	Le Griffon	Gynécologue
avr.-23	présentiel	Le Griffon	Accompagnateur communautaire
avr.-23	présentiel	Le Griffon	Accompagnateur communautaire
avr.-23	présentiel	Le Griffon	secrétaire médicale
avr.-23	présentiel	Le Griffon	IDE
avr.-23	présentiel	Le Griffon	IDE
mai-23	présentiel	Le Griffon	Sexologue
mai-23	présentiel	Le Griffon	Médecin
mai-23	présentiel	Le Griffon	médecin référente
avr.-23	présentiel	Le Spot	Gynécologue obstétricien
avr.-23	présentiel	Le Spot	IDE
avr.-23	visio	Le Spot	Médecin généraliste
avr.-23	visio	Le Spot	médecin généraliste
avr.-23	visio	Le Spot	IDE
avr.-23	visio	Le Spot	Accompagnateur communautaire
avr.-23	visio	Le Spot	Accompagnateur communautaire
mai-23	visio	Le Spot	Médecin addictologue
mai-23	visio	Le Spot	Psychologue
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Médecin généraliste
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Accompagnatrice communautaire
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Médecin généraliste assurant les consultations de gynécologie
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Psychiatre addictologue
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	médecin généraliste
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Psychologue
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	assistant médical
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Assistante sociale
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Accompagnateur communautaire
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	médecin généraliste, assurant les consultations d'hormonothérapie
avr.-23	visio	Spot Longchamp	IDE

USAGER.ES			
mars-23	présentiel	Checkpoint	Usager (parcours Test&treat)
mars-23	présentiel	Checkpoint	Usager (parcours Test&treat)
mars-23	présentiel	Checkpoint	Usager (parcours Test&treat + PrEP)
mars-23	présentiel	Le Griffon	Usagère (parcours Test&treat)
mars-23	présentiel	Le Griffon	Usager (parcours Test&treat)
avr.-23	présentiel	Le Spot	Usager (parcours Test&treat + CS : assistante sociale)
avr.-23	présentiel	Le Spot	Usagère (CS : hormonothérapie)
avr.-23	présentiel	Le Spot	Usager (parcours Test&Treat + PrEP)
avr.-23	présentiel	Le Spot	Usager (CS : hormonothérapie)
avr.-23	présentiel	Le Spot	Usager (parcours Test&Treat)
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Usager (parcours Test&treat + PrEP + CS : psychologie, et addictologie)
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Usager (parcours Test&treat + CS : addictologie)
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Usager (parcours Test&treat + PrEP + CS : psychologie, et addictologie)
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Usagère (parcours Test&Treat + CS : assistante sociale)
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Usager (CS : hormonothérapie, et psychologie)
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Usager (parcours Test&Treat)
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Usagère (parcours Test&treat)
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Usager (parcours Test&Treat + PrEP)
avr.-23	présentiel	Spot Longchamp	Usager (parcours Test&treat + CS : assistante sociale)



## **EXPERIMENTATION Article 51 – LFSS pour 2018**

### **« Centres de santé sexuelle d’approche communautaire »**

Portée par les associations :

Virage Santé à Lyon – Centre Le griffon

AIDES à Marseille et Montpellier – Centres Le SPOT Longchamp et Le SPOT Montpellier

Le Kiosque Infos Sida et Arcat à Paris – Centre Le Checkpoint

---

### **Rapport d’évaluation finale, juillet 2023**

---

*Justine Vincent, Dr. Asma Fares et Lucia Rodriguez-Borlado-Salazar*

*Pôle Santé Publique des Hospices Civils de Lyon*