

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 11 avril 2023 modifiant l'arrêté du 27 novembre 2020 relatif à l'expérimentation nationale de centres de santé sexuelle d'approche communautaire et fixant la liste des établissements expérimentateurs

NOR : SPRS2312181A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;
Vu l'arrêté du 27 novembre 2020 relatif à l'expérimentation nationale de centres de santé sexuelle d'approche communautaire et fixant la liste des établissements expérimentateurs ;

Vu l'arrêté du 24 janvier 2023 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2023 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « Centres de santé sexuelle d'approche communautaire » ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 3 mars 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'annexe I de l'arrêté du 27 novembre 2020 susvisé portant cahier des charges de l'expérimentation nationale « Centres de santé sexuelle d'approche communautaire » est remplacée par l'annexe I du présent arrêté.

Art. 2. – L'article 3 de l'arrêté du 27 novembre 2020 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes : « La durée de l'expérimentation est fixée à 2 ans et 5 mois à compter du 1^{er} mai 2021 (date de la première inclusion d'un patient dans le premier centre). L'expérimentation prendra fin à la date du 30 septembre 2023 pour les quatre centres de santé expérimentateurs. »

Art. 3. – Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 11 avril 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J. SALOMON

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe au directeur
de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

ANNEXES

ANNEXE I

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE –
CAHIER DES CHARGES**Expérimentation nationale de quatre centres de santé sexuelle
d'approche communautaire (CSSAC)**

Résumé du projet

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 n° 15 de la feuille de route santé sexuelle 2018-2020).

Il s'agit ainsi de déployer 4 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), personnes Trans, personnes en situation de prostitution...) dans des grandes villes des régions Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie.

L'offre en santé sexuelle existante ne répond pas suffisamment aux besoins communautaires, les Centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou les centres de santé ayant initié une démarche communautaire sont saturés et l'offre ne permet pas, dans les grandes villes, une réponse à l'échelle des enjeux de l'épidémie de VIH et d'IST pour ce public.

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

Cette expérimentation permettra donc sur un même site 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 infections virales (VIH, VHB, VHC) et des infections sexuellement transmissibles (IST), dont la syphilis.

L'objectif est le passage à l'échelle dans le but de réduire 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, complétant l'offre déjà existante. Des organisations destinées à faciliter l'accès des populations clés à un parcours de santé sexuelle adapté sont proposées.

Un appel à manifestation d'intérêt (AMI) a été conduit en juin 2019. Il 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, issu de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Il porte sur un projet d'expérimentation nationale mené par le ministère de la santé et de la prévention et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) relatif à la mise en place d'une expérimentation nationale de centres de santé sexuelle d'approche communautaire.

Cet AMI a permis de sélectionner les quatre candidats porteurs de projets organisationnels innovants répondant à ces objectifs et sur la base desquels un nouveau mode de financement pourrait être expérimenté.

Table des matières

- 1. Contexte et constats**
 - 1.1. *Contexte général*
 - 1.2. *Contexte régional*
- 2. Objet de l'expérimentation**
 - 2.1. *Objectifs stratégiques*
 - 2.2. *Objectifs opérationnels*
- 3. Projet**
 - 3.1. *Porteurs de projet*
 - 3.2. *Parcours*
 - A. – Principes d'organisation
 - B. – Nécessité de protocoles de coopération
 - C. – Examens de biologie médicale
 - D. – Déroulé des parcours
 - 3.3. *Population cible*
 - 3.4. *Effectifs*
 - 3.5. *Professionnels intervenant dans le CSSAC*
 - A. – Par activité
 - B. – Coopérations
 - 3.6. *Locaux*
 - 3.7. *Système d'information*
 - 3.8. *Matériel*
- 4. Champ d'application**
 - 4.1. *Territoires concernés par l'expérimentation*
 - 4.2. *Durée de l'expérimentation*
- 5. Principes du modèle économique de financement**
 - 5.1. *Modèle de financement*
 - 5.2. *Modalité de financement de la prise en charge proposée*
 - 5.3. *Besoin de financement*
- 6. Catégorie d'expérimentation et dérogations nécessaires**
- 7. Impacts**
 - 7.1. *Service rendu au patient*
 - 7.2. *Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé*
- 8. Dispositions réglementaires**
 - 8.1. *Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation*
 - 8.2. *Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel*
 - 8.3. *Liens d'intérêts*
- 9. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposée**
- 10. Éléments bibliographiques/expériences étrangères**
 - 10.1. *Éléments bibliographiques*
 - 10.2. *Expériences étrangères*
- 11. Annexes**

1. Contexte et constats

1.1. Contexte général

Les données épidémiologiques publiées depuis plusieurs années montrent que les chiffres des nouvelles contaminations ne diminuent pas ou trop peu pour les IST, les hépatites et le VIH (1). Ces nouvelles contaminations sont notamment liées à :

- des publics qui ne fréquentent pas, ou épisodiquement, pour différentes raisons, les lieux dédiés aux dépistages et à la prévention, notamment du fait de l'absence d'accompagnement communautaire ;
- la saturation des structures existantes qui ne peuvent absorber tous les patients qui viennent en consultation, du fait des capacités parfois limitées de ces structures en termes de ressources humaines et de locaux ou d'horaires d'ouverture ;
- la persistance de retard au diagnostic entre le moment où la personne se contamine et le dépistage qui laisse perdurer des sources de contaminations (2) ;
- le nombre de patients sous prophylaxie pré-exposition (PrEP) insuffisant. Actuellement, environ 20 000 personnes sont sous PrEP (3), les modèles mathématiques recommandent plutôt de tendre vers 30 000 personnes pour faire diminuer les contaminations. En Angleterre on considère que le nombre de personnes sous PrEP a permis de faire reculer l'épidémie de 28 % en 2 ans (4).

Ainsi, de nouveaux modes d'organisations sont nécessaires afin d'apporter une réponse globale à ces problématiques de santé publique. En particulier, un dépistage précoce des patients et de leurs partenaires, suivi d'un traitement rapide, est indispensable pour interrompre la chaîne de transmission des IST, dans un contexte de prévention du VIH qui s'est élargi à la promotion des outils de prévention disponibles : préservatifs, PrEP, traitement post-exposition (TPE), traitement comme prévention (TasP), outils de notification des partenaires.

1.2. Contexte régional

A l'issue de l'AMI, quatre porteurs de projets ont été sélectionnés en région Ile-de-France (Paris), Auvergne-Rhône-Alpes (Lyon), Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille) et Occitanie (Montpellier), notamment du fait de la circulation particulièrement active de l'épidémie dans ces zones.

Les caractéristiques épidémiologiques spécifiques des territoires d'implantation des centres sont présentées en annexe 1.

2. Objet de l'expérimentation

L'expérimentation vise à mettre en place de centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) destinés à faciliter l'accès des populations clés à un parcours de santé sexuelle adapté. Pour cela, les CSSAC devront mettre en œuvre de nouvelles organisations, proposant des parcours de santé sexuelle intégrés, innovants et simplifiés, avec une offre de Test&Treat et un accompagnement communautaire. Inspiré du modèle anglo-saxon, le principe du Test&Treat repose sur un parcours comportant, dans une unité de lieu et dans un temps acceptable, une phase de dépistage suivie si nécessaire d'une phase de traitement.

Cette expérimentation s'inscrit dans la mise en œuvre de **l'action n° 15 de la feuille de route santé sexuelle 2018-2020 et du Plan priorité Prévention**, dont l'objectif est le passage à l'échelle dans le but de réduire l'épidémie cachée du territoire d'implantation, par la mise en place d'un dispositif de prise en charge des populations ciblées dans une offre globale de santé sexuelle communautaire.

2.1. Objectifs stratégiques

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 globalement actuellement disponible à destination de l'ensemble de la population et plus spécifiquement adaptée aux différents besoins des populations clés.

Outre les objectifs de santé publique, cette expérimentation vise également à évaluer le modèle économique d'un financement forfaitaire des passages dans le centre de santé sexuelle d'approche communautaire (5), passages facilités par des démarches administratives simplifiées. Le paiement forfaitaire et les modalités opérationnelles de sa mise en œuvre peuvent avoir des effets sur la qualité du service rendu au patient, sur la qualité des conditions de travail des professionnels de santé, sur l'efficacité des prises en charge et les modalités d'organisation des acteurs impliqués, comparativement aux modalités de paiement existantes. Le modèle économique des centres de santé sera adapté aux spécificités d'un centre de santé sexuelle d'approche communautaire, notamment aux caractéristiques des consultants, chacun nécessitant un parcours santé sexuelle bien spécifique, faisant intervenir différents acteurs médicaux et associatifs.

2.2. Objectifs opérationnels

Pour développer le passage à l'échelle en dépistant le plus grand nombre de personnes, dans le but de réduire l'importance de l'épidémie cachée, les centres devront mettre en œuvre des organisations destinées à faciliter l'accès des populations clés à un parcours de santé sexuelle adapté, prenant en compte une offre globale de santé sexuelle communautaire. Les centres de santé sexuelle d'approche communautaire ont vocation à compléter l'offre de prise en charge déjà existante pour les publics cibles, sans s'y substituer.

Ainsi, la création des centres de santé sexuelle d'approche communautaire permettra :

- d'inciter les populations les plus exposées à avoir recours plus souvent au dépistage du VIH, des hépatites et des IST dans un but de prévention et de répondre aux recommandations nationales ;
- d'accroître l'accessibilité de centres ressources en santé sexuelle, et notamment à la promotion et à la prévention, au plus grand nombre ;
- de diminuer les délais d'attente pour une meilleure qualité de prise en charge ;
- d'augmenter le nombre de personnes accueillies et réduire les risques de perdus de vue et les opportunités manquées de dépistage ;
- de développer la notification des partenaires pour les patients recevant un ou plusieurs résultats positifs ;
- de prévenir les risques liés à la sexualité : violences, discriminations, etc ;
- d'augmenter la couverture vaccinale ;
- de favoriser l'accès à la santé sexuelle et aux soins des personnes vulnérables ;
- de réduire les grossesses non désirées ;
- d'aller au plus près des personnes éloignées du soin en réalisant le plus d'actions hors les murs compatibles avec le fonctionnement *in situ*.

3. Projet

3.1. Porteurs de projet

La liste des porteurs de projet et de leurs principaux partenaires figure **en annexe 2**.

3.2. Parcours

A. – Principes d'organisation

Les centres de santé sexuelle d'approche communautaire doivent permettre au consultant d'être accueilli dans un ou plusieurs lieux faciles d'accès par des médiateurs communautaires du monde associatif, de recevoir une information claire et des propositions de parcours adaptées à sa situation personnelle et à ses prises de risques. Il doit pouvoir y accéder rapidement, dans un climat de confiance et librement consenti.

Ainsi, les CSSAC proposeront au consultant une offre de prise en charge **globale** et **innovante**, comprenant l'ensemble des éléments suivants :

- une démarche et un accompagnement communautaire, pour laquelle l'offre existante en France n'est pas spécifiquement fléchée, incluant notamment :
 - un accueil communautaire bienveillant et inclusif pour tous les publics, notamment les publics définis dans l'AMI : LGBTI+, personnes en situation de prostitution... ;
 - la présence de médiateurs communautaires sur place ;
- des formalités administratives réduites ;
- des professionnels de santé formés, bienveillants et non jugeant ;
- un questionnaire patient auto-administré ou accompagné, selon la situation du consultant, recueillant :
 - les données socio-économiques ;
 - les vulnérabilités sociales et précarités (ex : mobiliser le score PRECAR) ;
 - les pratiques sexuelles ;
 - les consommations de produits psychoactifs licites et illicites ;
 - les expositions aux violences sexuelles, physiques et verbales passées et présentes ayant un retentissement sur la santé globale des personnes.

Ce questionnaire ayant pour objectifs :

- de connaître précisément les besoins en santé sexuelle du public des CSSAC et leurs évolutions pour adapter l'offre en continu ;
- d'assurer une vigilance renforcée dans la mise en œuvre des parcours de santé sexuelle des publics les plus vulnérables ;
- le cas échéant, de renforcer leur offre de santé sexuelle, dans une approche universaliste proportionnée.
- un parcours de « test and treat » sans rendez-vous : dépistage et traitement si résultats positifs obtenus idéalement dans les 4 à 6 heures ;
- la mise en œuvre des traitements et vaccins nécessaires se fait dans le respect des dispositions de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) ;
- la possibilité d'initier les parcours PrEP et TPE dans la mesure où les verrous juridiques actuels pourront être levés, afin de permettre notamment la primo-prescription de la PrEP par les médecins des CSSAC ainsi que la prescription et la délivrance de TPE, en particulier pour les CSSAC qui ne portent pas d'activité CeGIDD ;
- une offre de santé sexuelle avec et sans RDV, avec des horaires adaptés aux modes de vie des publics cibles, pour permettre notamment la prise en charge des prises de risque de moins de 48 heures, des patients symptomatiques ou des contacts récents avec des partenaires positifs (VIH, hépatites virales, IST) ;

- la réalisation des prélèvements biologiques par une infirmière et/ou la promotion de l'auto-prélèvement par les patients pour faciliter le recours au soin et éviter les retards au dépistage et au diagnostic ;
- une information sur la disponibilité des résultats, impliquant ou non une consultation complémentaire, par les moyens de communication choisis et validés par la personne (SMS, téléphone, mail, applications, etc.) ;
- la possibilité de consultations spécialisées, notamment de psychologues, de sexologues non médicaux et paramédicales, avec des fréquences adaptées aux besoins et aux déterminants de santé ;
- la possibilité de réaliser des entretiens avec un.e assistant.e social.e dans un objectif spécifique d'accès aux droits (AME, Assurance maladie...) et de facilitation des démarches administratives ;
- 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.

Cette organisation repose sur un modèle économique qui prend en compte :

- les consultations médicales, paramédicales, de psychologues, de sexologues (médicaux et non médicaux) et d'assistants sociaux ;
- les consultations des médiateurs communautaires ;
- les investigations biologiques dans le cadre des recommandations du rapport d'experts (6) ;
- les médicaments nécessaires au traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles, les médicaments contraceptifs indiqués dans la contraception d'urgence ainsi que les produits nécessaires aux vaccinations et aux éventuelles réactions indésirables graves ;
- les dépenses d'interprétariat et le cas échéant de médiation ;
- les dépenses relatives aux activités administratives ;
- les dépenses relatives aux interventions de prévention ou de dépistage hors les murs.

B. – Nécessité de protocoles de coopération

Afin d'optimiser le fonctionnement du centre et permettre le passage à l'échelle, il est nécessaire que les quatre CSSAC puissent avoir recours au protocole de coopération national permettant les consultations infirmières en santé sexuelle en lieu et place du médecin. Ce protocole est en cours de validation auprès de la HAS. Dès qu'il sera validé, les CSSAC pourront s'inscrire sur la plateforme qui sera mise en place afin de pouvoir en disposer. Le but de ce protocole et son intérêt dans le cadre de la mise en place des CSSAC sont détaillés dans la partie 3.5.B.

C. – Examens de biologie médicale

La réalisation d'un dépistage qui permette la remise des résultats des examens biologiques dans des délais courts, idéalement tant que le patient est présent dans la structure et dans un délai maximum de 48 heures (jours ouvrés ou ouvrables selon les plages horaires d'ouverture des différents centres), est une des clés de réussite de ce projet.

Les examens de biologie médicale à réaliser nécessitent une organisation adaptée pour la réalisation des sérologies VIH, hépatites, de la PCR en temps réel (gonocoque, chlamydia et éventuellement charge virale VIH 1, VHC) et de l'ensemble des examens biologiques de suivi selon les recommandations en vigueur. L'utilisation de POCT (Point of Care Testing) en biologie médicale 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 son contrôle**. Une convention avec un laboratoire de biologie médicale est établie par chaque centre.

D. – Déroulé des parcours

Schéma en annexe 3

La personne qui vient en consultation est reçue à l'accueil du centre, dans un espace permettant de respecter la confidentialité, par un médiateur communautaire, un chargé d'accueil et/ou un secrétaire administratif qui lui présente l'offre de santé sexuelle et assure la création du dossier médical (saisie de données administratives). Le consultant est ensuite invité à saisir un questionnaire auto-administré sur support informatique (tablette, smartphone ou autre), permettant une orientation dans le parcours le plus adapté. En cas de difficulté pour compléter ce questionnaire, le consultant pourra être accompagné par un membre de l'équipe. Si nécessaire, un interprète (sur place ou à distance) peut intervenir dans le cas où la personne maîtrise mal une des langues proposées par le questionnaire.

En fonction des réponses apportées au questionnaire il va être proposé un parcours adapté :

- **Parcours Test (7)** : le consultant bénéficie d'un entretien de santé sexuelle facilité par les réponses au questionnaire saisi à l'accueil. En fonction des éléments apportés par l'entretien, les prélèvements biologiques et/ou les TROD seront réalisés selon les protocoles en vigueur dans le centre, les auto-prélèvements pourront être privilégiés. Les échantillons biologiques seront soit traités sur place, soit acheminés au laboratoire de biologie médicale (LBM) effecteur, avec lequel une convention aura été signée. Les résultats seront transmis au consultant selon les modalités mises en place dans le centre ;
- **Parcours Treat** : A l'issue du parcours test, si un résultat est positif ou si une symptomatologie justifie un traitement probabiliste, le traitement pourra être initié via la dotation pharmaceutique du centre avec l'IDE, sur prescription médicale. Les centres pourront également proposer un accompagnement par un médiateur

communautaire pour les consultants en exprimant le besoin. Compte-tenu des délais court après une prise de risque et si le consultant le nécessite, il lui sera proposé la mise en route d'un traitement post exposition (TPE), les prélèvements pour les examens biologiques seront réalisés et, si nécessaire, un kit de démarrage pourra lui être délivré ;

- **Parcours PrEP** : les examens de biologie médicale seront réalisés selon les recommandations en vigueur et les consultations seront assurées par le médecin en initiation et en suivi ;
- **Parcours Vaccination** : Les consultations et prescriptions seront assurées par le médecin jusqu'à validation du protocole de coopération national. Par la suite, les IDE pourront assurer les consultations et prescriptions des vaccinations VHB, VHA, HPV et méningocoques C, selon les recommandations du calendrier vaccinal. Les premières injections et les rappels éventuels seront réalisés par les IDE, en respectant les règles de sécurité et de traçabilité des vaccins ainsi que les dispositions de l'AMM ;
- **Parcours consultations spécialisées** : indépendamment du parcours de dépistages et de prise en charge, le consultant pourra se voir proposer une ou plusieurs consultations spécialisées au sein du centre, de psychologues, de sexologues médicaux ou non médicaux, un accompagnement pour les démarches sociales ainsi qu'un accompagnement communautaire individuel et collectif pour répondre plus globalement à ses besoins en santé sexuelle.

3.3. Population cible

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, qui sont les plus exposées au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux hépatites virales, aux violences et aux discriminations ou les plus éloignés de l'offre généraliste de santé sexuelle. Plusieurs de ces critères pouvant être cumulatifs, il est nécessaire de développer une approche globale et combinée centrée sur toutes les dimensions et les déterminants de la santé sexuelle pour mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que menace pour la santé publique.

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 situation de prostitution ;
- les usagers de produits psycho-actifs (Chemsex) ;
- les usagers de drogues injectables (UDI).

Les vulnérabilités particulières en termes de santé de ces populations, 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 inadaptées 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 professionnels en contact avec ces populations doivent notamment pouvoir faire évoluer leurs représentations et adapter leurs pratiques pour mieux identifier ces besoins, afin d'apporter une réponse adaptée.

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 proposant une offre adaptée en termes de convivialité (médiateurs communautaires associatifs) et de disponibilité (horaires tenant compte des modes de vie). Cependant, la population accueillie dans le centre de santé sexuelle d'approche communautaire ne saurait se limiter aux sous-groupes ci-dessus mentionnés et doit pouvoir accueillir l'ensemble des publics cibles de la même manière que le modèle anglo-saxon.

3.4. Effectifs

Les effectifs prévisionnels ont été établis par les gestionnaires de chacun des 4 centres, en considérant que les consultants pourront bénéficier de plusieurs passages selon leurs besoins de santé, sur la base de :

1. L'activité actuelle de la structure et du nombre de personnes qui ne peuvent pour l'instant pas être accueillies en raison de la saturation des capacités d'accueil des centres existants ;
2. L'épidémiologie locale de la zone d'implantation et donc des besoins estimés actuellement non couverts en termes de dépistage, vaccination et mise sous traitement, décrits en **annexe 1**.

Le nombre de passage par consultant a été limité à **6 passages** pour le forfait Test, sur la base des recommandations HAS concernant les fréquences de dépistage dans les populations clés (8) et en prenant en compte les éventuels accidents d'exposition intercurrents. L'ensemble des consultants seront inclus dans le forfait Test et seulement une proportion d'entre eux sera incluse dans les deux autres forfaits.

TABLEAU
NOMBRE MOYEN DE PASSAGES/CONSULTATIONS PAR AN PAR SITE,
TYPE DE FORFAITS ET DOTATIONS

		Année 2021 Act. réalisée	Année 2022 Act. réalisée et prev.	Année 2023 Act. prev.	Total Activité
NBRE PASSAGES	Forfait Dépistage	3 975	11 453	17 160	32 588
	Le Checkpoint - PARIS	3 002	5 863	9 350	18 215
	Le Spot Longchamp- MARSEILLE	364	1 729	1 671	3 764
	Le Spot – MONTPELLIER	609	1 861	1 389	3 859
	Le Griffon – LYON	-	2 000	4 750	6 750
	Forfait Traitement	1 003	3 533	2 982	7 518
	Le Checkpoint - PARIS	732	2 468	1 848	5 048
	Le Spot Longchamp- MARSEILLE	127	510	501	1 138
	Le Spot – MONTPELLIER	144	455	395	994
	Le Griffon – LYON	-	100	238	338
	Forfait PrEP	1 531	5 445	6 381	13 357
	Le Checkpoint - PARIS	1 101	3 590	4 286	8 977
	Le Spot Longchamp- MARSEILLE	151	640	669	1 460
	Le Spot – MONTPELLIER	279	915	714	1 908
	Le Griffon – LYON	-	300	712	1 012
NBRE CONSULT.	Dotation	4 247	16 364	17 052	37 663
	Le Checkpoint - PARIS	1 331	4 472	7 300	13 103
	Le Spot Longchamp- MARSEILLE	1 262	5 369	4 950	11 581
	Le Spot – MONTPELLIER	1 654	6 106	3 812	11 572
	Le Griffon – LYON	-	417	990	1 407

3.5. Professionnels intervenant dans le CSSAC

A. – Par activité

La composition et l'effectif du personnel sont adaptés aux besoins du CSSAC et à l'activité prévisionnelle. Les professionnels concernés sont salariés des centres (temps plein, temps, partiel ou vacations) et peuvent appartenir aux catégories suivantes :

Professionnels	Rôle
Médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection au VIH ou médecin de CeGIDD	Consultation de prise en charge des prescriptions et du suivi des traitements PVVIH, PrEP et TPE.
Médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation de prise en charge des prescriptions et du suivi des traitements IST. - Rendu des résultats positifs. - Consultations initiales des PrEP et TPE si marqueurs biologiques perturbés. - Traitement des Hépatites C non compliquées.
Infirmière	<p>En ayant recours au protocole de coopération, les infirmiers pourront être amenés à réaliser les actes suivants, sous la supervision du médecin (lorsqu'il est présent, ou qui devra être joignable en cas de besoin s'il est absent) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescription des tests de dépistage et/ou examens biologiques pour le VIH, les hépatites virales (VHB, VHC, VHA) et les autres IST les plus fréquentes (chlamydie, gonococcie, syphilis). - Réalisation des prélèvements biologiques. - Réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour les IST et la remise des résultats de TROD positifs ou négatifs. - Remise des résultats de sérologie et PCR négatifs. - Suivi postérieur de l'utilisateur sous PrEP asymptomatique dont les résultats des examens biologiques sont normaux, faire le renouvellement des prescriptions du traitement et des analyses biologiques pour la PrEP.

Professionnels	Rôle
	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi postérieur de l'utilisateur victime d'un accident d'exposition aux virus (sexuel et sanguin) - AES- et mise sous traitement post-exposition (TPE) dont les résultats des examens biologiques sont normaux, faire le renouvellement des prescriptions du traitement et des analyses biologiques. - Réalisation d'actions de prévention et de dépistage par TROD et remise des résultats par TROD positifs et négatifs lors d'actions hors les murs. <p><u>Contraception</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention de la grossesse par des conseils en contraception, la prescription de contraception d'urgence et le renouvellement de contraception classique. - Pose et retrait d'implants contraceptifs, sur prescription médicale. - Orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent. <p><u>Vaccination</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescription de vaccination VHB, VHA, HPV, selon le calendrier vaccinal et sa réalisation.
Secrétaire	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil bienveillant des patients (physique et téléphonique). - Gestion du logiciel de rendez-vous. - Prise de rendez-vous. - Orientations vers les professionnels du centre ou à l'extérieur, - Création du dossier médical. - Préparation des consultations sur RDV (impression du planning des rendez-vous et des résultats, sortie des dossiers patients, transmission du planning des consultations aux médecin et infirmiers). - Saisie des données et gestion des facturations. - Gestion des archives.
Médiateur communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil et aide au remplissage des questionnaires. - Entretiens préalables d'orientation. - Accompagnement des parcours complexes. - Prise de rendez-vous. - Information réduction des risques, PrEP. - Dépistage VIH et VHC par TROD et orientations des patients. - Organisation et animation de temps collectifs.
Psychologue, Proctologue, Addictologue, Dermato-vénérologue, Gynécologue, Sage-femme	Consultation spécialisée (sur place)
Sexologue	Consultation spécialisée médicale ou entretien de sexologie par sexologue non médical
Travailleur social	Ouverture des droits, suivis, lien avec structures de droit commun
Interprète	Permettre la communication avec les personnes ne maîtrisant pas la langue française

En s'appuyant sur les possibilités offertes aux CeGIDD (9), si la taille et l'activité du centre le nécessitent, il pourra être fait appel à un pharmacien à temps partiel pour la dispensation des médicaments (actuellement non prévu dans le budget). Si l'activité ne le justifie pas c'est un médecin nommé désigné qui assure l'approvisionnement, la détention et le contrôle de la dispensation.

B. – Coopérations

La coopération entre professionnels de santé permet une organisation optimale. Les protocoles nationaux de coopération auxquels les centres peuvent adhérer prévoient des actes dérogatoires, pouvant être réalisés sous la supervision d'un médecin :

- accueil et information de l'utilisateur par la secrétaire ou l'infirmier ;
- entretien personnalisé et évaluation de ses facteurs d'exposition, sous réserve de l'accord de l'utilisateur ;
- tri des usagers et orientation vers la consultation médicale ou infirmière en fonction des délégations suivantes ;
- VIH hépatites virales et autres IST :
 - prescription des tests de dépistage et/ou examens biologiques pour le VIH, les hépatites virales (VHB, VHC, VHA) et les autres IST les plus fréquentes (chlamydie, gonococcie, syphilis), et réalisation de prélèvement pharyngé (le cas échéant) ;
 - réalisation des prélèvements biologiques ;
 - réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour les IST et la remise des résultats de TROD positifs ou négatifs ;
 - remise des résultats de sérologie et PCR négatifs ;
 - suivi postérieur de l'utilisateur sous PREP asymptomatique dont les résultats des examens biologiques sont normaux, renouvellement des prescriptions du traitement et des analyses biologiques pour la PrEP ;
 - suivi postérieur de l'utilisateur victime d'un accident d'exposition aux virus (sexuel et sanguin) - AES- et mise sous traitement post-exposition (TPE) dont les résultats des examens biologiques sont normaux, renouvellement des prescriptions du traitement et des analyses biologiques ;
 - réalisation d'actions de prévention et de dépistage par TROD et remise des résultats par TROD positifs et négatifs lors d'actions hors les murs.
- contraception :

- prévention de la grossesse par des conseils en contraception, la prescription de contraception d'urgence et le renouvellement de contraception classique ;
 - pose et le retrait d'implants contraceptifs, sur prescription médicale ;
 - orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent.
- vaccination : prescription de vaccination VHB, VHA, HPV, selon le calendrier vaccinal et sa réalisation.

Faciliter la mise en place des protocoles de coopération au sein des CSSAC permettra de :

- accroître leur accessibilité au plus grand nombre ;
- diminuer les délais d'attente ;
- faciliter le recours au dépistage ;
- améliorer la qualité de la prise en charge ;
- augmenter le nombre de personnes accueillies ;
- réduire les risques de perdus de vue et les opportunités manquées de dépistage ;
- améliorer l'accès aux méthodes contraceptives et réduire les grossesses non désirées.

Les impacts sur l'organisation de la mise en place de ces protocoles seront les suivants :

- **pour les délégants** : du temps médical peut être dégagé pour permettre au médecin d'être plus disponible pour des consultations plus complexes et des activités de coordination ;
- **pour les délégués** : garantir une meilleure inclusion dans le parcours santé sexuelle, valoriser leurs compétences et leur permettre de mener une action de dépistage et de prise en charge des IST dans sa globalité pour des usagers hommes et femmes non gravides.

3.6. Locaux

En fonction des contraintes locales, quelle que soit l'organisation du centre, dans un même lieu ou dans des bâtiments séparés mais proches (sur le modèle de la clinique Dean St à Londres qui occupe deux bâtiments dans la même rue à 500m de distance), il est souhaitable que l'organisation des locaux permette *a minima* de respecter la confidentialité et que le consultant puisse accéder à tous les spécialistes dont il aura besoin selon le principe du « Test&Treat ».

Les locaux comportent autant que possible les éléments suivants :

- un espace d'accueil permettant le respect de la confidentialité ;
- des salles d'attente avec un environnement adapté en termes de décoration, de confort et de dispositifs d'information ;
- des salles de consultations, équipées de tables d'examen pour réaliser notamment des examens gynécologiques et adaptées aux personnes handicapées ;
- des salles de prélèvements et de soins équipées avec un fauteuil de prélèvement pour les prélèvements sanguins, des placards pour stocker les dispositifs de prélèvements, le petit matériel et les médicaments (conditions de stockage conformes aux textes en vigueur et à l'AMM) et un réfrigérateur dont la température est vérifiée régulièrement pour les produits à conserver au froid ;
- des salles pour les consultations spécialisées en nombre suffisant pour permettre une permanence de chaque spécialité sur la semaine ;
- des salles pour les entretiens avec les médiateurs communautaires et les travailleurs sociaux ;
- un espace permettant la tenue de temps collectifs ;
- une salle ou une zone pour les archives fermée à clef et à accès protégé ;
- des sanitaires adaptés pour les auto-prélèvements y compris adaptés pour les personnes handicapées ;
- un local technique adapté pour la réalisation des examens de biologie médicale si présence d'automates de biologie médicale ;
- un local informatique fermé à clef avec un accès protégé pour héberger le serveur.

De plus, les locaux devront également prévoir un parcours le plus fluide possible (marche en avant privilégiée) et éviter les croisements. Tous les bureaux sont équipés de PC avec identifiant, code d'accès et déconnexion automatique en cas d'inutilisation prolongée.

3.7. Système d'information

Le système d'information choisi doit être conforme aux spécifications mentionnées dans l'accord national des centres de santé - version consolidée - juin 2019 à l'article 8.4.1., qui implique que le centre de santé dispose d'un système d'information labellisé niveau standard par l'ASIP Santé intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires à son bon fonctionnement (fonctionnalités détaillées sur le site de l'ASIP Santé). Les dossiers des patients sont informatisés et partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou contrats d'abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d'information fait bien partie des logiciels labellisés par l'ASIP santé. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

L'équipement informatique doit permettre : l'enregistrement des consultants, le lien, si nécessaire, avec la carte vitale et la tenue d'un dossier patient. L'organisation du poste de saisie doit permettre de garantir la confidentialité des données et un accès sécurisé par identifiant et mot de passe déconnectable automatiquement au bout d'un temps défini d'inactivité.

Des liens sécurisés peuvent permettre d'échanger des données avec le laboratoire de biologie médicale sous la responsabilité duquel sont réalisés les examens de biologie médicale.

Dans le cadre de cette expérimentation, des tablettes en nombre suffisant ou smartphones seront également prévus afin de permettre, par un questionnaire logiciel préchargé, d'assurer une orientation vers le parcours le plus adapté. Ces tablettes doivent être disposées dans une zone permettant de respecter la confidentialité et protégées de toute tentative de vol.

La traçabilité des actes se fait sur dossier papier ou sur dossier informatisé, et les informations relevées doivent permettre de répondre aux données épidémiologiques requises dans les rapports d'activités réglementaires.

Les systèmes d'information comportant des données de santé doivent être conformes aux spécifications du RGPD et faire l'objet d'une déclaration CNIL.

Ainsi, les outils suivants seront développés par les centres pour assurer le recueil des données, qui sera effectué dans le respect des spécifications ci-dessus :

1. Questionnaire auto-administré informatisé, intégré à un dossier médical informatisé, avec un algorithme permettant d'identifier les consultants les plus exposés au risque, et candidats prioritaires à la PrEP. Ce questionnaire permettra une proposition systématique de parcours adapté aux consultants à haut risque d'acquisition ou de transmission du VIH. Il permettra également d'identifier des besoins spécifiques pour orienter vers les consultations spécialisées en fonction des besoins individuels des consultants. Ce questionnaire auto-administré sera donc à la fois un outil de recueil de données pour décrire la population accueillie et ses habitudes et comportements, ainsi qu'un outil d'aide à l'orientation pour les professionnels du centre de santé. Il permettra de réduire les temps d'entretien avec les médecins du centre en amont du dépistage.

2. Logiciel de gestion du dossier médical

- proposant des fonctions standards, à acheter ou à mutualiser pour les activités CeGIDD et CSSAC et labellisé ASIP
 - identité du patient ;
 - antécédents et histoire médicale actualisée (problème en cours, antécédents, facteurs de risque, allergies...);
 - médecin traitant et équipe de soins, prises en charge et parcours de soins ;
 - allergies et intolérances médicamenteuses ;
 - vaccinations et sérologie ;
 - gestion de documents et compte-rendu ;
 - prescriptions médicamenteuses, paramédicales, examens... ;
 - agenda multi-praticiens ;
 - outil de gestion de salle d'attente ;
 - gestion des droits d'accès par utilisateur et catégories d'utilisateurs.
- mais aussi des fonctions avancées :
 - traitements statistiques et exports de données sociodémographiques, comportementales et médicales anonymisées ;
 - maquettes de consultation et suivi de pathologies avec tableaux de bord de suivi ;
 - synthèses d'historique ;
 - lecture de la carte vitale, avec un agrément CDC 1.40 pour gestion des Feuilles de Soins Electroniques (FSE) ;
 - liens comptables ;
 - traitement de texte intégré ;
 - bases médicamenteuses avec recommandation ;
 - intégration des fichiers au format HPRIM (Biologies et compte-rendu) ;
 - gestion des ressources (dispositifs médicaux, salles) et agenda de réservations ;
 - gestion de produits, stocks et distribution ;
 - actions (Réunions de staff, bilan patients, ateliers avec patients...);
 - envoi des résultats négatifs par SMS/envoi d'un SMS pour venir récupérer les résultats (après vérification à l'accueil du numéro de téléphone du consultant).

Un module de notification sécurisé des partenaires pourra également être proposé par les centres.

Le dossier médical sera créé à partir du questionnaire auto-administré mentionné ci-dessus, intégrant un algorithme permettant d'identifier les consultants à haut risque de contamination, ou de transmission, pour leur proposer une offre adaptée au sein du centre de santé sexuelle d'approche communautaire.

3.8. Matériel

Les CSSAC devront être équipés de matériel permettant :

- l'accueil et l'attente des personnes ;
- la réalisation des consultations médicales et infirmières ;
- le respect des règles générales d'hygiène, d'asepsie et d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux ;
- la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux ;
- le respect des procédures de stockage et de dispensation des médicaments ;
- la délivrance de matériel de prévention et de réduction des risques adaptés aux besoins des publics ;
- l'utilisation de systèmes d'information adaptés à la gestion des centres, des patients et au recueil de données (matériel informatique et de télécommunication).

En particulier, les équipements spécifiques des sanitaires, des salles de consultations et de soins et des lieux de stockages sont détaillés ci-dessous.

Équipement des sanitaires :

- un point d'eau avec robinet à déclenchement automatique (pédale ou à cellule photoélectrique) ;
- un distributeur de savon liquide à pompe ;
- un distributeur d'essuie-mains à usage unique ;
- une poubelle à pédale ou sans couvercle réservée aux déchets ménagers (emballages, papiers).

Équipement des salles de consultations et de soins :

- une poubelle équipée de sac de couleur jaune (correspondant au signalement européen du risque biologique) pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) ;
- des collecteurs pour objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) situés à portée de main du soin ;
- tout le matériel nécessaire à la réalisation des soins (tables d'examen, fauteuil de prélèvements, matériel de diagnostic, matériel de protection médicale, matériel de prélèvements).

Équipement des espaces de stockage des médicaments et vaccins :

- une armoire sécurisée, fermée à clef ;
- un réfrigérateur dont la température est régulièrement contrôlée pour stocker les produits de la chaîne du froid dans le respect des dispositions de l'AMM.

4. Champ d'application

4.1. Territoires concernés par l'expérimentation

Il s'agit de déployer un centre de santé sexuelle d'approche communautaire dans des villes à forte prévalence de VIH et des IST. Suite à l'appel à manifestation d'intérêt lancé en juin 2019, 4 dossiers ont été sélectionnés : **Paris** (Ile-de-France), **Lyon** (Auvergne-Rhône-Alpes), **Marseille** (Provence-Alpes-Côte d'Azur) et **Montpellier** (Occitanie).

4.2. Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est autorisée jusqu'au 30 septembre 2023.

Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation :

- phase 1 : validation du cahier des charges et du modèle économique **T4 2020** ;
- phase 2 : avis du CTIS et publication de l'arrêté **T4 2020** ;
- phase 3 :
 - ouverture du premier centre et début de l'expérimentation : **mai 2021** ;
 - les trois autres centres ouvriront entre **juillet 2021 et septembre 2022** ;
- phase 4 : évaluation du modèle économique **été 2022** ;
- phase 5 : évaluation finale de l'expérimentation : **juin 2023**.

Un suivi rapproché de la phase d'amorçage du projet et de la montée en charge sera réalisé par le comité technique de l'innovation en santé avec l'appui des ARS concernées.

5. Principes du modèle économique de financement

5.1. Modèle de financement

Le modèle de financement proposé est un modèle mixte qui comprend :

- **un forfait de panier de prestations au passage** pour 3 parcours (parcours Test, parcours Treat et parcours PrEP). Les effectifs, ainsi que les modalités d'estimation du nombre de passages sont présentées en partie 3.4 ;

- **deux dotations annuelles** pour 2 parcours (vaccins et consultations spécialisées) et une **dotation annuelle « structure »** pour les frais annexes (frais de siège/GIE et frais de structure).

5.2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

Les prestations incluses dans chaque forfait ont été définies sur la base **des recommandations et référentiels en vigueur** cités en **annexe 4**. Elles comprennent des financements dérogatoires pour les prestations supplémentaires propres au fonctionnement d'un CSSAC, actuellement non couvertes dans le droit commun (accompagnement communautaire, outreach, interprétariat).

Les prestations incluses dans chaque forfait sont détaillées ci-dessous :

– Forfait Test :

- examens de biologie médicale (définis en fonction des référentiels) : Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) VIH, TROD VHC, TROD VHB, Charge Virale (CV) VIH 1, Gonocoques / Chlamydia, CV VHC, Sérologie VIH (Elisa, Western Blot), Sérologie VHC, AC HBS, AC HBC, AG HBS, VHA, Syphilis ELISA, Syphilis TPHA ou VDRL ou RPR ;
- ressources humaines (RH) : Médecin, IDE, coordinateur, secrétaire, médiateur, chargé d'accueil, chargé de prévention « aller vers » (outreach), interprétariat ;
- petit matériel médical et paramédical.

– Forfait Treat :

- traitements : Ceftriaxone, Extencilline, Doxycycline (CT rectale), Doxycycline (CT oraux/ urètre), kit 48h/72h TPE, Dispositif Intra-Utérin (DIU) cuivre, Lévonorgestrel.
- examens de biologie médicale :
 - définis en fonction des référentiels : Beta HCG, Culture Gonocoque, ALAT, Créatinine et clairance ;
 - ajoutés en fonction des pratiques des centres : Gamma GT et Numération Formule Sanguine (NFS). Ces ajouts peuvent se justifier du fait de leur intérêt médical spécifique dans la prise en charge globale des populations suivies par les centres ;
- RH : Médecin, IDE, médiateur ;
- petit matériel médical et paramédical.

– Forfait PreP :

- Examens de biologie médicale : Créatinine et clairance, Phosphorémie, Protéinurie + microalbuminurie, ALAT ;
- RH : Médecin, IDE, Médiateur ;
- Petit matériel médical et paramédical.

Les coûts unitaires des prestations ont été définis sur les bases suivantes :

- examens de biologie médicale : nomenclature des actes de biologie médicale (v62 bis) (10) ;
- médicaments : prix des médicaments génériques recensés dans la base de données publique des médicaments (11) ;
- coût des RH : salaires actuellement en vigueur dans les centres.

Enfin, chaque centre a estimé les **temps nécessaires** à la réalisation des missions et le **pourcentage des consultants** inclus dans les parcours qui bénéficieront de chacune des prestations en fonction de leur propre profil de patientèle. Ces éléments sont susceptibles de varier entre les centres du fait de différences dans les **publics accueillis** et dans les **stratégies de dépistage adoptées**, qui ne font pas l'objet de recommandations spécifiques. Il a été décidé de ne pas les harmoniser, de façon à laisser aux centres une **latitude dans leur organisation**, afin qu'ils puissent au mieux **adapter leurs pratiques aux besoins de la population**, tout en respectant les contraintes budgétaires. Cette adaptabilité sera donc testée afin de tendre vers la ou les prises en charges optimales en cas de généralisation.

A l'issue des estimations individuelles réalisées par les centres, il a été donc décidé de retenir un **forfait moyen**, calculé sur la base du niveau des forfaits proposés par les centres.

Les montants des forfaits retenus sont donc :

- **Forfait 1 – Test : 186 € ;**
- **Forfait 2 – Treat : 72 € ;**
- **Forfait 3 – PreP : 58 €.**

Des crédits d'amorçages spécifiques ont également été proposés à titre de compensation pour le différentiel entre les forfaits retenus et ceux estimés par les centres (pour les deux centres pour lesquels les estimations des forfaits étaient plus élevées), pour la première année du projet, le temps d'atteindre la cible du nombre de passages pour laquelle ces forfaits sont optimisés.

Concernant les dotations, elles ont été calculés sur les bases suivants :– **Dotation vaccin :**– **La dotation couvre les éléments suivants :**

- **vaccins** : contre l'hépatite A, l'hépatite B et les Papillomavirus ;
- **RH** : 0,3 ETP IDE pour l'acte et 0,1 ETP MG pour la prescription médicale ;
- le montant total de la dotation a été calculé à partir des montants unitaires des vaccins et des RH, multipliés par le nombre d'injections annuel moyen prévu, tenant compte des recommandations HAS et de la montée en charge.

– **Dotation consultations spécialisées :**

- **la dotation peut concerner les spécialités suivantes** : psychologue, sexologue, addictologue, endocrinologue, proctologue, sage-femme, maïeuticien, gynécologue, et faire appel à un.e assistant.e social.e et à un médiateur communautaire ;
- 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 ;
- les centres de Marseille et Montpellier proposant également un accompagnement communautaire et d'assistance sociale spécifique, la dotation pour ces centres intègre également des consultations non médicales valorisées respectivement à un coût unitaire de : 35 € (accompagnement communautaire) et 12 € pour Marseille et 7 € pour Montpellier (assistante sociale). La différence entre le montant moyen des consultations d'assistante sociale (AS) entre Marseille et Montpellier s'explique par le fait qu'en raison de contextes différents, il est prévu moins de consultations et moins d'ETP d'AS à Montpellier qu'à Marseille, soit 0,11 ETP AS à Montpellier versus 0,22 ETP à Marseille.
- **Dotation « Structure »** : Cette dotation intègre les **charges fixes** (frais de fonctionnement avec abonnement SI, charges d'exploitation) et les **frais de siège ou de GIE**, correspondant à 5 % du montant global des forfaits, des dotations et des frais de fonctionnement. **Une clause de revoyure est prévue pour ces dépenses.**

Des **crédits d'ingénierie** ont également été pris en compte pour la phase d'amorçage du projet afin de couvrir les investissements nécessaires pour l'équipement des locaux, la formation du personnel, les frais de logiciel et les frais de communication.

Ces crédits ne prennent pas en compte les financements des travaux nécessaires pour la création et/ou l'aménagement des locaux des centres, pour lesquels les porteurs devront trouver d'autres financements. Afin d'éviter les conflits d'intérêts il n'est pas souhaitable de faire appel à des financements provenant d'entreprises du domaine de la santé.

Réévaluation du modèle économique

Un point de situation sera effectué sur le modèle économique du projet et sur la montée en charge observée, au maximum 1 an après l'inclusion du premier patient. Les effectifs et les forfaits pourront être ajustés en fonction de l'activité réelle des centres, à qui il appartiendra d'alerter sur les éventuels écarts entre l'activité prévue et celle réalisée. L'évolution de l'activité sera suivie régulièrement par le comité technique de l'innovation en santé en collaboration avec les porteurs et les 4 ARS concernées afin d'anticiper et de corriger les éventuels imprévus liés à la mise en œuvre.

Enfin, les frais de structures seront réévalués à l'issue de l'expérimentation.

5.3. Besoin de financement

Le tableau de synthèse du besoin de financement, incluant les crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) et les montants globaux sur les 2 années et plus de l'expérimentation est présenté ci-dessous.

RÉPARTITION PAR TYPE DE FINANCEMENT

	2021	2022	2023	TOTAL XP
Forfaits 1, 2, 3	900 364 €	2 700 435 €	3 776 564 €	7 377 363 €
Dotations vaccins et consultations spécifiques	385 905 €	1 284 009 €	1 508 650 €	3 178 564 €
Dotations frais annexes (fct et siège/GIE)	766 352 €	1 632 802 €	1 642 737 €	4 041 891 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)	2 052 621 €	5 617 246 €	6 927 951 €	14 597 818 €
TOTAL CAI (FISS)	640 261 €	- €	- €	640 261 €
TOTAL Expérimentation FISS	2 692 882 €	5 617 246 €	6 927 951 €	15 238 079 €

RÉPARTITION PAR STRUCTURE

	TOTAL XP, en €
Forfaits 1, 2, 3	7 377 363
Paris	4 272 112
Marseille	866 720
Montpellier	900 006
Lyon	1 338 525
Dotations vaccins et consultations spécifiques	3 178 564
Paris	1 862 800
Marseille	541 286
Montpellier	643 428
Lyon	131 050
Dotation Frais annexes (fct et siège/GIE)	4 041 891
Paris	1 761 764
Marseille	829 277
Montpellier	808 396
Lyon	642 454
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)	14 597 818

Les modalités de facturation seront définies dans la convention de financement conclue entre le porteur et la Caisse nationale d'assurance maladie.

6. Catégorie d'expérimentation et dérogations nécessaires

Dans le cadre de ce projet, il est prévu de déroger aux articles suivants :

- article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale : accord national sur les centres de santé ;
- article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale : modification des règles de prise en charge ou de remboursement d'acte ou prestation ;
- article au 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale : les forfaits pluridisciplinaires incluent des prestations non remboursées telles que les prestations de psychologue et sexologue, travailleur social, médiateur communautaire, interprète ;
- article L. 4113-5 du code de la santé publique : partage d'honoraires entre les professionnels de santé ;
- article L. 6211-18 du code de la santé publique : pour permettre l'extension des lieux, des catégories de professionnels de santé habilités et des conditions de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale (délocalisée).

7. Impacts

7.1. Service rendu au patient

Si une offre communautaire s'est déjà développée en France, elle s'est vite retrouvée saturée. L'offre dispersée qui est 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 populations clés 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).

7.2. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

L'expérimentation proposée pourra avoir des impacts à long terme de réduction des dépenses de santé, du fait de la réduction des nouvelles infections au VIH et de ses impacts sur les coûts des traitements futurs. A titre d'exemple, des tentatives d'estimations de ces économies futures du fait du dépistage et de la mise sous PrEP sont proposées ci-dessous.

Impact du dépistage : en fonction des données de la littérature (12), on peut évaluer que sur 15 000 passages dans un centre de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) on dépiste 86 personnes positives. Ces 86 personnes peuvent avoir en moyenne 10 partenaires chacun dans l'année, soit 860 personnes contact. Sur ces 860 personnes contact seules 40 % seront susceptibles d'être contaminées soit 342 personnes contaminées. Si on dépiste les 86 positifs rapidement on évite 342 nouvelles contaminations pour lesquelles le traitement (notamment : antirétroviraux, examens de biologie médicale, consultations) aurait coûté **3 329 712 €**.

Impact de la mise sous PrEP :

Si on suit le même raisonnement que ci-dessous pour la PrEP, sur 15 000 passages en CSSC, 1 333 personnes sont susceptibles de se voir proposer la PrEP. Or, si on se fonde sur l'incidence du VIH observée dans le groupe placebo de l'essai Ipergay, la mise sous PrEP permet d'éviter environ 7 % de nouvelles infections, soit 95 nouvelles contaminations (13).

Il est ainsi possible d'élaborer plusieurs scénarios en fonction du nombre de partenaires annuels estimé des personnes sous PrEP et le pourcentage de ces partenaires étant potentiellement eux-mêmes sous PrEP ou séropositifs sous traitement antirétroviral (ARV).

Le détail des différents scénarios est présenté en annexe 5.

Dans le scénario le plus conservateur, si nous considérons qu'une personne mise sous PrEP peut avoir en moyenne 6 partenaires par an, et que 50 % de ces partenaires sont eux-mêmes soit sous PrEP soit séropositifs sous traitement ARV, alors environ 20 % de ceux-ci auraient pu être contaminés en l'absence de PrEP, soit 144 nouvelles contaminations évitées. Ainsi, la mise sous PrEP permet d'éviter, dans ce scénario, 95 contaminations directes et 144 contaminations indirectes pour lesquelles le traitement aurait coûté **1 113 520 €**.

Si on considère maintenant qu'un PrEPeur peut avoir jusqu'à 15 partenaires et que, parmi ceux-ci, aucun ne bénéficie lui-même de la PrEP ou du traitement ARV, alors 40 % d'entre eux peuvent être contaminés, soit 572 personnes pour lesquelles le traitement aurait coûté **5 567 600 €**.

En résumé, la mise sous PrEP peut permettre d'éviter entre 144 et 572 nouvelles contaminations, évitant ainsi un coût de traitement annuel pouvant varier entre **1 113 520 €** et **5 567 600 €** par an.

Au final l'impact des deux mesures pour 15 000 passages pourra permettre de faire économiser, sur le long terme, entre **4 427 600 €** et **8 897 312 €** sur les traitements du VIH. De plus, des économies pourront également être réalisées du fait de la prévention et du dépistage des autres IST et des hépatites virales, notamment grâce à l'augmentation de la couverture vaccinale, ce qui entraînera également une baisse des nouvelles contaminations et donc des économies sur les coûts globaux de traitement (médicaments, biologie médicale, consultations).

8. Dispositions réglementaires

8.1. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

Le projet nécessite de recueillir des données de santé nécessaires à leur prise en charge. Elles sont recueillies à l'accueil du centre par saisie sur le système d'information et stockées sur un serveur protégé.

Les données ont vocation à être partagées avec d'autres professionnels que celui qui a recueilli la donnée, ce partage nécessite l'accord explicite du patient, notamment pour le médecin traitant.

Le recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données ainsi recueillies est intégré aux éléments de saisie administrative et fait l'objet d'un document qui sera imprimé et signé par le consultant.

8.2. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Le projet fait appel à des outils numériques, il respecte les obligations réglementaires (déclaration CNIL, règlement général de protection des données [14]).

8.3. Liens d'intérêts

Les professionnels ou les structures participant à ce projet d'expérimentation **remettront aux 4 ARS concernées, dès l'autorisation de l'expérimentation, une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou**

indirects (au cours des deux années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

9. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposée

Le projet **OPTIMISE**, financé par le Programme d'Appui à la Réforme Structurale de la Commission Européenne (DGREFORM), vise, sur la base de l'expérience des meilleures pratiques validées scientifiquement en Europe, à fournir une assistance technique aux équipes françaises pour la mise en œuvre des changements structurels prévus dans notre pays pour les services relatifs à la prévention, au dépistage et au traitement des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (IST).

Plus précisément, l'University College of Dublin/Mater Misericordiae University Hospital (UCD/MMUH), apportera son aide, dans le cadre du projet OPTIMISE, sur le projet des Centres de Santé Sexuelle d'approche Communautaire (CSSAC). En particulier, l'UCD/MMUH développera une méthodologie d'évaluation du projet dans une démarche de co-construction avec les porteurs à travers des ateliers collaboratifs, afin de pouvoir évaluer l'expérimentation dans un objectif de comparaisons internationales. En amont de ces ateliers, l'UCD/MMUH a déjà effectué une revue de la littérature scientifique, afin d'identifier les recommandations de bonnes pratiques tirées des expériences internationales de mise en place de CSSAC, ainsi que des indicateurs potentiels. La CNAM, qui sera également amenée à évaluer le projet, sera invitée à participer à ces ateliers collaboratifs et pourra être mise en contact avec l'UCD/MMUH afin d'assurer une complémentarité entre les différentes évaluations.

Ainsi, les évaluations de l'expérimentation qui seront menées par l'UCD/MMUH et par la CNAM pourront par exemple inclure certains des indicateurs proposés ci-dessous :

- **indicateurs d'activité** : Des indicateurs d'activités spécifiques sont proposés, à titre indicatif, pour chaque parcours, ainsi que des indicateurs globaux concernant la qualité de l'accueil et de l'accompagnement communautaire du patient et la bonne utilisation des ressources.
 - **Parcours Test** : nombre de consultations (avec et sans rendez-vous) effectuées, pourcentage de la file active dépistée, délai moyen de rendu des résultats biologiques, fréquence moyenne des dépistages dans les populations clés selon les recommandations (tous les 3 mois chez les HSH) ;
 - **Parcours Treat** : délai moyen entre le dépistage et la mise sous traitement, nombre de kits de démarrage TPE délivrés, pourcentage de personne ayant pu bénéficier du TPE après un rapport à risque, taux de guérison des IST ;
 - **Parcours PrEP** : pourcentage de la file active à qui la PrEP a été proposé, observance du traitement chez les patients suivis ;
 - **Indicateurs globaux** : nombre de patients ayant pu avoir recours à un accompagnateur communautaire, adéquation du forfait estimé par rapport aux coûts réels des centres (coût par patient).
- **indicateurs de résultats** : étant donné qu'il ne semble pas réaliste, dans la durée de l'expérimentation, d'envisager de pouvoir mesurer l'impact de l'expérimentation sur l'infléchissement de l'épidémie du SIDA et des IST (impact à long terme), les résultats de l'expérimentation pourront s'apprécier de façon indirecte à travers :
 - la satisfaction et l'expérience des publics cibles (indicateurs PROMS et PREMS) ;
 - l'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques relatives à la santé sexuelle des différents publics cibles (ex : connaissances relatives au VIH et aux IST, attitudes envers la contraception, taux d'utilisation du préservatif etc.)

Les données pourront être recueillies à travers :

- le système d'information utilisé dans le cadre de l'expérimentation (dossiers patients, auto-questionnaire d'information) ;
- les données du système national des données de santé (SNDS) ;
- l'UCD/MMUH pourra également être amené à conduire des enquêtes supplémentaires dans les centres, notamment qualitatives, en fonction des indicateurs finaux retenus.

10. Eléments bibliographiques/expériences étrangères

10.1. Eléments bibliographiques

L'Université Dublin a réalisé une revue de la littérature scientifique dont les références sont présentées en annexe 6.

10.2. Expériences étrangères

L'exemple de 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 du soutien municipal, la San Francisco AIDS foundation recueille des fonds pour soutenir le dépistage, le traitement rapide et 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 ». La durée des visites est estimée à environ 15 à 60 minutes.

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.

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 (15).

L'approche du 56 Dean Street Express est :

- une approche communautaire d'accompagnement par des médiateurs communautaires associatifs 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 et le modèle du « test and treat » immédiat sont les clés également du succès.

(1) Santé Publique France. (26 Novembre 2019). BEH N° 31-32. *Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/-magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-novembre-2019-n-31-32-situation-epidemiologique-et-depistage-du-vih-et-des-autres-ist>.

(2) Haute Autorité de santé. (Mars 2017). *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france.

(3) Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (27 novembre 2019). Point d'information. <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prevention-du-VIH-Depuis-2016-plus-de-20-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-Point-d-Information>.

(4) UNAIDS. (7 février 2019) Reportage : le Royaume-Uni promet d'en finir avec la transmission du VIH dans le pays d'ici 10 ans. https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2019/february/20190207_uk.

(5) Cours des comptes. (Juin 2019). *La Prévention et la prise en charge du VIH – Communication des affaires sociales du Sénat*. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000571.pdf>.

(6) Conseil national du SIDA et des hépatites virales (CNS). (mai 2017). *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS*. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>.

(7) Haute Autorité de Santé. (Mars 2017). *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france.

(8) Haute Autorité de santé. *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France* (Mars 2017). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_reco.pdf.

(9) Instruction n° DGS/RI2/2015/195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles – B. Personnel du CeGIDD.

(10) Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. *Biologie médicale : Nomenclature des actes*. http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/nabm/index_presentation.php.

(11) Ministère des solidarités et de la santé. *Base de données publique des médicaments*. <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php#result>.

(12) Baggaley, R. F., White, R. G., & Boily, M. C. (2010). HIV transmission risk through anal intercourse : systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International journal of epidemiology*, 39(4), 1048-1063.

(13) Prévenir ANRS. S'informer [Page Web]. <http://prevenir.anrs.fr/s-informer>.

(14) Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

(15) Public Health England. (2019). *HIV in the United Kingdom : Towards Zero HIB transmissions by 2030*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/858559/HIV_in_the_UK_2019_towards-zero_HIV_transmissions_by_2030.pdf.

11. Annexes

ANNEXE 1

CONTEXTE

1. Centre de santé sexuelle Le Griffon - LYON

Données VIH : 4 195 personnes infectées par le VIH sont suivies au niveau des Hospices Civils de Lyon et de l'hôpital de Villefranche sur Saône. Cette population est constituée aux deux tiers par des hommes dont un peu plus de 50 % sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), et plus de la moitié a moins de 50 ans.

121 nouvelles infections par le VIH ont été prises en charge en 2018 dans ce territoire contre 120 en 2017 et 147 en 2016. Cependant, on observe une augmentation de la proportion des HSH aux dépens des contaminations provenant d'Afrique sub-saharienne ainsi qu'une augmentation des patients d'origine française. De plus 54 % des personnes séropositives qui ignorent leur statut sérologique au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) résident dans l'ancien « département du Rhône : 69 » (Métropole de LYON + Département du Rhône).

Lyon est la deuxième ville de France pour la PrEP avec 1 003 personnes sous PrEP fin 2018 au niveau de la Métropole de Lyon et du Rhône.

Données hépatites : au printemps 2017, une épidémie d'Hépatite A est apparue au niveau de la Métropole de Lyon au sein de la communauté HSH. En réponse, la direction départementale 69 de l'ARS a confié une mission de vaccination des HSH de la Métropole de Lyon et du département du Rhône au centre de santé et de sexualité, en collaboration avec le COREVIH Lyon Vallée du Rhône et les Hospices Civils de Lyon, en plus d'autres actions sur la Métropole.

Une épidémie d'Hépatite C est également apparue au sein de la population HSH avec un doublement du nombre de cas entre 2014 et 2017, année où la moitié des patients étaient des HSH indemnes d'infection par le VIH. Celle-ci a été efficacement prise en charge avec des actions de « test and treat » : dépistage ciblé, prise en charge rapide avec diminution par 4 du délai de traitement sur cette période et des interventions de réduction des risques.

Données IST :

Cas de gonococcies : en 2017, 602 cas de gonococcies ont été déclarés par le réseau RésIST en Auvergne-Rhône-Alpes, soit une augmentation de 16 % par rapport à 2016. Elle est moins marquée qu'en 2016 (+ 38 % à sites constants). Ce nombre de gonococcie déclaré continue sa forte progression depuis l'année 2013 chez les HSH (+ 20 % depuis 2016, + 510 % depuis 2012). Le nombre de gonococcie chez les hétérosexuels est stable par rapport à 2016. La part d'hommes (90 %) et la part d'HSH (79 %) sont toujours en augmentation en 2017 par rapport à la période 2012-2016. Comme les années précédentes, les cas de gonococcie sont plus jeunes chez les hétérosexuels que les HSH (23 ans versus 28 ans). La part de co-infectés VIH est en augmentation (8 % en 2017 contre 5 % en 2012-2016). Parmi les cas de gonococcie déclarés en 2017, l'utilisation systématique du préservatif est en baisse ou stagne quelles que soient les pratiques (15 % pour les pénétrations vaginales, 25 % pour les pénétrations anales et seulement 1 % pour la fellation). En 2017, on observe une augmentation de la part des cas de gonococcie déclarés sur le territoire du Corevih Lyon-Vallée du Rhône (74 % des cas en 2017 contre 67 % en 2012-2016) et une diminution de celles déclarées sur le territoire du Corevih Arc Alpin. La part des gonococcies déclarées sur le territoire du Corevih Auvergne Loire est stable (8 %).

Cas récents de syphilis : en 2017, 218 cas de syphilis récente ont été déclarés par le réseau RésIST en Auvergne-Rhône-Alpes. Ce nombre de syphilis déclaré est en baisse pour la 2^e année consécutive. Cette baisse fait suite à une très forte augmentation en 2014 et 2015 qui a principalement concerné les HSH qui comptent pour plus de 80 % des cas. Les cas de syphilis déclarés en 2017 concernent toujours quasi-exclusivement des hommes (93 %) et la part d'HSH (80 %) est toujours majoritaire malgré une diminution par rapport à la période 2012-2016. Les cas de syphilis sont plus âgés que ceux de gonococcie, et on observe une diminution de l'âge médian des cas de syphilis chez les hétérosexuels (le)s (33 ans en 2017 contre 39 ans en 2012-2016). En 2017, 65 % des cas de syphilis déclarés sont issus du territoire du Corevih Lyon-Vallée du Rhône, 23 % du territoire du Corevih Arc Alpin et 13 % du territoire du Corevih Auvergne-Loire. Ces proportions sont stables par rapport à la période 2012-2016.

Données sur le Chemsex : de 2017 à 2018 : une vingtaine de décès suite à l'utilisation de Chemsex ont été étudiés rétrospectivement par la veille sanitaire à l'ARS qui a confirmé qu'il existait un signal épidémiologique.

Contexte géographique : l'aire urbaine de Lyon représente la seconde métropole de France avec une population plus jeune que la population française. C'est une ville très riche en établissements de recontre, il existe notamment un quartier gay structuré, visible, avec une concentration de commerces, de bars, de saunas et où la population LGBTI vit préférentiellement.

Le constat de l'offre en santé sexuelle aujourd'hui est celui d'un manque de lisibilité dans un parcours de prise en charge globale, d'une segmentation de la personne en fonction de sa pathologie et non dans un souci de prise en charge globale en santé sexuelle, de nombreuses opportunités manquées de dépistage, d'un manque de coordination entre professionnels de santé et associatifs et/ou de prise en charge trop ciblée, qui ne « parle pas » aux populations cibles.

Lyon est une ville de référence pour la prise en charge des Transidentitaires avec une équipe chirurgicale et médicale (le GRETTIS : Groupe de recherche d'étude et de traitement des troubles de l'identité sexuelle du Centre hospitalier Lyon Sud) reconnue au niveau national (50 % des interventions réalisées en France) mais où la liste d'attente est longue et le parcours difficile, les personnes se retrouvant très seules, isolées et en demande de soutien.

2. AIDES – Le Spot Longchamp - MARSEILLE

Données VIH : en région PACA, l'épidémie à VIH est active auprès des publics vulnérables. Les HSH sont les plus touchés, avec 60 % des nouvelles déclarations de séropositivité en 2016, ainsi que les personnes migrantes. En PACA Ouest Corse (POC), le nombre de nouvelles contaminations au VIH peine à baisser : 212 en 2018 contre 238 en 2017 (Enquête FA COREVIH POC).

Les retards au diagnostic sont toujours importants et les délais entre l'infection et le diagnostic sont longs : 3 ans en médiane chez les HSH et les femmes nées à l'étranger étranger et 4 ans chez les hommes nés à l'étranger. Ces chiffres témoignent de l'accès insuffisant aux outils existants de prévention diversifiée par les publics les plus exposés au VIH.

En 2018, 303 personnes ont eu accès à la PrEP dans les 20 services hospitaliers de Point Of Care (files actives des CeGIDD hospitaliers comprises), 270 au Spot Longchamp, et 162 dans les autres CeGIDD de Marseille portés par le conseil départemental des Bouches-du-Rhône (données 2017). Promouvoir cet outil et en permettre un accès plus large est donc un enjeu important pour le territoire.

Pour le dépistage, l'épidémie cachée en PACA était estimée à 1 700 personnes, dont 850 dans les Bouches-du-Rhône (50 %). Parmi ces 850 cas, 420 concerneraient des HSH. La prévalence du VIH parmi les tests réalisés par les 13 CeGIDD et 17 antennes de POC (0,23 %), démontre la nécessité de mettre en place de nouvelles stratégies de ciblage des publics exposés et d'accès au dépistage facilité et répété. Au Spot Longchamp, les publics clés représentent 80 % de la file active. La prévalence du VIH y est de 1 %.

Pour le TasP, en 2018, AIDES à Marseille et le Spot Longchamp ont réalisé la grande majorité des dépistages positifs du VIH auprès de personnes nées à l'étranger (17 sur 20). La moitié des personnes dépistées positives ont été contaminées lors de viols subis en Libye pendant leurs parcours migratoires. Pour ces personnes, nous identifions des freins majeurs à l'accès et au maintien dans le soin : pas de solution d'hébergement, difficultés à initier un traitement sans droits ouverts, vulnérabilité liée à la situation des personnes vis à vis du droit au séjour (procédure DUBLIN), traumatismes psychiques. Pourtant, l'accès et le maintien dans le soin de ces personnes représentent un enjeu majeur pour l'impact sur l'épidémie VIH (personnes sexuellement actives dont HSH, avec des charges virales élevées, des problématiques de travail du sexe). Il est tout particulièrement nécessaire pour ce public très éloigné du soin de mettre en place des offres permettant une mise sous traitement rapide (48 heures) après le dépistage positif et un accompagnement global et sur le long terme dans leurs parcours de santé.

Données IST : peu de données sur les IST sont exploitables au niveau régional, mais nous avons pu constater à l'échelle locale des prévalences élevées chez les publics clés : 7 % de la file active totale du Spot Longchamp en 2018 pour les gonocoques et chlamydia et 25 % chez les HSH. Au total, environ 200 personnes ont pu bénéficier d'un traitement IST, soit 25 % de la file active. La contamination par une IST augmentant significativement le risque d'acquisition du VIH, il est primordial de développer des stratégies de dépistages précoces et de mise sous traitement immédiate des infections à gonocoques, chlamydia et de la syphilis.

Couverture vaccinale : les vaccinations VHA, VHB et HPV restent insuffisantes. Les HSH et les médecins généralistes qui les suivent restent peu informés sur les questions vaccinales qui leur sont spécifiques (46,6 % des HSH interrogés pensent qu'il n'y a pas de vaccin indiqué pour les HSH). Le virus de l'hépatite A, transmissible via les pratiques anales, bénéficie d'un vaccin remboursé pour les HSH. Pourtant, la région PACA est la 4^e région la plus touchée de France et a même été confrontée à une épidémie d'hépatite A en 2017. Il n'existe pas de données sur la couverture vaccinale des HSH concernant l'hépatite. Pour autant, en 2018, le Spot Longchamp a vacciné 160 personnes contre le VHA (file active HSH total de 286 personnes), ce qui démontre une couverture vaccinale très limitée.

Pour l'hépatite B, les différentes enquêtes menées auprès des personnes et donc à caractère déclaratif, avancent des chiffres de vaccination allant de 52,5 % à 70,7 %.

La vaccination contre le papillomavirus (HPV) fait l'objet d'une recommandation du Haut Conseil de la santé publique depuis 2016 pour les jeunes HSH. Le rapport Morlat met en évidence une incidence du cancer anal chez les HSH vivant avec le VIH (attribuable à 80 % au sous types d'HPV oncogènes) 30 à 100 fois supérieure à la population générale. Il n'existe pas non plus de données sur la couverture vaccinale des HSH concernant le HPV. Au Spot Longchamp, la quasi-totalité des HSH et personnes trans reçue n'est pas vaccinée.

Parler de ses préférences, de ses pratiques sexuelles, de ses consommations de produits, de son genre ou de ses choix en matière de sexualité dans le milieu du soin reste difficile, comme le confirment les données disponibles en France et à l'étranger. La précarité, l'isolement, la crainte de la discrimination ou de l'humiliation, la barrière de la langue ou l'absence de droits viennent compliquer les démarches de santé.

3. AIDES – Le Spot - MONTPELLIER

Caractéristiques sociodémographiques de la ville de Montpellier

D'après les données 2015-2017 de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), la ville de Montpellier, septième ville française en nombre d'habitants, présente la plus forte croissance démographique nationale. La moitié de sa population est âgée de moins de 34 ans, et la ville compte 17,5 % d'étudiants. Une importante mobilité est observée : près de 10 % des personnes résidaient dans une autre commune un an auparavant. Bien qu'aucune donnée ne permette de quantifier la population homosexuelle de Montpellier, la communauté gay y est importante et la ville est depuis longtemps reconnue comme « gay friendly ». La richesse du tissu associatif LGBTQI+ (Lesbien, Gay, Bisexuel-le, Trans, Queer, Intersexe) de Montpellier, son dynamisme

culturel et professionnel, sa situation géographique et son climat constituent autant de facteurs d'attractivité pour les personnes LGBTQI+.

Le nombre d'étrangers et d'immigrés recensé est près de deux fois supérieur à celui observé au niveau national : 12,5 % d'étrangers (contre 6,5 % à l'échelle nationale) et 16,1 % d'immigrés (contre 9,2 % sur l'ensemble de la population). Les populations étrangères et immigrées appartiennent majoritairement à la tranche d'âge 24-59 ans.

De fortes disparités territoriales sont observées sur la commune de Montpellier. Douze quartiers ont été désignés comme prioritaires, c'est-à-dire présentant des déterminants sociaux de santé défavorables. Ces douze quartiers regroupent 19,3 % de la population et sont marqués par une forte prévalence de personnes vivant sous le seuil de pauvreté (25,5 %), de personnes âgées de plus de 15 ans non scolarisées et sans diplôme (43,6 %), de bénéficiaires de la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire (16 %), de personnes occupant un emploi précaire (19,1 %), de familles monoparentales (9,8 %).

Données épidémiologiques issues de Prévagay

L'enquête Prévagay conduite en 2015 auprès des HSH et fréquentant les lieux de convivialité gays, montre une prévalence VIH élevée de 16,9 %, deuxième valeur la plus haute après Nice (17,1 %) la prévalence moyenne du VIH sur l'ensemble des villes évaluées était de 14,3 %.

Le statut sérologique est ignoré de 8,9 % des déclarants et 4,4 % n'étaient plus sûrs d'être encore séronégatifs (données comparables à celles des quatre autres villes évaluées).

Par rapport au territoire national, Montpellier se caractérise par les éléments suivants :

- une fréquence de réalisation des dépistages insuffisante : les HSH investigués à Montpellier sont les seconds à avoir le moins fréquemment recours au dépistage du VIH, après les HSH investigués à Paris. 37,8 % des HSH de Montpellier n'avaient pas été dépistés au cours des 12 derniers mois (36,7 % pour l'ensemble) et 75,6 % au cours des 3 derniers mois (72,8 % pour l'ensemble) ;
- un taux plus élevé de pratiques sexuelles à risques : 62,2 % déclarent au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois (contre 56,6 % sur l'ensemble) et 39,3 % déclarent au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique VIH différent ou inconnu (contre 31,7 % sur l'ensemble) ;
- une surreprésentation d'IST chez les HSH séropositifs au VIH : 36,5 % des séropositifs au VIH avaient contracté au moins une IST au cours des 12 derniers mois contre 13,7 % de séronégatifs ;
- une consommation de substances psychoactives dans un contexte sexuel plus importante : hors alcool, cannabis et poppers, les HSH interrogés à Montpellier étaient ceux qui déclaraient le plus la consommation d'au moins un produit dans l'année, avant ou pendant leurs rapports sexuels (24,3 % pour les séronégatifs au VIH et 51,3 % pour les séropositifs contre respectivement 18,2 % et 36,4 % sur l'ensemble).

Données épidémiologiques du CeGIDD de Montpellier

Le CeGIDD de Montpellier réalise environ 15 000 consultations par an, soit environ 8 000 personnes reçues et 7 000 remises de résultats. Le CeGIDD, du fait de locaux aujourd'hui inadaptés, refuse 2 000 personnes/an.

Depuis le début de l'année 2019, le CeGIDD a eu 5 découvertes de séropositivité au VIH, dont 3 pour des personnes originaires d'Europe de l'Est n'ayant pas eu accès à la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) dans leur pays d'origine. En 2018 il y a eu 9 découvertes de séropositivité au VIH par le CeGIDD et 20 en 2017. Ce décrochage entre 2017 et 2018 pourrait s'expliquer par le déploiement intensif de la PrEP entre ces deux années à Montpellier.

Chaque année, le CeGIDD réalise environ 6 500 dépistages du VIH ; 6 000 dépistages du virus de l'hépatite C (VHC) ; 4 800 dépistages du virus de l'hépatite B (VHB) (beaucoup de personnes reçues sont déjà vaccinées) ; 8 000 dépistages chlamydiae et gonocoques par PCR (Polymerase Chain Reaction).

Le CeGIDD réalise 1 800 consultations PrEP/an (soit 12 % de l'ensemble des 15 000 consultations réalisées). Il y a actuellement près de 600 personnes ayant initié la PrEP au CeGIDD. En termes de vaccinations, en 2018, 1 000 injections de doses de vaccins ont été réalisées au CeGIDD, tous vaccins confondus (VHA [virus de l'hépatite A] pour les HSH, VHB pour tous, HPV [Human Papillomavirus] pour les HSH jusqu'à 26 ans). 800 personnes ont été traitées pour des IST au CeGIDD en 2018 (soit 10 % des 8 000 personnes reçues) : 75 pour la syphilis, entre 200 et 250 pour les gonocoques et entre 400 et 450 pour les chlamydiae. En ce qui concerne les personnes prenant la PrEP suivies au CeGIDD, 3,5 % ont eu une syphilis, 6 % des gonocoques et 9 % des chlamydiae.

Parmi les 8 000 personnes reçues en 2018 les proportions des populations sont les suivantes : 22 % HSH ; 17 % étrangers-gères ; 18 % usagers-gères de drogues ; 10 % personnes en situation de précarité ; 0,4 % travailleurs-ses du sexe ; 0,25 % personnes trans ; 40 % hétérosexuel-le-s multipartenaires (2 ou plus partenaires/an) ; 27 % autres.

Données épidémiologiques de l'enquête réalisée par AIDES

Caractéristiques des répondants : 60 % des répondants sont âgés de 15 à 39 ans, 63 % travaillent, 86 % sont nés en France métropolitaine, 85 % résident dans l'Hérault et 11 % dans une commune de l'agglomération de Montpellier. 82,1 % se définissent comme « homme », 1,4 % comme « personne intersexue » et 6 % en tant que « personne trans ».

Populations clés :

- 78 % des répondants (171 personnes) sont HSH, dont 19 % se déclarent séropositifs au VIH ;
- 22 % des répondants (48 personnes) déclarent pratiquer le chemsex. Parmi ces répondants, 44 sont HSH. 26 % des HSH ayant répondu au questionnaire déclarent donc pratiquer le chemsex ;
- 20 % des répondants (43 personnes) sont travailleurs-ses du sexe ;

– 6 % des répondants (13 personnes) sont des personnes trans.

Dépistages : 73 % des répondants déclarent avoir réalisé un dépistage VIH au cours des douze derniers mois. 21 % des HSH ayant répondu au questionnaire ont indiqué ne pas avoir réalisé de dépistage du VIH/SIDA au cours des douze derniers mois. Parmi les HSH ayant réalisé au moins un dépistage du VIH au cours des douze derniers mois, la fréquence déclarée est d'un seul dépistage pour 33 % d'entre eux ; deux dépistages pour 31 % ; trois dépistages pour 13 % ; quatre dépistages pour 20 % ; cinq dépistages et plus pour 4 %. 93 % des répondants sont satisfaits de la réalisation des dépistages. Les raisons d'insatisfaction évoquées sont : temps d'attente/affluence ; horaires d'ouverture non adaptés ; manque de spécialisation des praticiens en santé sexuelle ; défaut d'accompagnement psychologique ; manque d'explications ; écoute fournie ; orientations.

Applications de rencontre : 61 % des répondants indiquent utiliser des applications de rencontre, dont 122 HSH (soit 71 % des HSH répondant), 33 TDS (travailleurs-ses du sexe) (soit 77 % des TDS répondant) et 6 personnes trans (soit 46 % des personnes trans répondant).

Outils de prévention utilisés : 69 % des répondants indiquent utiliser le préservatif, 68 % le gel lubrifiant, 27 % des dépistages, 18 % des gants pour le fist, 12 % la PrEP, 9 % le TasP (Treatment as Prevention) et 1 % le TPE (Traitement Post Exposition). Parmi les 171 HSH, 16 % ont indiqué utiliser la PrEP. Parmi les 43 TDS, ce taux est de 23 %. Parmi les 20 personnes indiquant utiliser le TasP, 19 ont précisé être séropositives au VIH, soit 58 % des PVVIH répondant. 30 personnes, soit 14 % des 218 répondants, ont indiqué n'utiliser aucun outil de prévention.

Consommation de produits psychoactifs : 11 % des répondants (13 % des HSH et 28 % des TDS) ont indiqué avoir consommé des produits psychoactifs par voie intraveineuse au cours des douze derniers mois. En ce qui concerne la prise par d'autres voies (sniff, gobage, fumer, plug, etc.), ce taux est de 41 % (43 % des HSH et 61 % des TDS) parmi les personnes ayant indiqué avoir consommé des produits psychoactifs au cours des douze derniers mois.

4. Le Checkpoint – Groupe SOS solidarités - PARIS

Données VIH : Paris et l'Ile-de-France sont les territoires les plus touchés par l'épidémie VIH en France métropolitaine. Selon une étude de l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS) de 2016 portant sur les huit départements franciliens, la situation reste alarmante : le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH était de 206 par million d'habitants soit près de quatre fois le taux estimé en France métropolitaine.

Parmi les Parisiens ayant découvert leur séropositivité entre juillet 2013 et juin 2018, 76,2 % sont des hommes. L'épidémie parisienne est majoritairement concentrée chez les HSH : en 2016, sur les 930 nouveaux diagnostics déclarés à Paris, 511 concernent des HSH soit une incidence de 55 %.

Selon Santé publique France, entre 2013 et 2018, 40,8 % des découvertes de séropositivité concernent les HSH. Ils représentent 58 % des découvertes de séropositivité à Paris soit un chiffre plus important que les autres départements d'Ile-de-France (41 %), mais aussi qu'à l'échelle nationale (44 %).

Selon l'enquête Prevagay (Santé publique France) réalisée auprès de HSH fréquentant des lieux de drague parisiens en 2015, l'incidence atteinte est supérieure de 3,8 % par an dans cette population. De précédentes estimations de l'incidence basées sur la population avaient déjà révélé que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), étant la population la plus touchée, contribuent à près de la moitié des nouvelles infections chaque année.

En ce qui concerne la Prévalence du VIH chez le groupe de population HSH fréquentant les lieux de consommation sexuelle, elle est estimée à 16 % (Prevagay – 2015). Parmi les HSH séropositifs pour le VIH enquêtés, 91,9 % étaient diagnostiqués. Parmi eux, 93,5 % étaient sous traitement antirétroviral et 1,8 % avaient une charge virale élevée.

Concernant les HSH ignorant leur séropositivité (8,1 % des HSH positifs), 28,8 % étaient infectés depuis moins de 6 mois et 54,9 % d'entre eux présentaient une charge virale élevée. Ces résultats indiquent que si seule une minorité de HSH fréquentant les lieux de convivialité gay ne connaissent pas leur infection par le VIH, ils présentent une charge virale élevée et contribuent de ce fait à la poursuite de l'épidémie.

Chez les HSH parisiens, la prévalence élevée de l'infection à VIH, les personnes ignorant leur statut par un trop faible ou une absence de recours au dépistage, ainsi que le maintien de pratiques sexuelles à haut niveau de risque d'infection, expliquent ce haut niveau de transmission du VIH.

Ces pratiques sexuelles à haut risque sont notamment l'utilisation de produits psychoactifs en contexte sexuel (ChemSex), l'injection intraveineuse de produits de type psychostimulant (méphédrone et dérivés) dans un contexte sexuel (SLAM), ainsi que les rapports sexuels non protégés par un outil de prévention (préservatif, PrEP, TasP). L'enquête presse gay et lesbienne (EPGL) réalisée en 2011 auprès de plus de 11 000 HSH montre que 16 % des hommes séronégatifs, 34 % des hommes jamais dépistés et 58 % des hommes séro-interrogatifs (testés mais plus certains d'être encore séronégatifs), avaient déclaré des pénétrations anales sans préservatif avec des partenaires de statut VIH différent ou inconnu dans les 12 derniers mois. Pour les hommes vivant avec le VIH, 25 % déclaraient de tels rapports alors même qu'ils avaient une charge virale non contrôlée.

Données IST : le nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST) telles que les syphilis précoces, les infections à gonocoque et les Lympho Granulomatoses Vénériennes (LGV) rectales continue d'augmenter. Cette progression est particulièrement marquée chez les HSH.

Le nombre de syphilis récentes – des contaminations datant de moins de 1 an – se stabilise, y compris chez les HSH qui représentent la population la plus concernée, avec 81 % des cas rapportés par les structures spécialisées (CeGIDD, et consultations hospitalières).

L'incidence des infections à gonocoque diagnostiquées en 2015 a été estimée à plus de 19 000 cas. Dans les structures spécialisées, les HSH sont les plus touchés, avec 68 % des cas notifiés en 2015, soit une augmentation de + 100 % entre 2013 et 2015. Les femmes et les hommes hétérosexuels représentant respectivement 16 % et 15 %, et les femmes homo-bisexuelles 1 % des cas.

L'infection à *Chlamydia* est l'IST bactérienne la plus fréquente : le nombre de cas diagnostiqués en 2016 a été estimé à environ 81 000. On observe une augmentation de 10 % du nombre de cas notifiés en 2015 par rapport à 2013, et une stabilisation à un niveau élevé en 2016. La quasi-totalité des LGV rectales concerne les HSH (plus de 90 % des cas). Elles ont augmenté de 47 % entre 2013 et 2015 dans cette population. Les classes d'âges les plus touchées étaient les 30-49 ans pour les LGV (66 %).

Politique vaccinale : depuis 2013, on a constaté une augmentation de l'incidence des infections invasives à méningocoque C (IIM C) chez les hommes de 25 à 49 ans avec 12 cas au premier semestre contre 3 ou 4 cas entre 2010 et 2013. Pour ce qui concerne les Papillomavirus humain (HPV), la prévalence de l'infection anale est élevée chez les HSH (64 % contre 25 % chez les hommes hétérosexuels), et encore plus chez les HSH vivant avec le VIH (93 %).

Le risque de développer un cancer anal est 20 fois plus important chez les HSH (Le taux d'incidence chez les hommes est de 0,5 sur 100 000 chez les hommes). Le HPV serait également responsable de 25 à 50 % des cancers du pénis.

Une étude montre que le vaccin tétravalent est efficace chez les HSH pour protéger contre les verrues génitales et les lésions précancéreuses anales. Le Haut Conseil de la santé publique recommande depuis février 2016 que les hommes qui ont eu des relations sexuelles avec des hommes aient accès au vaccin HPV jusqu'à 26 ans, via les CeGIDD.

Données sur les hépatites virales : en 2011 on estime à environ 193 000 le nombre de personnes infectées chroniques par le VHC dont 47 000 sont des utilisateurs de produits psychoactifs (Injectables : 44 000/non injectables : 4 000).

En 2014, environ 75 000 PVVHC méconnaissent leur infection. L'enquête LABOHEP 2016 estime la prévalence en Ile de France à 95 pour 1 000 000 habitants, ce qui en fait la région métropolitaine la plus touchée. Chez les HSH, l'enquête Prevagay estime la prévalence du VHC à 0,7 %. Cette prévalence augmente chez les PVVIH (3 %), les HSH ayant pratiqué le slam dans les 12 derniers mois (3,5 %), et les HSH ayant pratiqué le slam une fois dans la vie (10,6 %). Il existe donc des enjeux spécifiques de prévention/RDR pour les HSH ayant des pratiques à risque (fisting, lavements, relations sanglantes, sexe en groupe, chemsex...) et un enjeu de dépistage pour pouvoir initier un traitement antiviral à un stade plus précoce, avec un bénéfice individuel de réduction des complications et de la mortalité.

En ce qui concerne le VHB, La France est un pays de faible endémicité. Toutefois, l'enquête Prevagay estime la prévalence à 0,6 % chez les HSH. Cette prévalence augmente chez les PVVIH (1,5 %). Parmi les 18 HSH porteurs de l'AghBs, la prévalence du VIH était estimée à 36,9 %. La prévalence de la co-infection VIH-VHB était estimée à 0,2 %. Cette même enquête estime à 63 % la couverture vaccinale déclarée des HSH enquêtés. Les recommandations françaises ont été récemment modifiées et préconisent la vaccination contre l'hépatite B, notamment pour les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, exposées aux IST ou ayant une IST en cours ou récente, ainsi que pour les usagers de drogues par voie parentérale ou nasale et pour les personnes séropositives au VIH ou au VHC.

La couverture vaccinale chez les HSH est supérieure à celle déclarée en population générale, mais est cependant insuffisante dans les sous-groupes ciblés par les recommandations : les sujets séropositifs pour le VIH (67,7 %), ceux avec partenaires multiples (66,1 %) et ceux déclarant la prise de produits psychoactifs par voie intraveineuse en contexte sexuel pendant la dernière année (82,2 %). Elle est également insuffisante dans les sous-groupes de l'étude Prevagay désormais ciblés par les recommandations : HSH ayant eu une IST récente (71,9 %), utilisateurs de drogues par voie intranasale (69,4 %), mais elle est importante chez les HSH séropositifs pour le VHC (90,1 %).

ANNEXE 2

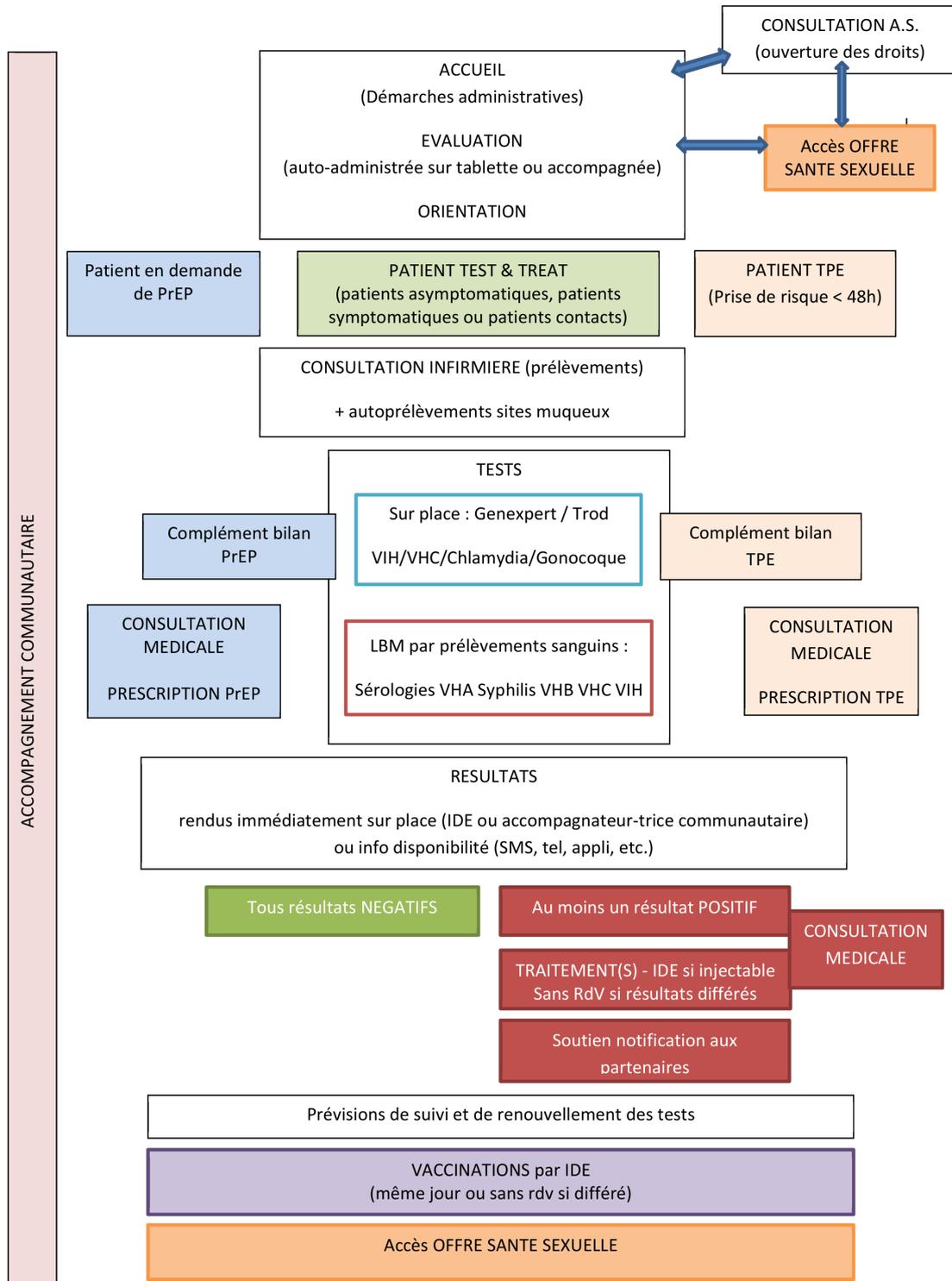
COORDONNÉES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
LYON		
Porteur	Association VIRAGES SANTE	Colette COUDEYRAS ccoudeyras@yahoo.fr 06 35 50 36 76
Partenaires	COREVIH	Jean-Michel LIVROZET Jean-michel.livrozet@chu-lyon.fr 06 62 07 02 35
	HCL	Bergamote DESPEIGNE bergamote.dupaigne@chu-lyon.fr

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
	AKS	Valérie BOURDIN valeriebourdin@sidaweb.com 04 78 27 90 90
PARIS		
Porteur	Groupe SOS Solidarités,	Hannane MOUHIM Hannane.mouhim@groupe-sos.org 06 42 56 66 50 Nicolas DERCHE nicolas.derche@groupe-sos.org 06 79 24 35 22
Partenaire	Vers Paris sans Sida	Eve PLENEL direction@parissanssida.fr 06 11 74 64 67
MARSEILLE		
Porteur	AIDES – Le SPOT Longchamp	Stéphane SIMONPIETRI ssimonpietri@aides.org 06 32 64 94 91 Hervé RICHAUD hrichaud@aides.org 06 27 62 56 11 Sarah LABLOTIERE slablotiere@aides.org 06 09 92 17 72 Delphine OLIVARI dolivari@aides.org 06 34 99 25 70
MONTPELLIER		
Porteur	AIDES – Le SPOT Occitanie	Cyril MARTIN cmartin@aides.org 06 30 07 44 99 Vincent PECHENOT vpechenot@aides.org 01 77 93 97 16 Julia BOURNAT jbournat@aides.org 04 67 34 03 76

ANNEXE 3

PARCOURS



ANNEXE 4
RÉFÉRENTIELS

1. Dépistage

Recommandations SFD : recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles – février 2016

Dépistages proposés :

En population générale :

- VIH ;
- VHB, VHC ;
- Chlamydia/gonocoque.

HSH et transgenre :

- VIH ;
- Syphilis ;
- VHB, VHC, VHA ;
- Chlamydia/gonocoque ;
- Herpès génital : culture ou sérologie.

Recommandations rapport d'expert : prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – prévention et dépistage – avril 2018

La fréquence de proposition du dépistage des populations clés doit être augmentée et ceci de manière durable :

- dépistage au minimum une fois par an chez les HSH, et rapproché **tous les trois mois** chez ceux à haut risque d'exposition et dans les régions les plus affectées ;
- dépistage tous les ans pour les UDI et pour les personnes originaires des pays de forte prévalence ;
- en pratique, toute opportunité de dépistage devra être encouragée auprès de ces groupes quelle que soit la technique de dépistage utilisée et si possible en associant VIH, VHB et VHC.

La proposition de dépistage en population générale au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans doit être maintenue.

Recommandations HAS :

Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France - mars 2017

Fréquence de suivi :

- dépistage tous les 3 mois chez les HSH ;
- tous les ans chez les UDI ;
- tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

Biologie :

- sérologie VIH ELISA 4^e génération ;
- TROD VIH ;
- Autotests VIH.

Modification de la nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du Treponema pallidum (bactérie responsable de la syphilis) - mai 2015.

Sérodiagnostic de la syphilis : méthode reproductible et automatisable, de type immunoenzymatique (technique ELISA ou apparentées comme l'EIA ou la CMIA), qui sera confirmée par un TNT quantitatif en cas de positivité.

Nomenclature des actes de biologie médicale, version 62 bis, juin 2020

Syphilis

1256	Test tréponémique (TT) : Recherche des Ig Totales par EIA La prise en charge de cet acte est limitée au dépistage de la syphilis. Si le test 1256 est négatif, il convient de ne pas réaliser d'autre test.	B 20
1257	En cas d'acte 1256 positif, Test non tréponémique (TNT) avec titrage (VDRL, RPR, ..) Si le test 1257 est négatif, il peut s'agir d'un début de séroconversion. Aussi le biologiste médical réalisera un nouveau TNT (acte 1258) dans un délai compatible avec la détection d'une éventuelle séroconversion.	B 20

2. Traitement

Recommandations SFD : recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles – février 2016

Spécificités :

- Gonocoque :
 - culture sur gélose au sang cuit avec antibiogramme pour toute urétrite avec écoulement ;
 - traitement : ceftriaxone 500 mg IM ou azithromycine 2 g prise unique si allergie aux β Lactamines ;
- Chlamydia : Doxycycline per os 100 mg 2 fois par jour pendant 7 jours ou azithromycine 1g par voie orale en une seule prise ;
- Mycoplasma genitalium :
 - Diagnostic par PCR ;
 - azithromycine 500 mg le premier jour et 250 mg pendant 4 jours ;
- Syphilis : Extencilline 2,4 MU IM dose unique ;
- Herpès génital : valacyclovir ;
- Hemophilus ducreyi : Azithromycine 1 g en dose unique ;
- Lymphogranulomatose vénérienne : doxycycline 100 mg 2 fois par jour pendant 21 jours.

3. PrEP

Recommandations ANSM

Les examens / bilans biologiques à effectuer sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Examens biologiques	Avant initiation de l'Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil dans la PrEP	Suivi (1 mois après initiation puis ensuite tous les 3 mois minimum)
Créatinémie	X	X*
Clairance créatinine estimée	X	X*
Phosphates sériques	X	X*
Sérologie VIH	X	X
Sérologie VHB	X	**
Sérologie VHC	X	**
Dépistage des IST	X	**
Recherche d'une grossesse	X	X

* Suivi de la fonction rénale après 2 à 4 semaines de traitement, à 3 mois de traitement et tous les 3 mois par la suite. La fréquence de la surveillance rénale doit être renforcée chez les personnes présentant des facteurs de risque d'altération de la fonction rénale.

** Test à pratiquer une fois par an ou en cas d'indication clinique

4. Vaccins

Recommandations HAS : Vaccination contre les papillomavirus chez les garçons - Décembre 2019

La HAS recommande donc :

1. L'élargissement de la vaccination anti-HPV par GARDASIL 9® (9HPV) pour tous les garçons de 11 à 14 ans révolus selon un schéma à 2 doses (M0, M6) ;
2. Un rattrapage possible pour tous les adolescents et jeunes adultes de 15 à 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6) ;
3. Le maintien d'une recommandation vaccinale spécifique par Gardasil 9 pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6).

Avis du Haut Conseil Santé Publique : Vaccin hépatite A : optimisation de l'utilisation en situation de pénurie

Prenant en compte les données sur les durées de protection, le HCSP recommande de pratiquer une sérologie préalable prouvant l'absence d'immunisation chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2020 - Mars 2020 – Ministère des solidarités et de la santé

- Schéma vaccinal (vaccins non combinés) Population adulte :
 - Vaccin Hépatite A :
 - Avaxim 160® : une dose puis une dose de rappel 6 à 12 mois plus tard, cette dose de rappel pouvant être administrée jusqu'à 36 mois après la première dose ;
 - Havrix 1440® : une dose puis une dose de rappel 6 à 12 mois plus tard, cette dose de rappel pouvant être administrée jusqu'à 5 ans après la première dose ;
 - Vaqta 50® : une dose puis une dose de rappel 6 à 18 mois après cette première dose ;

- Vaccin Hépatite B : pour les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, exposées aux IST ou ayant une IST en cours ou récente et partenaires sexuels d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou d'un porteur chronique de l'antigène HBs.

ANNEXE 5

ESTIMATION DES COÛTS LIÉS AU VIH ÉVITÉS DU FAIT DE L'EXPÉRIMENTATION

Les estimations ci-dessous ont été réalisées par le Check-point Paris, sur la base de leur nombre de passages annuel estimé.

Coûts évités Dépistage VIH

Checkpoint Dépistage	0,0057	10	40 %	9 736 €
Nb passage annuel	Tx VIH +	x 10 partenaires (cf. EPGL 2011)	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVIH (**)
1000	5,7	57	22,8	221 981 €
15000	85,5	855	342	3 329 712 €

(*) Cf. article de Baggeley, IJE 2010 : La transmission par acte du rapport anal non protégé est de 1,4 % et par partenaire de 40 %. HIV transmission risk through anal intercourse : systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention Rebecca F Baggeley,1, * Richard G White,2 and Marie-Claude Boily.

(**) Rapport de la Cour des comptes : La prévention et la prise en charge du VIH - juin 2019.

Coûts évités mise sous PrEP - 9 scénarios

En faisant varier le nb de part. et le % de part. potentiellement sous PrEP.

Scénario 1 : 6 partenaires et 50 % des partenaires sous PrEP ou séropositifs sous traitement ARV

7 %	6	20 %	9 736 €	Scénario 1
Prévisionnel nb Pers mises sous PrEP	Nb Contaminations évitées (cf. Etude prevenir) (***)	x 6 partenaires	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVIH (**)
1333	95	572	114	1 113 520 €
				CUMUL Dépistage + PrEP
				4 443 232 €

Scénario 2 : 6 partenaires/an et 25 % des partenaires sous PrEP ou séropositifs sous traitement ARV

7 %	6	30 %	9 736 €	Scénario 2
Prévisionnel nb Pers mises sous PrEP	Nb Contaminations évitées (cf. Etude prevenir) (***)	x 6 partenaires	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVIH (**)
1333	95	572	172	1 670 280 €
				CUMUL Dépistage + PrEP
				4 999 992 €

Scénario 3 : 6 partenaires/an et 0 partenaires sous PrEP ou séropositifs sous traitement ARV

7 %	6	40 %	9 736 €	Scénario 3
Prévisionnel nb Pers mises sous PrEP	Nb Contaminations évitées (cf. Etude prevenir) (***)	x 6 partenaires	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVIH (**)
1333	95	572	229	2 227 040 €
				CUMUL Dépistage + PrEP
				5 556 752 €

Scénario 4 : 12 partenaires/an et 50 % des partenaires sous PrEP ou séropositifs sous traitement ARV

7 %	12	20 %	9 736 €	Scénario 4
Prévisionnel nb Pers mises sous PrEP	Nb Contaminations évitées (cf. Etude prevenir) (***)	x 12 partenaires (cf. E R A S 2019)	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVIH (**)
1333	95	1 144	229	2 227 040 €
				CUMUL Dépistage + PrEP
				5 556 752 €

Scénario 5 : 12 partenaires/an et 25 % partenaires sous PrEP ou séropositifs sous traitement ARV

	7 %	12	30 %	9 736 €	Scénario 5
Prévisionnel nb Pers mises sous PrEP	Nb Contaminations évitées (cf. Etude prévenir) (***)	x 12 partenaires (cf. E R A S 2019)	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVVIH (**)	CUMUL Dépistage + PrEP
1333	95	1 144	343	3 340 560 €	6 670 272 €

Scénario 6 : 12 partenaires/an et 0 partenaires sous PrEP ou séropositifs sous traitement ARV

	7 %	12	40 %	9 736 €	Scénario 6
Prévisionnel nb Pers mises sous PrEP	Nb Contaminations évitées (cf. Etude prévenir) (***)	x 12 partenaires (cf. E R A S 2019)	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVVIH (**)	CUMUL Dépistage + PrEP
1333	95	1 144	457	4 454 080 €	7 783 792 €

Scénario 7 : 15 partenaires/an et 50 % partenaires sous PrEP ou séropositifs sous traitement ARV

	7 %	15	20 %	9 736 €	Scénario 7
Prévisionnel nb Pers mises sous PrEP	Nb Contaminations évitées (cf. Etude prévenir) (***)	x 15 partenaires	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVVIH (**)	CUMUL Dépistage + PrEP
1333	95	1 430	286	2 783 800 €	6 113 512 €

Scénario 8 : 15 partenaires/an et 25 % partenaires sous PrEP ou séropositifs sous traitement ARV

	7 %	15	30 %	9 736 €	Scénario 8
Prévisionnel nb Pers mises sous PrEP	Nb Contaminations évitées (cf. Etude prévenir) (***)	x 15 partenaires	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVVIH (**)	CUMUL Dépistage + PrEP
1333	95	1 430	429	4 175 700 €	7 505 412 €

Scénario 9 : 15 partenaires/an et 0 % partenaires sous PrEP ou séropositifs sous traitement ARV

	7 %	15	40 %	9 736 €	Scénario 9
Prévisionnel nb Pers mises sous PrEP	Nb Contaminations évitées (cf. Etude prévenir) (***)	x 15 partenaires	Nb contaminations annuelles évitées (*)	Coût annuel TTT PVVIH (**)	CUMUL Dépistage + PrEP
1333	95	1 430	572	5 567 600 €	8 897 312 €

(***) « [...] “Après un suivi de plus de 2 000 personnes-années, l’incidence du VIH est très faible – 0.09 nouvelles contaminations pour 100 personnes années de suivi –, ce qui correspond à environ 143 infections évitées si on se fonde sur l’incidence du VIH observée dans le groupe placebo de l’essai Ipergay.” » <http://prevenir.anrs.fr/s-informer>.

ANNEXE 6

REVUE DE LA LITTÉRATURE DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES
RÉALISÉE DANS LE CADRE DU PROJET OPTIMISEBEST PRACTICE IN COMMUNITY-BASED SEXUAL HEALTH
CENTRES AND OUTCOME INDICATORS

1. ECDC. *HIV and STI Prevention among Men Who Have Sex with Men*. Stockholm ; 2015.
2. World Health Organization. *Consolidated Guidelines on HIV Testing Services : 5Cs : Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection 2015*. ; 2015. doi : 10.1089/15246090050020736.
3. Public Health England. *Integrated Sexual Health Services : A Suggested National Service Specification*. ; 2018.

4. Ong JJ, Fu H, Smith MK, Tucker JD. Expanding syphilis testing : a scoping review of syphilis testing interventions among key populations. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2018 ; 16(5) : 423-432. doi : 10.1080/14787210.2018.1463846.
5. Pathela P, Klingler EJ, Guerry SL, et al. Sexually Transmitted Infection Clinics as Safety Net Providers : Exploring the Role of Categorical Sexually Transmitted Infection Clinics in an Era of Health Care Reform. 2019 ; 42(5) : 286-293. doi : 10.1097/OLQ.0000000000000255. Sexually.
6. Gamoudi D, Flew S, Cusini M, Benardon S, Poder A, Radcliffe K. 2018 European guideline on the organization of a consultation for sexually transmitted infections. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2019. doi : 10.1111/jdv.15577.
7. Stenger MR, Baral S, Stahlman S, Wohlfeiler D, Barton JE, Peterman T. As through a glass, darkly : the future of sexually transmissible infections among gay, bisexual and other men who have sex with men. 2015 ; 44(2) : 421-428. doi : 10.1007/s10508-014-0337-8. Complex.
8. Kegeles SM, Rebchook G, Tebbetts S, et al. Facilitators and barriers to effective scale-up of an evidence-based multilevel HIV prevention intervention. *Implement Sci.* 2015 ; 10(1). doi : 10.1186/s13012-015-0216-2.
9. Tiplica GS, Radcliffe K, Evans C, et al. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2015 ; 29(7) : 1251-1257. doi : 10.1111/jdv.13181.
10. Girometti N, McCormack S, Devitt E, et al. Evolution of a pre-exposure prophylaxis (PrEP) service in a community-located sexual health clinic : Concise report of the PrEPxpress. *Sex Health.* 2018 ; 15(6) : 598-600. doi : 10.1071/SH18055.
11. Gökengin D, Geretti AM, Begovac J, et al. 2014 European guideline on HIV testing. *Int J STD AIDS.* 2014 ; 25(10) : 695-704. doi : 10.1177/0956462414531244.
12. World Health Organization. *Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021.* Geneva ; 2016.
13. Whitlock GG, Gibbons DC, Longford N, Harvey MJ, McOwan A, Adams EJ. Rapid testing and treatment for sexually transmitted infections improve patient care and yield public health benefits. *Int J STD AIDS.* 2018 ; 29(5) : 474-482. doi : 10.1177/0956462417736431.
14. Rietmeijer CA. Improving care for sexually transmitted infections. 2019 ; 22 : 67-71. doi : 10.1002/jia2.25349/full.
15. Barbee LA, Dhanireddy S, Tat SA, Marrazzo JM. Barriers to bacterial sexually transmitted infection testing of HIV-infected men who have sex with men engaged in HIV primary care. *Sex Transm Dis.* 2015 ; 42(10) : 590-594. doi : 10.1097/OLQ.0000000000000320.
16. Witzel TC, Nutland W, Bourne A. What qualities in a potential HIV pre-exposure prophylaxis service are valued by black men who have sex with men in London ? A qualitative acceptability study. *Int J STD AIDS.* 2018 ; 29(8) : 760-765. doi : 10.1177/0956462418755224.
17. King C, Llewellyn C, Shahmanesh M, et al. Sexual risk reduction interventions for patients attending sexual health clinics : a mixed-methods feasibility study. *Health Technol Assess.* 2019 ; 23(12) : 1-122. doi : 10.3310/hta23120.
18. Knight R, Small W, Shoveller JA. HIV stigma and the experiences of young men with voluntary and routine HIV testing. *Sociol Heal Illn.* 2016 ; 38(1) : 153-167. doi : 10.1111/1467-9566.12345.
19. Reyes-Urueña J, Breveglieri M, Furegato M, Fernández-López L, Agusti C, Casabona J. Heterogeneity of community-based voluntary, counselling and testing services for HIV in Europe : the HIV-COBATEST survey. *Int J STD AIDS.* 2015 ; 28(1) : 28-38. doi : 10.1177/0956462415623402.
20. Datta J, Reid D, Hughes G, Mercer CH, Wayal S, Weatherburn P. Places and people : the perceptions of men who have sex with men concerning STI testing : a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 2018 ; 94(1) : 46-50. doi : 10.1136/sextrans-2016-052983.
21. Elliot E, Rossi M, McCormack S, Mcowan A. Identifying undiagnosed HIV in men who have sex with men (MSM) by offering HIV home sampling via online gay social media : A service evaluation. *Sex Transm Infect.* 2016 ; 92(6) : 470-473. doi : 10.1136/sextrans-2015-052090.
22. Clutterbuck D, Asboe D, Barber T, et al. 2016 United Kingdom national guideline on the sexual health care of men who have sex with men. *Int J STD AIDS.* 2018 ; 095646241774689. doi : 10.1177/0956462417746897.
23. Tomkins A, Vivancos R, Ward C, Kliner M. How can those engaging in chemsex best be supported ? An online survey to gain intelligence in Greater Manchester. *Int J STD AIDS.* 2018 ; 29(2) : 128-134. doi : 10.1177/0956462417719643.
24. Stuart D, Collins S. ChemSex vs recreational drug use : a proposed definition for health workers. *HIV Treat Bull.* 2015 ; 16(5).
25. Ahmed A, Weatherburn P, Reid D, et al. Social norms related to combining drugs and sex ("chemsex") among gay men in South London. *Int J Drug Policy.* 2016 ; 38 : 29-35. doi : 10.1016/j.drugpo.2016.10.007.
26. Gilbert VL, Simms I, Jenkins C, et al. Sex, drugs and smart phone applications : Findings from semistructured interviews with men who have sex with men diagnosed with *Shigella flexneri* 3a in England and Wales. *Sex Transm Infect.* 2015 ; 91(8) : 598-602. doi : 10.1136/sextrans-2015-052014.
27. Hoyos Miller J, Clarke E, Patel R, Kell P, Desai M, Nardone A. How are sexual health clinics in England managing men who have sex with men who refuse to be tested for HIV ? *Int J STD AIDS.* 2017 ; 28(13) : 1305-1310. doi : 10.1177/0956462417704343.

28. Furegato M, Mitchell H, Ogaz D, et al. The role of frequent HIV testing in diagnosing HIV in men who have sex with men. *HIV Med.* 2018 ; 19(2) : 118-122. doi : 10.1111/hiv.12558.
29. Cabecinha M, Mercer CH, Gravningen K, et al. Finding sexual partners online : Prevalence and associations with sexual behaviour, STI diagnoses and other sexual health outcomes in the British population. *Sex Transm Infect.* 2017 ; 93(8) : 572-582. doi : 10.1136/sextrans-2016-052994.
30. Hennigan O, Whitlock G. Assessing risk among MSM : service evaluation demonstrates feasibility of a single-question approach. *Sex Transm Infect.* 2016 ; 92(4) : 265. doi : 10.1136/sextrans-2015-052505.
31. Stevens O, Moncrieff M, Gafos M. Chemsex-related drug use and its association with health outcomes in men who have sex with men : A cross-sectional analysis of Antidote clinic service data. *Sex Transm Infect.* 2019 : 1-7. doi : 10.1136/sextrans-2019-054040.
32. Künzler-heule P, Engberg S, Battegay M, et al. Screening HIV-positive men who have sex with men for hepatitis C re-infection risk : is a single question on condom-use enough ? A sensitivity analysis. 2019 ; 7 : 1-8.
33. Cushman TA, Graves SK, Little SJ. Attitudes and Preferences Regarding the Use of Rapid Self-Testing for Sexually Transmitted Infections and HIV in San Diego Area Men Who Have Sex With Men. 2014 : 1-7. doi : 10.1093/ofid/ofz043.
34. Lampejo T, Turner R, Roberts C, et al. Novel outreach settings to enhance sexually transmitted infection/HIV awareness, diagnosis and treatment in hard-to-reach populations. *Int J STD AIDS.* 2018 ; 29(3) : 266-272. doi : 10.1177/0956462417723816.
35. Leblanc NM, Flores DD, Barroso J. Facilitators and Barriers to HIV Screening. *Qual Health Res.* 2016 ; 26(3) : 294-306. doi : 10.1177/1049732315616624.
36. Rana AI, Van Den Berg JJ, Lamy E, Beckwith CG. Using a mobile health intervention to support HIV treatment adherence and retention among patients at risk for disengaging with care. *AIDS Patient Care STDS.* 2016 ; 30(4) : 178-184. doi : 10.1089/apc.2016.0025.
37. Witzel TC, Hickson F, Weatherburn P. HIV testing history and preferences for future tests among gay men, bisexual men and other MSM in England : results from a cross-sectional study. 2016. doi : 10.1136/bmjopen-2016-011372.
38. Whittle HJ, Palar K, Seligman HK, Napoles T, Frongillo EA, Weiser SD. How food insecurity contributes to poor HIV health outcomes : Qualitative evidence from the San Francisco Bay Area. *Soc Sci Med.* 2016 ; 170 : 228-236. doi : 10.1016/j.socscimed.2016.09.040.
39. Cohen JK, Santos GM, Moss NJ, Coffin PO, Block N, Klausner JD. Regular clinic attendance in two large San Francisco HIV primary care settings. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV.* 2016 ; 28(5) : 579-584. doi : 10.1080/09540121.2015.1118431.
40. Dowdy DW, Geng EH, Christopoulos KA, et al. Mortality among antiretroviral-eligible patients in an urban public clinic. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011 ; 57(4) : 297-300. doi : 10.1097/QAI.0b013e31822233aa.
41. Heijman T, Zuure F, Stolte I, Davidovich U. Motives and barriers to safer sex and regular STI testing among MSM soon after HIV diagnosis. *BMC Infect Dis.* 2017 ; 17(1) : 1-11. doi : 10.1186/s12879-017-2277-0.
42. Mutchler MG, Mcdavitt B, Ghani MA, Nogg K, Winder TJA, Soto JK. Getting PrEPared for HIV Prevention Navigation : Young Black Gay Men Talk About HIV Prevention. 2015 ; 29(9) : 490-502. doi : 10.1089/apc.2015.0002.
43. Grov C, Whitfield THF, Rendina JH, Ventuneac A, Parsons JT. Willingness to Take PrEP and Potential for Risk Compensation Among Highly Sexually Active Gay and Bisexual Men. *AIDS Behav.* 2015 ; 19(12) : 2234-2244. doi : 10.1007/s10461-015-1030-1.Willingness.
44. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, et al. Hidden from health : Structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *Aids.* 2015 ; 29(10) : 1239-1246. doi : 10.1097/QAD.0000000000000724.
45. Bernstein KT, Marcus JL, Barry PM, et al. Characteristics of males infected with common neisseria gonorrhoeae sequence types in the gonococcal isolate surveillance project, san francisco, California, 2009. *Am J Epidemiol.* 2013 ; 178(8) : 1289-1295. doi : 10.1093/aje/kwt115.
46. Park J, Marcus JL, Pandori M, Snell A, Philip SS, Bernstein KT. Sentinel surveillance for pharyngeal chlamydia and gonorrhea among men who have sex with men-San Francisco, 2010. *Sex Transm Dis.* 2012 ; 39(6) : 482-484. doi : 10.1097/OLQ.0b013e3182495e2f.
47. Marcus JL, Bernstein KT, Kohn RP, Liska S, Philip SS. Infections missed by urethral-only screening for chlamydia or gonorrhea detection among men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2011 ; 38(10) : 922-924. doi : 10.1097/OLQ.0b013e31822a2b2e.
48. Girometti N, Devitt E, Phillips J, Nelson M, Whitlock G. High rates of unprotected anal sex and use of generic direct- - acting antivirals in a cohort of MSM with acute HCV infection. 2019 ; (November 2018) : 627-634. doi : 10.1111/jvh.13066.
49. Stahlman S, Plant A, Javanbakht M, Cross J, Montoya JA, Bolan R. Acceptable Interventions to Reduce Syphilis Transmission Among High-Risk Men Who Have Sex With Men in Los Angeles. 2015 ; 105(3) : 88-94. doi : 10.2105/AJPH.2014.302412.
50. Hughes G, Field N. The epidemiology of sexually transmitted infections in the UK : Impact of behavior, services and interventions. *Future Microbiol.* 2015 ; 10(1) : 35-51. doi : 10.2217/fmb.14.110.
51. Campbell CK, Lippman SA, Moss N, Lightfoot M. Strategies to Increase HIV Testing Among MSM : A Synthesis of the Literature. *AIDS Behav.* 2018 ; 22(8) : 2387-2412. doi : 10.1007/s10461-018-2083-8.

52. Nwokolo N, Whitlock G, McOwan A. Not just PrEP : other reasons for London's HIV decline. *Lancet HIV*. 2017 ; 4(4) : e153. doi : 10.1016/S2352-3018(17)30044-9.
53. Nyatsanza F, Trivedy A, Brook G. The effect of introducing routine self-taken extra-genital swabs in a genitourinary medicine clinic cohort : a before and after study. *Int J STD AIDS*. 2016 ; 27(14) : 1330-1333. doi : 10.1177/0956462415621833.
54. Fisher M, Wayal S, Smith H, et al. Home sampling for sexually transmitted infections and HIV in men who have sex with men : A prospective observational study. *PLoS One*. 2015 ; 10(4) : 1-10. doi : 10.1371/journal.pone.0120810.
55. Paudyal P, Llewellyn C, Lau J, Mahmud M, Smith H. Obtaining self-samples to diagnose curable sexually transmitted infections : A systematic review of patients' experiences. *PLoS One*. 2015 ; 10(4) : 1-22. doi : 10.1371/journal.pone.0124310.
56. Volk JE, Marcus JL, Phengrasamy T, Blechinger D. No New HIV Infections With Increasing Use of HIV Preexposure Prophylaxis in a Clinical Practice Setting. *Clin Infect Dis*. 2015 ; 61(10) : 1601-1603.
57. Freeman AH, Bernstein KT, Kohn RP, Philip S, Rauch LM, Klausner JD. Evaluation of self-collected versus clinician-collected swabs for the detection of chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae pharyngeal infection among men who have sex with men. *Sex Transm Dis*. 2011 ; 38(11) : 1036-1039. doi : 10.1097/OLQ.0b013e318227713e.
58. Platteau T, Franssen K, Apers L, Kenyon C. Swab2know : An HIV-Testing Strategy Using Oral Fluid Samples and Online Communication of Test Results for Men Who Have Sex With Men in Belgium Corresponding Author : 2015 ; 17. doi : 10.2196/jmir.4384.
59. Elliot E, Rossi M, McCormack S, Mcowan A. Identifying undiagnosed HIV in men who have sex with men (MSM) by offering HIV home sampling via online gay social media : A service evaluation. *Sex Transm Infect*. 2016 ; 92(6) : 470-473. doi : 10.1136/sextrans-2015-052090.
60. Long L, Abraham C, Paquette R, et al. Brief interventions to prevent sexually transmitted infections suitable for in-service use : A systematic review. *Prev Med (Baltim)*. 2016 ; 91 : 364-382. doi : 10.1016/j.ypmed.2016.06.038.
61. Saberi P, Siedle-Khan R, Sheon N, Lightfoot M. The Use of Mobile Health Applications Among Youth and Young Adults Living with HIV : Focus Group Findings. *AIDS Patient Care STDS*. 2016 ; 30(6) : 254-260. doi : 10.1089/apc.2016.0044.
62. Gkatzidou V, Hone K, Sutcliffe L, et al. User interface design for mobile-based sexual health interventions for young people : Design recommendations from a qualitative study on an online Chlamydia clinical care pathway. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2015 ; 15(1) : 1-13. doi : 10.1186/s12911-015-0197-8.
63. Liu AY, Cohen SE, Vittinghoff E, et al. Preexposure prophylaxis for HIV infection integrated with municipal-and community-based sexual health services. *JAMA Intern Med*. 2016 ; 176(1) : 75-84. doi : 10.1001/jamainternmed.2015.4683.
64. Parker S, Chan PA, Oldenburg CE, et al. Patient experiences of men who have sex with men using pre-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. *AIDS Patient Care STDS*. 2015 ; 29(12) : 639-642. doi : 10.1089/apc.2015.0186.
65. Ong KJ, Desai S, Field N, et al. Economic evaluation of HIV pre-exposure prophylaxis among men-who-have-sex-with-men in England in 2016. *Eurosurveillance*. 2017 ; 22(42). doi : 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.42.17-00192.
66. Oldenburg CE, Nunn AS, Montgomery M, et al. Behavioral Changes Following Uptake of HIV Pre-exposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex with Men in a Clinical Setting. *AIDS Behav*. 2018 ; 22(4) : 1075-1079. doi : 10.1007/s10461-017-1701-1.
67. Raifman J, Nunn A, Oldenburg CE, et al. An Evaluation of a Clinical Pre-Exposure Prophylaxis Education Intervention among Men Who Have Sex with Men. *Health Serv Res*. 2018 ; 53(4) : 2249-2267. doi : 10.1111/1475-6773.12746.
68. Golub SA, Pena S, Hilley A, Pachankis J, Radix A. Brief Behavioral Intervention Increases PrEP Drug Levels in a Real-World Setting. *Conf Retroviruses Opportunistic Infect*. 2017.
69. Wiggins H, Ogaz D, Mebrahtu H, et al. Demand for and availability of specialist chemsex services in the UK : A cross-sectional survey of sexual health clinics. *Int J Drug Policy*. 2018 ; 55 : 155-158. doi : 10.1016/j.drugpo.2017.12.016.
70. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, et al. International Journal of Drug Policy Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities : Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*. 2016 ; 38 : 4-12. doi : 10.1016/j.drugpo.2016.09.007.
71. Hojilla JC, Vlahov D, Crouch PC, Dawson-Rose C, Freeborn K, Carrico A. HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Uptake and Retention Among Men Who Have Sex with Men in a Community-Based Sexual Health Clinic. *AIDS Behav*. 2018 ; 22(4) : 1096-1099. doi : 10.1007/s10461-017- 2009-x.
72. Cole E. Raising the bar for testing. *Nurs Stand*. 2015 ; 29(24) : 24-25. doi : 10.7748/ns.29.24.24.s28.
73. Santos GM, Coffin PO, Vittinghoff E, et al. Substance use and drinking outcomes in Personalized Cognitive Counseling randomized trial for episodic substance-using men who have sex with men. *Drug Alcohol Depend*. 2014 ; 138(1) : 234-239. doi : 10.1016/j.drugalcdep.2014.02.015.

74. Natoli L, Guy RJ, Shephard M, et al. Public health implications of molecular point-of-care testing for chlamydia and gonorrhoea in remote primary care services in Australia : a qualitative study. 2015 : 1-8. doi : 10.1136/bmjopen-2014-006922.
75. Estcourt CS, Sutcliffe LJ, Copas A, et al. Developing and testing accelerated partner therapy for partner notification for people with genital Chlamydia trachomatis diagnosed in primary care : a pilot randomised controlled trial. 2015 : 548-554. doi : 10.1136/sextrans-2014-051994.
76. Pennise M. Using Smartphone Apps in STD Interviews to Find Sexual Partners. 2015 ; 130(June) : 245-252.
77. Hochberg CH, Berringer K, Schneider JA. Next-generation methods for HIV partner services : A systematic review. *Sex Transm Dis.* 2015 ; 42(9) : 533-539. doi : 10.1097/OLQ.0000000000000335.
78. BASHH. *Standards for the Management of Sexually Transmitted Infections.* ; 2019.
79. Christopoulos KA, Scheer S, Steward WT, et al. Examining Clinic-Based and public health approaches to ascertainment of HIV care status. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015 ; 69 : S56-S62. doi : 10.1097/QAI.0000000000000571.
80. McClean H, Sullivan AK, Carne CA, Warwick Z, Clutterbuck D. UK national audit against the key performance indicators in the British Association for Sexual Health and HIV Medical Foundation for AIDS and Sexual Health Sexually Transmitted Infections Management Standards. *J STD AIDS.* 2012 ; 23 : 742-747.
81. British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV, British Infection Society. *UK National Guidelines for HIV Testing 2008.* ; 2008. <http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Testing/Glines-HIVTest08.pdf>.
82. British HIV Association. *Standards of Care for People Living with HIV.* ; 2018. <https://www.bhiva.org/file/KrfaFqLZRIbhg/BHIVA-Standards-of-Care-2018.pdf>.
83. Public Health England. *Discussing Chlamydia Re-Testing with Young Adults : A Guide for Healthcare Professionals.* ; 2014. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/508794/Chlamydia_re-testing_discussion_guide_March_2014.pdf.
84. Public Health England. *National Chlamydia Screening Programme Standards (Seventh Edition).* ; 2018.
85. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *A Quality Standard for Contraceptive Services.* 2014 ; (April).
86. Clinical Standards Committee of the Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Service Standards for Sexual and Reproductive Healthcare.* ; 2016.
87. Excellence NI for H and C. *Contraception (NICE Quality Standard No. 129).* ; 2016.
88. Care Quality Commission of England. *Guidance for Providers on Meeting the Regulations.* ; 2015. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150324_guidance_providers_meeting_regulations_01.pdf.
89. Low N, Welch J, Radcliffe K. Developing national outcome standards for the management of gonorrhoea and genital chlamydia in genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect.* 2004 ; 80(3) : 223-229. doi : 10.1136/sti.2003.005165.
90. Martin L, Knight V, Ryder N, Lu PH, Read PJ, McNulty A. Client Feedback and Satisfaction With an Express Sexually Transmissible Infection Screening Service at an Inner-City Sexual Health Center. *Sex Transm Dis.* 2013 ; 40(1) : 70-74. doi : 10.1097/OLQ.0b013e318275343b.
91. UK Department of Health. *Quality Criteria for Young People Friendly Services.* ; 2011.
92. Hogben M, Ford J, Becasen JS, Brown KF. A Systematic Review of Sexual Health Interventions for Adults : Narrative Evidence. *J Sex Res.* 2014 ; 0(0) : 1-26. doi : 10.1080/00224499.2014.973100.
93. Knight V, Ryder N, Guy PR, Lu H, Wand H, McNulty A. New Xpress Sexually Transmissible Infection Screening Clinic Improves Patient Journey and Clinic Capacity at a Large Sexual Health Clinic. *Sex Transm Dis.* 2013 ; 40(1) : 75-80. doi : 10.1097/OLQ.0b013e3182793700.
94. Dombrowski JC, Golden MR. Modernizing Operations to Improve Efficiency and Refine the Role and Mission of STI Clinics. *Sex Transm Dis.* 2013 ; 40(1) : 81-84. doi : 10.1097/OLQ.0b013e31827de342. Modernizing.
95. Poobalan AS, Pitchforth E, Imamura M, et al. Characteristics of effective interventions in improving people's sexual health : a review of reviews. *Sex Educ.* 2009 ; 9(3) : 319-336. doi : 10.1080/14681810903059185.
96. Public Health England, World Health Organization, Tiplica GS, et al. Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021. *Int J STD AIDS.* 2018 ; 29(August) : 095646241774689. doi : 10.1177/0956462417746897.