



Éléments préliminaires du 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

Synthèse– Juillet 2023

*Rédacteurs : Hospices Civils de Lyon, Pôle de Santé Publique
Justine Vincent, Asma Fares*

Points saillants

Une offre déployée et structurée malgré une montée en charge inégale

- Au 1^{er}/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

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.se.s 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, 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 plus qualifié.es 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 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 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 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 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 usager.es. En second lieu, les contours du secret professionnel et le partage d'informations en interne entre les professionnel.les intervenant dans le parcours d'un.e consultant.e 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 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.

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 découplage 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.