



## ***Appel à manifestation d'intérêt***

*Expérimentation nationale de centres de santé sexuelle  
communautaire (CSSC)*

*Cet appel à manifestation d'intérêt (AMI) s'inscrit dans le cadre général du dispositif d'innovation en santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale<sup>1</sup>, issu de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018<sup>2</sup>. Il porte sur un projet d'expérimentation nationale mené par le ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) relatif à la mise en place d'une expérimentation nationale de centres de santé sexuelle communautaire.*

***Pour conduire des actions visant à améliorer l'offre en santé sexuelle, le plan priorité prévention propose d'expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, sur le modèle anglo-saxon. (Action 15 de la feuille de route santé sexuelle 2018-2020).***

*L'offre en santé sexuelle existante ne répond pas suffisamment à ces besoins particuliers, ce qui conduit à envisager la mise en place d'objectifs immédiats et spécifiques pour ces populations. Les CeGIDD ou les centres de santé (par exemple : le 190, Checkpoint/Kiosque,...) ayant initié une démarche communautaire sont saturés et l'offre dispersée, bien que nécessaire, ne permet pas dans des grandes villes une réponse à l'échelle des enjeux de l'épidémie de VIH et d'IST pour ce public.*

*Il s'agit de déployer 4 ou 5 centres de santé sexuelle ouverts à tout public et apportant une réponse globale aux besoins de santé en développant une approche communautaire spécifique vers les populations clés (Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), Trans, personnes en situation de prostitution...) dans des grandes villes prioritairement des régions Ile de France (IDF), Auvergne Rhône Alpes (ARA), Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) et Occitanie.*

*Ce sont des centres de santé au sens de de l'ordonnance n° 2018-7 du 12 janvier 2018 avec une composante santé sexuelle communautaire qui permet de disposer, dans un lieu unique favorisant un parcours complet mais simplifié, réalisé dans des délais courts, de personnels formés, de locaux adaptés et des matériels nécessaires pour obtenir des résultats de biologie médicale rapides.*

*Cette expérimentation permettra donc en un lieu unique et dans un temps court de dépister et traiter les personnes les plus exposées et d'évaluer ainsi l'impact de cette offre spécifique sur l'incidence des maladies infectieuses.*


*La mise en place d'un parcours de « test and treat » immédiat proposé dans le cadre de cette expérimentation a vocation à compléter l'offre de centre de santé sexuelle. Des organisations destinées à faciliter l'accès des populations clés à un parcours de santé sexuelle adapté sont proposées.*

***L'objectif est le passage à l'échelle par rapport à l'importance de l'épidémie cachée du territoire pour une population ciblée, par la mise en place d'une offre de « test and treat » immédiat avec une offre globale de santé sexuelle communautaire.***

***Cet AMI doit permettre de sélectionner des candidats porteurs de projets organisationnels innovants répondant à ces objectifs et sur la base desquels ce nouveau mode de financement pourrait être expérimenté.***

<sup>1</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740876>

<sup>2</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51>



À l'issue du processus d'instruction, 4 à 5 projets seront présélectionnés. Une fois le cahier des charges finalisé, les candidats pourront, s'ils le souhaitent, confirmer leur candidature pour devenir les premiers acteurs des expérimentations nationales de centre de santé sexuelle communautaire. En effet, la réponse à cet AMI ne vaut pas engagement à mener les expérimentations nationales de centre de santé sexuelle communautaire. Le lancement effectif de ces premières expérimentations, pourrait être envisagé en novembre 2019.

*Les équipes intéressées sont invitées à compléter le dossier de candidature (annexe I) et à le retourner avant le 4 juin 2019 à l'adresse suivante : [dqs-sp2@sante.gouv.fr](mailto:dqs-sp2@sante.gouv.fr).*

# SOMMAIRE

<b>I. CONTEXTE ET ENJEUX.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Le dispositif d'innovation en santé de l'article 51 de la LFSS pour 2018 .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2. Le projet d'expérimentation nationale de centres de santé sexuelle communautaire .....</b>	<b>6</b>
1.2.1 <i>Une approche populationnelle renforcée est nécessaire .....</i>	<i>6</i>
1.2.2 <i>Réduire le nombre de nouvelles contaminations par le VIH .....</i>	<i>6</i>
1.2.3 <i>Lever les freins au dépistage et renforcer la promotion et l'accès aux outils de prévention ....</i>	<i>7</i>
1.2.1 <i>Mise en place d'une offre de « test and treat » immédiat avec une offre globale de santé sexuelle communautaire .....</i>	<i>7</i>
<b>II. TRAVAUX ET ORGANISATION POUR LES CANDIDATS RETENUS LORS DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERET .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Contenu des travaux envisagés.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Organisation pratique.....</b>	<b>9</b>
<b>III. MODALITES DE CANDIDATURE A L'AMI ET PROCEDURE DE SELECTION .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1. Profil des candidats.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2. Modèle économique proposé .....</b>	<b>10</b>
<b>3.3. Engagement des candidats retenus .....</b>	<b>11</b>
<b>3.4. Composition du dossier .....</b>	<b>11</b>
<b>3.5. Critères de recevabilité et de sélection .....</b>	<b>11</b>
3.5.1 <i>Critères de recevabilité.....</i>	<i>11</i>
3.5.2 <i>Critères de sélection .....</i>	<i>11</i>
<b>3.6. Contacts.....</b>	<b>12</b>
<b>3.7. Procédure et calendrier .....</b>	<b>13</b>
<b>IV. OBJECTIFS DE L'EXPERIMENTATION NATIONALE DE CENTRE DE SANTE SEXUELLE COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1. Objectifs généraux de l'expérimentation .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2. Les modèles anglo-saxons .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3. Impact attendu .....</b>	<b>16</b>
<b>4.4. Equipes concernées par l'expérimentation .....</b>	<b>17</b>
<b>4.5. Suivi de l'expérimentation .....</b>	<b>17</b>
<b>4.6. Cadrage des modalités d'évaluation .....</b>	<b>17</b>
<b>V. LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>18</b>
<b>DOSSIER DE CANDIDATURE.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## OBJECTIFS DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERET

Cet appel à manifestation d'intérêt a pour objectif de sélectionner des candidats porteurs de projets souhaitant se mobiliser pour la mise en œuvre de centres de santé sexuelle communautaires.

Les candidats retenus dans le cadre de cet AMI, intéressés ou déjà engagés dans la mise en place de telles approches de santé sexuelle communautaire, participeront avec l'équipe-projet nationale, à la définition du futur cahier des charges de l'expérimentation nationale de centre de santé sexuelle communautaire (CSSC) et aux expertises nécessaires à la mise en œuvre des modèles de financement envisagés. Ceux qui s'engageront dans les travaux de construction pourront ensuite mener l'expérimentation.

## I. CONTEXTE ET ENJEUX

### 1.1. Le dispositif d'innovation en santé de l'article 51 de la LFSS pour 2018

A l'heure où les parcours de santé se mettent progressivement en place pour assurer une prise en charge globale des patients de meilleure qualité, l'approche actuelle segmentant les modalités de financements des acteurs en santé entre soins de ville, établissements de santé et secteur social et médico-social se révèle peu incitative à la coordination et montre ses limites.

Dans cette perspective, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, reposant sur des modalités de financement inédites et ce, dès lors que ces organisations innovantes contribuent à améliorer le service rendu aux patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Ce dispositif, destiné à encourager, accompagner et accélérer le déploiement de modes de financement et d'organisations innovants, permet de déroger à de nombreuses dispositions législatives relatives aux règles de financement et d'organisation de droit commun. Il s'appuie pour tout ou partie sur la création du fonds pour l'innovation du système de santé (FISS). Ce fonds servira à financer de manière dérogatoire les activités de soins, de prévention et d'accompagnement au sein des secteurs sanitaire, social et médico-social, ainsi que l'ingénierie et l'amorçage des projets, ou bien encore leur évaluation.

Les instances du fonds sont chargées d'étudier et de rendre un avis sur les projets d'expérimentation, avant leur autorisation par arrêté dans les conditions prévues par le décret n°2018-125.

Un conseil stratégique est chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé ; il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation.

Le présent appel à manifestation d'intérêt (AMI), d'initiative nationale, s'inscrit dans le cadre de ce dispositif expérimental.

## 1.2. Le projet d'expérimentation nationale de centres de santé sexuelle communautaire

### 1.2.1 Une approche populationnelle renforcée est nécessaire

Il est nécessaire de développer une approche globale et positive centrée sur toutes les dimensions et les déterminants de la santé sexuelle. Plus précisément, de développer et promouvoir la prévention diversifiée pour mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace pour la santé publique. Cette approche, qui s'adresse à l'ensemble de la population, organise les interventions des professionnels, les services et les établissements d'un territoire autour du parcours de santé dans lequel la personne est acteur de sa santé. Compte tenu des besoins spécifiques de certaines populations, il s'agit d'assurer le déploiement de mesures adaptées à ces publics les plus exposés aux violences, au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux hépatites virales, aux discriminations ou les plus éloignés de l'offre généraliste de santé sexuelle. Plusieurs de ces critères pouvant être cumulatifs.

Les vulnérabilités particulières en termes de santé de groupes comme les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), les personnes Trans, ou les personnes en situation de prostitution, notamment au regard des prévalences du VIH et des IST, sont en partie basées sur les pratiques sexuelles et les spécificités du groupe, mais aussi sur les inégalités liées aux méconnaissances ou aux représentations inadéquates des acteurs du système de soins. L'offre en santé sexuelle existante ne prend pas suffisamment en compte ces besoins particuliers, ce qui conduit à envisager la mise en place d'objectifs immédiats et spécifiques pour ces populations. Les besoins spécifiques de ces groupes ne peuvent avoir seulement comme déclinaison celle d'un cadre conçu pour la population générale. Les professionnels en contact avec ces populations doivent pouvoir faire évoluer leurs représentations et adapter leurs pratiques pour mieux identifier ces besoins afin d'apporter une réponse adaptée.

### 1.2.2 Réduire le nombre de nouvelles contaminations par le VIH

En France, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) sont le seul groupe de transmission du VIH pour lequel le nombre de nouveaux diagnostics ne diminue pas<sup>3</sup>. En 2017, 5,6 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale. Selon les dernières données publiées par Santé publique France, « l'activité de dépistage du VIH a augmenté de 12% entre 2010 et 2017, mais cette augmentation ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du nombre de sérologies positives confirmées, d'où une tendance à la diminution du taux de positivité (de 2,2 à 2,0 pour mille sur la même période). Ce constat laisse supposer que l'augmentation du dépistage a sans doute peu bénéficié aux populations les plus exposées au VIH. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est stable entre 2010 et 2017. Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité en 2017, dont 3 600 (56%) ont été contaminées lors de rapports hétérosexuels, 2 600 (41%) lors de rapports sexuels entre hommes et 130 (2%) par usage de drogues injectables. Si le nombre de découvertes de séropositivité est globalement stable entre 2010 et 2017 chez les HSH, des différences sont constatées selon le pays de naissance. Le nombre de découvertes est stable chez les HSH nés en France, tandis qu'il augmente de manière continue chez ceux nés à l'étranger (+67% sur la période 2011-2017). En 2017, ces derniers représentent 26% de l'ensemble des HSH ayant découvert leur séropositivité. »<sup>4</sup>. Le taux d'incidence du VIH chez les HSH a été estimé 200 fois supérieur à celui retrouvé chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels de nationalité

<sup>3</sup> Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – PREVAGAY 2015. Bull Epidemiol Hebd 2017 ; (18):347-54

<sup>4</sup> Bulletin de santé publique. 27 mars 2019, surveillance de l'infection à VIH (dépistage et déclaration obligatoire), 2010-2017

française<sup>5</sup>. En 2015, les estimations de prévalence pour le VIH de l'étude Prevagay 2015<sup>6</sup> pour l'ensemble des cinq villes ( Paris, Lyon, Nice, Montpellier, Lille) était de 14,3% [12,0-16,9].

Depuis une dizaine d'année, une recrudescence des autres infections sexuellement transmissibles (IST) est également observée chez les HSH (gonococcie, syphilis, lymphogranulomatose vénérienne). En 2015, le nombre de syphilis précoces, d'infections à gonocoque et de LGV a continué d'augmenter. Cette progression est particulièrement marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH). Une hausse du nombre de syphilis et de gonococcies est également observée chez les hétérosexuels, malgré un nombre de cas relativement faible. La population non diagnostiquée pour l'infection à VIH est estimée à 24000 [21900-26000] en France en 2016<sup>7</sup>.

### 1.2.3 *Lever les freins au dépistage et renforcer la promotion et l'accès aux outils de prévention*

Malgré une activité de dépistage en laboratoires de biologie médicale qui continue d'augmenter, avec 5,6 millions de sérologies VIH réalisées en 2017, plus d'un quart des découvertes de séropositivité sont toujours trop tardives : 28% des personnes ont été diagnostiquées en 2017-2018 à un stade avancé de l'infection à VIH (avec un nombre de lymphocytes CD4<200/mm<sup>3</sup> ou au stade clinique de sida). De plus, la moitié des découvertes de séropositivité (49%) a concerné des personnes qui déclarent n'avoir jamais été testées auparavant. On note que dans la populations des HSH cette proportion est de 22%.<sup>8</sup>

Selon, les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France<sup>9</sup>, la priorité doit être accordée au dépistage de l'infection à VIH au sein des populations clés. Il convient ainsi de renforcer la fréquence du dépistage dans ces populations notamment tous les 3 mois chez les HSH afin de participer à atteindre le premier objectif de la stratégie nationale de santé sexuelle (95% de personnes diagnostiquées parmi celles vivant avec le VIH).

Un dépistage précoce des patients et de leurs partenaires, suivi d'un traitement rapide, est indispensable pour interrompre la transmission des IST, dans un contexte de prévention du VIH qui s'est élargie à la promotion des outils de prévention disponibles (préservatifs, Prophylaxie pré-exposition, traitement post-exposition, traitement comme prévention)<sup>10</sup>.

### 1.2.1 *Mise en place d'une offre de « test and treat » immédiat avec une offre globale de santé sexuelle communautaire*

**Ces nouvelles organisations peuvent se traduire par la mise à disposition dans un centre de santé d'une organisation plus particulièrement dédiée à la santé sexuelle:**

---

<sup>5</sup> Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010.

<sup>6</sup> Velter A, Sauvage C, Saboni L, Sommen C, Alexandre A, Lydié N, et al. Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – PREVAGAY 2015. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(18):347-54. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/18/2017\\_18\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/18/2017_18_1.html)

<sup>7</sup> Nouvelles estimations de la prévalence de l'infection à VIH Lise Marty, Françoise Cazein, Antoine Rachas, Florence Lot, Dominique Costagliola, Virginie Supervie <http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/151772/552879/version/1/file/Prevalence-VIH.pdf>

<sup>8</sup> Infection par le VIH et IST bactériennes- Bilan épidémiologique 2017, Santé publique France, 26/11/18

<sup>9</sup> Synthèse de la recommandation en santé publique, Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France Mars 2017

<sup>10</sup> Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes. en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(41-42):738-44. <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42>

- proposant un parcours de « test and treat » sans rendez-vous : dépistage et traitement si résultats positifs dans les 4 à 6h ;
- proposant une démarche et un accompagnement communautaire pour laquelle l'offre existante en France n'est pas spécifiquement fléchée ;
- dont l'attractivité est liée à une identité culturelle explicite, favorisant « l'aller vers » des populations cibles vers des structures dans lesquelles des pairs sont en capacité de les accueillir ;
- nécessitant la présence de professionnels formés, neutres et bienveillants ;
- situé dans un lieu d'accès facile, près de lieux de vie des communautés ;
- favorisant le walk-in (créneaux sans rendez-vous) avec des horaires adaptés aux modes de vie (soirées, week-end), en lien avec les plages horaires liées aux habitudes de vie des personnes cibles ;
- présentant une offre globale, intégrée et adaptable rapidement à de nouveaux besoins identifiés (chemsex ...) ;
- proposant des consultations de PrEP et de praticiens hospitaliers notamment pour l'initiation de la PrEP ou du TPE dans le cadre de la réglementation actuelle ;

**La réalisation d'un dépistage qui permette la remise immédiate des résultats tant que le patient est présent dans la structure est une des clés de réussite de ce projet.**

Les examens de biologie médicale à réaliser nécessitent une organisation adaptée, notamment pour la réalisation des sérologies VIH Hépatites, ou la PCR (Polymerase Chain Reaction) en temps réel (gonocoque et chlamydia). L'utilisation de POCT (Point of Care Testing) en biologie délocalisée pour certains tests, suppose un réel contrôle qualité par un biologiste médical, la réalisation de l'examen de biologie médicale étant, pour toutes ses phases, sous la responsabilité d'un biologiste médical.

Pour ce projet, une alternative à la biologie médicale délocalisée est de disposer d'un site analytique à proximité ou dans le centre de santé. [Les laboratoires de biologie médicale (LBM) qui ouvriraient un site analytique dans ces conditions devraient disposer sur place d'un biologiste (article R62222-2 du CSP). Ce biologiste devrait valider sur site les comptes rendus d'examens (article D6211-3 du CSP validation par un biologiste)].

## II. TRAVAUX ET ORGANISATION POUR LES CANDIDATS RETENUS LORS DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERET

### 2.1. Contenu des travaux envisagés

Les candidats retenus participeront à la co-construction du cahier des charges relatif à l'expérimentation nationale de centre de santé sexuelle communautaire avec l'équipe-projet nationale. Ce cahier des charges sera unique pour tous les candidats. Les travaux menés porteront notamment sur :

- **la construction du forfait financier** : Le financement de centres de santé est défini par la convention signée entre les organisations représentatives des centres de santé et l'Assurance Maladie (JO du 30 septembre 2015). Complété par un avenant n°1, signé le 23 mai 2017 et publié au journal officiel du 17 novembre 2017). Bien qu'un certain nombre de nouveaux dispositifs de financement forfaitaire aient été mis en place, ils ne permettent pas de couvrir les spécificités et



l'organisation qu'un centre de santé communautaire requiert. Il s'agira donc dans ce projet de permettre **un financement forfaitaire innovant** (permettant de financer par exemple un médiateur communautaire, un psychologue, équipements technologiques...).

- **les conditions de la faisabilité opérationnelle de l'expérimentation** : l'implication des acteurs de terrain et la prise en compte de leurs besoins devant favoriser la réussite du projet, les professionnels seront sollicités afin d'anticiper et de faciliter la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation. Les acteurs des projets pourront apporter leurs connaissances et expériences opérationnelles nécessaires à la définition **des conditions de mise en œuvre des modèles**.

Les acteurs des projets retenus auront la possibilité d'apporter **leurs remarques et propositions** sur les éléments constitutifs des modèles.

*Illustrations de thématiques qui pourront être abordées :*

- *Les règles opérationnelles de gestion, de facturation ... ;*
- *Les données complémentaires indispensables à l'ajustement du modèle et les conditions nécessaires pour leur recueil ;*
- *La plate-forme technique dédiée, ses fonctionnalités et son utilisation par les acteurs ;*
- *Les supports mis à disposition des équipes pour accompagner l'expérimentation (lettre d'information du patient, convention de collaboration entre les acteurs...);*
- *Les modalités de suivi à proposer pour accompagner les acteurs dans la mise en œuvre des projets et pour permettre une lisibilité de l'activité en cours d'expérimentation à l'équipe nationale ;*
- *Le cadre de l'évaluation de l'expérimentation.*

Ces travaux collaboratifs seront soumis à l'arbitrage des instances du fonds. Ils permettront d'aboutir à la publication d'un cahier des charges de cette expérimentation.

## 2.2. Organisation pratique

Une fois retenus, les candidats participeront aux travaux évoqués ci-dessus avec l'équipe-projet nationale d'appui, sous la responsabilité du rapporteur général du dispositif. Les travaux entre les candidats et l'équipe projet feront l'objet d'échanges réguliers entre les personnes désignées parmi les candidats, en lien avec les ARS et les Directions d'administrations concernées.

Cette participation attendue est évaluée à environ **2 à 3 jours**, selon **des modalités opérationnelles à définir avec les candidats** (ateliers de travail, échanges téléphoniques, mails, etc.), en lien avec les ARS concernées. L'accueil du groupe de travail sur site pourra également être envisagé, afin qu'il s'assure de la faisabilité opérationnelle des modèles discutés.

Les candidats retenus pourront recevoir une indemnisation pour leur présence aux séances de travail, ainsi qu'un remboursement pour leurs déplacements dans ce cadre.

### III. MODALITES DE CANDIDATURE A L'AMI ET PROCEDURE DE SELECTION

#### 3.1. Profil des candidats

Le projet peut s'appuyer sur un centre de santé déjà constitué, en cours de constitution ou sur un projet de création.

Il s'agit de centres de santé tels qu'ils résultent de l'ordonnance n° 2018-7 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, d'une part, ainsi que du décret<sup>11</sup> et de l'arrêté relatifs aux centres de santé<sup>12</sup>, de l'instruction relative aux centres de santé<sup>13</sup> (cf I-c). D'une manière générale, les obligations d'un centre de santé sont :

- L'ouverture à tous, qui se traduit par la garantie d'une absence de refus de soins explicite ou même implicite c'est à dire la garantie de ne pas mettre en place les conditions qui permettraient de réserver l'offre de soins à certaines populations, comme une absence d'enseigne, des horaires particuliers, des numéros surtaxés, une localisation qui interdit l'accès à certaines populations ;
- L'interdiction de faire de la publicité ;
- L'obligation que la part des soins remboursables par l'Assurance Maladie constitue au moins la moitié de l'activité.

L'ensemble des principes déontologiques et relatifs aux droits des patients, notamment le principe du libre-choix par le patient, demeurent applicables dans le cadre du centre de santé communautaire.

Il s'agit dans le cadre de cet AMI de déployer 4 ou 5 centres de santé sexuelle ouvert à tout public et apportant une réponse globale aux besoins de santé en développant une approche communautaire spécifique vers les populations clés (Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), Trans, personnes en situation de prostitution...) **dans des grandes villes prioritairement des régions Ile de France (IDF), Auvergne Rhône Alpes (ARA), Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) et Occitanie.**

#### 3.2. Modèle économique proposé

Le financement de centres de santé est défini par la convention signée entre les organisations représentatives des centres de santé et l'Assurance Maladie (JO du 30 septembre 2015). Complété par un avenant n°1, signé le 23 mai 2017 et publié au journal officiel du 17 novembre 2017).

---

<sup>11</sup> Décret n° 2018-143 du 27 février 2018 relatif aux centres de santé  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2018/2/27/SSAH1730928D/jo/texte>

<sup>12</sup> Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/2/27/SSAH1731210A/jo/texte>

<sup>13</sup> INSTRUCTION N° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé,  
<http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=43743>

Bien qu'un certain nombre de nouveaux dispositifs de financement forfaitaire aient été mis en place, ils ne permettent pas de couvrir les spécificités et l'organisation qu'un centre de santé communautaire requiert.

**Il s'agira donc dans ce projet de permettre un financement forfaitaire innovant (médiateur communautaire, psychologue, Equipements technologiques...). La construction de ce forfait et les modalités de versement seront définies avec les acteurs dans le cadre de cet AMI (dérogations envisagées : article L.162-31-1 II 1° et 3° du code de la sécurité sociale).**

### 3.3. Engagement des candidats retenus

Les candidats s'engagent à participer aux travaux préparatoires à l'élaboration du cahier des charges sous la forme d'échanges avec l'équipe-projet nationale, en lien avec les ARS concernées.

À l'issue, les candidats retenus dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt auront l'opportunité, s'ils le souhaitent, de devenir les premiers acteurs à participer à l'expérimentation de centres de santé sexuelle communautaire, dont la durée maximale sera de 3 ans.

### 3.4. Composition du dossier

Les candidats peuvent manifester leur intérêt en renseignant le dossier de candidature présent en annexe.

### 3.5. Critères de recevabilité et de sélection

#### 3.5.1 Critères de recevabilité

L'équipe-nationale appréciera, de manière conjointe avec les ARS concernées, la recevabilité des candidatures au regard des critères suivants :

- Que la structure ait bien la forme juridique d'un centre de santé tel que défini ci-dessus ;
- Adéquation du projet avec les objectifs du projet centres de santé sexuelle communautaire ;
- Projet porté par un acteur ou un groupement d'acteurs en santé déjà constitué ou en cours de constitution ;
- Présence de professionnels de santé et d'acteurs communautaires ;

L'objectif est d'identifier au maximum 5 projets.

#### 3.5.2 Critères de sélection

Les candidats seront notamment sélectionnés sur la base des critères suivants :

- *Cohérence avec les enjeux épidémiologiques et populationnelles du territoire et la structuration existante des acteurs* : les projets retenus devront s'inscrire en cohérence avec la stratégie régionale et les dynamiques locales. Il s'agira d'éviter de créer des cloisonnements supplémentaires ou redondances avec les projets existants sur le territoire.

- *Capacité à faire à court terme* : il s'agira ici d'apporter un minimum de garantie sur la capacité du groupement à s'engager dans l'expérimentation dès la fin 2019 (information sur le mode de gouvernance envisagé pour mener à bien l'expérimentation, contenu des échanges entre professionnels, émergence d'un consensus autour du projet, organisation envisagée pour l'analyse des données mises à disposition...), engagement de partenaires dans le projet : autres structures de santé ( laboratoire de biologie médicale, établissement hospitalier...), collectivités territoriales ;
- *Caractère innovant du projet* : il s'agit ici de sélectionner en priorité des acteurs proposant un nouveau projet organisationnel.
- *Impact attendu de la participation au projet de centres de santé sexuelle communautaire sur la performance de l'organisation* : il s'agit ici de fournir des éléments sur les impacts potentiels du projet sur la l'amélioration de l'efficience et du service rendu aux usagers ;

### 3.6. Contacts

En cas de questions relatives à cet Appel à manifestation d'intérêt, vous pouvez écrire à l'adresse suivante : [dgs-sp2@sante.gouv.fr](mailto:dgs-sp2@sante.gouv.fr)

### 3.7. Procédure et calendrier

<p><b>Avril 2019</b></p>	<p>⇒ Le présent AMI est diffusé sur les sites internet du Ministère des solidarités et de la santé.</p>
<p><b>Jusqu'au 4 juin 2019</b></p>	<p>⇒ Les équipes remplissant les critères d'éligibilité, peuvent manifester leur intérêt en adressant <b>le dossier de candidature (annexe I) avant le 4 juin 2019, par voie électronique, à l'adresse <a href="mailto:dgs-sp2@sante.gouv.fr">dgs-sp2@sante.gouv.fr</a></b></p>
<p><b>Du 5 juin au 4 juillet 2019</b></p>	<p>⇒ Instruction des manifestations d'intérêt l'équipe projet nationale en lien avec les ARS concernées</p> <p>⇒ Choix des 4 ou 5 candidats</p>
<p><b>5 juillet 2019</b></p>	<p>=&gt; Communication des résultats de l'instruction des dossiers à l'équipe projet nationale par la DGS et publication de la liste des projets retenus sur les sites internet du Ministère des solidarités et de la santé, et de l'Assurance Maladie.</p>
<p><b>De juillet à fin septembre 2019</b></p>	<p>⇒ Conduite des travaux d'élaboration de cahiers des charges avec la construction du forfait</p> <p>⇒ Consolidation des projets portés par les équipes locales à la lumière du cahier des charges</p> <p>⇒ Engagement des équipes locales à mener l'expérimentation</p>
<p><b>début octobre 2019</b></p>	<p>⇒ Transmission du cahier des charges de l'expérimentation et de la liste et des projets des équipes locales, pour avis des instances du fonds</p>
<p><b>Fin octobre 2019</b></p>	<p>⇒ <i>Sous réserve de l'avis favorable des instances du fonds</i>, autorisation de la mise en œuvre de l'expérimentation par les équipes locales par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé.</p>
<p><b>3 ans</b></p>	<p>⇒ <b>Conduite de l'expérimentation par les équipes dans les villes sélectionnées</b></p>

## IV. OBJECTIFS DE L'EXPERIMENTATION NATIONALE DE CENTRE DE SANTE SEXUELLE COMMUNAUTAIRE

### 4.1. Objectifs généraux de l'expérimentation

La mise en place d'un parcours de « test and treat » immédiat proposé dans le cadre de cette expérimentation a vocation à compléter l'offre de centre de santé sexuelle. Des organisations destinées à faciliter l'accès des populations clés à un parcours de santé sexuelle adapté sont proposées. L'objectif poursuivi est le passage à l'échelle par rapport à l'importance de l'épidémie cachée du territoire pour une population ciblée, par la mise en place d'une offre de « test and treat » immédiat avec une offre globale de santé sexuelle communautaire.

Il s'agit d'expérimenter un nouveau mode de financement pour répondre à cette organisation.

Les centres de santé communautaires présentent des principes plus spécifiques :

- un accueil communautaire bienveillant et neutre;
- la présence d'un médiateur communautaire sur place ;
- des formalités administratives réduites ;
- un premier entretien selon des modalités à définir (présentiel, tablette,...) ;
- la réalisation des prélèvements biologiques nécessaires ;
- une prise en charge médicalisée pour la remise des résultats de biologie médicale et l'éventuelle mise en route d'un traitement ou de la PrEP ;
- un entretien de santé sexuelle pour l'entrée dans un parcours de *test and treat* ;
- la prescription médicale en lien avec le diagnostic ;
- la possibilité de consultations spécialisées et paramédicales ;
- la possibilité de réaliser des entretiens avec un.e assistant.e social.e ;
- Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations.

Concernant la PrEP et le traitement post exposition (TPE), dans le cadre réglementaire actuel, le traitement peut être initié par un médecin spécialiste hospitalier et/ou exerçant en CeGIDD. Il peut être renouvelé par le médecin généraliste, dans la limite d'un an. Afin de proposer une offre de PrEP et de traitement post exposition (TPE) complété (initiation et suivi), Il est donc proposé la mise en place dans ces centres de santé, de consultations hors les murs, hospitalières ou de CeGIDD, pour l'initiation de ces traitements dans la mesure où actuellement l'AMM ne permet que le renouvellement par des médecins de ville.

Le consultant doit avoir la garantie d'être accueilli par des pairs, d'accéder rapidement, dans un climat de confiance et librement consenti à un parcours adapté, de recevoir une information claire et de recevoir des propositions de parcours adaptées à sa situation personnelle et à ses prises de risques.

L'association du médecin traitant à la prise en charge est discutée avec le consultant, en accord avec ce dernier, un retour d'informations au médecin traitant est assuré en tant que de besoin dans le cadre du parcours de santé.

Le centre de santé s'attache à mener un travail d'amélioration continue sur l'adaptation des services aux besoins des usagers, en lien avec une logique intégrative qui mette en œuvre une coordination et une coopération entre les différents acteurs, sans création de nouvelle strate.

Le centre de santé sexuelle d'approche communautaire, apporte une réponse globale de santé, qui s'adresse à l'ensemble de la population et plus particulièrement aux populations clés (HSH, Trans, personnes en situation de prostitution...). Cette réponse en direction des publics cibles permet d'augmenter les portes d'entrée dans un parcours de santé, s'ajoutant et complétant l'offre déjà existante des CeGIDD. La mise en œuvre d'un centre de santé communautaire a pour objet de faciliter l'accès de ces publics à une offre adaptée en termes de convivialité entre pairs et de disponibilité dans des horaires tenant compte des modes de vie.

Chacune de ces populations peut être stratifiée en sous-groupes cibles notamment :

- Les jeunes HSH, compte tenu de l'augmentation récente des découvertes de séropositivités dans cette population ;
- Les HSH originaires de pays d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes, cumulant des facteurs de vulnérabilité ;
- Les personnes en situations de prostitution ;
- Les usagers de produits psycho--actifs (Chemsex)...

Cependant, certaines personnes peuvent présenter les caractéristiques de plusieurs sous-groupes et la porte d'entrée dans le parcours de santé peut être très différente d'un sujet à l'autre. Le facteur commun à tous ces sous-groupes étant l'aspect communautaire, le centre de santé de par son caractère communautaire facilitera l'entrée dans un parcours de santé.

En conséquence, cette expérimentation vise à évaluer le paiement collectif forfaitaire en vie réelle :

- ⇒ La faisabilité d'un paiement forfaitaire et les modalités opérationnelles de sa mise en œuvre ;
- ⇒ Les effets positifs et négatifs de ce type de paiement, sur la qualité du service rendu au patient, la qualité des conditions de travail des professionnels de santé, les résultats de soins, l'efficacité des prises en charge et les modalités d'organisation des acteurs impliqués, comparativement aux modalités de paiement existantes ;

## 4.2. Les modèles anglo-saxons

### L'exemple de SAN FRANCISCO

L'exemple de la MAGNET CLINIC et du récent Centre de santé intégrée STRUT, à San Francisco, Dans les années 2010, la ville de San Francisco a lancé un programme global dans l'objectif "zéro infection au VIH, zéro décès lié au sida", reconnu et soutenu par la Maison-Blanche. Dans ce cadre de soutien municipal, la San Francisco AIDS foundation recueille des fonds pour soutenir le dépistage, le traitement rapide, la prévention, auprès de populations vulnérables avec la mise en place de centre de santé sexuelle communautaire.

La Magnet Clinic ou le centre Strut, situés dans le quartier LGBT de la ville (Castro), sont des exemples de modèles dynamiques offrant de manière équilibrée une part d'offre de soins (clinique) et de lieu communautaire où les personnes peuvent assumer ce qu'elles sont, leurs modes de vie, leurs sexualités et leurs pratiques, sans être vues comme une somme de "risques" ou de "problèmes à résoudre".

L'ensemble des outils stratégiques pour tendre vers l'objectif zéro infection a commencé à montrer son efficacité en vie réelle dans la mesure où l'incidence du VIH diminue à San Francisco. Quelques chiffres concernant cette offre de prévention et de soins diversifiée en 2015 à San Francisco :

- Une offre massive de dépistages : 15 000 en 2015 pour le VIH et les IST
- 66 diagnostics VIH positifs dans l'ensemble de l'offre de services, avec accès ultra rapide au traitement antirétroviral ;
- 3 188 IST traitées ;
- 900 personnes usagères de substances psycho--actives prise en charge, 2 680 000 seringues stériles distribuées ;
- 706 initiations de PrEP.

### **L'exemple du 56 DEAN STREET EXPRESS A LONDRES**

En utilisant le modèle de la « clinique de San Francisco », le « 56 Dean Street Express » à Londres 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.

<http://dean.st/56deanstreet/>

<http://www.aidsmap.com/page/3106754>

#### UK : Recul historique de la progression du SIDA au RU

Pour la première fois depuis les années 1980, la progression du SIDA marque un net recul au RU : selon un rapport d'octobre 2017 publié par Public Health England (homologue de Santé Publique France), 5 164 cas nouveaux ont été détectés en 2016, ce qui représente une baisse de 18% en un an.

En particulier, d'après le sous-secrétaire d'Etat à la Santé, Lord O'Shaughnessy, le RU est un des premiers pays à constater une baisse dans le nombre de nouveaux diagnostics du SIDA chez les hommes homosexuels et bisexuels : le nombre de diagnostics est ainsi passé de 3 570 à 2 810 en un an, soit une baisse de 21%.

On observe également un fort recul à Londres et parmi les populations d'origine africaine, qui sont historiquement des populations plus à risque. Les chiffres sont d'autant plus satisfaisants que le nombre d'infections, de 2 850 en 2007, avait ensuite connu une hausse constante jusqu'en 2015.

Ces bons résultats sont essentiellement attribués à une action hyper ciblée de 5 cliniques à Londres, qui effectuent un très grand nombre de tests, en particulier pour les « hommes à haut risque » et proposent le traitement antirétroviral dès le diagnostic.

L'approche du 56 Dean Street Express est :

- Une approche communautaire d'accompagnement par les pairs dans le centre ;
- Un ciblage des populations ;
- Un accès facilité pour les personnes pour se dépister plus souvent, et en cas de résultat positif, une mise sous traitement immédiate, le patient ressort avec son ordonnance de thérapie anti rétrovirale pour le VIH, et 75 % des personnes débutent au premier rendez-vous ;
- Un accès facilité à la PrEP.

La clinique du 56 Dean Street Express à Londres est basée sur le principe de la possibilité de dépistage sur site, avec la remise des résultats et une prise en charge dans les 90 minutes. La clinique reçoit 15 000 personnes par mois. L'importance de la file active sur une population ciblée, du « test and treat » immédiat sont les clés également du succès.

Pour la Magnet clinic à San Francisco la durée des visites est estimée à environ 15 à 60 minutes.

### **4.3. Impact attendu**

Si une offre communautaire s'est également développée en France (par exemple : le 190, le Checkpoint/Kiosque, SPOT), elle s'est vite retrouvée saturée. L'offre dispersée, bien que nécessaire et présente dans des grandes villes, ne permet pas une réponse à l'échelle des enjeux de l'épidémie de VIH et d'IST pour ce public.

Aussi, la création d'une offre répondant en un lieu unique aux besoins spécifiques des HSH participe aux objectifs stratégiques de la stratégie nationale de santé sexuelle d'en finir avec l'épidémie du sida d'ici 2030, et faire en sorte que 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH aient accès au traitement et que 95% des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée d'ici 2020. Il s'agit également



d'éliminer les épidémies d'infections sexuellement transmissibles en tant que problèmes majeurs de santé publique.

Ces objectifs sont déclinés par population à l'horizon 2023 : réduire l'incidence des IST bactériennes dans les populations clés, objectif 95-95-95 pour le VIH par population clé, 80% de couverture vaccinale au sein des populations clés.

Cette nouvelle offre doit permettre d'observer une diminution d'au moins 15 % du nombre de nouvelle infection au VIH sur la période pour le territoire, et d'atteindre :

- 100% de la file active dépistées pour les hépatites et 100 % des hépatites chroniques C diagnostiquées sont traitées ;
- Rattrapage vaccinal à hauteur de 95% pour les non vaccinés contre l'hépatite B ;
- Diminuer l'incidence des IST (gonocoque, syphilis, Chlamydia, LGV).

#### 4.4. Equipes concernées par l'expérimentation

Les équipes concernées par l'expérimentation pourront varier en fonction des prises en charge ou des choix organisationnels envisagés. Un coordonnateur, responsable d'un parcours de « test and treat » (augmentation et l'amélioration du dépistage, accélération de l'accès aux soins et au traitement après le diagnostic, délégation de tâche infirmier) sera désigné. Des médiateurs assureront l'accompagnement communautaire pour l'ensemble des activités du centre (parcours test and treat, accompagnement communautaire des consultations PrEP réalisées par les médecins, chemsex ...).

#### 4.5. Suivi de l'expérimentation

Chaque projet mené dans le cadre de l'expérimentation fera l'objet d'un suivi dans le cadre duquel le promoteur présentera les faits majeurs rencontrés dans la mise en œuvre. Le suivi en cours d'expérimentation permettra de rendre compte de l'activité réalisée et des ressources utilisées dans le cadre de l'activité mise en place.

Les conditions et modalités de ce suivi et du recueil des données d'informations seront définies lors des travaux de préparation à la mise en œuvre de l'expérimentation conjointement avec les candidats retenus pour l'appel à manifestation d'intérêt.

#### 4.6. Cadrage des modalités d'évaluation

L'évaluation de l'expérimentation, dont les principes sont confiés à la DREES et à la CNAM, constitue **un prérequis à leur mise en œuvre**. Elle s'attachera à plusieurs composantes :

- Analyse des moyens et ressources du projet ;
- Analyse du processus (personnels, formation, organisation...) ;
- Analyse de l'efficacité du projet en termes de résultats (selon les objectifs définis ci-dessus) ;
- Rapport coût efficacité ;
- Evaluation comparative avec d'autres structures ( Ex : CeGIDD, expériences étrangères) ;
- Mesure de la satisfaction des utilisateurs et des acteurs ;
- Critères de reproductibilité du modèle à d'autres villes.

L'évaluation devra permettre d'appréhender la faisabilité, la pertinence, l'efficacité et l'efficience des modèles proposés et définir le modèle économique adapté pour permettre la pérennisation des centres expérimentateurs.

## V. LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 – Dossier de candidature