



Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-124P

Evaluation de la mise en oeuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)

RAPPORT

Établi par

Danièle JOURDAIN MENNINGER

Dr. Gilles LECOQ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

La lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) a été engagée au niveau local au début du XXème siècle par la création de dispositifs de proximité, les dispensaires antivénéériens, (DAV) placés sous la responsabilité des collectivités locales depuis la décentralisation. Ces structures ont reçu compétence pour effectuer le dépistage, le diagnostic, et le traitement ambulatoire des IST.

Les spécificités de l'infection par le VIH ont conduit les autorités sanitaires à créer des centres de dépistage spécialisés et dérogatoires par rapport aux dispositifs classiques de dépistage des IST, notamment par l'obligation de l'anonymat des consultants, afin d'empêcher toute stigmatisation. Placés sous la responsabilité de l'Etat, les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) sont financés par l'assurance maladie. Ces centres ont vu leur compétence s'étendre au dépistage des hépatites B et C depuis la loi du 27 juillet 1999.

Sur les 5 millions de sérologies VIH réalisées en 2007, les CDAG représentaient 8% de l'activité de dépistage du VIH et 11% des sérologies positives. Le retard au dépistage a été souligné par de nombreux travaux d'experts qui en soulignent les conséquences sur la prévalence de l'infection par le VIH non diagnostiquée. Selon une estimation moyenne, 40 000 personnes ignoreraient leur séropositivité. En ce qui concerne les autres IST, la surveillance épidémiologique repose sur la participation volontaire des anciens DAV, qui met en évidence une augmentation régulière annuelle du nombre de cas déclarés et une proportion élevée de co-infection avec le VIH.

Au plan national, la loi relative à la santé publique du 9 août 2004 et le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2005/2008 ont ciblé l'objectif de la réduction de l'incidence des IST, en particulier syphilis et gonococcie pour les populations exposées et celui de la réduction de la prévalence des chlamydioses et de l'infection herpétique par HSV 2 dans la population générale.

La loi relative aux responsabilités locales du 13 juillet 2004 portant sur la recentralisation vers l'Etat des activités de vaccination, de dépistage des cancers, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les IST avait pour objectif de garantir l'application sur l'ensemble du territoire national d'une même politique de prévention et de soins, qui, dans le domaine des IST, devait se développer à partir des anciens DAV devenus centres de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). La loi prévoyait néanmoins la possibilité pour les collectivités territoriales de conserver l'exercice de ces responsabilités en concluant une convention avec l'Etat.

Le bilan effectué par la mission montre que la recentralisation de la responsabilité de la lutte contre les IST n'a pas permis, notamment en l'absence d'élaboration d'une réflexion stratégique sur le devenir du dispositif spécialisé CDAG et CIDDIST qui soit concomitante du processus de recentralisation, de pallier les manques et défauts de la politique et de l'organisation du dépistage tels qu'ils existaient en 2004.

Le dispositif, avec ses 382 structures spécialisées, est actuellement peu lisible, avec une multiplicité de cas de figure, avec des CDAG, des CIDDIST, dont 244 sont à la fois CDAG et CIDDIST, et un maillage territorial inégal. Les structures peuvent être situées dans un cadre hospitalier ou extrahospitalier. L'activité de dépistage dans le cadre du VIH est assurée de manière expérimentale et complémentaire par le secteur associatif, généralement communautaire.

Parallèlement, d'autres dispositifs comme les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) placés sous la responsabilité des conseils généraux, les centres de santé, gérés le plus souvent sous forme associative ou municipale, interviennent de manière complémentaire, mais

non organisée avec le dispositif spécialisé, dans le dépistage, le diagnostic, le traitement, voire la vaccination, (hors VIH et hépatites). Les centres d'examen de santé relevant de l'assurance maladie peuvent également pratiquer le dépistage des IST.

Les collectivités territoriales se sont progressivement désengagées de cette activité, et si les départements, souvent les plus peuplés et les plus urbanisés, ont souhaité conserver la responsabilité de la lutte contre les IST, en l'associant souvent à des actions de santé publiques, 85% des départements dont la population était inférieure à 400 000 habitants avaient renoncé à l'exercer dès 1985. Actuellement, 40 départements gèrent encore des dispositifs spécialisés, CIDDIST mais aussi CDAG.

L'organisation territoriale reste donc très hétérogène, et la recentralisation des responsabilités dans la lutte contre les IST au profit de l'Etat n'a pas contribué à simplifier le dispositif. Les services déconcentrés se sont trouvés confrontés à la nécessité de trouver localement des solutions pragmatiques, en se tournant le plus souvent vers les établissements hospitaliers, d'autant plus qu'une grande partie des CDAG était déjà installée dans ces derniers. Cependant, tous les dispositifs spécialisés actuels ne peuvent, faute de moyens ou de compétences médicales disponibles, assurer toute l'offre de service nécessaire, ce qui ne facilite pas la gestion de ces structures par l'administration, ni leur lisibilité pour l'utilisateur. Beaucoup de structures CIDDIST ont pour l'essentiel une activité de dépistage et non une activité de diagnostic et de traitement

En l'absence de pilotage national, par manque de recueil d'information, et sans que l'exploitation des rapports d'activité et de performance soit réellement effectuée au niveau régional et national, il est actuellement impossible de disposer d'une vision d'ensemble de ce dispositif de santé publique.

C'est particulièrement vrai dans le domaine financier, pour les CIDDIST comme pour les CDAG, et pour toutes les structures habilitées à intervenir dans le cadre des IST. Si au total il est possible d'estimer à l'échelle nationale à un peu plus de 50 M€ les divers financements des activités de CDAG et CIDDIST, ce sont de financements théoriques dont il s'agit, avec, de plus, des modalités qui, diffèrent selon le type de structure.

Les montants financiers réellement engagés au profit des CIDDIST ne sont pas réellement connus. Pour les départements qui ont conservé leur compétence, une compensation au titre de la dotation générale de décentralisation (DGD), de l'ordre de 9 M€, au total, leur est maintenue. Pour ceux qui ont abandonné leur compétence, il est procédé à une réfaction de la dotation globale de fonctionnement (DGF) d'un montant égal à leur droit à compensation, soit 8 M€ en valeur 2010, sur un montant total de 17 M€. Dans ce dernier cas, la réfaction opérée est transférée sur le budget du ministère de la santé et des sports qui finance les CIDDIST de ces départements à travers des subventions provenant des groupements régionaux de santé publique (GRSP) ou directement des DRASS. Cependant, faute de fléchage, il est en réalité impossible à l'administration centrale de connaître les montants des crédits qui sont réellement versés localement aux structures. Et, inversement, en l'absence de système d'information permettant une remontée fiable de données, la direction générale de la santé (DGS), chargée d'en suivre le financement, est incapable d'en assurer toute consolidation.

Le transfert des financements des missions des CDAG à l'assurance maladie a été effectué en 1999. En ce qui concerne les CDAG hospitalières, les plus nombreuses, les chiffres fournis par la Direction générale de l'hospitalisation des soins (DGOS) seraient de l'ordre de 18,4 M€ en 2009 pour 173 établissements de santé, sur des crédits des missions d'intérêt général, (MIGAC). En revanche, il ne semble pas possible de disposer, de la part de l'assurance maladie, d'informations agrégées au niveau national concernant le financement des CDAG non hospitalières.

Les modalités de calcul des dépenses et de fixation des financements sont également très disparates au niveau local. L'analyse des budgets des différentes structures est rendu difficile lorsque les activités des CDAG et des CIDDIST sont couplées au sein de la même entité, qu'il s'agisse d'une structure à statut associatif, hospitalier ou municipal. Deux systèmes comptables différents coexistent selon l'activité exercée, avec des règles d'imputation des dépenses et des règles fixant les dotations variant tant au cours du temps, qu'en fonction du financeur, de la région, ou de l'établissement gestionnaire concerné. D'une manière générale, le double financement entre l'Etat et l'assurance maladie est à la fois source de complexité et d'obscurité des comptes.

La couverture territoriale par les dispositifs spécialisés reste relativement hétérogène, et la recentralisation de la lutte contre les IST n'a pas permis de pallier cette inégalité géographique qui rend indispensable, dans le cadre des orientations nationales du prochain plan pluriannuel de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST, l'établissement par les ARS d'une cartographie d'implantation des structures dédiées au regard des caractéristiques de ses bassins de population.

Les compétences médicales sont, elles aussi, variables, les médecins spécialistes (dermato-vénérologues et gynécologues exerçant plutôt dans les CIDDIST, et les médecins généralistes dans les CDAG). De même, les missions exercées par les différents dispositifs spécialisés diffèrent sensiblement d'une structure à l'autre. Les textes relatifs aux normes de fonctionnement et d'organisation fixées par les autorités sanitaires, même s'ils sont plus précis pour les CDAG que pour les CIDDIST puisqu'il existe un cahier des charges, permettent de nombreuses interprétations au gestionnaire (respect de l'anonymat dans les CIDDIST, différences d'amplitude d'ouverture des centres) et en rend difficile le contrôle par l'autorité d'habilitation. Sur le plan médical, le champ d'activité et des techniques en matière de dépistage, ou de délivrance du traitement hors VIH et hépatites diffèrent également d'un centre à l'autre, et la stratégie en matière de vaccination notamment de l'hépatite B et au-delà des traitements préventifs des IST trouve davantage ses justifications dans les contraintes budgétaires locales que dans une véritable approche de santé publique. Cette hétérogénéité se retrouve dans la pratique du dépistage en milieu carcéral, qui, pour la mission, devrait logiquement relever des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), pour peu que ces services reçoivent les moyens humains et le personnel formé nécessaire à cette activité.

En l'absence d'orientations nationales fortes, les stratégies de ciblage des dispositifs sont variables, certaines d'entre les CDAG s'étant ciblées dans le dépistage « hors les murs », en direction de groupes de populations ayant des comportements plus à risques. L'intérêt de ces actions, qui doit compléter la stratégie de dépistage en population générale préconisée par les experts, est de permettre de toucher les populations les plus éloignées du système de soin, en lien avec le secteur associatif le plus proche de ces groupes.

Une offre de service complémentaire est apportée par les CPEF, les centres de santé et les centres d'examen de santé. Les CPEF, dont la vocation principale reste l'éducation et l'information à la sexualité et la planification familiale, sont compétents pour assurer le dépistage et le traitement des IST, gratuitement pour les mineurs et les personnes sans couverture sociale. Cette activité s'exerce de manière complémentaire à celle des CDAG et des CIDDIST, et présente l'intérêt, lorsque les structures évitent des situations de concurrence parfois excessive ou mal organisée, de permettre une approche globale, à la fois préventive, sanitaire et d'accompagnement incluant les questions relatives à la contraception. Les centres de santé, à statut associatif ou municipal présentent une offre de service complète, avec des consultations médicales et un plateau technique, souvent sur des territoires de santé dans lesquels l'offre de soins en secteur 1 est réduite. Ces dispositifs ont donc vocation à figurer dans un inventaire régional à engager par les ARS pour adapter le maillage territorial aux besoins des populations.

Le constat effectué par l'IGAS confirme celui des professionnels et experts, en soulignant que les modalités d'organisation sont compliquées pour le personnel et peu lisibles pour ceux qui y ont recours. Le dispositif doit être profondément revu, et plusieurs scénarios sont envisageables.

Cependant, quel que soit le scénario retenu, un certain nombre de préconisations s'avèrent indispensables.

Compte tenu du caractère pleinement et exclusivement sanitaire des missions assurées par les CIDDIST, la mission recommande un transfert de leur financement à l'assurance maladie, sous réserve de l'élaboration concomitante d'une stratégie nationale sur le devenir de la totalité des structures dédiées au dépistage du VIH/VHB/VHC et au dépistage/diagnostic/traitement des IST.

Une clarification des comptes d'exploitation doit également accompagner ce transfert. Le rebasage des dotations devra être progressivement effectué sous l'autorité des ARS, en prenant en compte l'ensemble des éléments constitutifs de l'activité. L'unification des sources de financement devra s'accompagner de l'adoption de critères quantitatifs et qualitatifs de tarification qui ne serait plus calculée de manière forfaitaire mais, au moins pour partie, sur l'activité.

Le futur plan national VIH-sida-IST 2010-2014 doit impérativement prévoir l'intégration de programmes d'actions opérationnelles portant sur les modalités de mise en œuvre du dépistage à la fois du VIH/sida, des hépatites et des IST, passant par l'établissement d'une liste des IST à dépister dans le nouveau dispositif en maintenant la gratuité, la mise en place d'une proposition systématique de dépistage des chlamydiae en direction des publics prioritaires dans un cadre de financement clarifié, l'instauration d'une proposition systématique de certains dépistages en direction des populations les plus exposées aux risques, la réaffirmation du lien entre le dépistage et le traitement ainsi que le ciblage populationnel renforcé par les actions hors les murs, ou encore une harmonisation de l'offre vaccinale.

Ces programmes devront ensuite être déclinés à partir d'un inventaire des besoins des populations et des ressources régionales de dépistage que les ARS seront chargés d'engager en partenariat avec les COREVIH, les collectivités territoriales et l'assurance maladie afin de rationaliser l'offre sur l'ensemble du territoire national : pour accompagner leur mise en œuvre le dispositif reconfiguré doit s'accompagner de l'élaboration d'un certain nombre d'outils, et notamment un cahier des charges et des référentiels, un rapport d'activité unique, la création d'un système d'information et d'un site internet.

Cette réorganisation doit absolument conserver ce qui fait l'originalité et la pertinence de l'actuel dispositif CDAG, c'est-à-dire sa notoriété, surtout auprès des jeunes, son accessibilité, l'anonymat et la gratuité, le conseil et une approche d'ensemble ciblée sur la prévention

Dans la perspective d'une fusion des dispositifs actuels, plusieurs scénarios sont envisageables.

Un premier scénario conduirait à une fusion totale des CDAG et des CIDDIST, en transformant les CDAG et les CIDDIST en **CEntre de DIAGnostic CEDIAG** généralistes compétents pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, de l'infection par le VIH et les hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés, la prévention, le dépistage, le diagnostic le traitement ambulatoire des IST, l'information sur la prévention des risques liée à la sexualité et sur la contraception, tout en maintenant pour les départements qui le souhaitent, la possibilité de continuer à rester impliqués dans le dispositif.

La mission n'est pas favorable à ce premier scénario car le bilan qu'elle a effectué montre qu'il n'est ni possible ni souhaitable de transformer chaque consultation ou centre existant en un CEDIAG.

Un deuxième scénario conduirait à organiser une fusion à deux étages, avec un CEDIAG de référence assurant l'ensemble des missions et des antennes **Consultations de DEPistage CODEP** réparties sur le territoire en fonction de l'analyse des besoins effectuée au niveau régional, et dont les missions seraient certes plus réduites que dans le CEDIAG mais plus larges que dans les CDAG actuelles.

La mission est réservée sur ce scénario qui n'apporte pas de réel changement par rapport à la situation actuelle

La mission a envisagé dans ces deux scénarios la fusion des actuels CDAG/CIDDIST en conservant l'intégralité des activités de ces structures (dépistage/diagnostic/traitement pour personnes présentant des symptômes ou personnes à symptomatiques).

Beaucoup de structures CIDDIST ayant pour l'essentiel une activité de dépistage et non une activité de diagnostic et de traitement, un troisième scénario peut être proposé qui conduirait à la mise en place d'un dispositif de consultations de dépistage CODEP dédié aux seules personnes asymptomatiques et offrant un dépistage élargi aux principales IST dépistées pour lesquelles un traitement serait prescrit ou délivré en cas de dépistage positif (hors VIH/VHB/VHC).

Ce scénario, basé sur l'interrogation de la mission concernant la nécessité de maintenir un réseau dédié au diagnostic et au traitement pour les IST symptomatiques, conduit à transférer ces activités vers l'offre de soins de droit commun - établissements de santé (via les services d'urgences, les consultations et services de maladies infectieuses, de dermato-vénérologie, d'hépatologie), médecine libérale, centres de santé - qui prend déjà ordinairement en charge lesdites activités.

Il implique la suppression des CIDDIST sous leur forme actuelle en ne conservant que la partie de l'activité consacrée aux personnes asymptomatiques. Il resterait à régler la question de la gratuité pour les personnes dépourvues d'une couverture d'assurance maladie ou sans protection sociale complémentaire.

La mission serait plutôt en faveur de ce dernier scénario qui, outre sa grande lisibilité par une unification de l'offre que ne peuvent proposer en réalité les scénarios 1 et 2, autoriserait notamment un redéploiement de moyens sur l'activité de dépistage qu'il est nécessaire de renforcer en direction des publics prioritaires.

Quel que soit le scénario la mission recommande que soient reprises les préconisations défendues par un certain nombre de professionnels, ou d'associations consistant à créer à titre expérimental des centres de santé sexuelle ayant compétence sur la prévention, la contraception, le dépistage et certains traitements, à l'image des Health sexual center anglais. Cette approche de la santé sexuelle en direction de la population générale est fondée sur le concept développé par l'OMS depuis 2002, qui n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou de handicap mais aussi un état de bien être physique, psychologique, social en rapport avec la sexualité.

Elle regroupe, au-delà des IST incluant HIV et infections des organes reproducteurs, le bien-être sexuel et affectif, les grossesses non intentionnelles et les avortements réalisés de façon non sûre, les violences entre sexes, certains aspects de la santé mentale, les mutilations sexuelles, la stérilité et les conséquences du handicap sur la sexualité.

Il n'existe pas aujourd'hui d'offre aussi globale dans la mesure où coexistent des dispositifs spécialisés selon une porte d'entrée « sexe propre, sexe sale » qui demeurent, sauf exceptions, étanches les uns aux autres : aux CDAG/CIDDIST le dépistage/diagnostic/traitement du VIH/VHB/VHC et des IST et aux CPEF l'abord de l'information et d'éducation à la sexualité et la planification (possibilité d'extension des missions aux IST) avec un public plus féminin et plus jeune.

La mission suggère dans le rapport de lancer une expérimentation dans une ou deux régions, une région très urbanisée et une région rurale, avec une ARS et un conseil général volontaires, permettant une unicité de lieu, le travail en partenariat et le partage des personnels entre un CDAG/CIDDIST et un CPEF et un centre de santé.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	11
1. LE DISPOSITIF ACTUEL DEDIE AU DEPISTAGE ET A LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LES IST, QUI REPOSE PLUS SUR UN HERITAGE DE L’HISTOIRE QUE SUR UNE STRATEGIE NATIONALE Pensee, VOULUE ET AFFIRMEE, DOIT ETRE PROFONDEMENT REORGANISE EN PRENANT EN COMPTE L’OFFRE DE DEPISTAGE COMPLEMENTAIRE EXISTANTE	13
<i>1.1. Une profonde hétérogénéité dans la localisation territoriale et les modalités d’organisation et de fonctionnement des structures dédiées à la lutte contre le VIH et les IST .</i>	<i>13</i>
1.1.1. Une typologie complexe à établir.....	14
1.1.2. Et une couverture territoriale disparate	17
1.1.3. Des modalités d’organisation variables.....	18
<i>1.2. Une diversité de l’origine des financements selon le type de structures, une clarté des comptes souvent médiocre et une variabilité difficile à justifier dans les modalités de calcul des dotations.....</i>	<i>19</i>
1.2.1. Une grande approximation dans la connaissance des montants financiers réellement engagés au profit des CIDDIST.....	19
1.2.2. Au niveau national des informations financières disparates selon leur origine concernant les CDAG.....	21
1.2.3. Au niveau local une très grande variabilité selon les structures dans les modalités de calcul des dépenses et de fixation des financements.....	24
1.2.4. Des financements accordés aux CDAG et aux CIDDIST largement découplés d’une analyse qualitative	33
<i>1.3. Des missions dans l’ensemble assez reproductibles d’une structure à une autre sans être pour autant parfaitement superposables.....</i>	<i>34</i>
1.3.1. Des normes de fonctionnement et d’organisation relativement imprécises	34
1.3.2. De fréquentes transgressions du respect de l’anonymat dans les CIDDIST.....	35
1.3.3. Une offre et des pratiques des CDAG/CIDDIST variant sensiblement selon les lieux	37
1.3.4. Une spécialisation de certaines structures dans un ciblage populationnel.....	43
1.3.5. Des compétences médicales différant assez sensiblement selon les structures.....	47
<i>1.4. Une absence de pilotage national et de vision d’ensemble du dispositif.....</i>	<i>48</i>
1.4.1. Une carence dans l’exploitation des rapports d’activité et de performance ainsi que des données financières	48
1.4.2. L’absence de recueil d’information.....	50
<i>1.5. Une offre de service complémentaire apportée par les centres de planification et d’éducation familiale, les centres de santé et les centres d’examen de santé.....</i>	<i>51</i>
1.5.1. Des missions des CPEF élargies au dépistage et au traitement des IST.....	51
1.5.2. Les centres de santé, parties prenantes du dispositif	55
1.5.3. Une activité de dépistage parfois réalisée dans les centres d’examen de santé.....	56
2. UN CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DOTE DE MESURES OPERATIONNELLES, UNE RECOMPOSITION REGIONALE AINSI QUE DES MODALITES DE FINANCEMENT UNIFIEES ET CLARIFIEES DOIVENT ACCOMPAGNER L’INDISPENSABLE FUSION DES CDAG ET DES CIDDIST QUELS QUE SOIENT LES DIFFERENTS SCENARIOS PROPOSES	59
2.1. Des préconisations communes aux différents scénarios.....	59

2.1.1. La nécessaire inscription de programmes d'actions opérationnelles dans la prochaine stratégie nationale	59
2.1.2. Avec un inventaire régional sous la responsabilité des ARS	61
2.1.3. Une unification et une clarification nécessaires des financements	62
2.2. <i>Les trois scénarios de fusion</i>	64
2.2.1. La fusion totale des CDAG et des CIDDIST	65
2.2.2. Une fusion à deux étages	66
2.2.3. La spécialisation du dispositif sur une activité de dépistage élargie	67
2.2.4. La création à titre expérimental de centres de santé sexuelle	68
CONCLUSION	70
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	71
LETTRE DE MISSION	73
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	75
SIGLES UTILISES	79

Introduction

- [1] Par lettre en date du 3 mars 2010, la ministre de la santé a demandé à l'inspection générale des affaires sociales de mener une mission d'évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la politique de lutte contre les infections sexuellement transmissibles prévue dans la loi du 13 août 2004. Les travaux de la mission ont commencé le 10 mai 2010.
- [2] Cette mission a été confiée à Danièle JOURDAIN MENNINGER et au Dr. Gilles LECOQ, inspectrice générale et inspecteur des affaires sociales, membres de l'IGAS.
- [3] Pour cette mission les inspecteurs ont procédé à l'audition d'un grand nombre d'acteurs au niveau national, dont la liste figure en annexe : professionnels de la santé, responsables administratifs, représentants des agences sanitaires, des organismes de protection sociale, responsables associatifs, et représentants d'organisations professionnelles.
- [4] La mission a par ailleurs réalisé des investigations sur le terrain qui ont donné lieu à de multiples rencontres et déplacements entre les mois de mai et juin 2010. Les inspecteurs se sont notamment rendus à Paris et dans plusieurs départements d'Ile-de-France, en Bourgogne et dans la ville de Poitiers. Sur chacun des sites, ils ont travaillé en étroite collaboration avec les médecins inspecteurs et autres membres de l'encadrement des agences régionales de santé (ARS). Ils se sont rendus dans les établissements de santé publics, des consultations de dépistage anonymes et gratuites (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), dans des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), des centres de santé, dans un centre d'examen de santé et dans des structures associatives. Ils ont rencontré des professionnels, des responsables des services des collectivités locales ainsi que de multiples acteurs de terrain très investis sur ces questions et dont la liste est également fournie en annexe.
- [5] A l'occasion de ses déplacements, la mission a pu faire le constat de l'extrême hétérogénéité du dispositif. Les inspecteurs se sont rendus dans une CDAG hospitalière (Fernand Widal Lariboisière), quatre CDAG/CIDDIST hospitaliers dont deux en intra-hospitalier (CHU Bichat, centre hospitalier intercommunal de Créteil CHIC) et deux situés en ville hors de l'hôpital dont ils dépendent (le relais Georges Charbonnier à Poitiers, le CDAG/CIDDIST de Dijon) ainsi qu'un service des urgences (Hôtel-Dieu).
- [6] Les inspecteurs se sont également déplacés, et se sont entretenus avec les professionnels présents, dans un CDAG/CIDDIST associatif, l'Institut Alfred Fournier, un CDAG/CIDDIST départemental (situé en Saône-et-Loire dans le centre hospitalier de Chalon-sur Saône), une UCSA à Fresnes (dépendant du CHU de Bicêtre), un CDAG/CIDDIST d'un centre de santé municipal à Champigny, dans le Val-de-Marne et de deux CDAG/CIDDIST départementaux (centre médico-social Le Figuier à Paris, centre de Corbeil dans l'Essonne). La mission s'est également rendue dans deux CPEF, à Evry dans l'Essonne et à Paray-le-Monial en Saône-et-Loire, ce dernier situé dans un établissement hospitalier, ainsi que dans un centre d'examen de santé dépendant de l'assurance maladie à Dijon.
- [7] La mission n'a pu, dans les délais qui lui avaient été impartis, se rendre outremer, alors que la situation, notamment au regard du VIH, est préoccupante. Ce pourrait être l'objet d'une autre mission de l'IGAS, en particulier dans le département de la Guyane, qui va mettre en œuvre un dépistage généralisé de la population.

- [8] Chargée de dresser un état des lieux des structures, la mission a éprouvé les plus grandes difficultés à disposer d'éléments de synthèse : les doubles rapports d'activité, pour les CDAG et pour les CIDDIST sont source de bureaucratie et rares sont les services déconcentrés régionaux qui, à partir de ces documents, ont rédigé des synthèses permettant de disposer d'une analyse à la fois de la situation locale au regard de ces infections et des réponses apportées par les dispositifs spécialisés. Certains ont néanmoins pu être transmis à la mission, ce qui a permis aux inspecteurs d'élargir leur analyse au-delà des lieux visités.
- [9] Sur le plan financier, la confusion est également de règle. Concernant les financements de l'Etat, la mission a demandé à la direction générale de la santé (DGS) de procéder à une consolidation des financements des groupements régionaux de santé publique (GRSP) sans qu'il soit possible de l'obtenir, notamment faute de système d'information adapté. Et si la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a été en capacité de fournir un éclairage d'ensemble sur les financements attribués aux CDAG hospitalières, ce n'a pas été le cas de l'assurance maladie vis-à-vis des structures extrahospitalières qu'elle finance.
- [10] Le rapport est composé de deux parties. La première partie a consisté, essentiellement à partir des structures investiguées, à essayer de dresser l'état des lieux le plus objectif possible, en fonction des informations que la mission a pu obtenir des services déconcentrés en cours de réorganisation et des services des ARS, constat assorti de recommandations à chaque étape du raisonnement qui permettraient d'améliorer le fonctionnement de ce dispositif spécialisé. La seconde partie du rapport contient un certain nombre de recommandations qui seraient à la fois communes et indispensables quelle que soit la solution de réorganisation finalement retenue par les autorités sanitaires, que la mission a rédigée sous la forme de quatre scénarios.
- [11] La mission tient à remercier l'ensemble des personnes et institutions rencontrées qui lui ont réservé le meilleur accueil et ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail, sans ménager leurs efforts et dans un esprit constructif et d'ouverture.

1. LE DISPOSITIF ACTUEL DEDIE AU DEPISTAGE ET A LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LES IST, QUI REPOSE PLUS SUR UN HERITAGE DE L'HISTOIRE QUE SUR UNE STRATEGIE NATIONALE Pensee, VOULUE ET AFFIRMEE, DOIT ETRE PROFONDEMENT REORGANISE EN PRENANT EN COMPTE L'OFFRE DE DEPISTAGE COMPLEMENTAIRE EXISTANTE

1.1. Une profonde hétérogénéité dans la localisation territoriale et les modalités d'organisation et de fonctionnement des structures dédiées à la lutte contre le VIH et les IST

Une fusion des CIDDIST, anciens dispensaires antivénériens (DAV), créés au début du siècle dans un objectif de prophylaxie, et les CDAG, parties intégrante de la lutte contre le SIDA, ne peut se concevoir tenir compte de ces données historiques afin de la mettre en œuvre dans les meilleures conditions.

« Le Professeur Alfred FOURNIER réclamait dès 1903 des établissements aux consultations « nombreuses, gratuites, faciles d'accès, ouvertes à des heures où l'ouvrier puisse s'y rendre sans préjudice pour son travail et pour sa bourse ». En 1914 le Professeur NICOLAS crée à Lyon le 1^{er} Centre de Vénérologie mais il faudra attendre le 25 décembre 1916 pour qu'ils soient généralisés dans le but d'éradiquer le péril vénérien qui risque de « réduire les qualités de la race française », et le dispensaire devient alors « la pièce maîtresse de la lutte antivénérienne dans l'entre-deux-guerres¹ ».

[12] Lorsque les premiers tests de dépistage du VIH sont apparus en 1985, *« les caractéristiques particulières de l'infection par le VIH, son pronostic péjoratif, les possibilités thérapeutiques initialement limitées et un bénéfice individuel imperceptible ont contribué à fonder le système mis en place sur des principes spécifiques, largement dérogoatoires par rapport au cadre habituel de la lutte contre les maladies transmissibles. La forte stigmatisation initiale a contribué à créer l'exceptionnalisme du VIH/Sida qui a été marqué par une attention très importante sur le droit des personnes. Il s'agissait aussi de répondre à une demande de dépistage anonyme et gratuit, qui s'effectuait par le biais du don du sang, détournant ainsi la vocation des centres de transfusion sanguine et augmentant considérablement le risque résiduel de transmission du VIH par la transfusion² ».*

[13] De fait, ont coexisté les DAV relevant depuis la loi de décentralisation de la responsabilité des conseils généraux, et les CDAG de l'Etat, avec une grande hétérogénéité au plan local sur les délimitations de compétences médicales, de missions, de publics et de cofinancements.

[14] La loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004 a transféré à l'Etat certaines compétences sanitaires détenues par les départements. Les débats parlementaires montrent que cette recentralisation était essentiellement motivée par la nécessité *« d'assurer une mise en œuvre locale homogène des priorités définies au plan national »*, prenant acte de l'inégal engagement des départements dans la mise en œuvre de ces politiques et notamment la lutte contre les IST et le VIH. Les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des IST sont désormais anonymes³, et les DAV deviennent des CIDDIST⁴

¹ Jean-Yves NAOURI, « sur le front du péril vénérien », annales de démographie historique, 2002/1, 103

² Rapport du groupe d'experts 2008 sur « la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH » sous la direction du Pr. Patrick YENI

³ Article L. 3121-2-1 du CSP

⁴ Article D. 3121-38 et D. 3121-39 du CSP

- [15] Le dispositif de dépistage spécialisé relève donc désormais de l'Etat, mais près d'une quarantaine de départements ont souhaité conserver la responsabilité de dépistage des anciens DAV (mais aussi de CDAG), en signant avec l'Etat une convention portant délégation de compétence.
- [16] Les structures de soins dites primaires, médecins généralistes, centres de santé, CPEF, CDAG et CIDDIST, les structures de soins dites secondaires (urologues, gynécologues et les structures de soins dites tertiaires, les centres hospitaliers, forment un dispositif complet capable d'assurer le dépistage et le traitement des IST, le dépistage dit « *opportuniste* » pouvant être également proposé dans d'autres dispositifs comme les maternités, ou les centres d'IVG, les centres d'examen de santé relevant de l'assurance maladie, les services de maladies infectieuses, voire le service des urgences)⁵. L'étendue du service offert varie selon les structures, notamment pour la prise en charge financière, totalement gratuite dans les CDAG et CIDDIST, gratuite pour les mineures et les personnes sans couverture sociale dans les CPEF⁶, sur les bases de remboursement de l'assurance maladie dans les autres structures de soins.

1.1.1. Une typologie complexe à établir

- [17] A l'occasion de ses déplacements la mission a pu visiter des structures très différentes les unes des autres, ce qui lui permet de disposer d'un échantillon d'analyse relativement complet, puisqu'il lui a été impossible, devant l'incertitude de la comptabilisation des structures et de la difficulté de disposer de remontées d'information⁷, de dresser une typologie exacte des structures, et encore moins d'élaborer une cartographie actualisée.
- [18] En effet, la dernière enquête menée par le ministère de la santé date de 2007. Elle complète une enquête faite par la DGOS en 2006 portant sur les CDAG hospitalières. Il n'a pas été possible à la mission de disposer de remontées d'informations plus récentes de la part des ARS, les responsabilités professionnelles n'étant pas encore toutes déterminées à la date de l'enquête, de même que la réorganisation de l'administration déconcentrée et la détermination des compétences locales avec l'assurance maladie n'étaient pas encore totalement établies.

1.1.1.1. Un dispositif peu lisible

- [19] En 2007, 382 structures, au sens de lieux d'implantation, étaient réparties sur 99 départements, dont 105 antennes, la moyenne nationale étant de 3,8 structures. On comptait 198 structures en milieu hospitalier, soit CDAG seule, soit CIDIIST seul, soit CDAG-CIDDIST, (sur 173 établissements hospitaliers⁸ ayant déclaré être support de CDAG, y compris outremer, 37 étaient également des CIDDIST).
- Les structures situées hors milieu hospitalier étaient situées dans des centres de santé (57), en milieu carcéral (23) et 7 en milieu universitaire ;
 - Les 108 structures spécifiquement CDAG dont 40 sont des antennes, 74 structures en milieu hospitalier, 2 en centre de santé, 6 en milieu universitaire et 9 en ville, 9 en milieu carcéral ;
 - Les 30 structures spécifiquement CIDDIST dont 3 sont des antennes, 18 structures en milieu hospitalier, 11 dans des centres de santé, 1 dans un quartier ZUS ;
 - Les 244 structures CDAG/CIDDIST pratiquant l'activité CIDDIST/CDAG sur le même lieu ont 106 en milieu hospitalier, 44 dans des centres de santé, 14 en milieu carcéral, 1 en milieu universitaire, et 79 dans d'autres lieux non spécifiés.⁹

⁵ Hôtel Dieu, service des urgences ; PHRC « *urgences dépistages* » URDEP, « *puisque vous attendez, faites vous dépister* » (pour le VIH)

⁶ Loi du 23 juillet 1990

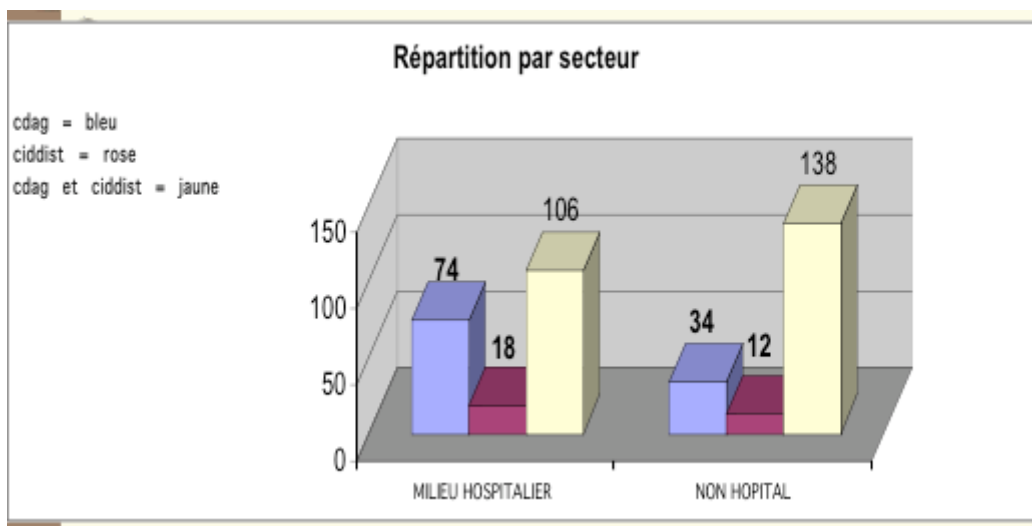
⁷ La liste des structures est disponible sur le site de Sida info service, mais elle n'est pas complètement exhaustive

⁸ Les établissements de l'AP/HP comptant pour un seul établissement

⁹ Etat des lieux DGS 2007 et bilan DGOS 2009

- [20] Lors des premières journées d'échanges des 5 et 6 octobre 2009 rassemblant les professionnels des CDAG et des CIDDIST, le Pr. D. Houssin, directeur général de la santé, annonçait que « *actuellement, la prévention du VIH ne peut s'envisager sans celle des autres IST. En France, c'est 382 sites qui pratiquent le dépistage, soit en moyenne 3,5 CDAG et 2,8 CIDDIST/département. En 2009, 60 Conseils Généraux auront renoncé à conserver les CIDDIST. Seuls 4 départements ne seront pas encore dotés d'un CIDDIST* ».

Graphique 1 : Structures d'activité CDAG CIDDIST en 2007



Source : Direction générale de la santé

1.1.1.2. Un désengagement progressif des départements

- [21] Progressivement, les effets de la recentralisation de la loi de 2004 ont conduit à un rapprochement des CDAG et des CIDDIST, d'autant plus que les départements, sauf ceux qui ont souhaité engager une véritable stratégie de santé publique, se désengagent peu à peu de cette responsabilité, alors que paradoxalement, par la responsabilité qui est la leur dans la gestion des CPEF, ils prennent ou peuvent être amenés à prendre en charge une activité de dépistage depuis la loi du 13 juillet 1990.
- [22] Dès que la loi leur en a donné la possibilité, 40 départements avaient accepté la recentralisation, et 85% des départements dont la population était inférieure à 400 000 habitants s'étaient désengagés de tout ou partie de l'activité de prévention sanitaire¹⁰.
- [23] L'état des lieux actuel est le produit de cette situation, car lors du retrait des départements, les services déconcentrés ont eu à faire face, souvent dans l'urgence, à l'élaboration d'un dispositif quand rien n'avait été organisé par les départements dont c'était la mission (par exemple dans le département de la Vienne), ou quand le retrait du département s'est accompagné d'une réaffectation des personnels dans les services du département. Le détachement de certains d'entre eux dans les services hospitaliers a facilité la mise en place d'un dispositif nouveau, mais a relevé de processus administratifs compliqués.

¹⁰ Geneviève CONNAULT LEVAL, « *recentralisation des actions de prévention sanitaire, freins et leviers pour sa mise en œuvre dans le département de la Seine-et-Marne* », mémoire de l'ENSP, 2006

- [24] C'est ainsi, dans le cadre de discussions parfois difficiles avec les conseils généraux, les services de l'Etat ont eu à trouver des locaux, des personnels, des structures et de opérateurs. C'est pourquoi, dans la majorité des cas, les services de l'Etat se sont tournés vers les services hospitaliers, tout en négociant dans la précipitation qui un bus de dépistage, qui un maintien dans les locaux du département, qui l'intégration dans un service hospitalier, plus ou moins volontaire et plus ou moins formé à cette activité.
- [25] A travers deux exemples, la région Bourgogne et la région Ile-de-France, une description des modalités nouvelles d'organisation a pu être effectuée par la mission.

L'exemple de la région Bourgogne visitée par la mission illustre la complexité du dispositif

- [26] Lors du passage de la mission, seul le département de la Nièvre conservait encore la responsabilité de gérer les CIDDIST, car le conseil général de la Saône-et-Loire venait de décider de se désengager de cette activité. La répartition entre les différents opérateurs montre une prédominance forte du secteur hospitalier.
- [27] En Côte d'Or, c'est le CHU de Dijon, qui a repris les activités en janvier 2007. A Dijon, la structure devenue CDAG/CIDDIST, est restée dans ses locaux initiaux de DAV dépendant du conseil général. Cers locaux sont situés en centre-ville, à proximité d'un CPEF au sein duquel la responsable médicale du CDAG/CIDDIST, médecin généraliste, assure également des consultations. Le personnel a été réintégré soit dans les effectifs du département, pour d'autres activités, soit, avec quelques incertitudes de nature administrative, dans les effectifs hospitaliers. Cinq antennes complètent le dispositif, à Beaune, à Chatillon et à Auxonne ainsi que sur le campus universitaire et à la maison d'arrêt de Dijon.
- [28] Dans le département de la Nièvre, le conseil général a donc conservé la compétence sur la CDAG, qui n'est pas un CIDDIST, (avec un partage des missions de dépistage, syphilis pour la CDAG, chlamydiae et autres IST dans le CPEF du conseil général). Comme en Côte d'Or, le médecin responsable de la CDAG, qui là est gynécologue, exerce également dans le CPEF.
- [29] Dans le département de la Saône-et-Loire, le CDAG/CIDDIST de Chalon-sur-Saône relevait de la compétence du département ; il est situé au sein de l'établissement hospitalier, avec une antenne de la CDAG à Mâcon, dans l'établissement hospitalier, mais en dehors du site de l'hôpital. Une partie du traitement du praticien hospitalier de cette antenne est pris en charge par le conseil général¹¹.
- [30] Dans cette région à la fois urbaine et rurale, les différentes structures ont donc dû s'organiser depuis 2004, de manière empirique pour assurer la continuité du service, dans un contexte d'offre médicale tendue.

L'exemple de la région Parisienne est révélateur de la variété des solutions adoptées

- [31] La région parisienne est dotée de 45 CIDDIST, majoritairement associés à des CDAG. Les conseils généraux de Seine et Marne, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne se sont désengagés de cette activité. Les départements de Paris, de Seine-Saint-Denis et de l'Essonne ont conservé cette compétence¹².

¹¹ Note de l'ARS de Bourgogne établie le 9 juin 2010 pour la mission

¹² « Etat des lieux des CDAG CIDDIST en Ile-de-France », rapport établi par le Dr. Christine BARBIER pour la DRASS Ile-de-France

- [32] A Paris, on compte 9 CIDDIST/CDAG, 4 sont intra-hospitaliers (Hôpital Tarnier, Saint-Louis, Saint Antoine, Bichat-Claude Bernard, Lariboisière), 2 sont associatifs (Croix rouge et Alfred Fournier) et 3 dépendent de centres médico-sociaux de la ville de Paris (Figuier, Belleville, Ridder). Deux structures ne sont que CDAG (hôpital Pitié Salpêtrière, hôpital Fernand Widal). Deux CDAG/CIDDIST relèvent aussi de l'AP/HP dans les Hauts-de-Seine et un CDAG/CIDDIST situé à l'hôpital Avicenne (Seine-St-Denis) est géré par le conseil général de la Seine-St-Denis.
- [33] Dans les départements de Seine-Saint-Denis, et de l'Essonne, les conseils généraux ont mis à profit l'existence de centres sociaux (CDDPS) et de centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) pour organiser une mutualisation pour le personnel non soignant, élargir la capacité de recrutement du personnel soignant, de par l'étendue des plages de travail, parfois une plage d'accueil anonyme large pour des renseignements de base, une prise en charge globale facilitée des MST (hors VIH-VHC-VHB), avec selon les cas traitements voire vaccination.
- [34] En Seine-Saint-Denis, le dispositif reste plus ciblé sur l'activité CDAG que CIDDIST, même si la convention signée en juillet 2005 entre l'Etat et le conseil général avait pour objectif la réduction de l'incidence et de la prévalence de certaines IST chez les populations à comportement à risque (par gonocoque, syphilis, chlamydia) et le suivi du dispositif de lutte contre les IST.
- [35] Les trois CDAG hospitalières (Saint-Denis, Montreuil et Montfermeil) ne sont pas CIDDIST ; en plus de ces CDAG hospitalières, le conseil général dispose d'un CDAG dans le dispensaire de l'Hôpital Avicenne et de cinq antennes de CDAG dans des CDDPS, d'Aubervilliers d'Aulnay-sous-Bois au CHIRB, Montreuil, Noisy-le-Grand, et Villemomble.
- [36] Dans le département de l'Essonne, les CDPS du département assurent des activités de dépistage anonymes et gratuites avec 6 CDAG pour le VIH, les hépatites B et C et la syphilis, en lien avec les CPEF. Une convention de délégation de gestion de compétence a été signée avec l'Etat, des formations complémentaires assurées par l'Institut A. Fournier (IAF) pour élargir l'activité des CDAG et devenir CIDDIST.

1.1.2. Et une couverture territoriale disparate

- [37] A travers les exemples de structures visitées, la mission a pu constater qu'en fonction des centres, chaque équipe avait organisé son activité de manière pragmatique, sans réelle stratégie nationale permettant de l'aider, hormis le cahier des charges de 2004, largement critiqué car trop vague ou inadapté aux besoins.
- [38] Les modalités d'organisation (plages d'ouverture, exigence ou non de rendez-vous, délivrance de traitement, y compris à la suite d'un accident d'exposition au sang, présence d'un plateau technique, etc...) ne sont pas les mêmes selon les centres. L'existence d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé présente l'avantage d'offrir l'accès aux services complémentaires, le laboratoire de biologie et des consultations spécialisées pour les consultants, des services logistiques éventuels pour le centre.
- [39] La mission a extrait de ses nombreux entretiens quelques éléments qui permettent de donner un aperçu de cette organisation territoriale
- [40] On trouve :
- des CDAG/CIDDIST avec compétence maintenue du département dans un établissement hospitalier comme celui de Bichat-Claude-Bernard à Paris, avec horaires séparés et compétences médicales de nature différente, à proximité du service des maladies infectieuses ; ou comme à Chalon-sur-Saône avec un accueil indifférencié et une répartition entre CDAG et CIDDIST effectuée par l'infirmière à partir de l'interrogatoire du consultant, sans délivrance sur place de traitement ;

- des CDAG hospitalières devenues CIDDIST après désengagement du département, comme le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC), dont les utilisateurs peuvent avoir recours aux consultations de médecine situées dans les mêmes locaux ainsi que le laboratoire ;
- des CDAG-CIDDIST antenne d'un CHU comme la structure partenariale (CHU, CCAS, ville, associations, établissement psychiatrique) dénommée « *le relais Charbonnier* » installée dans le centre ville de Poitiers (Vienne) et créée à partir du CDAG initial du CHU, avec un centre de consultations de santé, un service d'accueil pour les populations précaires ;
- des CDAG- CIDDIST en ville comme celui qui a été installé dans un centre de santé municipal, à Champigny-Marne après le désengagement du département du Val-de-Marne, et qui peut avoir recours au plateau technique du centre de santé (laboratoire, consultation médicales en secteur 1 ; de même, la situation de l'IAF, qui bénéficie de sa forte réputation pour la prise en charge de ces pathologies, et est privilégiée par son insertion dans un ensemble qui permet d'offrir une activité CDAG, CIDDIST, mais aussi les consultations spécialisées du centre de santé (en secteur 1) et une activité CPEF dans les mêmes locaux.
- des CDAG ayant des missions complémentaires avec des CPEF comme le CDAG/CIDDIST de Dijon cité supra ou la CDAG de Corbeil dans l'Essonne. Il s'agit, dans un département qui a conservé la compétence, d'une CDAG élargie aux compétences CIDDIST. Il assure le dépistage (VIH, hépatites, syphilis) mais avec des médecins généralistes salariés du conseil général et une répartition des activités entre CIDDIST et CDAG pour les financements. Un réseau fonctionnel a été établi avec l'un des 29 CPEF du département, le CPEF d'Evry permettant ainsi d'assurer le traitement, en délivrant des prescriptions, et de compléter le dépistage, à l'occasion des consultations de planification. La forte présence de jeunes, garçons et filles, la possibilité d'offrir la gratuité pour les mineurs et les non assurés sociaux (dépistage chlamydiae et traitement, ainsi que la vaccination) complète l'offre de service de la CDAG de Corbeil, qui de ce fait, n'est pas en mesure d'exercer les missions d'un CIDDIST.
- une offre complémentaire dans des zones non couvertes, sortes de « *zones blanches* », souvent en milieu rural, au sein desquelles il n'existe pas de dispositif spécialisé et dans lesquelles l'offre de service est remplie soit par la médecine libérale, soit par d'autres dispositifs, soit n'existe pas. Le CPEF de Paray-le-Monial (Saône et Loire) est géré par le centre hospitalier de cette localité, dans le cadre d'une convention avec le département de Saône-et-Loire sur la base de l'autorisation accordée par la DDASS au CPEF en application de la loi de 1990 pour pratiquer le VIH et les IST, activités de dépistage comprises dans le fonctionnement du CPEF, aux heures de consultation de planification familiale

1.1.3. Des modalités d'organisation variables

[41] Il est patent que les solutions trouvées localement sont fortement tributaires des circonstances. Si un centre comme celui de l'hôpital Saint-Louis, dont l'expertise en dermatovénérologie est ancienne et reconnue, n'a pas connu de modification sensible de son activité en tant que CIDDIST et a continué à fonctionner sur sa réputation et sa spécialisation, en revanche la mise à niveau du CHIC de Créteil en tant que CIDDIST n'a pas été simple en raison de la nécessité de prendre en charge une activité dont il avait hérité sans réelle préparation, malgré l'appui en matière de formation demandé à l'hôpital Saint Louis et la facilité offerte par la présence des consultations de médecine au sein de l'établissement.

[42] Les antennes, souvent constituées à partir des centres hospitaliers, ont des activités diverses, parfois sur des horaires réduits (CIDDIST du CHU de Dijon à Auxonne ouvert une matinée par semaine), ou tributaires des conditions de fonctionnement locales (en l'absence d'équipement informatique, les infirmières de ces antennes relevant du CHU doivent consacrer du temps de consultation -estimé à 4 demi-journées par mois- à enregistrer les données récoltées). Elles servent souvent de « lieu ou d'occasion d'appel » pour sensibiliser au dépistage, et d'abord pour le VIH.

[43] A travers ces quelques exemples, il est visible que la réalité du fonctionnement de ces structures est diversifiée. Tous les dispositifs spécialisés actuels ne peuvent pas, faute de moyens, ou de compétences médicales disponibles, assurer toute l'offre de service, ce qui ne facilite pas la gestion par l'administration et la lisibilité pour le consultant potentiel. C'est d'ailleurs ce qu'indiquait le rapport du conseil national du SIDA en 2006¹³ : « *au regard de leurs performances ou du nombre de sérologies effectuée, on peut s'interroger sur la pertinence d'avoir maintenu en activité certaines CDAG lors du processus de recentralisation. De plus, beaucoup de CDAG ont des plages d'horaires d'ouverture restreintes, durant les heures de travail et/ou seulement certains jours de la semaine, ce qui limite grandement leur accès et limite la portée de leurs missions. L'évolution et le renforcement des CDAG paraissent d'autant plus nécessaires dans les régions où la prévalence est la plus élevée. Parallèlement, les CDAG doivent aussi orienter principalement leur action vers les populations à forte prévalence y compris dans les régions à plus faible prévalence* ».

1.2. Une diversité de l'origine des financements selon le type de structures, une clarté des comptes souvent médiocre et une variabilité difficile à justifier dans les modalités de calcul des dotations

1.2.1. Une grande approximation dans la connaissance des montants financiers réellement engagés au profit des CIDDIST

[44] Le montant des engagements financiers théoriques de l'Etat au titre de la recentralisation de la lutte contre les IST peut être assez bien établi, en revanche la connaissance de l'enveloppe financière réelle consacrée aux CIDDIST est imprécise au niveau national

Le montant des réflexions opérées sur la DGD est connu avec précision

[45] Ainsi que cela a été mentionné plus haut la loi du 13 août 2004 relative à la recentralisation vers l'Etat des activités de vaccinations, de dépistage des cancers, lutte contre la tuberculose, la lèpre et les IST prévoyait la possibilité pour les collectivités territoriales de conserver l'exercice de ces activités.

[46] Les départements avaient jusqu'au 31 décembre 2005 pour se déterminer sur les compétences qu'ils souhaitaient continuer d'exercer : à cette date, 48 départements sur 100 avaient opté pour la conservation de leur compétence dans la lutte contre les IST en signant une convention avec l'Etat. Les départements ayant renoncé à poursuivre l'exercice d'une ou de plusieurs activités concernées par la recentralisation ont vu le montant de leur DGF réduite d'un montant égal au droit à compensation (DGD¹⁴) établi en 1984 et actualisé en valeur 2005.

¹³ Rapport suivi de recommandations sur « l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France » publié le 16 novembre 2006

¹⁴ Les charges résultant du transfert de compétences entre Etat et collectivités territoriales sont compensées par un transfert d'impôts d'Etat et par l'attribution d'une dotation générale de décentralisation, sachant que 95% des crédits de la DGD ont été intégrés en LFI 2004 dans la DGF

- [47] Le montant de la réfaction théorique (valeur 2005), hors lèpre, pour l'ensemble des départements et toutes activités confondues a été calculé par une mission conjointe d'inspections générales¹⁵ est de 137 823 186 euros dont 15 826 331 euros pour les IST. En valeur 2010 ce dernier montant est de 17 011 817 euros¹⁶.
- [48] Le montant de la réfaction pour les IST opérée sur les départements ayant abandonné leur compétence pour cette activité a été de 6,5 M euros (6 097 033 euros en valeur 2005 et 6 553 737 euros en valeur 2010).
- [49] Depuis la fin d'année 2005 et concernant la lutte contre les IST la situation est évolutive puisque cinq départements (Côte d'Or, Finistère, Somme, Vaucluse, Val de Marne) ont dénoncé au 1^{er} janvier 2007 leur convention pour cette compétence, deux (Haute-Corse, La Réunion) au 1^{er} janvier 2009, un (Manche) au 1^{er} janvier 2010, plus l'annonce de dénonciation faite courant 2010 par la Saône et Loire : à l'heure actuelle ce ne sont donc plus que 40 départements sur 100 qui ont conservé la compétence dans la lutte contre les IST. En sus de la réfaction initiale opérée en 2006 les réflexions suivantes ont été opérées 701 017 euros en valeur 2010 (652 166 euros valeur 2005) pour les cinq départements ayant dénoncé au 1^{er} janvier 2007, 870 470 euros valeur 2010 (809 811 euros valeur 2005) pour les deux départements ayant dénoncé au 1^{er} janvier 2009 et de 14 673 euros valeur 2010 (13 651 valeur 2005) pour le département ayant dénoncé au 1^{er} janvier 2010.
- [50] Le total des réflexions pour les IST sur la DGF des départements se monte donc, en valeur 2010, à plus de 8 M d'euros (8 139 897 euros) sur un montant de 17 M d'euros (17 011 817 euros).

Une disparité entre les crédits réfractés de la DGD et les crédits transférés en LF

- [51] Il serait possible de s'attendre à ce que l'Etat consacre à l'activité recentralisée de lutte contre les IST un financement de l'ordre de grandeur du montant de la réfaction opérée, c'est-à-dire un peu plus de 8 M d'euros. Les CIDDIST, dans les départements où la lutte contre les IST a été recentralisée sans délégation de compétence, sont financés par l'intermédiaire de subventions du ministère de la santé et des sports (programme 204 « *prévention et sécurité sanitaire*¹⁷»), soit par l'intermédiaire des GRSP, soit directement des DRASS.
- [52] Dans l'annexe au projet de loi de finances pour 2010 il est indiqué que « *dans le cadre de la recentralisation des compétences sanitaires, de nouveaux conseils généraux se sont désengagés de ces compétences au cours de l'année 2009 et d'autres envisagent de le faire en 2010. Le désengagement de ces départements entraîne une réduction de la dotation générale de décentralisation qui s'élève d'ores et déjà à 7,3M€. Ce montant fait l'objet d'un transfert en base vers le programme 204 en 2010* ».
- [53] Il existe donc un écart apparent entre le montant de la réfaction opérée sur la DGD et le montant transféré au programme 204 du ministère de la santé et des sports.

Le montant des financements réellement attribués par le ministère de la santé et des sports aux CIDDIST reste incertain

- [54] Dans la mesure où il a été indiqué par la DGS à la mission que les services déconcentrés recevaient des crédits globalisés, et non fléchés, aucune donnée ne permet à l'administration centrale d'estimer l'enveloppe réellement utilisée pour le fonctionnement des CIDDIST.

¹⁵ « *Mission relative à la réfaction à opérer sur la dotation globale de fonctionnement (DGF) des départements, en application de l'article 71 de la loi du 13 août 2004 portant recentralisation de certaines compétences de prévention sanitaire* », octobre 2005, IGA, IGAS, IGF

¹⁶ La valeur 2010 est calculée à partir de la valeur 2005 actualisée du taux d'évolution de la DGD : le taux d'évolution de la DGD est identique à celui de la DGF sur 2006, 2007 et 2008 mais connaît un gel depuis 2009

¹⁷ Ce programme comporte différentes actions dont l'action n° 13 « *prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins* »

- [55] La mission a demandé à la DGS de procéder à une consolidation des financements du ministère de la santé à partir de remontées d'informations en provenance des services déconcentrés sans qu'il soit possible de l'obtenir. La DGS invoque comme explications le système d'information existant, les modalités variables de saisie de ce système, les difficultés d'identification des structures financées et la participation, non harmonisée sur l'ensemble du territoire national, de l'assurance maladie au financement des GRSP.
- [56] La Cour des comptes a fait un constat très approchant puisqu'il est écrit dans son rapport public annuel 2010 (politique de lutte contre le VIH/sida) que « *les dépenses des GRSP¹⁸ consacrées spécifiquement à la prévention du VIH/sida et à l'accompagnement des personnes infectées sont imparfaitement connues et insuffisamment exploitées par la DGS* ». Dans ce même rapport les dépenses de prévention consacrées au VIH/sida sont estimées par la Cour des comptes à environ 54 M€ dont 25 M€ au titre des subventions versées par les GRSP aux associations.

1.2.2. Au niveau national des informations financières disparates selon leur origine concernant les CDAG

- [57] La direction générale de l'offre de soins est en capacité de fournir un éclairage d'ensemble sur les financements attribués aux CDAG hospitalières, contrairement à l'assurance maladie vis-à-vis des structures extrahospitalières.
- Près de 18,5 millions d'euros de crédits MIGAC ont été affectés en 2009 aux CDAG hospitalières**
- [58] Le financement des CDAG hospitalières s'effectue sur les crédits des missions d'intérêt général (MIG) : à ce financement, qui concerne des activités très diverses, s'ajoute à une enveloppe dite d'aide à la contractualisation (AC) et une enveloppe consacrée aux missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) pour constituer l'enveloppe MIGAC.
- [59] Selon le rapport de l'IGAS de 2009¹⁹ les crédits MIG sont difficiles à déterminer avec précision par la DHOS sur les exercices allant de 2005 à 2009, à l'exception de l'exercice 2008 (1 814M d'euros). Au sein de cette enveloppe, qui finance environ une cinquantaine d'activités ou structures, il n'est pas plus possible d'identifier les crédits destinés aux CDAG²⁰, l'une des explications résidant dans le fait que ces crédits ne figurent pas parmi les principaux postes de financement²¹.
- [60] Après détermination d'une enveloppe opérée en 2005 à partir d'un retraitement comptable sur les données de l'année 2003, la gestion des MIG a fait l'objet en 2006 d'un guide méthodologique à destination des ARH.

¹⁸ La Cour pointe également « *la dispersion des concours des GRSP...qui emporte d'importantes pertes d'économies d'échelle* »

¹⁹ Pierre-Louis BRAS, Gilles DUHAMEL, « *le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé* » Rapport 2009 de l'IGAS

²⁰ Les CDAG sont financées au titre de MIG de l'article D.162-6 2° d) à i) du code de la sécurité sociale (prises en charge spécifique)

²¹ Selon le rapport de l'IGAS déjà cité les principaux postes de financement en 2008 sont l'aide médicale urgente, les équipes mobiles de soins palliatifs et de gériatrie, les UCSA, la lutte contre le cancer et l'éducation thérapeutique

- [61] Ce guide contient dans une annexe une « *liste des MIGAC pour lesquelles les travaux de modélisation ont abouti* » : les CDAG figurent dans cette liste. Il est proposé dans ce guide une harmonisation des financements de ces structures, compte tenu que « *les retraitements comptables montrent une forte hétérogénéité, variant entre 800 € et 900 000 €* », avec détermination d'une structure standard²². Selon ce guide ce modèle « *aboutit à un financement global de 10,34 millions d'euros pour les CDAG rattachées aux établissements ex-DG soumis à la T2A* ».
- [62] En réalité ce montant est largement minoré compte tenu des chiffrages 2008/2009 que la DGOS²³ a transmis à la mission concernant les MIGAC finançant les CDAG hospitalières

Tableau 1 : Evolution 2008/2009 des crédits MIGAC destinés aux CDAG hospitalières selon la catégorie d'établissements.

Catégorie	Nombre d'établissements en 2009	Total 2008	Total 2009	Evolution
AP-HP	1	1 196 878	1 237 636	+3,4%
CH	146	10 547 813	10 899 326	+3,3%
CHR	23	5 635 265	6 041 322	+7,2%
EBNL-PSPH	3	227 859	239 603	+5,2%
Total	173	17 607 814	18 417 887	+4,6%

Source : DGOS ARBUST 2009 Liste MigAc 2009

- [63] En 2009 les crédits MIGAC utilisés pour financer des CDAG atteignent 18,4 M€
- [64] Le dispositif de dépistage CDAG repose pour la quasi-totalité sur les établissements publics de santé, et un CH sur trois²⁴ obtient un financement pour cette activité.
- [65] Le chiffre de 17,6 M€ pour 2008 pour 173 établissements²⁵ semble être concordant avec l'évaluation faite par la Cour des comptes (*ibid.*) du coût en 2008 pour l'assurance maladie des « *352 CDAG qui ont effectué 12% des dépistages* » à savoir 34 M€
- [66] Le montant de la MIGAC est en 2009 en moyenne de 74 653 € par CH et de 262 666 € par CHR (137 515 € par CDAG à l'AP-HP) avec un financement moyen national de 106 462 € par établissement.

La mission n'a eu connaissance d'aucune information agrégeant au niveau national les financements accordés aux CDAG non hospitalières

²² Selon ce modèle le minimum d'ouverture est de 10H par semaine avec 1 400 à 2 000 consultations/an, les personnels sont pour 30% médicaux, 30% infirmiers et 30% de secrétariat, les charges de structure représentent 15% des frais de personnels ainsi que des frais variables en relation avec des données spécifiques d'activité. Selon ce modèle le forfait de base pour une CDAG standard (ouverture 10H/semaine, 1 400/2 000 consultations/an) est de 51 000 € avec un forfait augmenté de 12 000 € par tranche de 500 consultations. Ce modèle est calculé hors charges de laboratoire, prescription de B et activités complémentaires (ex : activités hors les murs).

²³ A noter que sur les modalités de financement des CDAG hospitalières par l'enveloppe MIGAC la CNAMTS a indiqué à la mission ne détenir aucune visibilité

²⁴ En 2005 452 CH ont été comptabilisés (rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale 2007)

²⁵ Il s'agit du nombre d'établissements et non du nombre de CDAG : l'AP-HP dispose de six CDAG *intra-muros* et de trois *extra-muros* (Hauts de Seine), soit au total de neuf CDAG

- [67] Les CDAG extra hospitalières, depuis le 1^{er} janvier 2000, sont financées au moyen d'une dotation forfaitaire annuelle, versée trimestriellement par la CPAM du département dans lequel la consultation est implantée, le montant de la dotation à servir étant déterminé par un accord entre le gestionnaire de la structure et la CRAM²⁶.
- [68] La CNAMTS, au niveau du cabinet de son directeur général lors d'une réunion de travail avec la mission, est plutôt favorable au financement à l'activité plutôt qu'à la dotation forfaitaire au motif que le premier est plus vertueux même si la forfaitisation présente l'intérêt d'être non inflationniste. La CNAMTS, tout en reconnaissant la nécessité d'une clarification sur les conditions d'allocations de ressources pour des missions de service public telles qu'assument les CDAG, n'a pas élaboré d'orientations nationales portant sur cette activité.
- [69] De fait il a été laissé entendre à la mission que la CNAMTS n'avait pas les moyens à l'échelon national, ni peut être la volonté, de se fixer un trop grand nombre d'objectifs en termes d'actions de prévention et d'information aux assurés (exemples récents : lutte contre la surconsommation des médicaments, prévention bucco-dentaire, éducation thérapeutique des diabétiques) et que le dépistage ne faisait pas partie de ses priorités. La CNAMTS en tant que tête de réseau se repose sur les CRAM/CPAM pour déterminer régionalement les modalités de soutien aux actions de prévention.
- [70] A l'époque de la rédaction du présent rapport la CNAMTS n'a pas été en mesure de fournir à la mission les informations financières permettant d'apprécier à l'échelle nationale la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement des CDAG extrahospitalières. On peut penser que ce déficit d'information est lié au transfert de la compétence de fixation de la dotation forfaitaire des services régionaux de l'assurance maladie aux nouvelles ARS²⁷.

Recommandation n°1 : Demander aux ARS d'effectuer en direction des administrations centrales concernées du ministère chargé de la santé ainsi que de l'assurance maladie une transmission régulière d'informations relatives au financement des structures de dépistage

Tableau 2 : Chiffrage approximatif et arrondi des enveloppes 2009 affectées théoriques aux différents types de structures selon l'origine du financement

	CDAG hospitalières	CDAG non hospitalières	CIDDIST Etat	CIDDIST département
Crédits MIGAC	18,5			
Dotations CPAM		17		
Crédits ministère de la santé			8	
Crédits DGD				9

- [71] A noter que les crédits DGD et GRSP sont chiffrés en valeur 2010.
- [72] Dans ce tableau seuls les chiffres des crédits MIGAC et de la DGD (c'est-à-dire pour les départements ayant conservé la compétence IST la différence entre le montant de la réfaction théorique DGD de 17 M€ et le montant de la réfaction opérée de 8 M€) ont été fournis à la mission par les administrations concernées.

²⁶ La dotation est fixée dans le respect de l'objectif de progression des dépenses de soins de ville mentionné à l'article L.227 du code de la sécurité sociale en tenant compte des dépenses et de l'activité de la consultation constatées pour les trois dernières années ainsi que des prévisions d'activité et de dépenses pour l'année considérée

²⁷ L'article D174-17 du code de la sécurité sociale précise que « le montant de la dotation forfaitaire annuelle relative aux dépenses liées aux consultations de dépistage » effectuées dans les CDAG non hospitalières est fixé par le directeur général de l'ARS

- [73] Le chiffrage des dotations de l'assurance maladie et celui des crédits GRSP sont déduits pour le premier par différence entre le coût de fonctionnement de l'ensemble des CDAG estimé par la Cour des comptes actualisé au taux d'évolution MIGAC 2008/2009 (34M€ x 0,046) et les crédits MIGAC 2009 (18,5 M€), pour le second du montant de la réfaction opérée (8 M€²⁸). Dans ces conditions il convient d'être prudent quant à la réalité de ces chiffrages qui doivent être compris plutôt comme des ordres de grandeur.
- [74] Au total, il est cependant possible d'estimer à un peu plus de 50 M€ les divers financements des activités CDAG et CIDDIST, sachant qu'il s'agit de financements théoriques qui ne préjugent pas d'une sur ou sous consommation des enveloppes attribuées (voir infra).

1.2.3. Au niveau local une très grande variabilité selon les structures dans les modalités de calcul des dépenses et de fixation des financements

1.2.3.1. Un élargissement du dépistage des CDAG sans clarté budgétaire

- [75] L'élargissement du dépistage des CDAG, qui peut être fondé d'un point de vue épidémiologique, n'est pas réalisé à financeur constant au détriment de la clarté budgétaire.
- [76] Afin d'étayer son raisonnement, la mission a privilégié l'analyse financière des sites sur lesquels elle s'était déplacée, la région Ile-de-France et la région Bourgogne, qui rassemblent tous les cas de figure en terme de financement.
- [77] L'exemple du département de Paris : les CDAG de l'AP-HP sont au nombre de neuf dont six intra-muros²⁹ : quatre des neuf CDAG sont couplées à un CIDDIST. Les CDAG sont financées par une dotation MIGAC spécifique d'un montant de 1,196 million d'euros en 2008. Concernant la ventilation des financements CDAG l'AP-HP décline les règles du guide méthodologique MIGAC.
- [78] Compte tenu de la recrudescence des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis le département de Paris, s'inscrivant « *dans une politique volontariste de dépistage de cette infection*³⁰ », prend en charge³¹ le dépistage biologique de cette infection dans les CDAG de Paris pour les jeunes femmes de moins de 25 ans, sachant que les femmes présentant un résultat positif soit sont traitées sur place au titre du CIDDIST s'il s'agit d'un CDAG/CIDDIST, soit sont orientées vers un CIDDIST à défaut de solution de traitement immédiat sur place. Le coût est évalué pour 2009 à 113 400 € pour les seules CDAG/CIDDIST de l'AP-HP.
- [79] L'élargissement de l'activité de dépistage aux chlamydiae des CDAG du département de Paris, s'il est fondé d'un point de vue de la santé publique (c'est un des objectifs de la loi du 9 août 2004), est à l'origine d'un double financement, hors structures dépendant de la DASES, qui n'est pas source de simplification de la gestion budgétaire.

²⁸ Il aurait pu être aussi choisi le chiffre de 7,3 M€ figurant dans le PLF 2010

²⁹ En 2008 les CDAG de l'AP-HP (hors Avicenne) ont réalisées environ 25 000 tests de dépistage parmi les 27 000 consultants. Les trois CDAG les plus importantes sont Bichat-Claude Bernard, Lariboisière-Fernand Widal et la Pitié-Salpêtrière

³⁰ Préambule de la convention signée le 20 octobre 2008 entre le Département de Paris, la Direction des affaires sanitaires et sociales de Paris et la CRAMIF

³¹ A hauteur d'un acte de biologie de B100

- [80] Le même raisonnement peut être appliqué en Ile-de-France pour les CIDDIST qui, selon l'état des lieux des CIDDIST en Ile-de-France cité supra³² réalisé par le Dr Christine BARBIER, «...sont invitées à signer des conventions avec les CPAM afin d'obtenir des cofinancements de l'assurance maladie pour la prise en charge des IST» (c'est le cas dans le département de l'Essonne pour la prise en charge du dépistage des chlamydiae chez les femmes de 15 à 25 ans). La capacité de lutte contre les IST en est certainement accrue mais pas la lisibilité budgétaire.

1.2.3.2. Une délimitation budgétaire délicate des activités CDAG et CIDDIST couplées au sein d'une même structure

- [81] Il convient de mettre à part le centre médico-social départemental du Figuier à Paris, CDAG/CIDDIST avec une forte activité CDAG (20 857 consultations en 2009) et une faible activité CIDDIST (694 consultations en 2009), du fait notamment de la faible amplitude d'ouverture du CIDDIST : compte tenu du caractère départemental de la structure, partie intégrante de la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES) du département de Paris il n'a pas été possible d'obtenir de données permettant d'apprécier tant les charges que les produits d'exploitation de cette structure.

Que ce soit dans une structure associative...

- [82] A l'Institut Alfred Fournier la CDAG est financée aux coûts réels d'exploitation et le CIDDIST à l'activité sur la base d'un montant forfaitaire par consultant

- [83] La mission, lors de son déplacement dans un des plus importants CDAG³³/CIDDIST parisien, l'IAF, de statut associatif, a constaté que la dotation forfaitaire de l'année N de la CDAG était calculée à partir du résultat analytique de l'année N-1, ce résultat étant calculé à partir des charges directes d'exploitation (salaires directs, achats des réactifs) et des charges indirectes (salaires laboratoire et prélèvement, administration, locaux, coûts de laboratoire). Il s'agit d'un financement de structure aux coûts réels d'exploitation sans prise en compte de l'activité : le coût unitaire complet par patient, qui a été calculé, est de 62,76 € dont 51,5% de charges directes et 48,5% de charges indirectes.

- [84] La CDAG est donc financée aux coûts réels d'exploitation, avec tenue d'une comptabilité analytique, alors que le CIDDIST de l'IAF est financé à l'activité selon un forfait par patient pour les « *primo consultants IST* » (coût de la consultation d'un médecin spécialiste + un forfait pour la biologie + un forfait pour les médicaments + un forfait de structure) et un forfait par patient pour les « *consultants IST* » définis par la DASES : il n'y a pas de tenue par l'IAF d'une comptabilité analytique pour le CIDDIST, d'une part en raison d'une absence de demande faite par la DASES, d'autre part parce que la responsable de l'IAF estime extrêmement délicat de tenter une répartition de certaines charges entre la CDAG et le CIDDIST.

- [85] Le montant de la participation départementale additionne le nombre prévisionnel de « *primo consultants IST* » multiplié par le montant forfaitaire « *primo consultants IST* » et le nombre prévisionnel de « *consultants IST* » multiplié par le montant forfaitaire « *consultants IST* ».

³² Etat des lieux des CDAG CIDDIST en Ile-de-France, rapport cité

³³ Nombre de consultants CDAG en 2008 : 18 107 avec 17 613 tests VIH

- [86] En conformité avec la convention entre le département de Paris (DASES), la CRAMIF et la DASS de Paris, il est proposé aux jeunes femmes asymptomatiques de moins de 25 ans consultant dans une des 11 CDAG implantées à Paris un dépistage chlamydiae avec traitement éventuel dans le cadre du CIDDIST. S'agissant du dépistage de la syphilis³⁴ le département de Paris ne prend en charge que les dépenses des structures associatives parisiennes gestionnaires d'une CDAG telles que l'IAF.
- [87] Au total l'IAF tient deux systèmes comptables différents selon l'activité effectuée, avec une incapacité à définir les exactes limites budgétaires des deux activités, l'IAF estimant pourtant que les deux activités sont à peu près financièrement équilibrées. Afin d'offrir la meilleure offre de santé possible dans le souci du maintien de cet équilibre financier, la responsable de l'IAF s'avère dans la nécessité de faire des choix, par exemple en termes de composition du bilan des séronégatifs B avant vaccination.
- [88] Il serait également plus pertinent de s'attacher à prendre en charge pour l'activité CIDDIST de l'IAF les coûts réels plutôt que des montants forfaitaires, en partie arbitraires : c'est ainsi que selon la responsable de l'IAF la sur dotation des frais de fonctionnement équilibre la sous dotation des examens biologiques (pour le budget prévisionnel 2009, l'enveloppe approuvée par la DASES est de 180 B alors que l'IAF demande et réalise 285 B ; à l'opposé tandis que le montant de frais de fonctionnement proposé par l'IAF est de 51,50 € la DASES approuve un montant de 54,75 €).
- ...Ou dans un établissement hospitalier**
- [89] Les dépenses du CDAG/CIDDIST de l'hôpital Bichat sont indifférenciées et composées quasi uniquement de dépenses de personnels sans incorporation d'aucunes charges indirectes
- [90] Les modalités de financement des quatre CIDDIST de l'AP-HP, qui sont fixées par une convention signée le 9 août 2007³⁵ entre l'AP-HP et le Département de Paris³⁶, sont les mêmes que celles dont bénéficie l'IAF avec un double montant forfaitaire « *primo consultant IST* » et « *consultant IST* ».
- [91] En 2009 la participation départementale pour les CIDDIST de l'AP-HP s'est élevée à 8 800 « *primo consultants* » IST x 108,63 € + 7 200 « *consultants IST* » x 23 €, soit un total de 1 121 544 € pour l'exercice 2009. Le Département de Paris prend également en charge le coût des tests de dépistage de l'infection Chlamydiae (nombre prévisionnel d'examens x B100).
- [92] Cette participation départementale forfaitisée n'empêche pas l'hôpital Bichat de tenir des comptes d'exploitation pour le CIDDIST et la CDAG avec des dépenses de titre I, de titre II et de titre III.

³⁴ Convention conclue le 8 novembre 2004 avec la CRAMIF : le Département de Paris prend en charge la dépense prévisionnelle liée aux tests de dépistage de la syphilis assurés par l'IAF

³⁵ Cette convention a succédé à la convention du 16 juin 2004 entre le département de Paris et l'AP-HP qui portait sur les dispensaires antivénéériens de l'AP-HP. Un projet de nouvelle convention pour 2010 entre le département de Paris et l'AP-HP a été transmis à la mission.

³⁶ Le département de Paris a conservé la compétence IST

Tableau 3 : Dépenses du CIDDIST et de la CDAG de l'hôpital Bichat en 2008 et 2009

	2008		2009	
	CIDDIST	CDAG	CIDDIST	CDAG
Personnel non médical	77 924	70 913	84 055	76 478
Personnel médical	41 585	104 217	55 198	82 707
Titre 1	119 509	175 130	139 253	159 185
Titre 2	3 234	10 826	3 598	12 047
Titre 3	39 012	488 105	55 171	484 687
Total	161 755	674 061	198 022	655 919
Recettes DASES	85 386		81 692	
MIGAC		371 523		380 916
Excès (+) ou manque (-) de financement	- 76 369	- 302 538	-116 330	-275 003

Source : services financiers hôpital Bichat

[93] Ce tableau fait apparaître un important manque de financement pour les deux activités CDAG et CIDDIST, ce manque étant plus particulièrement accusé pour l'activité CDAG. Les charges d'exploitation à caractère médical (Titre 2) sont modestes si on les compare à celles du CHIC (voir infra), notamment pour l'activité CDAG. En revanche les charges d'exploitation à caractère hôtelier et général (Titre 3) sont considérables puisqu'elles représentent presque les ¾ des dépenses totales de la CDAG.

[94] L'explication du montant des dépenses de Titre 3 réside dans les frais de laboratoire qui sont imputés sur ce poste.

Tableau 4 : Détail des dépenses du Titre 3

	2008		2009	
	CIDDIST	CDAG	CIDDIST	CDAG
Titre 3	39 012	488 105	55 171	484 687
Dépenses directes	1 359	4 550	908	3 041
Electricité, eau, chauffage, nettoyage	3 260	3 260	3 347	3 347
Prestations extérieures (ex de laboratoire)	34 394	480 296	50 916	478 299

Source : services financiers hôpital Bichat

[95] Les frais de laboratoire représentent pour la CDAG en 2009 plus de 98% des dépenses de Titre 3 et 73% des dépenses totales de la structure.

[96] Dans les deux budgets CDAG et CIDDIST ne figurent aucunes dépenses de Titre 4 (amortissements et charges de structure), ni de charges indirectes. Le rapprochement de ce budget de ceux du CHIC et de celui du CHU de Dijon (voir infra) est éloquent non seulement sur les importantes différences des dépenses en valeur relative selon leur nature et selon l'établissement d'accueil de la structure (ainsi les frais de laboratoire constituent les 3/4 des dépenses du CDAG de Bichat, les 2/3 de celui du CHIC et 50% de celui du CHU de Dijon³⁷) mais également sur l'absence complète d'harmonisation en termes d'imputation des dépenses tant en charges directes qu'en charges indirectes.

³⁷ Ce ratio frais de laboratoire/dépenses totales baisse même à moins d'un quart pour la CDAG du centre municipal de santé de Champigny.

- [97] Si les activités CIDDIST de l'IAF et de l'AP-HP sont financées au forfait, en revanche le montant forfaitaire « *primo consultant IST* » est fixé pour l'IAF pour 2009 à 135,60 € tandis que le montant forfaitaire « *consultant IST* » venant pour un suivi reste à 23 €. A l'examen comparatif IAF/AP-HP des éléments constitutifs des montants forfaitaires « *primo consultant IST* » il apparaît que les différences portent sur le montant des traitements (20 € AP-HP, 9,25 € IAF) et surtout sur celui des frais de fonctionnement (17,03 € AP-HP, 54,75 € IAF).
- [98] Au total, concernant les CIDDIST financés par le département de Paris, la dotation forfaitaire versée s'attache à tenir compte des spécificités des structures, qui sont à l'origine de différences sensibles des frais de fonctionnement : la mission n'a pas été en mesure d'authentifier si le rapport de 1 à 3 entre les frais de fonctionnement de l'AP-HP et ceux de l'IAF sont justifiés.
- [99] Le rapport est même de 1 à 4,43 si l'on compare les frais de structure des CIDDIST AP-HP (17,03 €) et ceux du CIDDIST de la Croix Rouge Française CRF (75,47 €).
- [100] La DASES indique, concernant les CIDDIST de l'IAF et de la CRF, que « *les différences de frais de fonctionnement associatives s'expliquent notamment par le fait que l'IAF est propriétaire de ses murs. En outre, chaque année, le CIDDIST de la CRF a des frais de siège relativement importants, alors que ce poste est inexistant pour l'Institut Fournier* ». La DASES ajoute que l'explication des faibles coûts de structure des CIDDIST de l'AP-HP réside dans le fait que les structures de l'AP-HP « *sont implantées au sein d'hôpitaux, leurs frais de fonctionnement sont... moins élevés car une large partie de ces frais est couverte par l'hôpital qui les accueille dans le cadre de son fonctionnement global* ».
- [101] Cette position de la DASES revient à faire prendre en charge sur le budget hospitalier des frais de fonctionnement qui lui incombent : en outre il n'est pas logique que la DASES accepte de participer au financement des frais de siège de la CRF et pas à ceux de l'AP-HP.
- [102] Il est donc permis de s'interroger sur une telle variabilité des coûts pour des activités similaires et sur l'absence de tout modèle de financement d'une structure CIDDIST à l'image de ce qui a été établi dans le guide méthodologique MIGAC pour les CDAG.
- [103] Au delà les mêmes difficultés de gestion se posent, en établissement de santé comme en milieu associatif, sur la décomposition des coûts d'exploitation du CDAG et du CIDDIST ainsi que sur leur imputation sur l'un des deux budgets disponibles, hospitalier MIGAC pour la CDAG ou départemental DASES pour le CIDDIST, qui ne sont pas bâtis selon les mêmes méthodes : un financement aux coûts réels d'exploitation avec un seul financeur aurait le mérite de la clarté et de la simplification pour le gestionnaire de la structure.
- [104] Le Centre hospitalier intercommunal de Créteil n'incorpore des charges induites que dans les dépenses du CIDDIST
- [105] La transparence financière n'est guère améliorée dans le cas d'un financement du CIDDIST par le GRSP.
- [106] En effet en région parisienne, au CHIC, la CDAG est financée à hauteur de 277 297 € sur des crédits MIGAC pour son activité CDAG et à hauteur de 148 000 € sur des crédits du ministère de la santé et des sports pour son activité CIDDIST.
- [107] Selon le compte administratif 2009 de la CDAG transmis par le CHIC les charges de Titre 1 sont de 102 962 € et celles de Titre 2 de 208 451 € soit un total de 311 413 € de charges directes, avec un manque de financement de 34 116 €

- [108] Le compte administratif 2009 du CIDDIST qui ne comporte pas plus de charges indirectes, présente 74 554 € de charges de Titre 1, 41 216 € de charges de Titre 2, 124 € de charges de Titre 3 et 23 518 € de charges induites³⁸ soit au total 139 412 €, avec pour conséquence un surplus de financement de 8 588 €

Tableau 5 : Compte administratif 2009 de la CDAG et du CIDDIST du CHIC

	CDAG	CIDDIST
Dépenses Titre 1	102 962	74 554
Dépenses Titre 2	208 451	41 216
Dépenses Titre 3		214
Charges induites		23 518
Total	311 413	139 412
Excès (+) ou manque (-) de financement	- 34 116 ³⁹	+ 8 588

Source : CHIC

- [109] Les dépenses de Titre 2 sont pour les deux structures et pour leur quasi-totalité des actes de laboratoire (CDAG 208 143 € sur 208 451 €, CIDDIST 34 781 € sur 41 216 €). Le budget de la CDAG ne comporte aucune dépense de Titre 3.
- [110] Il est également à observer, outre le déficit d'exploitation de la CDAG et l'excédent d'exploitation du CIDDIST, que ces comptes administratifs n'incorporent des charges indirectes, dites induites, que dans le budget CIDDIST.
- [111] La comparabilité des budgets entre le CHU de Dijon (voir infra) ou celui de l'hôpital Bichat avec celui du CHIC est rendue dans ces conditions très ardue, sinon impossible. Cette variation de composition traduit bien cependant l'absence de règles budgétaires clairement établies qui manquent manifestement au sein des établissements de santé.
- [112] Au CHU de Dijon les dépenses du CIDDIST, qui sont censées être calculées sur la base des frais réels engagés, constituent en réalité la variable d'ajustement de fixation du budget de la structure CDAG/CIDDIST
- [113] Le CDAG/CIDDIST du CHU de Dijon est une structure hospitalière avec un double financement enveloppe MIG pour la CDAG et subvention de fonctionnement GRSP pour le CIDDIST. Le CHU de Dijon qui réalise aussi les activités de vaccination et de lutte contre la tuberculose est financé à ce titre par le GRSP.
- [114] Concernant l'activité CDAG le CHU impute au 31/12/2007 des charges directes de Titre 1 pour 164 671,99 €, de Titre 2 pour 84 965,98 € et de Titre 3 pour 2 765,13 € ainsi que des charges indirectes de 73 196,90 € pour un montant total de charges de 325 600 €⁴⁰ qui correspond à l'enveloppe MIGAC. A dater de 2009 cette décomposition en Titres 1, 2 et 3 n'est même plus apparente dans les comptes fournis par le CHU (voir tableau ci-dessous).

³⁸ Les charges induites se composent de 6 043 € d'administration, 887 € de direction générale, 5 030 € de service informatique, 5 308 € d'entretien et maintenance, 4 816 € de gestion du personnel et 1 435 € de gestion économique

³⁹ Hors charges induites non individualisées et non quantifiées par le CHIC

⁴⁰ Il est à remarquer que cet état des dépenses ne mentionne que des sous totaux (personnel non médical, personnel médical) et totaux (Titre 1, Titre 2, Titre 3) pour les dépenses de la CDAG. Ce même état décompose en revanche en comptes à six chiffres les dépenses du CIDDIST.

- [115] Les documents de clôture 2008 transmis par la direction des affaires financières du CHU de Dijon mettent en évidence 717 343,98 € de charges globales du CIDDIST dont 556 832,34 € de charges directes (dont 423 971,14 € de Titre 1), 160 511,64 € de charges indirectes et 17 083,99 € de recettes de Titre 3 avec au regard une subvention d'équilibre du GRSP de 700 259,99 €
- [116] Cependant la clarté des comptes n'est qu'apparente ainsi qu'en témoigne une note interne du GRSP⁴¹ de Bourgogne dans laquelle il est signalé l'existence d'un excédent au titre du budget GRSP 2008 pour les activités du centre de vaccinations, de lutte contre la tuberculose et de lutte contre les IST, l'origine de l'excédent étant difficile à analyser « ...au regard du bilan financier 2008, dont l'exploitation reste complexe et insatisfaisante à l'heure actuelle ; du fait de l'existence des crédits CDAG (MIGAC) dont l'emploi est fortement lié à l'activité IST et de l'absence de budget annexe constitué⁴² ».
- [117] La complexité d'un double budget et d'une double exploitation des comptes clairement exposée par l'un des financeurs en 2009 est visible sur l'état des dépenses ci-dessous.

Tableau 6 : Dépenses réalisées 2007/2008/2009 du CDAG/CIDDIST du CHU de Dijon

	2007		2008		2009	
	CDAG	CIDDIST	CDAG	CIDDIST	CDAG	CIDDIST
Titre 1	119 958	247 628	139 030	423 971		469 264
Titre 2	167 091	22 574	165 320	91 024		164 089
Titre 3	1852	4321	19 957	198 716		58 821
Titre 4	38 751	11 249		3 633		50 775
Charges indirectes	0	0	0	0	336 176	110 692
Total	327 652	285 772	324 307	717 344	336 176	848 641

Source : CHU de Dijon

- [118] Au CHU de Dijon les frais de laboratoire sont inclus pour la CDAG et CIDDIST dans le Titre 2 et représentent environ 98% de ce Titre pour le CIDDIST.
- [119] Ce tableau met en évidence une stabilité des dépenses de la CDAG et une forte progression sur 2007-2008 des dépenses du CIDDIST. Il est clair que c'est à partir du montant de la dotation MIGAC/CDAG que sont calculées les dépenses du CIDDIST financées par le GRSP : les dépenses affectées au CIDDIST constituent la variable d'ajustement du financement de la structure globale CDAG/CIDDIST (la comptabilité en tire les conséquences en 2009 en faisant figurer les dépenses de la CDAG sur une seule ligne).
- [120] A noter également une imputation variable au fil du temps des dépenses : le Titre 3 du CIDDIST connaît des évolutions à la hausse, puis à la baisse, assez peu compréhensibles, il en est de même pour le Titre 4 tandis que des charges indirectes apparaissent en 2009.
- ...Ou encore dans un centre de santé**
- [121] Le centre de santé municipal Maurice Ténine de la commune de Champigny-sur-Marne est CDAG et CIDDIST : il bénéficie donc d'une dotation 2008 de l'assurance maladie de 121 436 € et d'un financement de l'Etat de 27 795 € pour 2008 et de 48 000 € pour 2009.

⁴¹ Note interne au GRSP en date du 26 mai 2009 relative à la convention GRSP/CHU de Dijon 2006 2009 pour la gestion des activités de santé publique, à la signature du secrétaire général et adressée au directeur

⁴² Dans cette même note il est mentionné que « concernant l'activité de la CDAG, financée par l'assurance maladie au titre de la MIGAC, les crédits ont été consommés à hauteur de la dotation versée, soit 325 600 € »

- [122] Le montant des frais de laboratoire de la CDAG est évalué pour le compte de résultat anticipé 2009 à 35 631 € sur des dépenses totales de 158 515 € soit environ 22,5%.
- [123] Il a été transmis par le responsable du centre de santé à la mission des comptes de résultats pour le budget CDAG faisant apparaître des dépenses de personnels, d'achats de réactifs, de frais de laboratoire et de frais généraux (96 449 € compte de résultat définitif 1998⁴³, 158 515 € compte de résultat anticipé 2009).
- [124] En revanche il n'a pas été communiqué d'éléments relatifs au budget CIDDIST du centre de santé et l'avenant à la convention Etat/commune de Champigny porté à la connaissance de la mission ne mentionne pas les modalités de calcul de la subvention versée par l'Etat.
- [125] Au vu des documents en possession de la mission la transparence, sur les méthodes d'imputation et de répartition des charges et sur les conditions de détermination du montant des financements, entre les structures CDAG et CIDDIST du centre de santé n'est pas obtenue.
- [126] Au total la mission estime, quel que soit le statut associatif, hospitalier ou municipal du gestionnaire de la structure CDAG/CIDDIST, que le double financement est source de complexité et d'obscurité des comptes, d'autant que les règles d'imputation des dépenses et celles fixant les dotations peuvent être fluctuantes tant au cours du temps qu'en fonction du financeur, de la région géographique ou de l'établissement gestionnaire financé : compte tenu du caractère pleinement et exclusivement sanitaire des missions assurées par les CIDDIST il ne peut être envisagé qu'un transfert de leur financement à l'assurance maladie accompagné d'une clarification des comptes d'exploitations, et sous réserve de l'élaboration concomitante d'une stratégie nationale sur le devenir de la totalité des structures dédiées au dépistage du VIH/VHB/VHC et au dépistage/diagnostic/traitement des IST qui permette notamment le lancement par les ARS d'un chantier de rationalisation de l'offre sur l'ensemble du territoire national (voir infra).

Recommandation n°2 : Supprimer le double financement des structures CDAG et CIDDIST en transférant à l'assurance maladie la prise en charge financière des CIDDIST

Recommandation n°3 : Faire appliquer les règles identiques de tenue des comptes d'exploitation et de fixation du montant des financements qui auront été déterminées par les autorités de tutelle

- 1.2.3.3. Des modalités d'élaboration de la dotation finançant les CDAG extra hospitalières et fixée par les CRAM non totalement stabilisées

Le budget de fonctionnement pris en compte n'est pas identique en Bourgogne selon la CDAG financée

- [127] En région Bourgogne la CRAM finance les CDAG extra hospitalières sur la base d'une dotation forfaitaire annuelle avec un réajustement budgétaire⁴⁴ qui intervient après calcul des écarts entre les réalisations (compte administratif) et le budget alloué (dotation forfaitaire) : cependant pour une même CRAM la composition du budget pris en compte varie sensiblement en fonction du département.

⁴³ Ce CR n'est pas considéré comme significatif par le responsable du centre de santé compte tenu de l'absence pour congé maladie d'un médecin sur cette période

⁴⁴ Le réajustement budgétaire est en décalage N-2 : pour exemple la régularisation du budget réalisé 2008 est faite sur le budget 2010

- [128] Pour la CDAG de Chalon-sur-Saône gérée par le conseil général de Saône-et-Loire le budget s'effectue sur l'activité réelle du centre⁴⁵ selon le nombre de consultations, le nombre d'actes de prélèvement de sang veineux et le nombre de sérodiagnostics de dépistages tandis que le budget de la CDAG de Nevers et de Clamecy, qui est gérée par le conseil général de la Nièvre, présente une tout autre structure avec une décomposition en divers postes (ressources humaines, formation personnel, frais d'analyse, consommables/collecte déchets, fournitures de bureau, véhicule, documentation, charges locaux).
- [129] Ainsi, dans une même CRAM, la facturation d'une activité identique se fait sur des bases sensiblement différentes sans qu'il soit possible de trouver de raisons légitimant de telles différences de traitement.
- [130] Cela aboutit, pour des activités considérées par la CRAM comme à peu près similaires, à financer pour 2010 la CDAG de Chalon-sur-Saône⁴⁶ à hauteur d'environ 109 000 € et la CDAG de Nevers à hauteur d'environ 95 000 €

En région Ile de France la dotation forfaitaire versée ne semble pas être toujours calculée au vu des résultats financiers

- [131] En région Ile-de-France la dotation de la CRAMIF octroyée aux CDAG extra hospitalières est également une dotation forfaitaire annuelle, versée trimestriellement par la CPAM du département dans lequel la consultation est implantée. Le montant de la dotation est déterminé par un accord entre le gestionnaire de la CDAG et la CRAM.
- [132] Cependant si pour l'IAF (*cf. supra*) la subvention de fonctionnement versée intègre tous les items de gestion et les coûts indirects au prorata sans prise en compte de l'activité il n'est pas de même en Essonne, où il existe un suivi précis d'activité et de la situation financière des CDAG de ce département par l'assurance maladie. C'est au vu des résultats financiers (notamment du compte administratif provisoire) et après analyse de l'activité que la dotation de l'année est établie : les données financières transmises par le département de l'Essonne sont les frais de personnels, les frais généraux de gestion, les frais d'analyse biologique, des frais divers (reprographie, fournitures médicales, évènementiel).
- [133] La dotation forfaitaire de la CRAMIF a été de 660 036 € en 2008 pour les six centres départementaux de prévention et de santé CDPS du département de l'Essonne qui abritent une CDAG : ce chiffre, qui est à rapprocher de celui du CA 2008 à savoir 583 180 € permet de considérer que les dépenses liées aux activités de CDAG sont plus que couvertes dans le département de l'Essonne. A remarquer que le dépistage de la syphilis est proposé aux personnes à risque dans le cadre de la CDAG depuis plusieurs années.
- [134] Dans l'Essonne, département qui a délégation de compétence en matière de lutte contre les IST, le montant conservé de la dotation générale de décentralisation finance au titre de 2009 pour un montant de 510 530 € les activités relatives au dépistage des IST. A cette somme s'ajoute une dotation forfaitaire de la CPAM 91 de 91 000 € Avec ce double financement les dépenses réelles (personnel, logistique, dépistage, traitement, imprimerie, formation) évaluées à 634 458 € ne sont pas intégralement couvertes.⁴⁷

⁴⁵ Des factures trimestrielles sont émises par chacun des trois sites de cette CDAG (centre pénitentiaire de Varennes-Le-Grand, antenne de Macon et CDAG de Chalon-sur-Saône)

⁴⁶ Fréquentation : 1782 personnes pour information et/ou dépistage sur les 3 sites en 2009

⁴⁷ En revanche pour les quatre activités conservées (tuberculose, IST, vaccination, cancer) les dépenses réelles seraient de 2 666 409 € pour un montant conservé de DGD de 2 705 997 €

- [135] Si pour la CDAG de l'IAF et celle des CDAG de l'Essonne la dotation semble bien versée au vu de comptes d'exploitation, il ne paraît pourtant pas possible que ce soit de même pour toutes les dotations versées puisqu'en 2009 les CDAG de la mairie de Clichy, de la Croix Rouge de Boulogne, de la mairie de Bagneux et de la mairie de Fontenay aux Roses (toutes CDAG situées dans les Hauts de Seine) ont perçu pour chacune d'entre elles le même montant de dotation à savoir 33 173 €⁴⁸.
- [136] Il a été indiqué à la mission que lorsque les gestionnaires de CDAG n'adressent pas à la CRAMIF les chiffres d'activité selon le document modélisé et fourni par la caisse, la reconduction de la dotation se fait par la caisse régionale avec application sur la dotation N-1 d'un taux directeur qui est celui du taux de progression du sous-objectif national de dépenses des soins de ville⁴⁹. La mission considère cette procédure inadaptée puisqu'elle a pour effet de déconnecter complètement la fixation du montant de la dotation des données d'activité de la consultation, ces données étant le minimum que l'on puisse exiger du gestionnaire.
- [137] Il a été porté à la connaissance de la mission qu'un nouveau modèle de convention devait être proposé par l'ARS d'Ile-de-France à la signature des gestionnaires de CDAG : ce modèle, qui est simplifié par rapport au précédent qui faisait référence dans l'un de ses articles aux actes pris en charge⁵⁰, maintient le principe de la dotation forfaitaire annuelle.
- [138] La mission estime que la dotation forfaitaire n'est pas bien adaptée à l'activité de dépistage : elle ne favorise pas en effet une politique dynamique de croissance du dépistage qui est pourtant considérée par la HAS comme une stratégie que les pouvoirs publics doivent soutenir.

Recommandation n°4 : Privilégier un financement fondé au moins pour partie sur la mesure de l'activité réalisée.

1.2.4. Des financements accordés aux CDAG et aux CIDDIST largement découplés d'une analyse qualitative

- [139] Le guide méthodologique accorde aux ARH un pouvoir d'affectation des enveloppes qui leur étaient déléguées. Ce guide prescrit notamment aux ARH de procéder « à un diagnostic des besoins régionaux en structures financées par les MIGAC » ainsi qu'à une revue annuelle des engagements mission par mission.
- [140] En outre la circulaire DHOS du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé mentionne que « la liste des missions d'intérêt général est une référence incontournable. Néanmoins, le fait qu'un établissement exerce une activité correspondant à l'une des missions inscrites sur la liste ne lui ouvre pas automatiquement droit à financement ».

⁴⁸ L'explication d'un montant minimal (33 173€) de dotation pour faire fonctionner une CDAG ne semble pas pouvoir être retenue puisque la CDAG de la mairie de Gennevilliers (Hauts de Seine) a perçu en 2009 une dotation de 24 132 €

⁴⁹ Cette affirmation de la CRAMIF ne semble pas totalement correspondre à la pratique, puisque pour 2010, et bien que l'IAF ait transmis ses chiffres d'activité selon les dires mêmes de la représentante de la CRAMIF, il a été appliqué à cet établissement pour son activité CDAG, ainsi que pour les CDAG de la région parisienne, le taux de progression des dépenses d'assurance maladie 2010 pour les soins de ville

⁵⁰ Dans la convention de financement conclue entre la CRAMIF et la ville de Champigny il est ainsi indiqué que l'assurance maladie « assure de manière exclusive le financement des dépenses afférentes aux activités de dépistage de l'infection par le VIH, le VHB et le VHC » telles que définies « consultations de médecin généraliste, consultations de médecins spécialistes, prélèvements sanguins, sérodiagnostics de dépistage, sérodiagnostics de confirmation en cas de dépistage positif »

- [141] Enfin la circulaire DGOS du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 indique « *en vous appuyant sur le guide de contractualisation, vous veillerez à ce que chaque mission d'intérêt général soit contractualisée, pour un montant fixé annuellement, avec des moyens de mise en œuvre décrits, des objectifs de qualité fixés, des indicateurs de résultats attendus et une évaluation effective de ces résultats* ».
- [142] La mission n'a pu véritablement apprécier si les instructions de la DHOS étaient globalement satisfaites s'agissant des CDAG hospitalières.
- [143] Cependant, à travers ses déplacements, la mission estime vraisemblablement fondée, pour ces dernières structures, l'analyse du rapport IGAS précité de 2009 portant sur les MIG dans leur ensemble, à savoir que « *les agences n'ont pas conduit de diagnostic préalable global relatif aux besoins régionaux sauf à la marge* » et que « *pour l'essentiel, les ARH ont reconduit depuis 2005 les crédits initiaux...la dotation initiale est, de fait considérée comme un budget acquis* »⁵¹.
- [144] Il en est de même pour les CDAG extra hospitalières de la région Bourgogne. Si le suivi du niveau d'activité des structures est effectué en N-1, ce qui est indispensable à la procédure de fixation du budget prévisionnel en N par la CRAM, en revanche il n'existe pas de réelle analyse qualitative de l'activité, ni d'examen de l'adéquation de l'offre de dépistage au regard de divers critères de santé publique.
- [145] Concernant les CIDDIST la mission porte un regard identique sur l'absence de travaux d'analyse qualitative sur l'activité de ces structures. La mission doit cependant reconnaître le remarquable état des lieux des CIDDIST en Ile-de-France qui s'est attaché à fournir des données sur la performance, avec notamment établissement d'un coût moyen par consultant et par diagnostic positif.

1.3. Des missions dans l'ensemble assez reproductibles d'une structure à une autre sans être pour autant parfaitement superposables

- [146] La mission a pu constater que les missions exercées pouvaient être variables qu'il s'agisse des normes de fonctionnement observées, du respect plus ou moins strict de l'anonymat (CIDDIST), de l'étendue de la prise en charge proposée, des conditions de réalisation des activités de dépistage, du ciblage populationnel et des compétences médicales présentes.
- [147] Il est permis de s'interroger sur un tel constat qui pose la question d'une absence de cadrage précis et opérationnel (voir infra).

1.3.1. Des normes de fonctionnement et d'organisation relativement imprécises

- [148] La mission estime, à partir de ses déplacements et à la suite des nombreux entretiens réalisés, disposer d'un panel suffisamment large pour porter une évaluation pertinente sur les différentes modalités d'accomplissement des activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des IST relevant des CDAG/CIDDIST.
- [149] Si les structures visitées respectent, dans leur ensemble, des normes de fonctionnement et d'organisation, les textes relatifs au cahier des charges pour les CDAG d'une part et à l'habilitation des CIDDIST d'autre part ne permettent pas aux équipes de disposer d'un réel cadre de référence.

⁵¹ Ce même rapport conclut que « *la question de la gestion des crédits MIG renvoie l'image d'un système où les ressources d'expertise (définition des indicateurs, recueil et transmission des données, capacités d'évaluation) restent assez limitées et où un discours national, managérial et rationnel/volontariste est plaqué sur des réalités de terrain où prédominent les relations, les préoccupations et les négociations « politiques »* »

- [150] C'est ainsi que le décret du 19 décembre 2005 relatif à l'habilitation d'un CIDDIST demande « ...*la constitution d'une équipe de professionnels dont la composition et l'effectif sont adaptés aux besoins locaux et à l'activité du centre* ». Le reste du texte est à l'avenant que ce soit concernant « *la disponibilité de locaux, d'équipement et de matériels adaptés à l'activité du centre* » ou « *la réalisation des consultations médicales par un médecin ayant une expérience dans le domaine de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles* ».
- [151] Le cahier des charges des CDAG, qui a été rédigé antérieurement (arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit) et qui a certainement été source d'inspiration pour les rédacteurs du décret sus cité⁵², est un peu plus précis.
- [152] Contrairement au décret de décembre 2005, l'arrêté d'octobre 2000 définit un « *cahier des charges des CDAG* » avec six rubriques⁵³ dont l'une est intitulée « *le personnel* » au sein de laquelle sont notamment évoquées la présence médicale « *la présence d'un médecin et d'une infirmière sur les lieux aux heures d'ouverture de la consultation* » ou la formation « *le personnel participant à l'information-conseil justifie d'une formation adaptée* ». Il est à signaler que l'une des six autres rubriques a pour titre « *les règles de bonne pratique* » et décrit les différentes étapes d'une consultation de dépistage.
- [153] Le relatif flou dans la rédaction des textes, tout particulièrement s'agissant du texte relatif à l'habilitation des CIDDIST, permet de nombreuses interprétations au gestionnaire de la structure et rend quasiment impossible une quelconque vérification, par l'autorité d'habilitation, du respect d'une norme aussi imprécisément fixée. S'il est certes compréhensible que le pouvoir réglementaire ait eu le souci de laisser de la souplesse dans les conditions d'organisation et de fonctionnement des CIDDIST, il convenait cependant qu'un cahier des charges en bonne et due forme soit conçu et détermine un certain nombre de normes minimales applicables.
- [154] Le rapport LERT-PIALOUX de 2009 sur la réduction des risques aborde ce sujet en évoquant la question de la rédaction d'« *un cahier des charges précis sur les actes, techniques et procédures de dépistage des différentes IST selon les populations* ».

Recommandation n°5 : **Elaborer un cahier des charges précis et complet, comportant notamment des règles de bonnes pratiques, pour les structures appartenant au prochain dispositif dédié.**

1.3.2. De fréquentes transgressions du respect de l'anonymat dans les CIDDIST

- [155] Dans la plupart des structures CIDDIST les médecins ont clairement indiqué à la mission les difficultés occasionnées par l'exigence de respecter l'anonymat posée par la réglementation. En effet les professionnels de santé font état des problèmes soulevés en cas d'IST diagnostiquée et traitée, en termes notamment de suivi du malade, tout particulièrement en matière de rendu des résultats, d'observance thérapeutique, de pharmacovigilance. Dans le CDAG/CIDDIST de Dijon, qui a succédé sur place à un DAV anciennement implanté et avec des personnels inchangés, il n'a même jamais été pratiqué l'anonymat depuis que cette structure est devenue CIDDIST. Cette pratique est revendiquée face à une exigence d'anonymat dont les objectifs ne sont pas compris.

⁵² Il est, pour exemple, indiqué dans l'arrêté d'octobre 2000 en matière de personnel que « *la composition et l'effectif de l'équipe sont adaptés aux besoins locaux et à l'activité de la consultation* »

⁵³ Ces six rubriques sont les suivantes : les fonctions de la structure, les règles de bonne pratique, l'équipement, le personnel, l'articulation avec le réseau médico-social local, le suivi de l'activité

- [156] Autant le dépistage anonyme d'une personne asymptomatique venant s'assurer d'une absence de contamination ne soulève pas de remarques de la part des professionnels de santé, autant ces mêmes professionnels estiment infondé l'anonymat d'un patient consultant pour une IST, le secret médical devant suffire à protéger la nécessaire confidentialité de toutes données nominatives relatives au diagnostic et au traitement.
- [157] Le responsable d'un des plus grands centres parisiens de prise en charge des IST a pu ainsi écrire dans un ouvrage de référence sur les maladies sexuellement transmissibles « ...le législateur ingénu ou mal conseillé a considérablement compliqué la tâche des médecins en prévoyant l'anonymat pour tous les patients malades ou pas, alors que personne ne souhaite autre chose que la stricte confidentialité propre à notre art »⁵⁴.
- [158] De même dans le rapport LERT-PIALOUX⁵⁵ il est écrit la nécessité de se questionner sur le « traitement de l'anonymat pour des services qui peuvent s'étaler sur des périodes de plusieurs semaines ». Enfin selon le rapport YENI⁵⁶ « l'anonymat proposé systématiquement démarque les CDAG des autres lieux dans lesquels on peut se voir proposer un dépistage du VIH (médecine générale, gynécologues, services hospitaliers, laboratoires d'analyse et de biologie médicale...). Ce principe, bien que recherché par certaines personnes, n'apparaît pas toujours favorable à la continuité des soins ».
- [159] Dès 2006 le conseil national du sida CNS, dans son rapport cité *supra*, propose à propos des CDAG de « rendre possible la levée de l'anonymat lors de la consultation médicale permettant d'orienter vers une structure de soin en cas de contamination ».
- [160] C'est en fait dans un but de meilleur suivi médical et pour le seul bénéfice du patient que des professionnels s'exonèrent de cette obligation d'anonymat dans nombre de structures, qu'elles soient hospitalières ou non. Cette pratique de non respect de l'anonymat a pu être relevée à l'occasion d'inspections des services sanitaires compétents qui, ne pouvant que demander l'application des normes de fonctionnement actuelles, signalent dans leur rapport la nécessité de revenir à des pratiques conformes à la réglementation⁵⁷.
- [161] La question du maintien de l'anonymat strict dans les CIDDIST n'est pas une question mineure : il faut apporter à l'avenir une réponse qui soit à la fois respectueuse d'une demande d'anonymat des patients lorsque cette demande est formulée et protectrice en matière de santé des personnes en permettant une levée d'anonymat pour les malades qui l'acceptent.
- [162] Or cette réponse ne semble pas aisée à apporter.
- [163] L'article 108 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients introduit une dérogation au principe de l'anonymat dans les CDAG/CIDDIST « en cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat, sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée ». Un arrêté du 8 juillet 2010⁵⁸ précise les modalités de levée de l'anonymat dans un référentiel annexé à cet arrêté.

⁵⁴ Dr. M. JANIER, Les maladies sexuellement transmissibles, Masson

⁵⁵ Rapport LERT-PIALOUX *Op. cité*

⁵⁶ Rapport YENI *Op. cité*

⁵⁷ Courrier du 23 avril 2010 de la déléguée territoriale de Paris (ARS Ile-de-France) au directeur de la politique médicale de l'AP-HP dans lequel il est demandé de « mettre en place l'anonymat prévu par l'article L 3121-2-1 du code de la santé publique dans les activités de consultation d'information, dépistage et diagnostic des IST » dans les structures CDAG/CIDDIST de l'hôpital Tarnier, de l'hôpital Saint Louis et de l'hôpital Bichat

⁵⁸ Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

- [164] Ce référentiel rappelle le principe de l'anonymat et l'objectif de la levée de l'anonymat, décrit la procédure de cette levée (notice d'information au consultant, information au cours de la consultation médicale, recueil du consentement écrit du consultant, situations de levée de l'anonymat), indique les modalités de conservation et de destruction des informations identifiantes et fournit le modèle de la notice d'information.
- [165] Il reviendra aux autorités de tutelle de s'assurer de l'observation de ce nouveau référentiel qui risque de ne pas être strictement respecté de la part de certains professionnels du fait de sa lourdeur qui constitue un frein à la levée de l'anonymat.

1.3.3. Une offre et des pratiques des CDAG/CIDDIST variant sensiblement selon les lieux

1.3.3.1. Une inégalité territoriale dans l'accès au dépistage

- [166] Les différences d'amplitude d'ouverture des centres et les variations de couverture territoriale, peuvent trouver justification pour des raisons démographiques et épidémiologiques locales. Elles posent cependant la question de l'accès au dépistage.
- [167] Selon une enquête de la DHOS de 2006 le nombre d'heures d'ouverture (en moyenne par semaine) des CDAG⁵⁹ en établissements hospitaliers varie de 9,8 en Aquitaine (6 CDAG) à 44,4 en Midi-Pyrénées (11 CDAG) pour une moyenne nationale de 19,02.
- [168] Selon l'étude de mars 2010 sur le fonctionnement de l'activité des CIDDIST en Ile-de-France la couverture territoriale « *reste hétérogène* » avec « *un maillage de la Seine et Marne...insuffisant* ».
- [169] Ce faible maillage couplé à une ouverture limitée de centres peut expliquer qu'en termes de file active rapportée à l'amplitude d'ouverture⁶⁰ le CH de Lagny dans le 77 ait le ratio le plus élevé avec un chiffre de 1391 (5564/4), le plus faible ratio en Ile-de-France étant enregistré à Garges dans le 95 avec un chiffre de 23,1 (231/10), la moyenne régionale étant de 217.
- [170] S'il est compréhensible que la densité du maillage prenne en compte un certain nombre de variables, il n'est pas souhaitable de laisser persister à l'avenir de trop fortes distorsions d'offre qui ont un impact sur l'accessibilité du dépistage.
- [171] L'ouverture très large des six CDAG du 93 à raison de 10 demi-journées/semaine est à l'origine d'un ratio file active/amplitude d'ouverture de 69, bien en dessous de la moyenne régionale. A l'inverse, la recherche de l'accessibilité doit également s'accompagner d'une correcte visibilité par la population de la structure, qui, en deçà d'une certaine amplitude d'ouverture, n'est pas atteinte : de ce point de vue le maintien de centres avec une ouverture d'une demi-journée/semaine mérite d'être posé, en particulier en territoire urbain où un regroupement de centres pourra être étudié.

Recommandation n°6 : Dans le cadre des orientations nationales qui devraient être prochainement fixées en matière de politique de dépistage du VIH/VHB/VHC faire procéder par chaque ARS à une révision de la cartographie d'implantation des structures dédiées au regard des caractéristiques de ses bassins de populations

⁵⁹ 132 CDAG étant également CIDDIST

⁶⁰ En nombre de demi-journées d'ouverture par semaine

1.3.3.2. Un champ d'activité et des techniques particulièrement hétérogènes en matière de dépistage

Le champ de l'activité de dépistage peut s'étendre au-delà du VIH et des hépatites B et C conformément aux recommandations scientifiques les plus récentes des autorités sanitaires

- [172] La HAS (c'est aussi l'objectif 43⁶¹ de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique) recommande la mise en place d'un dépistage vis-à-vis de populations cibles (femmes de moins de 25 ans notamment) fréquentant des structures telles que les CIDDIST, les CPEF ou les CDAG. De même la recherche de syphilis chez certaines populations (HSH) est importante compte tenu de la recrudescence de cette maladie en France depuis la fin de l'année 2000⁶².
- [173] En matière de réduction des risques sexuels il est également de bonne pratique de rechercher une co-infection qui peut favoriser la transmission du VIH ou chez un porteur de VIH peut être facteur d'aggravation clinique⁶³.
- [174] Selon l'enquête déjà citée de la DHOS sur l'activité des CDAG en établissements hospitaliers sur 174 structures seules 109 ont effectué des dépistages de syphilis à comparer avec celui de 161 pour des dépistages VIH, 149 VHB et 159 VHC⁶⁴. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux figurant dans le rapport de mars 2010 de la chef de projet IST/VIH/hépatites sur le fonctionnement des CIDDIST en Ile-de-France à savoir que toutes les structures font des dépistages de syphilis avec un pourcentage de positif qui varie de 0,0 au CHIC pour 193 dépistages à 41,4 au centre médico-social du Figuier pour 70 dépistages (moyenne régionale 3,0).
- [175] A Paris le département prend en charge les frais de dépistage biologique des chlamydiae effectué dans les 11 CDAG parisiennes : en cas de dépistage positif le traitement et la consultation de remise des résultats sont facturés au CIDDIST. Les frais de dépistage de la syphilis sont également à la charge du département de Paris s'il s'agit d'une CDAG associative. Dans l'Essonne le dépistage de la syphilis est proposé, dans le cadre d'une convention avec la CPAM, aux personnes au comportement à risque consultant dans l'une des six CDAG du département.
- [176] En revanche au CDAG/CIDDIST du centre de santé municipal Maurice Ténine de Champigny les PCR Chlamydiae chez les jeunes femmes ne sont pas faites systématiquement pour des raisons de coûts : ce CDAG/CIDDIST étant également centre de santé, la patiente, si elle dispose d'une couverture assurance maladie, est éventuellement adressée dans la partie « *centre de santé* » de la structure. Cette pratique est également adoptée par l'IAF dans lequel cohabitent CDAG, CIDDIST et centre de santé.
- [177] L'introduction d'une démarche systématique de dépistage en CDAG de certaines infections (le caractère généralement asymptomatique de l'infection rendant le diagnostic difficile) sans qu'il soit nécessaire d'orienter vers une structure type CIDDIST constitue sans conteste une amélioration significative de l'offre de dépistage et répond avec efficacité à une authentique question de santé publique (cf. objectif 43).

⁶¹ Objectif 43 : infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100% des femmes à risque d'ici 2008

⁶² Entre 2000 et 2006 2 306 cas de syphilis précoce (syphilis primaire + syphilis secondaire + syphilis latente de moins d'un an d'évolution) ont été déclarés en France dont 61% en région Ile-de-France (réseau de surveillance de la syphilis) : toutes les formes de syphilis précoce sont de forte contagiosité

⁶³ Selon le rapport LERT-PIALOUX de novembre 2009 sur la réduction des risques sexuels « *Le cofacteur local le plus puissant de la transmission sexuelle du VIH est à l'évidence une IST chez l'un des partenaires, facteur qui agit de façon bidirectionnelle : en augmentant la susceptibilité de l'hôte ou l'infectiosité du cas-index. Par ailleurs, chez la personne séropositive pour le VIH, plusieurs IST ont une évolution clinique modifiée aggravant l'histoire clinique (du VIH ou de l'IST), compliquant le traitement et facilitant les récurrences d'IST. Il en est ainsi de la syphilis...* »

⁶⁴ Le pourcentage de consultations en CDAG se concluant par un test de dépistage n'est pas de 100% : une étude de la DDASS de Paris d'octobre 2008 sur l'évolution d'activité sur 3 ans de l'ensemble des CDAG de Paris met en évidence un taux de 94% pour le VIH et de 35% pour les hépatites

La sérologie de l'hépatite B n'est pas réalisée de façon univoque

- [178] En ce qui concerne l'hépatite B, en région parisienne, l'IAF, pour des raisons de contraintes budgétaires, ne fait pas systématiquement la triple recherche sérologique alors que cette recherche l'est dans le centre médico-social Le Figuier à Paris (les vaccinations préventives IST étant faites dans le cadre de l'activité vaccinations du centre). Selon l'analyse faite par le COREVIH Ile-de-France Nord⁶⁵ la CDAG hospitalière de Bichat réalise le dépistage par le triple test tandis que les CDAG non hospitalières d'Eaubonne et de Cergy effectuent essentiellement l'Ag HbS. En cas de sérologie B négative les trois tests sont habituellement faits dans le CDAG/CIDDIST du centre municipal Maurice Ténine de Champigny⁶⁶.
- [179] Hors région parisienne, le CDAG/CIDDIST de Reims prend en charge sur son budget CDAG la recherche de l'Ag HBs et sur son budget CIDDIST la recherche des Ac anti HBc et anti HBs. Le CDAG/CIDDIST de Chalon-sur-Saône prend en charge la triple analyse.

Les tests rapides ne sont pas d'utilisation encore courante

- [180] Sur le sujet des tests rapides il est indiqué dans le rapport 2008 du Pr. P. YENI : « *La mise sur le marché de tests rapides permettra d'offrir des délais de rendu de résultats très courts, dans certaines circonstances de renforcer la confidentialité, et d'intégrer le dépistage dans des actions de proximité en direction de populations spécifiques... l'utilisation des tests rapides en CDAG ou dans les CIDDIST permettrait de réduire le nombre de résultats non rendus et probablement d'augmenter la clientèle par une prestation nouvelle et plus réactive* ».
- [181] Certaines expérimentations de dépistage communautaire par des tests rapides en liaison avec une CDAG sont en cours comme a pu le constater la mission au centre médico-social du Figuier. Une CDAG hospitalière telle que celle de Bichat utilise des tests de dépistage rapide VIH⁶⁷.
- [182] En définitive il est nécessaire d'harmoniser l'offre de dépistage au sein de l'ensemble des structures, que ce soit dans les dépistages VIH/VHB/VHC et IST proposés ou dans les techniques/procédures de dépistage utilisées, en élargissant cette offre par l'adoption de celle recommandée par les centres de référence en IST vis-à-vis des principaux dépistages.

Recommandation n°7 : **Elargir l'activité de dépistage au-delà du VIH et des hépatites pour certaines IST et en faveur des populations les plus exposées aux risques.**

Recommandation n°8 : **Définir les conditions de mise en œuvre des tests rapides dans les structures CDAG/CIDDIST reconfigurées, conformément aux préconisations du rapport YENI 2008.**

1.3.3.3. Une prise en charge des accidents d'exposition au sang ou sexuels réservée aux seules CDAG hospitalières

- [183] Pour les auteurs du rapport LERT-PIALOUX de 2009 en matière de prophylaxie post-exposition PeP « *la promotion de la PeP et son organisation doivent... être revues* » sans que soit mentionné la place du dispositif CDAG/CIDDIST.

⁶⁵ Document COREVIH IDF NORD du 3/05/2010

⁶⁶ Cette activité d'analyse est particulièrement importante dans ce CDAG puisque en 2009 ont été réalisés 994 Ac anti HBs, 948 Ag HBs et 875 Ac anti HBc pour un total de 192 450 B sur un total de 361 990 B pour la totalité des analyses effectuées au titre du CDAG

⁶⁷ Utilisation en cas d'exposition sexuelle si le partenaire vient de découvrir sa séropositivité au VIH, en cas d'angoisse importante, en cas d'exposition récente si les deux partenaires sont présents pour débiter un TPE (bilan CDAG COREVIH Ile-de-France Nord)

- [184] A l'heure actuelle l'organisation du dispositif est fixée par la circulaire interministérielle du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH : cette circulaire avait pour objet de diffuser l'actualisation de ces recommandations établie en 2006 par un groupe d'experts dirigé par le Pr. Patrick YENI.
- [185] Cette circulaire indique que le dispositif « *repose, aux heures ouvrables, sur les structures de consultations externes⁶⁸ des hôpitaux qui assurent habituellement la prise en charge des personnes infectées par le VIH dont certaines CDAG hospitalières (consultations de dépistage anonyme et gratuit) et aux heures non ouvrables, sur les services des urgences* ». Il est indiqué également que « *les structures extrahospitalières telles que les CDAG et la médecine de ville doivent être impliquées pour accélérer la prise en charge et simplifier l'accès au dispositif* ».
- [186] Cependant les modalités d'implication des CDAG ne sont pas précisées dans cette circulaire et le rapport 2008 du groupe d'experts sous la direction du Pr. Patrick YENI n'apporte guère plus d'éléments d'orientation sauf en proposant que le suivi du traitement puisse être envisagé pour les CDAG extrahospitalières (et la médecine de ville) par le COREVIH.
- [187] De fait, la mission a pu observer que la réglementation était bien respectée dans les structures visitées, seules les structures hospitalières prenant en charge les traitements post exposition.⁶⁹ Dans trois CDAG rattachées au COREVIH Ile-de-France Nord seule la CDAG de Bichat, qui est hospitalière, prend en charge les AES⁷⁰. Cependant, à la connaissance de la mission, certaines structures extrahospitalières assurent, hors du cadre légal, cette prise en charge.

Recommandation n°9 : Etudier la possibilité d'étendre à certaines structures extra hospitalières la mise en œuvre de la trithérapie antirétrovirale en cas d'AES

1.3.3.4. Une absence de proposition systématique de vaccinations contre les IST en CDAG/CIDDIST

- [188] La proposition de vaccinations lors du dépistage n'est pas systématique : des raisons budgétaires peuvent être mises en avant⁷¹ bien qu'il puisse être considéré par l'Etat que le budget alloué aux CIDDIST peut en partie concerner les vaccinations⁷².
- [189] Pourtant comme il est mentionné dans le rapport pré-cité de mars 2010 sur le fonctionnement des CIDDIST en Ile-de-France « *la population qui fréquente les CIDDIST présente un risque élevé d'exposition au VHB et rentre à ce titre dans les critères des recommandations pour cette vaccination* » : malgré l'intérêt de disposer d'un état des lieux, ce rapport ne traite pas de la pratique de la vaccination parce qu'« *insuffisamment documentée* ».
- [190] La convention passée entre le département de Paris et l'AP-HP pour l'activité des CIDDIST présents dans quatre hôpitaux de l'AP-HP prévoit que le montant forfaitaire pour les « *primoconsultants IST* » comprend « *les traitements et vaccins préventifs des IST* ».
- [191] Le CIDDIST de Dijon n'a utilisé aucune dose de vaccin contre l'hépatite B sur l'année 2009, le CIDDIST de Chalon sur Saône 210 vaccins contre l'hépatite B en 2008, aucun vaccin contre l'hépatite B à l'antenne de Macon en 2009. En revanche 1 125 doses de vaccins contre l'hépatite B ont été injectées en 2009 au CIDDIST de l'UCSA de Fresnes.

⁶⁸ Consultations de maladies infectieuses ou de médecine avec une orientation ou une expertise en maladies infectieuses

⁶⁹ A noter que le CDAG/CIDDIST du CHIC adresse les AES aux urgences du centre hospitalier en raison d'une absence de formation des médecins de la structure à leur prise en charge

⁷⁰ Document COREVIH IDF NORD du 3/05/2010

⁷¹ Intervention de la responsable du CDAG/CIDDIST du centre hospitalier intercommunal de Créteil CHIC lors de la réunion en date du 17 juin 2009 du COREVIH Ile-de-France Est

⁷² Réponse faite à la responsable du CDAG/CIDDIST du CHIC par la représentante de l'Etat à la réunion du 17 juin 2009 du COREVIH Ile-de-France Est

- [192] Dans l'Essonne le département ayant conservé l'activité de vaccination propose les vaccins préventifs dans le cadre de cette activité. Le CDAG/CIDDIST du CHIC renvoie sur les centres de vaccinations les patients pour lesquels une vaccination est proposée et serait très favorable à la possibilité de devenir lui-même centre de vaccinations pour pouvoir les pratiquer.
- [193] Le CIDDIST du CHU de Reims en 2009 pour 2 253 consultations médicales, dont 1 143 ayant eu au moins une consultation médicale, a effectué moins de 5 vaccins contre l'hépatite B, compte non tenu d'un nombre inconnu d'ordonnances pour injection à faire par le médecin traitant.
- [194] Dans le centre de santé municipal Tenine de Champigny qui est à la fois CDAG/CIDDIST, centre de vaccinations et centre de lutte antituberculeuse CLAT, il est proposé systématiquement les vaccinations vis-à-vis des IST. Selon le bilan 2009 fait par le COREVIH Nord Ile de France trois CDAG sur quatre proposent la vaccination contre l'hépatite B⁷³.
- [195] Cette grande variabilité de la proposition de vaccinations contre l'hépatite B, et au-delà vis-à-vis des traitements préventifs IST, n'est pas justifiable en termes de santé publique et ne trouve des fondements que dans des contraintes budgétaires locales.

Recommandation n°10 : Harmoniser l'offre de vaccinations au sein des CDAG/CIDDIST reconfigurés

1.3.3.5. L'adossement sur place d'une activité de biologie, caractéristique des structures sises en milieu hospitalier

- [196] Les CDAG/CIDDIST hospitaliers sont tous adossés à un laboratoire de biologie. Certaines structures associatives (IAF) ou municipales (centre de santé Ténine de Champigny) peuvent également posséder un laboratoire sur place. La majorité des structures extra-hospitalières n'ont pas d'activité de biologie présente sur le lieu de dépistage.
- [197] Il est indéniable, en particulier pour l'activité CIDDIST, que la capacité de détection microbiologique dans la structure est précieuse dans la mesure où la caractérisation de l'agent infectieux peut être faite beaucoup plus rapidement si le laboratoire peut faire par exemple un examen microscopique direct (infection à gonocoque) ou au microscope à fond noir (recherche de tréponème).
- [198] L'absence de laboratoire sur place n'empêche pourtant pas de commencer, après prélèvements cutanéomuqueux et/ou sanguins, de débiter une antibiothérapie probabiliste susceptible d'être efficace sur l'agent infectieux.
- [199] C'est pourquoi, sauf à envisager une diminution considérable du nombre de structures avec un dispositif devenant quasi-exclusivement hospitalier, il n'est guère envisageable que le prochain cahier des charges, qu'il sera nécessaire d'élaborer pour les nouvelles structures, recommande la présence sur place d'une activité de biologie, même si cette présence, comme dans les centres de santé, constitue *a priori* un avantage comparatif pour la structure qui en dispose.

⁷³ En ce qui concerne le vaccin contre l'hépatite A ce sont deux CDAG sur quatre qui le proposent

1.3.3.6. Des contrastes marqués dans l'activité consacrée dans les CIDDIST au diagnostic et au traitement des IST

Les CIDDIST hors Paris ont un faible niveau d'activité en matière de diagnostic/traitement

- [200] Un bilan de la lutte contre les IST a été établi par la DASES pour l'année 2008 : il montre notamment que le nombre de personnes asymptomatiques venant pour réaliser un bilan de dépistage des IST représentent environ 50% des consultants avec une importante fluctuation d'un CIDDIST à l'autre : 6 003 diagnostics cliniques⁷⁴ ont été réalisés en 2008 (une même personne pouvant être porteuse de plusieurs anomalies cliniques) pour 13 935 primoconsultants. Cette proportion est à l'IAF en 2007 de 375 consultants pour bilan IST (sujets asymptomatiques) pour 863 primoconsultants⁷⁵.
- [201] La file active des consultants des CIDDIST à Paris, comme d'autres grandes métropoles urbaines (Marseille, Lyon), est sensiblement différente de celles existantes en région parisienne en termes de proportion asymptomatiques/symptomatiques : de un consultant symptomatique sur deux à Paris on passe à un sur dix ou vingt hors Paris.
- [202] Selon le rapport déjà cité portant sur l'activité des CIDDIST en région Ile de France en 2008 la proportion de personnes traitées varie de presque 50% à Paris à environ 7% dans le 93 et 95 et moins de 1% dans le 77 : en 2008 pour 7955 personnes traitées en région parisienne 6969 l'ont été dans les 9 centres parisiens et 986 dans les 34 centres franciliens non parisiens. Cette importante disproportion des personnes traitées selon les structures suggère que certaines structures CIDDIST ont pour l'essentiel une activité de dépistage et non une activité de diagnostic et de traitement.
- [203] Il convient de souligner qu'un certain nombre de diagnostics ne portent pas sur des IST⁷⁶ : toutes les infections génitales basses chez la femme ne sont toujours sexuellement transmissibles, la candidose vulvo-vaginale n'est pas une MST mais une infection fongique opportuniste, les balanites sont rarement des MST.
- [204] Hors région parisienne une cette forte activité diagnostique n'est pas retrouvée sur l'ensemble des CIDDIST que la mission a visité. C'est ainsi que le CIDDIST de Dijon en 2009 a enregistré pour 2737 consultations médicales 133 personnes traitées⁷⁷, le CDAG/CIDDIST de Chalon-sur-Saône en 2008 a connu 1 481 consultations qui ont entraîné 34 traitements, l'antenne CIDDIST de Macon 501 consultations et 7 personnes traitées en 2009.
- [205] Au CIDDIST du CHU de Reims en 2009 pour 1 143 personnes ayant eu au moins une consultation médicale 106 personnes ont été traitées et 92 consultants ont eu un diagnostic positif pour au moins une infection (syphilis, chlamydia, gonocoque). Pour un nombre total de consultations médicales de 6 412 (dont 3 035 ayant eu au moins une consultation médicale) il y a eu 246 personnes traitées (363 consultants ayant eu un diagnostic positif pour au moins une infection) au CIDDIST de l'UCSA de Fresnes en 2009.

⁷⁴ Principaux diagnostics cliniques en 2008 : 1 351 verrues génitales externes (condylomes), 1 042 vulvo-cervico-vaginites, 853 urétrites masculines sans écoulement, 757 mycoses génitales (candidose), 591 balanites

⁷⁵ Les pathologies et IST diagnostiquées les plus fréquentes à l'IAF sont sur un total de 452 pour l'année 2007 : 282 urétrites masculines sans écoulement, 118 vulvo-cervico-vaginites, 69 urétrites masculines avec écoulement

⁷⁶ Dr M. JANIER, Les maladies sexuellement transmissibles, Masson. Selon cet auteur « nombre de patients consultant dans les structures MST spécialisées ont des pathologies muqueuses non sexuellement transmises »

⁷⁷ Faute de pouvoir toujours disposer du nombre de diagnostics cliniques ou de celui des personnes asymptomatiques, il peut être considéré que le nombre de personnes traitées constitue le nombre maximal de diagnostics cliniques posés chez des personnes symptomatiques

- [206] Le nombre de personnes ayant des symptômes est donc relativement faible dans ces structures, et le nombre de personnes atteintes par la syphilis, ou les gonocoques, (selon le réseau RESIST, et avec les précautions méthodologiques signalées par l'InVS, notamment sur le mode de calcul fait sans pouvoir comptabiliser le dénominateur, moins de 4000 cas de syphilis précoces ont été déclarés entre 2000 et 2009, dont 62% par les CIDDIST, et 1233 cas de gonocoques entre 2004 et 2009, essentiellement dans les CIDDIST via le réseau RESIST) est au total très peu élevé.
- [207] Cette faible activité diagnostique et thérapeutique des CIDDIST (hors Paris) est un des principaux fondements du scénario N°3 fait par la mission (voir en deuxième partie du rapport).

La majorité des CIDDIST fournissent le traitement approprié

- [208] En termes de traitement le CDAG/CIDDIST de Chalon-sur-Saône ne délivre aucun traitement (le traitement est prescrit par ordonnance avec proposition de levée d'anonymat sur la prescription) alors que la plupart des CIDDIST fournissent la thérapeutique adaptée. Le CDAG/CIDDIST de Dijon délivre le traitement au patient. Le CDAG/CIDDIST du CHIC détient une pharmacie à l'intérieur du service et les médicaments sont fournis par le médecin.

Recommandation n°11 : Introduire dans le cahier des charges des structures qui succéderont aux CDAG et aux CIDDIST l'obligation de prescrire ou délivrer le traitement approprié au patient lorsqu'une infection sexuellement transmissible (hors VIH, VHB, VHC) est dépistée

1.3.4. Une spécialisation de certaines structures dans un ciblage populationnel

1.3.4.1. Une stratégie de ciblage populationnel non uniformément partagé par les CDAG

- [209] Les IST ne touchent pas toutes les populations avec des fréquences identiques : certains groupes ont des comportements plus à risques que d'autres. L'augmentation des IST au milieu des années 1990 est considérée comme liée à un relâchement comportemental suscité par l'apparition des multithérapies antirétrovirales qui ont transformé le pronostic de l'infection à VIH⁷⁸.
- [210] Selon le rapport LERT-PIALOUX de 2009 déjà cité « *en France, l'épidémie VIH se caractérise par une prévalence très basse en population générale, une prévalence plus élevée et hétérogène (mais de niveau mal connu) dans la population immigrée d'Afrique sub-saharienne, une prévalence forte chez les homosexuels masculins⁷⁹...L'objectif de la prévention est de réduire l'incidence de l'infection VIH dans la population française, principalement chez les hommes ayant des rapports homosexuels⁸⁰ et de réduire le risque pour les individus d'être infecté ou de transmettre le virus. Il s'agit donc de réduire le poids collectif de l'infection VIH et de diminuer le risque individuel* ».

⁷⁸ L'InVS suit les principales IST à travers notamment divers réseaux de surveillance des IST tels que Rénago et Rénachla (réseaux de laboratoires pour le suivi des infections à gonocoque et chlamydia) et RésIST (réseau de cliniciens) pour la syphilis, le gonocoque et LGV rectale. La surveillance de l'activité de dépistage du VIH se fait par la notification obligatoire des diagnostics d'infection VIH et des cas de sida.

⁷⁹ Selon ce même rapport « *la population séropositive en France est composée pour environ un tiers de gays/HSH, pour environ un quart de migrants, environ 15% de personnes infectées par usage de drogue* ». Selon le BEH Web du 27 novembre 2009 les découvertes de séropositivité chez les hommes homosexuels représentent 37% des nouveaux diagnostics en 2008.

⁸⁰ « *La prévention chez les HSH est une priorité absolue et urgente* » rapport LERT-PIALOUX op. cité

- [211] La précarité est également un facteur d'exposition accrue au risque d'IST, l'isolement social (errants, SDF) favorisant l'évolution subreptice d'une IST. Les personnes qui se prostituent, de sexe féminin ou masculin, sont également particulièrement exposées au risque de maladie vénérienne.
- [212] L'existence de groupes populationnels au comportement à risque conduit à s'interroger sur « *la différenciation des stratégies de dépistage qui est posée en fonction des zones de prévalence (la prévalence en France n'est pas la même d'une région à l'autre, d'un département à l'autre) et en direction des populations les plus exposées (homosexuels, population originaire d'Afrique subsaharienne, population carcérale...)*⁸¹ ». Concernant le rôle des CDAG dans les stratégies de dépistage il est recommandé que « *les CDAG doivent orienter principalement leur action vers les populations à forte prévalence, y compris dans les régions à plus faible prévalence, ainsi que vers les populations qui ont des difficultés d'accès aux soins* » (*ibid.*).
- [213] Cette recommandation n'est pas appliquée de manière uniforme dans les structures dédiées au dépistage des IST faute d'existence d'une stratégie nationale.
- [214] Les CDAG ont en effet un ciblage populationnel d'une grande hétérogénéité comme en témoigne un document du COREVIH Ile-de-France Est dans la mesure où sur 23 CDAG la fourchette du ratio tests VIH positifs/tests VIH réalisés varie de 0,06⁸² à 1,74 (0,06 à Meaux pour 1677 tests, 1,74 à Gonesse pour 1376 tests), différences qui ne peuvent trouver une explication dans les taux de prévalence VIH de la population locale mais dans la stratégie de dépistage choisie.

Quelques données épidémiologiques actuelles sur VIH/VHB/VHC et IST

Il existe une diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH depuis 2004 avec une stabilisation de ce nombre chez les homosexuels en 2007-2008. En 2008 les découvertes de séropositivité touchent pour 67% des hommes et 37% des contaminations se font par rapports homosexuels. Environ 100 000 à 170 000 personnes vivent en France métropolitaine et DOM porteuses du VIH et parmi elles 40 000 n'auraient pas été dépistées.

« *Avec une prévalence autour de 18% parmi les hommes fréquentant les lieux gays parisiens et le fait qu'environ 20% des personnes ne se savent pas séropositives (Prévagay, 2009), les gays/HSH demeurent la population dans lequel la dynamique de l'épidémie est la plus forte, en terme de nouveaux diagnostics et d'incidence (InVS, 2009)* » rapport LERT-PIALOUX

Selon le réseau RésIST il y a une diminution modérée du nombre de syphilis observée en 2008 (environ 500 cas par an), avec environ la moitié des cas recensés en région Ile-de-France. La syphilis touche majoritairement les HSH (82% d'HSH 2000-2008). Selon Rénago le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire augmente sur la période 1990-2008 (65% d'HSH 2004-2007).

Concernant les hépatites 500 000 personnes sont atteintes d'une hépatite B ou C et environ 4 000 meurent chaque année. L'un des facteurs d'aggravation est la co-infection avec le VIH : approximativement 25% des personnes porteuses du VIH, soit environ 30 000 personnes, sont co-infectées par le VHC (23 000) et par le VHB (7 000).

Il y a des régions prioritaires telles que les départements français d'Amérique DFA avec des taux d'infection à VIH rapportés à la population qui sont parmi les plus importants. En effet si près de la moitié des découvertes de séropositivité VIH a lieu en Ile-de-France, les DFA sont en valeur relative beaucoup plus touchés que la métropole (Guyane positivité 10 x > moyenne, Antilles françaises positivité 2 à 4 x > moyenne). Il en est de même s'agissant des taux annuels des cas de sida par million d'habitants (Guyane > Guadeloupe > Martinique).

Source : InVS, rapport LERT-PIALOUX et documents DGS

⁸¹ Rapport Pr YENI op. cité

⁸² Hors taux de 0 qui est même noté pour le CDAG d'Arpajon pour 1131 tests effectués

Recommandation n°12 : Faire coexister, à la suite d'un diagnostic partagé entre ARS et COREVIH, le maintien d'une offre au profit de la population générale et le renforcement d'un ciblage populationnel, en particulier par des activités de dépistage hors les murs

1.3.4.2. L'activité de dépistage hors les murs : un excellent moyen pour parvenir à atteindre des populations aux comportements à risques

[215] Le ciblage populationnel doit certes viser les populations à fort taux de prévalence mais doit également avoir pour but d'atteindre des publics qui, bien qu'à comportements à risques, ne fréquentent pas les consultations de dépistage. De ce point de vue les activités de dépistage dites « hors les murs », réalisées de façon temporaire et en dehors des consultations/centres eux-mêmes, ont vocation à proposer le dépistage à ces publics. Selon le rapport du Pr. YENI pré cité il faut « faire évoluer les CDAG / CIDDIST vers une organisation intégrée en une seule structure... en organisant des actions de dépistage dites hors les murs ».

[216] La CDAG de Fernand Widal effectue ainsi annuellement avec l'association AREMEDIA une trentaine d'actions (pour environ 300 à 400 dépistages) en dehors de l'établissement dans le but de permettre à des populations très marginalisées de se faire dépister.

Un exemple de bonnes pratiques : le dispositif original de dépistage né d'un partenariat entre une CDAG hospitalière (Fernand Widal) et une structure associative (association AREMEDIA)

La problématique : la CDAG est située dans un « territoire épidémiologiquement privilégié (migrants, UDIV, précaires)...mais les séroprévalences de la clientèle de son CDAG...marginales⁸³ » (Bilan 2009 Dépistage Hors les murs Marc Shelly⁸⁴/Luc de Masse/Abdou Ndiaye). La clientèle de la CDAG est pour la majorité jeune, bien informée et à faibles risques : sentiment des médecins de la CDAG d'une « désadaptation progressive...à sa mission historique, notamment circulaire du 9 juillet 1998 ».

Le but de la démarche : faire de l'information et du dépistage hors des locaux de la CDAG en direction de populations précaires et isolées, à fort taux potentiel de prévalence VIH/VHC/VHB, ne se rendant pas spontanément en CDAG (origine africaine subsaharienne, toxicomanes, SDF, prostituées chinoises).

Mise en place du dépistage sur 3 sites (dont un itinérant : Lotus Bus de MDM⁸⁵ pour les femmes prostituées chinoises) pour les migrants (subsahariens, chinois) non usagers de drogues et 3 sites accueillant les UDIV et crackers.

Une convention est signée en 2008 entre le groupe hospitalier Lariboisière Fernand Widal (mise à disposition de temps médical ainsi que de matériels et équipements nécessaires aux activités de dépistage, réalisation des analyses sérologiques) et l'association AREMEDIA (mise à disposition de temps non médical, infirmière et personnel d'accueil, prise en charge de la logistique, transport des prélèvements ainsi que des dossiers et organisation du dépistage).

Le bilan 2009 met en évidence des taux de prévalence et de retrait qui varient considérablement selon le public cible et le site d'intervention : pour exemple pour UDIV/crackers

⁸³ VIH 1,24%, HCV 2,22%, HBV 3%

⁸⁴Le Dr Marc Shelly est médecin de santé publique à la CDAG de Fernand Widal et fondateur de l'association AREMEDIA

⁸⁵La mission France de médecins du monde s'implique dans le dépistage en faveur des personnes en précarité sociale via des actions hors les murs en partenariat avec des CDAG : convention de juin 2006 CIDAG/MDM à Marseille, partenariat entre le Funambus et la CDAG à Nantes, programme Lotus Bleu à Paris...

la prévalence VHC est de 25% versus 2,22% en CDAG avec un taux de retrait (hors site itinérant) de 64%. Dans l'ensemble les taux de retrait sont proches de ceux retrouvés en CDAG.

Au total un dépistage ciblé orienté vers les populations vulnérables et marginalisées/exclues au risque VIH/Hépatites B et C et qui a réduit la barrière du dépistage grâce à une facilitation d'accès et un accroissement de la visibilité du dispositif.

Recommandation n°13 : Promouvoir les actions de prévention et de dépistage hors les murs, tout particulièrement en direction des populations les moins susceptibles de fréquenter les centres de dépistage, et soutenir les associations impliquées

1.3.4.3. Une disjonction de l'activité de dépistage en milieu carcéral entre UCSA et CDAG/CIDDIST peu satisfaisante

- [217] La santé des personnes détenues est prise en charge par les unités de consultation et de soins ambulatoires UCSA qui sont rattachés à un service hospitalier MCO. Les UCSA ont un financement MIGAC (en 2008, la dotation MIG des UCSA s'est élevée à 142,5 M€).
- [218] La mission s'est déplacée dans l'UCSA de Fresnes, rattachée à l'hôpital Bicêtre, qui est également CIDDIST : c'est l'UCSA qui fait une proposition systématique de dépistage des IST (VIH, VHB, VHC et selon les cas syphilis et chlamydiae) pour les « arrivants dépôt »⁸⁶. Les examens de laboratoire sont effectués à l'hôpital Bicêtre avec transport par navettes.
- [219] Pour la responsable de l'UCSA de Fresnes, l'habilitation CIDDIST de l'UCSA ne modifie pas en réalité les pratiques de dépistage, de diagnostic et de traitement de l'UCSA : cependant grâce à l'aide budgétaire apportée par l'activité CIDDIST, l'UCSA bénéficie d'un apport de temps médical et infirmier, de la possibilité de faire du dépistage de Chlamydiae, de faire du « counselling ». L'UCSA fonctionne sans qu'il y ait un accueil différencié pour l'activité CIDDIST et il n'y a pas d'anonymisation.
- [220] Le CDAG/CIDDIST de Chalon-sur-Saône dispose d'une antenne dans un centre pénitentiaire à Varenne à raison de deux demi-journées par semaine dans les locaux de l'UCSA : il est proposé⁸⁷ en début d'incarcération le seul dépistage du VIH, le dépistage des hépatites B et C et celui de la syphilis étant prescrit un médecin de l'UCSA. Il est relevé par les professionnels exerçant dans cette CDAG en milieu pénitentiaire la notion très relative de l'anonymat⁸⁸.
- [221] Le CDAG/CIDIST de Dijon dispose d'une antenne dans la maison d'arrêt de Dijon avec deux vacations par semaine dans l'UCSA : il n'y a pas d'identification de plages horaires spécifiquement dédiées au dépistage dans la mesure où l'ensemble des médecins de l'UCSA pratiquent eux-mêmes le dépistage. Contrairement à ce qui s'effectue à Chalon-sur-Saône il est réalisé dans l'antenne CDAG de la maison d'arrêt de Dijon inégalement des sérologies VIH, VHC et VHB⁸⁹.

⁸⁶ « ...s'agissant de la population carcérale, la seule proposition de dépistage à l'entrée en détention est utile, mais reste très insuffisante... Il est nécessaire de développer de nouveaux programmes expérimentaux qu'il reste à déterminer : intégrer les offres de dépistage (VIH, hépatites, IST...) dans des bilans de santé, renouveler l'offre de dépistage tout au long du séjour en détention. » Rapport P. YENI op. cité

⁸⁷ « Il est important de s'assurer du consentement explicite de la personne détenue avant d'effectuer un ou des tests de dépistage » Rapport P. YENI op. cité

⁸⁸ « Les actions de CDAG en détention ont amélioré l'offre de dépistage mais ont leurs limites, tant la stigmatisation et la discrimination que subissent les personnes séropositives sont grandes » (ibid.)

⁸⁹ En 2009 341 sérologies VIH, 287 sérologies VHC et 11 sérologies VHB en maison d'arrêt (pour des chiffres de 2 247 VIH, 1 367 VHC et 877 VHB à la CDAG de Dijon)

- [222] La mission considère fondée l'analyse figurant dans le BEH du 19 février 2008 « *les antennes de CDAG en prison ont une activité très hétérogène et ne permettent à elles seules de surveiller l'activité de dépistage en milieu carcéral* ».
- [223] En définitive la mission estime qu'il n'y a pas de véritable justification à ce que le dépistage, diagnostic et traitement soit assuré autrement que par l'UCSA⁹⁰ et qu'il convient d'intégrer au sein des UCSA les activités des CDAG/CIDDIST présentes en centres pénitentiaires : l'UCSA peut inclure le dépistage dans une stratégie de prévention, en particulier en direction des populations les plus susceptibles d'être infectées, et il n'apparaît pas nécessaire de faire intervenir des personnels extérieurs à l'UCSA pour peu que cette structure possède les moyens humains, matériels et budgétaires de fonctionner et ait reçu la formation ad hoc, personnel médical et non médical.
- [224] Il devra être nécessaire, en accompagnement de cette évolution, de prendre en compte les recommandations faites dans le rapport de l'IGAS pré cité sur le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé au sein du chapitre dévolu aux UCSA à savoir que « *l'activité de prise en charge paraît assez peu homogène, voire très hétérogène, selon les structures et les prestations quand on compare des établissements pénitenciers dont les besoins sont a priori comparables*⁹¹ ».
- [225] Les auteurs du rapport préconisent qu'« *une plus grande standardisation entre besoins, activités et moyens* » soit recherchée et qu'« *au-delà d'une meilleure répartition de l'enveloppe, les comparaisons activité-moyens entre unités* » alimentent « *la poursuite de la réflexion avec les professionnels sur la définition d'une norme de besoins et d'activités concernant la prise en charge dans les UCSA* ».

Recommandation n°14 : Faire reposer sur les seules UCSA les activités de dépistage/diagnostic/traitement des IST en milieu carcéral sous réserve d'une attribution à ces structures des moyens des CDAG/CIDDIST installés en centres pénitentiaires

1.3.5. Des compétences médicales différant assez sensiblement selon les structures

- [226] La mission a observé à l'occasion de ses déplacements que les profils et compétences médicales présents diffèrent selon qu'il s'agisse d'une CDAG ou d'un CIDDIST et, pour les CIDDIST, selon qu'il s'agisse d'un CIDDIST hospitalier ou non hospitalier, ce qui pose la question du socle de connaissances exigibles au regard de l'activité assurée.
- [227] Dans les CDAG, l'activité est essentiellement exercée par des médecins généralistes qui ont en général reçu une formation soit sous la forme d'études supérieures sanctionnées, le plus fréquemment, par des diplômes universitaires, soit sous la forme de stages de pratique clinique, ou de conférences diverses que la CDAG soit hospitalière (hôpital Bichat, CHIC) ou non hospitalière.
- [228] Dans les CIDDIST, l'activité est exercée le plus souvent par des médecins spécialistes, dermato-vénérologues et/ou des gynécologues dans les établissements de santé (CDAG-CIDDIST de l'hôpital Bichat à Paris). Dans les CIDDIST non hospitaliers, ce sont des médecins généralistes ayant reçu les formations décrites ci-dessus qui sont les plus nombreux à effectuer les missions prévues (CDAG/CIDDIST du centre de santé de Champigny).

⁹⁰ Sachant que « *les médecins des UCSA (prisons)...devraient également être informés de la conduite à tenir en cas d'exposition à un risque...* » (*ibid.*)

⁹¹ Pour exemple de cette inhomogénéité les auteurs citent le nombre d'actes de dépistage du VIH et du VHC (qu'ils aient été réalisés par l'UCSA ou la CDAG locale) : ce nombre peut varier respectivement d'un facteur 2,6 et 3,6 dans une région

- [229] On constate cependant d'autres cas de figure, puisque ce ne sont que des médecins généralistes formés qui exercent dans le CDAG/CIDIST du CHU de Dijon et qu'au CHIC exerce, à côté d'un dermato-vénérologue, un médecin généraliste de la CDAG ayant reçu une formation spécifique.
- [230] Il a été signalé plus haut qu'à l'heure actuelle les textes ne demandent aucune qualification précise pour exercer dans une CDAG ou un CIDDIST.
- [231] Dans la perspective d'une fusion des structures, il faudra tenir compte de la réalité des pratiques relevées sur le terrain par la mission, et en particulier la question de la démographie médicale : il n'est pas envisageable de penser que le centre fusionné CDAG/CIDDIST pourra, selon des horaires d'ouverture prédéterminés, offrir une palette de services extensive (examen gynécologique, prélèvements cutanéomuqueux divers) pris en charge par des dermato-vénérologues et des gynécologues.
- [232] Le dépistage mais aussi le diagnostic et le traitement des personnes symptomatiques, ne pourra, dans la plupart des cas, qu'être faits par le médecin généraliste.
- [233] En conséquence il sera d'autant plus nécessaire de répondre à l'interrogation qui figure dans le rapport LERT-PIALOUX pré-cité sur la mise en place d'une « *formation des médecins non spécialistes exerçant dans ces structures pour réaliser les actes de dépistage spécialisés afin de doter les nouvelles structures d'un personnel médical compétent pour mettre en œuvre le cahier des charges.* »
- [234] Les différents professionnels rencontrés par la mission ont fait part de leur besoin d'une formation plus adaptée y compris clinique, l'intérêt du rattachement à un centre hospitalier est d'y permettre de trouver un lieu de stage.
- [235] En outre, il faut envisager à terme, pour dégager du temps médical, que l'entretien et l'accompagnement pour le dépistage menés actuellement dans le cadre des CDAG puissent être élargis à d'autres professionnels de santé par une délégation de tâches comme le recommande le rapport de la HAS (infirmière comme au CIDDIST de l'hôpital de Chalon-sur-Saône, sage-femme comme au CDAG/CIDDIST du relais Charbonnier, structure associative relevant du CHU de Poitiers) sous la responsabilité d'un praticien senior, ou, dans le cadre des expériences actuellement menées (DRAG, Le Figuier, etc..) par des partenaires associatifs dûment formés et évalués.

Recommandation n°15 : Préciser dans le prochain cahier des charges les formations nécessaires aux médecins exerçant dans les structures dédiées

Recommandation n°16 : Etudier la possibilité d'une délégation de certaines tâches à des personnels non médicaux

1.4. Une absence de pilotage national et de vision d'ensemble du dispositif

1.4.1. Une carence dans l'exploitation des rapports d'activité et de performance ainsi que des données financières

- [236] Cette absence de visibilité est manifeste tant en ce qui concerne le fonctionnement des structures, au plan national et local, qu'en ce qui concerne le suivi de leur financement.

- [237] Comme l'a déjà souligné la Cour des comptes dans le rapport pré cité, la faiblesse du pilotage du ministère de la santé, une « *interdirectionnalité* » et une « *interministérialité* » insuffisantes ne permettent pas de disposer d'une visibilité, ni au niveau national, ni au niveau local. Ces observations qui portent sur la politique de lutte contre le VIH peuvent s'appliquer à l'ensemble de la politique de dépistage des IST.
- [238] Sur le plan financier, comme l'a montré la partie 1.3 du présent rapport, il a été impossible d'obtenir de la part de la DGS une consolidation des financements GRSP, en distinguant notamment les financements attribués aux structures et aux associations. La même incertitude règne sur les modalités de financements de l'assurance maladie.
- [239] L'existence des deux structures CDAG/CIDDIST dont les modalités de fonctionnement sont très diverses a impliqué notamment l'élaboration de deux rapports d'activité et de performance, l'un pour l'activité CDAG, l'autre pour l'activité CIDDIST, ce qui représente une source de travail dont la lourdeur n'est pas forcément justifiée, et qui est source de complexité inutile.
- [240] Si certaines synthèses sont élaborées au niveau des DRASS, ce n'est pas le cas partout, et il n'existe pas de synthèse consolidée au niveau national. De plus, l'insuffisance de synthèses effectuées au niveau régional ne contribue pas à fournir à la DGS les éléments d'information nécessaires à un réel pilotage des actions de dépistage.
- [241] L'une des plus abouties de ces synthèses régionales, dont la mission a eu connaissance, a été rédigée au sein de la DRASS du Languedoc-Roussillon⁹², à partir des rapports d'activité et de performance et des enseignements tirés des réunions régionales. Ces réunions ont présenté l'intérêt de donner une occasion d'échanges portant sur les questions de santé publique liées au dépistage⁹³, d'harmoniser certaines pratiques⁹⁴, d'évoquer les relations partenariales, notamment avec les collectivités locales, ou d'organiser et de financer au niveau régional des formations pour les professionnels de la région, y compris ceux des collectivités territoriales.
- [242] Dans la région Bourgogne par exemple, c'est le COREVIH qui a pris l'initiative, qui sera poursuivie en 2011, de réunir les CIDDIST et CDAG de la région en février 2010, permettant un échange sur les pratiques et les outils utilisés (notamment pour le recueil des données).
- [243] Dans sa réponse à la Cour des comptes, le ministère de la santé s'engage sur un certain nombre d'orientations qui seraient à mettre en œuvre, notamment pour ce qui concerne les missions à donner aux ARS.
- [244] Ces orientations concernent la politique de lutte contre le VIH mais pour la mission, elles sont applicables à l'ensemble de la problématique de lutte contre les IST. Il s'agit notamment de procéder à « *la fixation, par le biais de contrats d'objectifs et de moyens, pour les régions le justifiant, d'objectifs spécifiques sur la prévention du VIH/SIDA (amélioration du fonctionnement en réseau, meilleure couverture des populations en termes de prévention primaire...), à une meilleure coordination de la gestion des financements alloués, et à une plus grande cohérence et lisibilité des objectifs dans l'ensemble des champs de la santé (prévention, organisation des soins, offre médico-sociale, dans le cadre des projets régionaux de santé et une allocation de moyens plus efficiente)* ».
- [245] Ces orientations sont en effet judicieuses, mais ne déboucheront pas sur une vision d'ensemble du dispositif si le ministère de la santé ne se donne pas, au niveau national, la capacité d'exercer un pilotage réel.

⁹² *Les dispositifs recentralisés de la région Languedoc-Roussillon*, rapport de la DRASS établi par le Dr. Eric Schwartzentruber, MISP, mars 2010

⁹³ Par exemple les arguments pour intégrer les IST au plan national VIH

⁹⁴ Par exemple l'interruption des dépistages des mycoplasmes par l'ensemble des CIDDIST qui présente peu d'intérêt pour le patient et aucun enjeu de santé publique

1.4.2. L'absence de recueil d'information

- [246] La première journée d'échanges CDAG/CIDDIST depuis 2003, organisée sous l'égide de la DGS, de l'INPES et de l'INVS les 5 et 6 octobre 2009 a été saluée par les interlocuteurs de la mission comme une initiative particulièrement propice aux partages des expériences, difficultés et attentes⁹⁵. Elle complète fort utilement les journées d'échanges régionales comme celles que la DRASS de Languedoc Roussillon a organisées régulièrement depuis la recentralisation des activités.
- [247] A travers ces différents documents et compte rendus issus de ces réunions, et à la suite des entretiens conduits par la mission lors de ses déplacements, le constat peut être fait du besoin d'un outil informatique commun permettant la gestion des données patient, le bilan d'activité et le recueil des données épidémiologiques.
- [248] La situation, là encore, est variable. Dans certains centres, y compris ceux qui sont installés dans un établissement hospitalier, en l'absence d'outil informatique, ces données sont recueillies manuellement et colligées sous format papier (hôpital Bichat). Dans d'autres centres, l'appui de l'établissement hospitalier a été déterminant pour permettre la mise en place d'un outil informatique adapté, même quand le centre se trouve dans des locaux situés à l'extérieur du centre hospitalier comme à Dijon ou Poitiers.
- [249] L'exemple donné lors des journées d'échanges nationales citées ci-dessus montre que ce n'est pas impossible. Le CDAG/CIDDIST de Toulouse, dont l'activité est l'une des plus importantes en France, a permis de trouver une solution informatique applicable aux deux structures.

Développement d'un outil informatique commun

Nathalie SPENATTO exerce au CIDDIST-CDAG de Toulouse dont l'activité est une des plus importantes en France : 20000 dépistages VIH par an et 3000 consultations en CIDDIST. Rapidement, la mise à disposition d'un outil informatique pour la gestion des données et le bilan d'activité s'est révélée indispensable.

Le projet passe par une solution informatique permettant le recueil des données patients à la CDAG ou au CIDDIST en évitant une double saisie, une utilisation simple, respectant l'anonymat mais permettant le suivi et permettant d'établir facilement un bilan d'activité à partir des données saisies. Grâce à un financement GMSP, un appel d'offre a été lancé permettant la sélection du logiciel « CUPIDON ».

Le système est maintenant effectif. Le serveur est installé au CHU. La maîtrise s'effectue à distance. Les droits d'accès sont différents selon le type d'activité professionnelle. Le dossier informatisé permet de savoir si les résultats sont revenus et si le patient a eu connaissance de ses résultats. Il permet également de faire les statistiques et quelques requêtes épidémiologiques ou cliniques.

En pratique, les 4 premières initiales du nom et du prénom du patient sont saisies avec une anonymisation automatique. Ce système validé par la CNIL permet de récupérer les données du bilan biologique lorsque le patient revient chercher ses résultats.

Les premières évaluations de ce système informatique sont encourageantes : acceptabilité par les patients et par les utilisateurs. Cependant, quelques difficultés sont perceptibles : impossibilité actuelle d'importer les données des laboratoires de biologie, définition des indicateurs pertinents à reconsidérer, pas de partage des expériences et des données avec d'autres centres.

C'est pourquoi, N. SPENATTO conclut en espérant voir se mettre en place un réseau des CIDDIST équipé d'un logiciel de saisie (CUPIDON, SILOXANE...).

Source : Compte rendu des journées d'échange CDAG/CIDDIST des 5 et 6 octobre 2009

⁹⁵ 500 inscrits, dont 300 émanant de structures de dépistage dont 30 représentants de l'outremer

Recommandation n°17 : Organiser des réunions d'échanges au niveau régional associant les professionnels de toutes les structures effectuant des dépistages (CPEF, centres de santé, centres d'examen de santé)

Recommandation n°18 : Définir un système d'information apte à recueillir et à traiter à l'échelon local et à l'échelon central les données quantitatives et qualitatives portant sur l'activité et les financements

1.5. Une offre de service complémentaire apportée par les centres de planification et d'éducation familiale, les centres de santé et les centres d'examen de santé

[250] Considérés comme des structures de soins dits primaires, les CPEF et les centres de santé qui offrent une couverture médicale, de secteur 1, avec médecins généralistes et spécialistes, peuvent permettre de compléter l'offre de service décrite supra.

1.5.1. Des missions des CPEF élargies au dépistage et au traitement des IST

1.5.1.1. Dans le cadre d'une approche globale

[251] Confiées aux conseils généraux par les lois de décentralisation pour l'activité de planification familiale, les CPEF ont comme vocation première la planification familiale et l'information et l'éducation à la sexualité (articles L 2311-1 et suivants du CSP). Qu'ils soient placés en régie directe et constitués dans un centre de PMI, ou gérés par voie de convention entre le conseil général et une association, les CPEF peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par voie sexuelle, soit à la demande des consultants, soit avec l'accord de ceux-ci sur proposition du médecin qui fait connaître les résultats des examens au cours d'une consultation médicale ultérieure. Mais cette activité est accessoire par rapport à leur mission première liée à la planification familiale.

[252] Conformément à la loi du 23 juillet 1990, ils assurent, de manière anonyme, le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande ou des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base de l'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ce cas les dépenses relatives au traitement et au dépistage sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

[253] Les CPEF doivent répondre aux conditions fixées par les articles R 2311-14 à 18. Ils doivent justifier de la présence permanente d'un médecin ayant la formation requise pour procéder aux investigations cliniques et biologiques, et de l'accès à un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé en application des dispositions de l'article L. 6211-2 ou d'un laboratoire d'un établissement public de santé suffisamment proche pour que les prélèvements ne soient pas affectés par leur transport, qui doit s'effectuer dans des conditions garantissant leur préservation. Le respect de ces prescriptions est vérifié par le directeur général de l'agence régionale de santé à défaut, le centre doit cesser immédiatement de procéder au dépistage et aux traitements mentionnés à l'article R. 2311-14.

[254] Les CPEF assurent également les séances d'éducation et d'information à la sexualité, soit sur place, soit dans des établissements scolaires, essentiellement les collèges, mais aussi parfois les lycées, ou les centres de formation d'apprentis, ou dans d'autres lieux où peut se trouver une population précaire, ou en difficulté (foyers de travailleurs migrants, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, lieux de détention...).

[255] La population reçue dans les CPEF en consultation est souvent une population jeune, plutôt féminine. Cependant, selon les territoires d'implantation, il peut s'agir aussi de consultantes n'ayant pas recours au système de soins soit du fait de revenus insuffisants, soit n'ayant pas l'habitude de consulter un médecin⁹⁶ et pour lesquelles la proposition de dépistage s'inscrit dans une approche plus globale liée à la contraception, et qui serait réticente à engager une démarche de contraception dans un lieu, le CPEF, et le dépistage dans un autre lieu⁹⁷.

[256] La couverture territoriale par les CPEF est inégale, de même que les plages d'ouverture et les compétences médicales⁹⁸. L'activité des CPEF est mal connue, c'est pourquoi la mission de l'IGAS, dans son rapport précité sur la prévention des grossesses non désirées, avait recommandé un état des lieux de ce dispositif.

1.5.1.2. De manière complémentaire à l'activité des CDAG et des CIDDIST

[257] Même s'ils peuvent avoir à traiter de problématiques proches, les CDAG, les CIDDIST et les CPEF ne sont pas interchangeables. L'activité de dépistage des IST reste annexe pour les CPEF tandis que les CDAG et CIDDIST ne délivrent pas de contraception. Néanmoins, les champs d'intervention peuvent se rapprocher, dans l'accompagnement de l'activité de dépistage, dans les actions de prévention et d'information et éducation à la sexualité, notamment pour des publics considérés comme prioritaires dans l'activité de dépistage, mais aussi pour la population générale conformément aux recommandations de la HAS.

[258] Les missions menées par les CPEF en matière de dépistage ne couvrent pas toutes les possibilités qui leur ont été offertes par les textes. La mission a rencontré plusieurs cas de figure, qui présentent, à des degrés divers l'intérêt de compléter, sur le plan de la couverture territoriale ou les capacités d'offre, l'action des CDAG/CIDDIST et qui devront être partie intégrante de la planification régionale.

1.5.1.3. Des complémentarités utiles mais encore imparfaites

[259] Le CDAG/CIDDIST de Dijon constitue un bon exemple des relations compliquées avec les CPEF. Ce centre, installé en ville mais dépendant du CHU, a instauré une bonne complémentarité avec le CPEF présent sur le même site à Dijon, ce qui n'est pas le cas de son antenne d'Auxonne (voir §1.5.1.5).

[260] A Dijon, les relations fonctionnelles ont facilité le travail en commun :

- la responsable du CDAG/CIDDIST (médecin généraliste) exerce également dans le CPEF ;
- les locaux sont situés dans le même immeuble ;
- les actions de prévention dans les CFA, les CADA, sont préparées en commun même si le CPEF n'y participe pas ;

[261] Au CDAG/CIDDIST de Dijon ont été mises en place des activités extérieures de prévention qui sont un bon complément des activités de dépistage hors les murs qui sont organisées par certaines structures.

⁹⁶ ANAES, « évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *chlamydia trachomatis* en France », février 2003.

⁹⁷ Rapport de l'IGAS sur la PMI

⁹⁸ Rapport de l'IGAS relatif à « l'évaluation de la politique de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 », Claire Aubin et Danièle Jourdain Menninger, octobre 2009

Exemple d'activités de prévention du CDAG/CIDDIST

En 2009 des interventions (grâce à cinq infirmières et trois médecins) se sont déroulées :

- en milieu scolaire : 4èmes en collèges généraux, 2ndes en lycées généraux, lycées professionnels, 1ères et 2èmes années en institut de soins infirmiers IFSI, centres de formation des apprentis CFA
- en centre d'accueil des demandeurs d'asile CADA
- sous forme de journées d'échange et de pratiques dans le cadre d'une association d'éducation en prévention sanitaire ADEPS, une participation à la journée mondiale contre le Sida

Au total pour 131 interventions en milieu scolaire 2 428 élèves ont été concernés

Source : Entretien avec la mission

- les consultations du CDAG/CIDDIST peuvent, compte tenu de la proximité avec le CPEF, permettre de délivrer des informations sur la contraception et la vie sexuelle alors que les consultations de planification peuvent constituer l'occasion de sensibiliser et de proposer le dépistage des IST ;

[262] Un autre exemple de relations entre une structure CDAG/CIDDIST en voie de constitution, et un CPEF est illustré par le CDAG/CIDDIST de Corbeil : cette CDAG, dont les compétences ont été récemment étendues à un CIDDIST, n'assure, comme cela a été indiqué supra, qu'une partie des dépistages et diagnostics et renvoie sur le CPEF de Evry pour les examens de laboratoire et le traitement. Les relations entre professionnels sont bien établies, dans les deux cas les responsables administratifs et politiques sont les mêmes (département), mais l'éloignement des deux structures amène à considérer le centre de Corbeil comme une antenne du CPEF d'Evry, ce qui ne correspond pas, en l'état actuel des textes, à un fonctionnement idéal d'un CIDDIST dont il n'assure que partiellement les missions

[263] Si les jeunes filles ou femmes qui ont une couverture sociale et une problématique simple peuvent aller du CIDDIST au CPEF pour un dépistage puis pour une consultation de planification familiale, ce n'est pas le cas de tous les consultants, car pour certains d'entre eux, l'accès à la prévention et aux soins est plus difficile. Lorsqu'il y a, comme dans l'exemple évoqué entre Corbeil et Evry, déconnexion de lieu ou de structure entre la consultation de contraception et le dépistage plus la délivrance du traitement, le risque d'accroître le nombre des « perdus de vue » n'est pas négligeable.

[264] De plus, pour les jeunes garçons, (qui peuvent venir au CPEF mais de manière marginale sauf à venir en couple), comme pour les jeunes en difficulté, les populations précaires, l'existence des deux structures et la visibilité de leurs missions n'est pas atteinte.

1.5.1.4. Une complémentarité liée à des défauts de couverture territoriale des CDAG/CIDDIST

[265] Dans certaines parties du territoire, la couverture territoriale en CDAG et CIDDIST est insuffisante pour assurer une offre de dépistage par ce type de structures. C'est le cas en particulier des zones rurales. En Bourgogne, le CPEF de Paray-le-Monial, « *centre de planification du charolais* », installé dans les locaux de l'établissement hospitalier, est habilité à faire le dépistage du SIDA et des IST, et a demandé à devenir une CDAG pour mettre fin à l'ambiguïté des prises en charge entre les missions du CPEF et celles qui sont assumées par l'établissement hospitalier pour le traitement et les frais de laboratoires. Cette activité de dépistage, en grande partie VIH et chlamydiae, est une proposition d'opportunité dans la mesure où les consultantes viennent pour un entretien pré IVG ou des consultations de contraception. Lors de ces consultations, un dépistage peut être proposé, notamment pour les chlamydiae chez ces jeunes filles, permettant d'atteindre cette population sur une plage horaire étendue, avec des consultations y compris sans rendez-vous, alors que ce n'est pas la vocation première de ce dispositif.

1.5.1.5. Une concurrence parfois excessive ou mal organisée

[266] Elle peut être de nature à faire naître, lorsque les autorités administratives des structures sont différentes, ou que l'antériorité de l'une (le CPEF) amène à considérer que l'arrivée de l'autre (une antenne) lui fait concurrence, une contestation de la légitimité de l'intervention d'une des deux structures par l'autre. Si le CDAG/CIDDIST de Dijon a pu engager un travail en commun efficace avec le CPEF compte tenu de leurs relations fonctionnelles, ce n'est pas le cas avec l'antenne d'Auxonne créée par ce même CDAG/CIDDIST, et la complémentarité souhaitée est devenue concurrence.

[267] Une expérience de création d'antenne, assortie de démarche d'information en direction de la population et des professionnels de santé, a été vécue comme une concurrence directe avec le CPEF local. De manière très concrète, les deux structures se sont retrouvées à mener des actions de prévention en direction des publics scolaires dans les mêmes établissements d'enseignement.

[268] C'est le cas sous une forme différente au CDAG/CIDDIST de l'hôpital Bichat où une infirmière délivre une consultation liée à la sexualité, deux heures par semaine et sur rendez-vous, alors que la structure n'a apparemment pas de liens avec le CPEF situés dans les locaux de l'établissement hospitalier.

1.5.1.6. Des modalités de coopération possibles

[269] Une mutualisation des moyens humains et matériels entre les CDAG/CIDDIST d'une part, et des CPEF d'autre part permettrait d'élargir les capacités des deux catégories de structures:

- en regroupant des activités de consultation et de prévention⁹⁹,
- avec la possibilité d'associer la proposition d'un dépistage, la délivrance d'une contraception, l'information et l'éducation à la sexualité, pour les hommes comme pour les femmes
- en offrant un accueil commun par des personnels formés à cet effet (personnel infirmier, conseillers conjugaux, sages femmes pour les entretiens),
- dans un lieu géographiquement identifié et unique.

⁹⁹ CIDDIST/CDAG de Dijon, note établie pour la mission de l'IGAS, « *mutualisation des moyens humains et matériels du CPEF et du CIDDIST d'Auxonne* », juillet 2010

1.5.2. Les centres de santé, parties prenantes du dispositif

1.5.2.1. Une activité de première ligne

- [270] Les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, dont le rôle a été réaffirmé par la loi HPST et notamment à l'article L. 6323 du CSP, ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. Ils pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322. 1. du code de la sécurité sociale (CSS). Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du CSS. Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.
- [271] Les centres de santé élaborent un projet de santé¹⁰⁰ incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique¹⁰¹.
- [272] Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés. Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé.
- [273] Les centres de santé sont souvent situés dans des zones géographiques urbaines, et accueillent des populations modestes, ou précaires (ils accueillent une part importante de personnes bénéficiaires de la CMU), et quand les consultations de spécialistes en secteur 1 sont peu nombreuses. Dans les grandes métropoles, ils jouent un rôle essentiel.
- [274] Dans l'ensemble du dispositif de dépistage qui a été mis en place, surtout depuis la recentralisation issue de la loi du 13 août 2004, les centres de santé ont représenté une opportunité en termes de maillage territorial que l'administration déconcentrée comme les collectivités départementales ont parfois utilisée pour compléter les structures CDAG/CIDDIST :
- soit pour leur demander, avec le financement associé, de devenir CDAG, ou CIDDIST, ou les deux, comme pour le centre de santé de Champigny dans le Val-de-Marne ;
 - soit pour mutualiser les moyens en s'adossant à une maison de la solidarité (Essonne, Seine-Saint-Denis), et les locaux ;
 - soit sous forme d'une offre globale comme à l'IAF, où le questionnaire effectué à l'accueil, pour les consultants orientés vers le CIDDIST, permet de faire une orientation fondée sur la situation de ces personnes au regard de leur couverture d'assurance maladie, les personnes disposant d'une couverture obligatoire et complémentaire étant plutôt dirigées, avec leur accord, vers le centre de santé, les autres pouvant accéder au dépistage et au traitement gratuitement.
- [275] Pour un centre de santé comme le centre de santé municipal Ténine de Champigny-sur-Marne, l'attribution de l'agrément préfectoral comme CDAG/CIDDIST a labellisé des activités qu'il avait en réalité déjà par le biais des consultations médicales, les moyens supplémentaires alloués ayant permis de diversifier l'offre, et de faire quelques actions « hors les murs ».

¹⁰⁰ Décret n°2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé (article D.6323-1) « le contenu et les conditions d'élaboration des projets de santé mentionnés à l'article L6323-1 sont fixés par arrêté du ministre de la Santé ».

¹⁰¹ Si le futur arrêté pris en application de l'article D.6323-1 l'autorise, une approche globale de la santé sexuelle pourrait faire partie du projet de santé devant être élaboré par le centre de santé (voir 2.2.4).

1.5.2.2. Une offre de service complète

- [276] Les centres de santé présentent l'avantage d'offrir une bonne réponse en terme de plateau technique (le laboratoire d'analyse médicale), l'articulation entre le dépistage et le traitement par la présence complémentaire des consultations médicales de droit commun si nécessaire, et souvent un accompagnement social par rapport aux droits sociaux des consultants.
- [277] L'IAF est un bon exemple d'offre de prévention et de soins intégrée. Il rassemble les trois compétences, CDAG-CIDDIST, CPEF et centre de santé dans un lieu à vocation pluridisciplinaire. Il dispose d'un laboratoire d'analyses biologiques et des équipes médicales participant à un projet médical commun pour l'ensemble des missions. Bien intégré dans l'environnement hospitalier parisien, il peut travailler de façon complémentaire grâce à son CDAG/CIDDIST et son CPEF pour les activités hors les murs et de prévention. Ses modalités d'organisation, l'existence des trois structures dans les mêmes locaux qui permettent aux consultants d'avoir une réponse en temps réel à leur demande de dépistage et de prise en charge, pourraient constituer un modèle de réflexion en vue de la création d'un éventuel centre de santé sexuelle qui permettrait une approche globale du dépistage et du traitement.
- [278] La loi HPST a ouvert la possibilité d'organiser et d'optimiser l'offre de soins de premier recours et leur accessibilité en invitant l'ensemble des acteurs d'un même « *bassin de vie* » à travailler ensemble et en favorisant un exercice pluridisciplinaire de la médecine. Les pôles de santé pluridisciplinaires sont conçus pour faire travailler ensemble les professionnels de santé, les centres de santé, les centres médico-sociaux avec pour objectif de garantir l'accès à la prévention et aux soins pour tous dans un territoire défini.

1.5.3. Une activité de dépistage parfois réalisée dans les centres d'examen de santé

- [279] Les centres d'examen de santé ont pour mission, depuis 1946¹⁰², de proposer aux assurés sociaux et à leurs ayants droit un examen de santé gratuit tous les 5 ans. Conçus à l'origine pour répondre aux priorités sanitaires de l'époque (dépistage de la tuberculose et de la syphilis), les centres d'examen de santé ont vu leurs missions évoluer avec l'arrêté du 20 juillet 1992 en direction des populations ayant des difficultés particulières d'accès à la prévention et aux soins et notamment les populations en difficulté ou précaires¹⁰³, avec la possibilité de proposer cet examen de santé gratuit tous les deux ans.
- [280] Le dernier rapport de la Cour des comptes¹⁰⁴ continue, comme celui de 1999, à s'interroger sur l'utilité des bilans de santé en l'état actuel de leur mise en œuvre, et montre que les moyens des centres d'examen de santé ne sont pas négligeables, avec un budget de 150 MF et 1 500 ETP.
- [281] Le tableau du CETAF ci-dessous, qui figure dans le rapport de la Cour, montre l'importance des effectifs y compris médicaux.

¹⁰² Article L. 6323-1 du CSP

¹⁰³ Chômeurs, bénéficiaires du RMI, de contrats précaires, jeunes de 16 à 25 ans en voie d'insertion, personnes sans domicile fixe...

¹⁰⁴ Cour des comptes rapport public 2010, la sécurité sociale, chapitre IX, les centres d'examen de santé, 2009

Effectifs en nombre de personnes employées par type de personnels

2004	CES en gestion directe		CES conventionnés		Total hors vacataires	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Médecins	238	21 %	264	24 %	502	23 %
Dentistes	44	4 %	81	8 %	125	6 %
Auxiliaires médicaux	279	25 %	219	20 %	498	23 %
Laboratoire	71	6 %	67	6 %	138	6 %
Personnel administratif	477	42 %	409	38 %	886	40 %
Personnel d'entretien	25	2 %	39	4 %	64	3 %
Total	1 134	100 %	1 079	100 %	2 213	100 %

Source : CETAF

- [282] Pour des raisons diverses, les centres d'examen de santé ne parviennent pas à cibler réellement les populations prioritaires définies dans l'arrêté de 1992. Selon les définitions de la précarité retenues¹⁰⁵, sur les 96 centres d'examen de santé retenus par la Cour en 2007, entre 16 et 26 centres seulement recevaient plus de 50% de précaires.
- [283] Pour la mission, cet objectif consistant à atteindre les populations visées par l'arrêté de 1992 présente l'intérêt de concerner des populations qui n'accèdent pas facilement au système de prévention et de soins, et dans la mesure où les centres d'examen de santé pratiquent, de manière inégale selon les centres, le dépistage des IST, ils doivent être pris en compte dans le dispositif.
- [284] La convention d'objectif et de gestion (COG) 2006-2009 prévoit qu'un référentiel commun d'examen de santé, qui n'était toujours pas rédigé à la date de rédaction du présent rapport, devait être validé par la HAS. Il sera important d'y inclure des dispositions concernant la pratique du dépistage afin de la mettre en cohérence avec les orientations de la stratégie nationale qui sera adoptée.
- [285] La mission a pu se rendre, en Bourgogne, dans un centre d'examen de santé. Seulement un tiers des consultants de ce centre était composé de personnes en situation de précarité, de jeunes de filières techniques ou de SEGPA, ou des jeunes de 16 à 25 ans en formation. Le centre, qui dispose d'un laboratoire, fait des dépistages VIH, et VHC, mais pas de dépistage de syphilis. Comme les autres centres d'examen de santé, il ne fait pas de prescription et renvoie sur le médecin traitant ou un établissement hospitalier pour le traitement, sur un CPEF pour la contraception et sur le centre de vaccination gratuit pour une vaccination.
- [286] Les conclusions du rapport de la Cour des comptes sont claires : « sans pour autant remettre en cause l'intérêt des actions de prévention¹⁰⁶, l'utilité de ces centres et de leur principale activité, la réalisation d'examens périodiques de santé fait, elle, toujours débat. Une réforme profonde des centres d'examen de santé ...est maintenant urgente ». La Cour recommande de : « transformer les centres d'examen de santé en centres de santé là où les besoins sont démontrés et fermer ceux pour lesquels cette orientation ne peut être envisagée ».

¹⁰⁵ Au sens de l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992 ou au sens du score EPICES qui évalue l'aspect multidimensionnel de la précarité

¹⁰⁶ qui sont également développées par le régime social des indépendants et la mutualité sociale agricole

[287] La mission ne recommande pas de transformer les centres d'examen de santé en CDAG/CIDDIST. L'activité de dépistage actuelle des centres d'examen de santé a certes le mérite d'exister mais il serait judicieux de renforcer son ciblage sur les populations visées par l'arrêté du 20 juillet 1992.

[288] Si la CNAMTS engage leur réorganisation, la mission suggère d'intégrer les capacités des centres d'examen de santé qui seraient maintenus, là où les besoins sont démontrés et en les transformant en centres de santé, comme le recommande la Cour. Devenus au cas par cas centres de santé si cette préconisation de la Cour était suivie par la CNAMTS, ils pourraient ainsi compléter l'offre de dépistage, de diagnostic et de traitement déterminée au plan régional.

Recommandation n°19 : Renforcer l'activité de dépistage des centres d'examen de santé en direction des populations ayant des difficultés particulières d'accès à la prévention et aux soins

Recommandation n°20 : Donner suite à la recommandation du rapport de l'IGAS d'effectuer une mission sur l'activité des CPEF, répartition territoriale, capacités d'offre et modalités de financement.

Recommandation n°21 : Inscrire les CPEF et les centres de santé ayant ou non demandé l'habilitation dans l'inventaire des ressources régionales à engager par les ARS.

Recommandation n°22 : S'appuyer sur les nouvelles modalités offertes par la loi HPST relatives aux pôles de santé et aux contrats locaux de santé intégrant les collectivités territoriales en y intégrant les CPEF et les centres de santé pour renforcer le maillage territorial

[289] Le constat effectué par l'IGAS confirme celui des professionnels et experts, en soulignant que les modalités d'organisation sont compliquées pour le personnel et peu lisibles pour ceux qui y ont recours. Le dispositif doit être profondément revu.

2. UN CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DOTE DE MESURES OPERATIONNELLES, UNE RECOMPOSITION REGIONALE AINSI QUE DES MODALITES DE FINANCEMENT UNIFIEES ET CLARIFIEES DOIVENT ACCOMPAGNER L'INDISPENSABLE FUSION DES CDAG ET DES CIDDIST QUELS QUE SOIENT LES DIFFERENTS SCENARIOS PROPOSES

[290] Un certain nombre de préconisations ont été présentées dans la première partie de ce rapport. Plusieurs scénarios sont envisageables. Cependant, quel que soit le scénario retenu, il est nécessaire de prévoir dans le futur plan national VIH-sida-IST 2010-2014 l'intégration de programmes d'actions opérationnelles portant sur les modalités de mise en œuvre du dépistage à la fois du VIH/sida, des hépatites et des IST. Ces programmes devront être déclinés à partir d'un inventaire des besoins des populations et des ressources régionales de dépistage. Les ARS seront chargés de l'engager en partenariat avec les collectivités territoriales et l'assurance maladie.

2.1. Des préconisations communes aux différents scénarios

2.1.1. La nécessaire inscription de programmes d'actions opérationnelles dans la prochaine stratégie nationale

[291] Dans la perspective de la fusion demandée des CDAG/CIDDIST, quels que soient les scénarios, la définition d'une stratégie nationale de dépistage est impérative. Les populations qui viennent dans les CDAG ne sont pas, pour la plupart, les mêmes que celles qui fréquentent les CIDDIST. Les populations asymptomatiques, celles qui fréquentent les CDAG actuellement, viennent a priori pour un dépistage (VIH, éventuellement hépatites), et c'est à la suite de l'interrogatoire mené par le professionnel de santé que d'autres dépistages peuvent être proposés (syphilis, chlamydiae pour les jeunes filles de moins de 25 ans et jeunes hommes de moins de 30 ans sous conditions¹⁰⁷, ou pour la syphilis¹⁰⁸). Les populations ayant recours aux CDAG sont plus jeunes, souvent multi partenaires, les homosexuels et les bisexuels étant plus représentés que dans les CIDDIST, dans lesquels la population est plus âgée et plus masculine.

[292] La définition d'une stratégie nationale ne peut se contenter de décliner le plan pluriannuel VIH s'il est prévu une fusion des deux dispositifs. Il revient aux autorités sanitaires de définir ce qu'elles attendent de ce dispositif nouveau et de préciser en quoi, au-delà d'une simplification de nature administrativo-médicale pour les professionnels et d'une recherche d'accroissement de lisibilité pour la population, un meilleur service sera rendu à la population. Pour la mission, il convient absolument de préserver dans le cadre de l'organisation future ce qui fait l'originalité et la pertinence du dispositif CDAG :

[293] - sa notoriété, surtout auprès des jeunes, avec une accessibilité reconnue ;

[294] - l'anonymat et la gratuité ;

[295] - le conseil et une approche ciblée sur la prévention et la pédagogie relative aux comportements à risques ;

¹⁰⁷ Dépistage proposé actuellement systématiquement uniquement lorsque des conventions spécifiques ont été conclues par avec l'assurance maladie comme à Paris pour les jeunes filles de moins de 25 ans, ou dans certains départements pour les mineures ou les jeunes sans couverture sociale

¹⁰⁸ Par exemple en Essonne via une convention avec la CPAM.

- [296] - des actions de prévention et de dépistage « *hors les murs* » permettant d'aller au devant des populations ayant des comportements à risque : détenus, migrants notamment ASA, toxicomanes, jeunes...
- [297] Etant entendu que les CIDDIST offrent une même palette de services étendue au diagnostic et au traitement et notamment :
- [298] - la gratuité ;
- [299] - l'anonymat, mais de manière variable selon les structures ;
- [300] - l'existence de consultations possibles sans rendez-vous.
- [301] La stratégie de dépistage, sur laquelle repose l'activité actuelle des CDAG, concerne à la fois certaines populations plus exposées que d'autres (migrants, HSH, détenus, toxicomanes) sans pour autant négliger la population générale ; la réorganisation du dispositif en découle, dans la perspective de renforcer l'articulation entre dépistage et accès au traitement, tout retard entraînant « *au plan individuel, une perte de chances thérapeutiques considérable* ¹⁰⁹ ». C'est actuellement l'objet des réflexions échangées sur le projet de plan pluriannuel sur le VIH entre l'administration, l'association Aides ainsi que le CNS.
- [302] Sur la partie CIDDIST, il n'y a pas actuellement de stratégie spécifique dans le dépistage et le traitement, et la problématique ne se pose pas en termes de « *perte de chance* » comme pour le VIH (sauf éventuellement pour les chlamydiae compte tenu des risques ultérieurs de stérilité) mais en termes de prise en charge par le système de soins.
- [303] Dans cette perspective d'une fusion de ces structures spécialisées, les autorités sanitaires doivent envisager la définition d'une stratégie cohérente, englobant les IST, sur les pratiques de dépistage par les dispositifs spécialisés, sans oublier que l'essentiel de ces activités des anciens DAV devenus CIDDIST est prise en charge par le droit commun du système de soins.
- [304] Cette stratégie nationale doit expliciter clairement les priorités et doit programmer en particulier les actions opérationnelles suivantes :
- [305] - l'établissement de la liste des IST à dépister entrant dans le cadre des missions du nouveau dispositif, en prévoyant leur gratuité ;
- [306] - la mise en place d'une proposition systématique d'un dépistage des chlamydiae comme le prévoit l'objectif 43¹¹⁰ de la loi du 9 août 2004 en direction des publics prioritaires avec une clarté des financements afin de mettre fin à l'inégalité territoriale qui découle de politiques locales de dépistage de cette IST différentes selon les départements ;
- [307] - la mise en place d'une proposition systématique de certains dépistages, à déterminer, en fonction des groupes de populations les plus exposées aux risques ;
- [308] - la réaffirmation du lien dépistage-traitement par une prescription ou délivrance de traitement par toute structure du nouveau dispositif, hors VIH et hépatites ;
- [309] - le ciblage populationnel par les dispositifs spécialisés et la priorité mise sur les actions « *hors les murs* »

¹⁰⁹ Avis conjoint du conseil national du sida et de la conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida-IST 2010-2014 publié le 28 juin 2010

¹¹⁰ Objectif 43 : « *Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100% des femmes à risque d'ici à 2008* »

- [310] - l'harmonisation de l'offre vaccinale par l'ensemble des structures.
- [311] Elle doit s'accompagner de l'élaboration d'un certain nombre d'outils, comme cela a été dit dans la première partie de ce rapport, permettant d'instaurer une plus grande cohérence dans une perspective de prise en charge globale :
- [312] - rédaction d'un seul cahier des charges et de référentiels par la HAS ou les sociétés savantes ;
- [313] - élaboration d'un rapport d'activité adapté à la réorganisation prévue ;
- [314] - mise en œuvre d'un système d'information commun comportant notamment la diffusion d'un logiciel permettant aux structures de travailler en réseau ;
- [315] - création d'un site internet.

Proposition de trame pour un nouveau cahier des charges

Il s'agit dans un prochain cahier des charges, qu'il faut concevoir soit unique, soit double, selon le scénario choisi (voir partie 2), d'établir, à l'aide notamment des sociétés savantes concernées et avec le recours éventuel à la HAS, les règles de bon fonctionnement et de bonne organisation d'une structure - personnels médicaux et non médicaux (composition, qualifications, formation), locaux (fléchage, accessibilité, accueil, pièce de consultation médicale, pièce pour prélèvements, armoire à pharmacie, garantie de la confidentialité, hygiène/entretien), moyens matériels (maintenance) et d'équipements (laboratoire, informatique), traitements thérapeutiques et préventifs disponibles (conditions de stockage, d'utilisation, de délivrance), horaires d'ouverture... sont à aborder de manière détaillée - en prévoyant, comme dans l'arrêté du 3 octobre 2000, les règles de bonne pratique pour les professionnels exerçant dans la structure (accueil, anonymat, information-conseil, proposition du dépistage, actes/techniques de dépistage, remise des résultats, accompagnement psychologique, orientation, suivi de l'activité...).

2.1.2. Avec un inventaire régional sous la responsabilité des ARS

- [316] Il ne s'agit pas de transformer chacune des ex CDAG en un CDAG/CIDDIST fusionné qui se chargerait de faire partout du dépistage, du diagnostic, du traitement, voire de la vaccination: les besoins de santé, les compétences médicales disponibles, les financements à mobiliser ne le permettent pas. Il n'est même pas certain que chaque CDAG soit appelée à devenir une antenne d'un dispositif renouvelé. De même il n'est pas certain qu'il y ait une justification à transformer tous les CDAG/CIDDIST ou CIDDIST actuels en une structure spécialisée fusionnée, quoique les CDAG/CIDDIST ou CIDDIST aient *a priori* vocation à le devenir.
- [317] Comme l'a démontré la première partie de ce rapport, la présence de centres de santé, de CPEF, l'offre de dépistage assurée actuellement par les centres d'examen de santé font partie de l'offre sanitaire, mais de manière partielle, que le travail d'inventaire à engager doit prendre en compte, afin de pallier les inégalités d'offre avec une apparente surcapacité dans certaines zones du territoire et une sous capacité dans d'autres zones.
- [318] Ce n'est qu'à l'issue d'une étude régionale des besoins de santé des habitants de la région et compte tenu des spécificités sanitaires, sociales, démographiques, géographiques... des différents bassins de populations qu'une planification devra être retenue par l'ARS. Pour répondre aux exigences d'accessibilité et de maillage territorial minimal, il sera notamment nécessaire de prévoir une grande souplesse dans l'organisation de l'offre à mettre en place, cette organisation de l'offre ne pouvant bien évidemment pas se comparer entre un petit département rural de la région Bourgogne et un grand département urbain de la région Ile-de-France.

[319] A partir de la stratégie définie au plan national, il reviendra au directeur de l'ARS, avec son pouvoir d'habilitation des structures, de prévoir une recomposition territoriale dans le cadre d'un travail de partenariat avec les COREVIH et s'appuyant sur les commissions de coordination de la prévention et du médico-social de l'ARS pour tenir compte des missions assurées par les collectivités territoriales (planification familiale notamment) : le constat de la répartition territoriale devra tenir compte de l'activité des CPEF, même s'ils relèvent des compétences du département, afin d'inclure dans le maillage territorial l'activité de prévention et de dépistage effectuée par ces structures pour à la fois renforcer la possibilité d'une approche globale et éviter les concurrences inefficaces sur le terrain. L'activité effectuée par les centres de santé ou les centres d'examen de santé devra également être prise en compte dans ce travail d'inventaire. Cette réorganisation pourra s'inscrire dans les perspectives de création des pôles de santé et des contrats locaux de santé.

2.1.3. Une unification et une clarification nécessaires des financements

[320] Un certain nombre de constats ont été établis en première partie du rapport :

[321] Il existe une grande difficulté d'obtenir des comptes nationaux consolidés sur les financements accordés aux CDAG et aux CIDDIST, sauf pour les crédits MIGAC. Les crédits DGD qui bénéficient aux départements ayant conservé la compétence IST sont des crédits calculés théoriques. Quant aux crédits qui ont fait l'objet d'une réfraction ils ne semblent pas avoir été transférés dans leur intégralité sur le budget du ministère de la santé¹¹¹. Enfin ces crédits sont inscrits dans le programme 204 et ne font pas l'objet d'un fléchage spécifique pour la lutte contre les IST. En outre le montant des dotations des CPAM qui figure dans le rapport n'est qu'une déduction basée sur une évaluation de la Cour des comptes (voir supra).

[322] Si la connaissance des financements est compliquée à atteindre, il est encore plus compliqué encore de parvenir à appréhender les montants des financements réellement utilisés aux activités censées bénéficier de ces financements : il y a en effet des sur ou des sous consommation de crédits dans les différentes enveloppes au plan local, avec le plus souvent avec un manque de financement, qui n'autorise pas en première analyse à considérer les financements accordés par les financeurs comme les financements réellement engagés par les gestionnaires pour faire fonctionner leur structure.

[323] Et pour accroître encore la complication du sujet, la mission a constaté que les calculs de coûts de fonctionnement des structures n'étaient pas homogènes, même lorsque ces coûts sont calculés par des gestionnaires de même statut juridique et sous la férule des mêmes règles comptables, les établissements de santé. Il s'avère de fait fort peu aisé de pouvoir comparer utilement des budgets dont la composition en termes d'affectation des dépenses varie sensiblement d'un gestionnaire à l'autre, pour peu que ces charges fassent même l'objet d'une identification (cas des charges indirectes).

[324] Dans ces conditions il est illusoire d'espérer apporter un éclairage satisfaisant au commanditaire sur la réalité tant des financements que des coûts.

[325] Il ressort de ces constats l'absolue nécessité d'engager une opération de clarification des comptes qui passera d'abord par une simplification, c'est-à-dire une unification, des financements et donc des financeurs.

Il revient bien évidemment à l'assurance maladie de financer dans le futur la totalité des structures dédiées.

¹¹¹ C'est ainsi que le PLF 2010 mentionne 7,3 M€ pour 8 M€ réfractés

[326] Le financement actuel des CDAG, relevant de l'assurance maladie depuis 2003, prend déjà en charge le dépistage du VIH et des hépatites. Compte non tenu du budget des dépenses de prévention consacré au VIH/sida et estimé (avec difficultés) dans son rapport annuel à 54 M€¹¹², il faut ajouter aux 34 M€ de coûts de fonctionnement des 352 CDAG (*ibid.*), environ 17 M d'euro provenant du budget de l'Etat soit par l'intermédiaire de la DGD, soit par via les crédits GRSP, pour les CIDDIST.

[327] Ce transfert est justifié, notamment :

- par la nature des activités de diagnostic et de traitement financées à l'heure actuelle par l'Etat et qui sont de fait des activités de soins relevant de la compétence de l'assurance maladie : le choix d'affecter au budget de l'Etat les dépenses de lutte contre les maladies vénériennes à travers la prise en charge financière des DAV est historique et conjoncturel, dans la mesure où il a été pris à une époque où la sécurité sociale obligatoire n'existait pas et où seul le budget de l'Etat était susceptible de pourvoir aux frais de la lutte que les pouvoirs publics avaient décidé de mener contre la propagation de ces maladies. Aujourd'hui il ne peut être soutenu que cette affectation demeure pertinente et rationnelle
- par la simplification de gestion qu'elle donne tant aux tutelles en matière de détermination des budgets, de suivi et de contrôle qu'aux responsables de structures pour la gestion au quotidien (voir infra)
- par le passage à l'ARS de la responsabilité de la fixation des dotations à allouer aux CDAG extra hospitalières alors que cet établissement possède par nature celle de la détermination des subventions à verser aux CIDDIST des départements à compétence IST abandonnée, la poursuite de l'élaboration, et du suivi d'exécution, d'un double budget Etat/assurance maladie alors qu'il est confié à une autorité unique n'étant ni logique, ni opérationnelle, ni efficiente
- par la part de plus en plus grande prise par les établissements de santé en relation avec l'abandon progressif de l'activité de lutte contre les IST par les départements : la récupération par l'Etat de compétences jusques alors hors de son champ d'intervention s'est effectuée au bénéfice des établissements hospitaliers qui étaient les plus à même de pouvoir rapidement et efficacement assurer les nouvelles missions sanitaires qui leur étaient confiées

[328] Le basculement du mode de financement vers l'assurance maladie sera le plus simple et le plus facile à mettre en œuvre, en défalquant le montant des versements des CPAM déjà attribués aux CIDDIST dans le cadre d'accords locaux cités plus haut, ainsi que la mission a pu le constater pour le dépistage de la syphilis (Essonne via une convention avec la CPAM)¹¹³.

[329] Il sera facilité par le passage, déjà signalé, des compétences jusque là dévolues aux CRAM, dans la fixation des dotations versées aux CDAG, aux ARS, déjà compétents pour l'attribution des crédits d'Etat pour les CIDDIST des départements ayant abandonné la compétence en matière de lutte contre les IST.

Une clarification des comptes d'exploitation doit accompagner le transfert de la charge financière à l'assurance maladie

[330] Il n'est pas envisageable de ne pas engager, parallèlement au transfert à l'assurance maladie de nouvelles charges financières, le chantier de complète clarification des comptes d'exploitation des nouvelles structures, tout particulièrement par l'identification précise des différents coûts à faire figurer dans leur compte d'exploitation.

¹¹² 23 M€ de dépenses de l'INPES (campagnes de communication, subventions aux associations) + 6,3 M€ versés aux associations par la DGS + 25 M€ de crédits GRSP (Cours des comtes rapport public annuel 2010 février 2010)

¹¹³ Dans le cas du dépistage des infections urinaires basses asymptomatiques à chlamydia la convention CRAMIF/DASS de Paris/département de Paris l'assurance maladie ne prend à sa charge que les consultations initiales ou consultations de suivi qui « s'intègrent dans les consultations habituelles de la CDAG » : les actes biologiques de dépistage et le traitement est pris en charge par le département de Paris

[331] Dans le cadre d'une fusion, quel que soit le scénario, il conviendra donc de précisément définir, et de s'assurer de l'application, de règles homogènes d'imputation comptables des frais de fonctionnement, pour le moins lorsque les gestionnaires sont de même statut juridique, et de fixer, ainsi que de faire observer, par les autorités de tutelle des normes d'élaboration budgétaire des dotations/subventions à verser qui soient également harmonisées : la création des ARS est, de ce point de vue, une évolution majeure.

Un rebasage des dotations doit être progressivement effectué sous l'autorité des ARS.

[332] Ce rebasage permettra de mettre en adéquation financements et besoins de la population au regard des données de prévalence et de l'importance des populations les plus exposées aux risques (HSH, usagers de drogues, prostitués, migrants...). Le montant des financements, arrêté par l'ARS, devrait continuer à prendre en compte l'ensemble des activités, et notamment la part de consultation intégrant l'activité de conseil et d'interrogatoire.

[333] La prise en charge de l'ancienne activité CIDDIST par les départements qui ont souhaité la conserver (moins de 40 départements, moins de 145 structures) pose question : si ces départements pourront certes continuer à exercer la mission de lutte contre les IST avec un financement de l'assurance maladie qui se substituera aux crédits de l'Etat, il sera impératif que cette substitution s'effectue en examinant avec attention les modalités de réfaction de leur DGD au risque de voir se désengager des collectivités locales très impliquées dans de véritables actions de santé publique de terrain comme à Paris. Il sera notamment nécessaire de prendre en compte le fait que les finances départementales comblent les fréquents manques de financement que présentent les CIDDIST.

[334] L'unification des sources de financement, qui implique bien entendu un seul rapport d'activité, devra s'accompagner de l'adoption de critères de financement parmi lesquels devront être inscrits des critères quantitatifs et qualitatifs relatifs à l'activité réalisée et prévue. Une tarification, au moins pour partie à l'activité, devra être privilégiée par rapport à l'actuelle dotation forfaitaire.

2.2. Les trois scénarios de fusion

[335] La lettre de mission, la préparation du plan pluriannuel de lutte contre le VIH et les avis des professionnels des différentes structures vont tous dans le sens d'une fusion des CDAG et des CIDDIST, dans un environnement qui doit tenir compte des structures existantes et intervenant également dans le dispositif de dépistage comme les CPEF, les centres d'examen de santé de l'assurance maladie et les centres de santé.

[336] Cette fusion peut être mise en œuvre de manière différente, en fonction de plusieurs scénarios :

- un premier scénario qui conduit à transformer les CDAG et les CIDDIST en **Centre de DIAGnostic CEDIAG** généralistes compétents pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, de l'infection par le VIH et les hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés, la prévention, le dépistage, le diagnostic le traitement ambulatoire des IST, l'information sur la prévention des risques liée à la sexualité et sur la contraception.
- un deuxième scénario qui conduit à organiser un système à deux niveaux, avec un **CEDIAG de référence** assurant l'ensemble des missions et des antennes de **Consultation de DEPistage CODEP**, réparties sur le territoire en fonction de l'analyse des besoins effectuée au niveau régional, dont les missions seraient certes plus réduites que dans le CEDIAG mais plus larges que dans les CDAG actuelles
- un troisième scénario qui conduit à la mise en place d'un dispositif de consultations de dépistage **CODEP** dédié aux personnes asymptomatiques et offrant un dépistage élargi aux

principales IST dépistées et pour lesquelles un traitement serait prescrit ou délivré. en cas de dépistage positif (hors VIH/VHB/VHC). La prise en charge des malades symptomatiques serait confiée à l'offre de soins de droit commun.

Quel que soit le scénario la mission recommande la constitution à titre expérimental de centres de santé sexuelle incluant des activités de prévention, planification familiale, dépistage ... Cette expérimentation pourrait être lancée à partir de quelques structures déjà en avance sur ce sujet.

2.2.1. La fusion totale des CDAG et des CIDDIST

[337] Il s'agit d'une simple réorganisation par fusion des missions et activités des CDAG et CIDDIST dans ce qui deviendrait un CEDIAG. La mission recommande en outre de maintenir dans le dispositif les départements qui ont souhaité rester impliqués (moins d'une quarantaine), notamment pour tenir compte de ceux d'entre eux qui ont développé une véritable action de santé publique, et de ne pas oublier dans les perspectives de réorganisation territoriale les services rendus par les CPEF et les centres de santé. Il serait de la responsabilité des ARS, dans le maillage territorial, de s'assurer de la nature des services offerts, tous les dispositifs actuels n'étant pas en mesure de répondre à tous les besoins, notamment en raison de la compétence des personnels ou de la nature du plateau technique.

[338] Pour ce qui concerne la partie dépistage, le plateau technique est réduit, mais il importe que les liens avec le laboratoire soient sécurisés. Si les CEDIAG doivent assurer l'ensemble des missions relevant des actuels CDAG/CIDDIST, pour les personnes a- et symptomatiques, la prise en charge du diagnostic et du traitement (hors VIH et VHB/VHC qui dans tous les cas se fait dans un service de médecine spécialisé) implique la présence d'un plateau technique sur place ou à proximité et l'existence de la filière de soin en aval. Ce peut être un centre de santé comme à l'Institut Alfred Fournier ou un centre de santé municipal tel que celui visité par la mission dans le Val-de-Marne, un service hospitalier des maladies infectieuses, un service de dermatovénérologie, un service de gynécologie-obstétrique, ou un recours à ces différentes disciplines en fonction de la maladie diagnostiquée comme au CHIC de Créteil dans le Val-de-Marne, ces structures disposant d'un laboratoire sur place.

[339] Les habilitations doivent reposer sur l'examen des missions possibles, en fonction de l'inventaire régional qui sera effectué par l'ARS, et de l'équipement du CEDIAG avec ses compétences professionnelles.

[340] La question du personnel médical reste entière car, faute de compétences médicales adaptées disponibles en tous lieux et à toutes les heures d'ouverture, ce scénario ne permettra pas d'offrir le même service dans tous les centres fusionnés sur l'ensemble du territoire national ; l'examen des missions par les ARS ne devrait donc pas aboutir à ce que tous les centres actuels soient maintenus et devrait conduire nécessairement à une rationalisation à terme et à une concentration de l'offre de service s'il est décidé que chaque centre sera à la fois CDAG et CIDDIST.

Avis de la mission

[341] La mission n'estime pas possible d'étendre le périmètre d'activité des CDAG au diagnostic de personnes symptomatiques, faute d'une mise à niveau des médecins des actuelles CDAG qui ne sont ni dermato-vénérologues, ni infectiologues, ni généralistes formés à la prise en charge des IST, et qui, de fait, interrogent, évaluent, informent, orientent mais n'effectuent pas d'examen clinique et ne traitent pas. Cette solution qui reviendrait à recréer des CIDDIST dans chaque CDAG ne correspond pas en outre aux besoins.

[342] Dans le cadre d'une fusion totale, le risque est de voir se perpétuer les deux approches actuelles, une approche ciblée sur l'anonymat pour la partie dépistage et une approche plus ouverte au non anonymat en cas de délivrance du traitement. Le risque est grand également de maintenir la coexistence actuelle de dispositifs qui n'offriront pas les mêmes services faute de personnel et de plateau technique adaptés à l'ensemble de ces missions. Enfin il n'apparaît pas utile, raisonnable et efficient d'un point de vue de santé publique et compte tenu de l'épidémiologie des IST sur le territoire national d'opérer un nouveau maillage à travers des structures présentant toutes un affichage, sinon une véritable capacité, de diagnostic et de traitement des IST.

2.2.2. Une fusion à deux étages

[343] Le deuxième scénario, qui conduit à organiser un système à deux niveaux, avec une structure de référence assurant l'ensemble des missions et des antennes réparties sur le territoire en fonction de l'analyse des besoins effectuée au niveau régional, peut constituer une voie moyenne.

[344] A partir de la planification régionale, un à plusieurs centres régionaux CEDIAG d'offre globale et de référence pour le dépistage/diagnostic/traitement des IST et des antennes CODEP à vocation de dépistage ciblé (mais élargi par rapport aux dépistages actuellement effectués dans les CDAG) seraient ainsi organisés dans chaque région. Ce dispositif concerne les personnes asymptomatiques et symptomatiques.

[345] Il serait nécessaire d'étudier la répartition des CODEP à partir de l'implantation actuelle des CDAG et de leurs antennes. Cet inventaire devra prendre en compte les populations prioritaires en prévoyant un développement des actions « *hors les murs* ».

[346] L'inventaire territorial à faire faire par les ARS doit conduire à la définition d'un nombre limité de CEDIAG centres de référence permettant d'offrir l'ensemble des services.

[347] Les antennes, CODEP, seront définies au cas par cas. Elles permettront d'offrir essentiellement un service de prévention et de dépistage, et seront incluses dans un réseau de soins pour le diagnostic et le traitement, sans interdire la possibilité d'offrir un traitement sur place adapté. En sus des populations prioritaires, ces antennes ont aussi vocation à couvrir des zones « *blanches* » ou rurales.

Avis de la mission

[348] La difficulté de ce scénario tient aux relations à instaurer entre ces antennes, en maintenant la spécificité du statut de certaines structures (centres de santé municipaux par exemple) et les CEDIAG qui peuvent relever d'un statut différent (un CEDIAG hospitalier ou associatif), sans recréer le réseau actuel CDAG/CIDDIST

[349] Cette solution qui garde les deux dispositifs, même reconfigurés au plan territorial, constitue une amélioration, sans doute réelle pour les personnels, mais qui demeure imparfaite.'

[350] La mission a envisagé dans ces deux premiers scénarios la fusion des actuels CDAG/CIDDIST en conservant l'intégralité des activités de ces structures (dépistage/diagnostic/traitement pour personnes présentant des symptômes ou personnes a symptomatiques). Au-delà des questions organisationnelles, c'est la stratégie des autorités sanitaires qui doit être mise en perspective, dans le cadre du dépistage, du profil des personnes à dépister et de la capacité du système de soin à répondre aux besoins de traitement, de manière urgente si nécessaire.

2.2.3. La spécialisation du dispositif sur une activité de dépistage élargie

- [351] Beaucoup de structures CIDDIST ayant pour l'essentiel une activité de dépistage et non une activité de diagnostic et de traitement, un troisième scénario peut être proposé qui conduirait à la mise en place d'un dispositif de consultations de dépistage CODEP dédié aux seules personnes asymptomatiques et offrant un dépistage élargi aux principales IST dépistées pour lesquelles un traitement serait prescrit ou délivré en cas de dépistage positif (hors VIH/VHB/VHC).
- [352] Si la mission demeure consciente de la nécessité de conserver une vision épidémiologique de ces IST, on peut se demander si l'intégration des anciens DAV, qui recevaient essentiellement des personnes malades, se justifie réellement dans des structures nouvelles, alors que le nombre de cas diagnostiqués demeure très faible. L'absence de plateau technique, les horaires d'ouverture souvent limités, l'aptitude des professionnels à procéder à certains actes ne permettra pas d'assurer au mieux cette partie de l'activité
- [353] Ce scénario, basé sur l'interrogation de la mission concernant la nécessité de maintenir un réseau dédié au diagnostic et au traitement pour les IST symptomatiques, conduit à transférer ces activités vers l'offre de soins de droit commun - établissements de santé (via les services d'urgences, les consultations et services de maladies infectieuses, de dermato-vénérologie, d'hépatologie), médecine libérale, centres de santé - qui prend déjà ordinairement en charge lesdites activités au titre de leur activité de soin traditionnelle, et sur la base du remboursement par l'assurance maladie.
- [354] Il implique la suppression des CIDDIST sous leur forme actuelle en ne conservant que la partie de l'activité consacrée aux personnes asymptomatiques.
- [355] Il s'agirait cependant dans un tel cas de préserver la possibilité pour les personnes sans couverture sociale de pouvoir être prises en charge à titre gratuit comme c'est le cas actuellement dans les CIDDIST. En revanche l'anonymat qui semble être plutôt un handicap pour le traitement et suivi des personnes traitées pour une IST ne serait plus une obligation.
- [356] Une telle proposition n'est soutenable comme dans les autres scénarios que si les futurs CODEP se voient confier de façon systématique le dépistage/diagnostic/traitement de certaines des IST dépistées les plus répandues à savoir syphilis¹¹⁴, chlamydiae et, c'est à discuter, gonocoques, et si l'activité est renforcée au profit d'un ciblage populationnel accru.
- [357] La répartition territoriale de ces structures CODEP devrait bien entendu et comme dans les scénarios précédents faire l'objet d'une étude au regard des besoins (population générale, populations prioritaires) par les ARS.

Avis de la mission

- [358] La mission serait plutôt en faveur de ce dernier scénario qui, outre sa grande lisibilité par une unification de l'offre que ne peuvent proposer en réalité les scénarios 1 et 2, autoriserait notamment un redéploiement de moyens sur l'activité de dépistage qu'il est nécessaire de renforcer en direction des publics prioritaires.
- [359] Cependant, il est indispensable dans ce scénario de régler la question de la gratuité actuellement étendue aux personnes a symptomatiques, qui peut se poser pour les mineurs (dans la perspective de l'anonymat vis-à-vis des parents), les personnes sans couverture maladie ou sans couverture complémentaire, s'ils sont pris en charge dans le système de droit commun.

¹¹⁴ Selon le même rapport du Dr Christine BARBIER les CIDDIST dépistent surtout la syphilis (18 000 tests avec 3% de positifs) et moins les gonocoques (3 755 tests avec 5,2% de positifs).

2.2.4. La création à titre expérimental de centres de santé sexuelle

- [360] Les auteurs du rapport sur la réduction des risques sexuels, et un certain nombre de professionnels ou d'associations (Aides,...), préconisent la « *création de centres de santé sexuelle LGBT qui offriront la prévention, le dépistage et le traitement du VIH et des IST pour les personnes les plus concernées (HSH, Bi, Trans', ...)* ». »
- [361] Dans ce même rapport il est proposé, en faveur des personnes séropositives au VIH, « *de mettre en place un programme de santé sexuelle...qui recouvre dans sa dimension médicale la contraception, les projets parentaux et la grossesse, les troubles sexuels, la prévention de la transmission du VIH, le dépistage et le traitement des IST* ». »
- [362] L'association Sida Info Service a inauguré à Paris¹¹⁵ en décembre 2009 un centre de santé sexuelle dont l'objectif est d'offrir sur un même lieu une palette de services médicaux et sociaux autour de la sexualité, du dépistage et des soins pour les personnes vivant avec le VIH et/ou atteintes d'une hépatite chronique.
- [363] Cependant ce centre est de caractère communautaire et s'adresse prioritairement selon le directeur du centre « *aux personnes vivant avec le VIH... aux personnes à la fois exposées aux risques sexuels et qui ne trouvent pas de place dans le système habituel de santé du fait de leur sexualité. Il ne s'agit pas de créer « un centre associatif pour faire ce que d'autres font déjà très bien. Il y a des CDAG, et c'est très bien, il y a des centres de planning familial, et c'est aussi très bien. Il s'agit surtout de recevoir les personnes qui ne vont nulle part de peur d'être discriminés*¹¹⁶ ». »
- [364] La mission estime que ces expérimentations présentent l'intérêt d'élargir l'offre de dépistage en direction de certaines populations prioritaires. Elle pourrait être complétée utilement par la création de centres de santé sexuelle ayant compétence sur la prévention, la contraception, le dépistage et certains traitements, à l'image des Health sexual center anglais.
- [365] Le concept de Centre for sexual health repose sur l'idée d'une approche globale allant de l'éducation à la sexualité et de la contraception, comme le prévoit la loi du 4 mars 2001, à la prévention, au dépistage, au traitement et à la vaccination si nécessaire.
- [366] Il s'agit d'une approche de la santé sexuelle en direction de la population générale fondée sur le concept développé par l'OMS depuis 2002, qui n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou de handicap mais aussi un état de bien être physique, psychologique, social en rapport avec la sexualité.
- [367] Ce concept de l'OMS regroupe, au-delà des IST incluant HIV et infections des organes reproducteurs, le bien être sexuel et affectif, les grossesses non intentionnelles et les avortements réalisés de façon non sûre, les violences entre sexes, certains aspects de la santé mentale, les mutilations sexuelles, la stérilité et les conséquences du handicap sur la sexualité.
- [368] Il n'existe pas aujourd'hui d'offre aussi globale dans la mesure où coexistent des dispositifs spécialisés selon une porte d'entrée « sexe propre, sexe sale » (pour reprendre l'expression de l'une des personnes rencontrées au cours de notre mission) qui demeurent, sauf exceptions, +/- étanches les uns aux autres : aux CDAG/CIDDIST le dépistage/diagnostic/traitement du VIH/VHB/VHC et des IST et aux CPEF l'abord de l'information et d'éducation à la sexualité et la planification (possibilité d'extension des missions aux IST) avec un public plus féminin et plus jeune.

¹¹⁵ Le « 190 » situé au 190 boulevard de Charonne dans le 20^{ème} arrondissement de Paris

¹¹⁶ Site internet de Sida Info services intervention le 16 décembre 2009 du coordinateur médical

- [369] De fait l'unicité de lieu, le travail en partenariat et le partage des personnels qui sont présents sur le site du CDAG/CIDDIST et du CPEF de Dijon constituent l'ébauche ce qui pourrait demain devenir un futur centre de santé sexuelle. Il en est de même à l'IAF qui réunit dans un même établissement (voir supra) CDAG, CIDDIST, CPEF et centre de santé. Ce pourrait être une évolution souhaitable pour certaines structures sur la base de la création de trois principaux pôles, un pôle infectiologie (dépistage / traitement VIH et IST), un pôle fertilité / contraception et un pôle sexologie (dysfonctions sexuelles).
- [370] C'est pourquoi la mission suggère de lancer une expérimentation dans une ou deux régions, une région très urbanisée et une région rurale, avec une ARS et un conseil général volontaires.

Conclusion

[371] La mission d'évaluation, au terme de ses investigations, considère que les dispositifs spécialisés de dépistage VIH/VHB/VHC et de dépistage/diagnostic/traitement doivent connaître une profonde évolution.

[372] Cette exigence d'évolution n'est aucunement liée à la décision et à la mise en œuvre de la recentralisation de l'activité de lutte contre les IST qui découle de la loi de 2004 et qui a été à l'origine de la reprise par l'Etat de la responsabilité d'assurer cette mission, sachant qu'un peu moins de la moitié des départements à ce jour ont choisi de continuer d'exercer cette activité par délégation de compétence.

[373] Le caractère impératif d'une réorganisation se fonde sur l'existence de modes de financement complexes et obscurs tant pour les gestionnaires que pour les financeurs ainsi que sur la quasi complète immuabilité de l'offre des dispositifs spécialisés qui, dans un contexte évolutif des stratégies de dépistage de l'infection par le VIH, reflète l'imparfaite adéquation de l'offre actuelle de dépistage au regard de son nécessaire renforcement vis-à-vis des populations considérées comme prioritaires. L'inégalité des conditions de prise en charge des populations fréquentant ces structures spécialisées, de même que l'absence d'insertion organisée et concertée de ces dispositifs spécialisés au sein de l'ensemble du système de prévention et de soins qui concoure à la lutte contre les IST, sont des constats qui militent également en faveur d'une telle réorganisation.

[374] Si le transfert de financement de ces dispositifs à l'assurance maladie apparaît à l'évidence comme une nécessité pour simplifier, clarifier et faciliter le fonctionnement du prochain dispositif dédié, il ne saurait pour autant être effectué sans diverses mesures d'accompagnement parmi lesquelles figurent la fixation d'un cadre national précis de mise en œuvre du dépistage et une opération d'inventaire des ressources et des besoins, étape préparatoire à une rationalisation de l'offre, par les agences régionales de santé.

[375] Sans rompre avec le riche héritage du passé dans le domaine de la lutte contre les IST et sans volonté d'amoindrir ce qu'a apporté, et ce qu'apporte encore, l'offre des dispositifs spécialisés, il convient de s'attacher dès à présent à moderniser ces dispositifs qui se sont stratifiés au fil du temps sans faire l'objet de véritable recomposition mais tout au plus de juxtaposition : la mission pour ce faire soutient une réforme - recentrage sur le seul dépistage/traitement des populations asymptomatiques - qui tranche, avec une certaine radicalité, avec l'absence de choix de restructuration des périodes précédentes.

Quelle que soit l'option prise, il ne pourra être que favorable pour la santé publique, en termes de gains d'efficacité et d'efficience, qu'une refonte organisationnelle soit engagée dans des délais rapides.

Principales recommandations de la mission

N°	Intitulé de la recommandation	Autorité responsable	Echéance
STRATEGIE ET INVENTAIRE			
1	Demander aux ARS d'effectuer en direction des administrations centrales concernées du ministère chargé de la santé ainsi que de l'assurance maladie une transmission régulière d'informations relatives au financement des structures de dépistage.	DGS/ARS	2011
6	Dans le cadre des orientations nationales qui devraient être prochainement fixées en matière de politique de dépistage du VIH/VHB/VHC faire procéder par chaque ARS à une révision de la cartographie d'implantation des structures dédiées au regard des caractéristiques de ses bassins de populations.	DGS/ARS	2011
17	Organiser des réunions d'échanges au niveau régional associant les professionnels de toutes les structures effectuant des dépistages (CPEF, centres de santé, centres d'examen de santé)	ARS	2011
18	Définir un système d'information apte à recueillir et à traiter à l'échelon local et à l'échelon central les données quantitatives et qualitatives portant sur l'activité et les financements	DGS/DGOS	2011
20	Donner suite à la recommandation du rapport de l'IGAS d'effectuer une mission sur l'activité des CPEF, répartition territoriale, capacités d'offre et modalités de financement.	DGS	2011
21	Inscrire les CPEF et les centres de santé ayant ou non demandé l'habilitation dans l'inventaire des ressources régionales à engager par les ARS	ARS + collectivités territoriales	2011
22	S'appuyer sur les nouvelles modalités offertes par la loi HPST relatives aux pôles de santé et aux contrats locaux de santé intégrant les collectivités territoriales en y intégrant les CPEF et les centres de santé pour renforcer le maillage territorial	DGS/DGOS/ARS	2011
MISSIONS			
7	Elargir l'activité de dépistage au-delà du VIH et des hépatites pour certaines IST et en faveur des populations les plus exposées aux risques	DGS	2011
8	Définir les conditions de mise en oeuvre des tests rapides dans les structures CDAG/CIDDIST reconfigurées, conformément aux préconisations du rapport YENI 2008.	DGS	2011
9	Etudier la possibilité d'étendre à certaines structures extra hospitalières la mise en œuvre de la trithérapie antirétrovirale en cas d'AES.	DGS	2011

11	Introduire dans le cahier des charges des structures qui succéderont aux CDAG et aux CIDDIST l'obligation de prescrire ou délivrer le traitement approprié au patient lorsqu'une infection sexuellement transmissible (hors VIH, VHB, VHC) est dépistée	DGS	2011
12	Faire coexister, à la suite d'un diagnostic partagé entre ARS et COREVIH, le maintien d'une offre au profit de la population générale et le renforcement d'un ciblage populationnel, en particulier par des activités de dépistage hors les murs.	DGS/ARS/COREVIH	2011
13	Promouvoir les actions de prévention et de dépistage hors les murs, tout particulièrement en direction des populations les moins susceptibles de fréquenter les centres de dépistage, et soutenir les associations impliquées.	DGS/ARS	2011
14	Faire reposer sur les seules UCSA les activités de dépistage/diagnostic/traitement des IST en milieu carcéral sous réserve d'une attribution à ces structures des moyens des CDAG/CIDDIST installés en centres pénitentiaires.	DGS/DGOS	2011
19	Renforcer l'activité de dépistage des centres d'examen de santé en direction des populations ayant des difficultés particulières d'accès à la prévention et aux soins.	Assurance maladie	2011
FINANCEMENT			
2	Supprimer le double financement des structures CDAG et CIDDIST en transférant à l'assurance maladie la prise en charge financière des CIDDIST.	DGS/DSS/Assurance maladie	PLFSS 2011
3	Faire appliquer les règles identiques de tenue des comptes d'exploitation et de fixation du montant des financements qui auront été déterminées par les autorités de tutelle.	DGS/DGOS/ARS/Assurance maladie	2011
4	Privilégier un financement fondé au moins pour partie sur la mesure de l'activité réalisée	DGS/DGOS/Assurance maladie	2011
MISE EN OEUVRE			
5	Elaborer un cahier des charges précis et complet, comportant notamment des règles de bonnes pratiques, pour les structures appartenant au prochain dispositif dédié.	DGS/HAS	2011
10	Harmoniser l'offre de vaccinations au sein des CDAG/CIDDIST reconfigurés.	DGS	2011
15	Préciser dans le prochain cahier des charges les formations nécessaires aux médecins exerçant dans les structures dédiées.	DGS	2011
16	Etudier la possibilité d'une délégation de certaines tâches à des personnels non médicaux.	DGS	2011

Lettre de mission

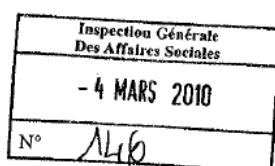


Ministère de la Santé et des Sports

Le Ministre

Cab-3 ED/JM Me. D.10.1755.

Paris, le 03 MAR. 2010



La ministre de la santé et des sports

à

monsieur le chef de l'inspection
générale des affaires sociales

Objet : Demande d'une mission d'évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST)

En 2008, près de cinq millions de personnes se sont fait dépister pour l'infection à VIH-sida, dont 8% dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Ces structures représentent un maillon essentiel de la lutte contre le VIH, de part leur répartition sur le territoire et leur gratuité, en apportant une offre de dépistage VIH à la population générale, mais surtout aux populations les plus vulnérables et les moins aisées. En 2008, les CDAG représentaient 8% de l'activité de dépistage du VIH et 11% des sérologies positives.

Créées en 1988 pour favoriser le dépistage du VIH sans risque de stigmatisation et accréditées par l'Etat, ces consultations avaient à l'origine un financement conjoint Etat-Assurance Maladie.

En 1999 leurs missions ont été élargies au dépistage des hépatites virales B et C et l'Assurance Maladie a pris en charge la totalité du financement. Sur la base du remboursement du nombre annuel de consultations et d'actes de biologie, ce financement a été estimé à 34 M€ en 2008.

Parallèlement à ce dispositif, la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 a rendu à l'État la responsabilité de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) pour permettre de définir une politique nationale en cohérence avec la politique de lutte contre le VIH, et en assurer une mise en œuvre locale homogène et équitable sur tout le territoire. Cette modification a abouti à la création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) qui sont :

- soit gérés par les collectivités territoriales par convention avec l'Etat, avec un financement dans le cadre de la dotation générale de décentralisation (DGD) ;
- soit habilités par les services déconcentrés (DDASS) et financées par des crédits de l'Etat pour les structures habilitées.

Toutefois, les CDAG ne peuvent, sauf exception, faire de dépistage des autres IST que le VIH, en dépit de toute logique épidémiologique et malgré le fait que de nombreuses structures CDAG- CIDDIST travaillent dans les mêmes locaux.

Une CDAG pour le dépistage du VIH et des hépatites virales peut, en effet, être intégrée dans un CIDDIST. Dans ce cas, ces structures doivent gérer une double comptabilité et remplir deux bilans d'activité, alors qu'il s'agit des mêmes patients, du même personnel exerçant dans les mêmes locaux. Deux consultations doivent alors être comptabilisées pour un même patient, l'une imputée à l'activité CIDDIST, l'autre à celle de la CDAG.

L'organisation de ce dispositif n'est finalement lisible ni par les patients ni par les professionnels et rend impossible son évaluation en termes d'activité et de performance. En 2007, 30 sites exerçant une activité de CIDDIST, 108 sites réalisant une activité de CDAG et 244 sites assurant les deux activités à la fois, ont été recensés en France.

La fusion des CDAG et des CIDDIST permettrait d'en accroître l'efficacité tant administrative que médicale. Cette mesure permettrait d'optimiser l'offre de dépistage du VIH destinée notamment aux populations les plus vulnérables et les plus exposées, qui est l'un des axes stratégiques du prochain plan VIH-IST 2010-2013 et l'une de mes priorités dans le cadre du renforcement de la politique de lutte contre le VIH/sida que j'entends mener.

Pour mener cette réforme, je souhaite que l'IGAS évalue la mise en œuvre de la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 concernant la lutte contre les IST.

Cette mission devra :

- faire le bilan de l'existant ;
- présenter des propositions d'évolution du dispositif (place des centres d'examen et de santé, des centres de planification et d'éducation familial) et l'éventuel élargissement de ses compétences en tenant compte de la création des agences régionales d'hospitalisation (ARS) ;
- proposer des pistes d'évolution du cadre juridique d'exercice de ce dispositif ;
- et d'en définir les modalités de financement.

La mission procédera à des concertations, notamment et avec l'association des départements de France (ADF). La mission pourra s'appuyer sur les services de la direction générale de la santé pour mener à bien ses travaux.

La mission devra me remettre ses conclusions au plus tard en juin 2010.

Je vous prie d'agréer, monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales, l'expression de mes salutations distinguées.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Liste des personnes rencontrées

Cabinet de la ministre de la santé

Mme Elisabeth DOHIN, conseillère technique

Direction générale de la santé

Mme Marie-Hélène CUBAYNES, sous-directrice

Mme Laurence CATE, adjointe au chef de bureau

Mme le Dr. Frédérique DELATOUR, chef de bureau

Mme METZEN IVARS, adjointe au chef de bureau appui ARS

Direction de la sécurité sociale

Mme Séverine SALGADO, chef de bureau

Dr. Elisabeth ROUSSEAU

Ministère de l'intérieur

M. Patrick AMOUSSOU-ADEBLE, adjoint au sous-directeur des finances locales, DGCL

M. Almaric MALVES, chef du bureau financement et transfert de compétences

CNAMTS

Mme Agathe DENECHERE, directrice du cabinet du Directeur général

Dr. Catherine BISMUTH, médecin conseil adjointe

Conférence nationale de santé

M. Christian SAOUT, président

Conseil national du SIDA

Pr. Willy ROZENBAUM, président

Association des départements de France

M. Jean-Pierre HARDY, chef de service : politiques sociales

Association des grandes villes de France

M. Christian LALU, directeur général

Mme Clémence SCHELCHER-BEYER, chargée de mission

INPES

Dr. Thanh LE LUONG, directrice générale

Mme Nathalie LYDIE, direction des affaires scientifiques

M. Bruno HOUSSEAU, responsable du pôle santé sexuelle

Dr. Christine JESTIN, coordinatrice maladies infectieuses

AIDES

M. Jean-Marie LE GALL

M. Fabrice PILORGE

SIDACTION

M. Marc DIXNEUF, directeur des programmes associatifs

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Dr. Patrick ROMESTAING, président de la section santé publique

Dr. Piernick CRESSARD, président de la section éthique et déontologie

INVS

Mme Christine SAURA, directrice du département des maladies infectieuses

Mme Caroline SEMAILLE, responsable de l'unité VIH, IST

Mme Anne GALLAY, coordination et surveillance des IST hors VIH

ILE DE FRANCE

Dr. Alain BRUNOT, MISP, délégation territoriale Paris

Pr. Dominique BERTRAND, PUPH

Mme Marie-Laure MALPART, CRAMIF

Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP/HP)

Pr. Jean-Yves FAGON, directeur des affaires médicales

M. SAUVAGE, directeur des affaires économiques et financières

Département de l'Essonne

Dr. Hervé DADILLON, Directeur adjoint prévention santé

Dr. Muriel PRUDHOMME, Directrice de la PMI

Mme Marie Hélène BOYER, responsable CDPS Evry

Mme Myriam ZOPPARDO, cadre de santé

Dr. MUKENDI-PAPA, CPEF Evry

Mme DALLA-LIBERIA, sage –femme CPEF Evry

Dr. Beert THIELMANS, médecin directeur du CPEF Evry

Département du Val de Marne**Délégation territoriale du Val de Marne de l'ARS d'Ile de France**

Dr Bakary DIAKITE, médecin inspecteur de santé publique

Centre hospitalier intercommunal

Dr. Isabelle DELACROIX, chef de service médecine interne, responsable du CDAG CIDDIST

Mme Françoise PERRONNET, cadre infirmier

Centre de santé TENINE à CHAMPIGNY

Dr. Richard LOPEZ, directeur du centre de santé et directeur de la santé de la ville de Champigny

Dr. Coralie TISON

UCSA/ CENTRE PENITENTIAIRE DE FRESNES

Dr. Catherine FAC, responsable de l'UCSA

M. Gilles MARMIN, cadre infirmier

PARIS

Dr. Martine LEVINE, conseillère santé, cabinet du maire de Paris

M. Florent HUBERT, directeur du cabinet du président de l'AP-HP

Dr. Nicolas BOO, responsable du bureau SIDA-Cancer

Mme Ghislaine GROSSET, sous-directrice de la DASES

Hôpital BICHAT

Pr. Elisabeth BOUVET, chef de service du CIDDIST/CDAG
M. Eric SIMON, directeur des finances adjoint

Hôpital SAINT LOUIS

Dr. Michel JANIER, responsable du service des MST

Hôpital Fernand WIDAL

Dr. Christophe SEGOUIN, chef de service du CDAG
Dr. Marc SHELLY

Hôpital Hôtel Dieu

M. le Pr. Jean-Louis POURRIAT, chef du service des urgences

CDAG- CIDDIST Le Figuier

Dr. Philippe DHOTTE, directeur du centre
Mme Liliane PAULET, secrétaire
Mme Christine MUZAS, infirmière
Mme Véronique TESSIER, responsable administrative

Institut Alfred FOURNIER

Mme Danièle POZZA, directrice générale
Dr. Fabienne CASTANO
Dr. Jean-Marc BOHBOT

Région Poitou-CharentesAgence régionale de santé

Dr. Isabelle BRETON, MISP

Relai Charbonnier, Poitiers

Dr. Philippe AUBRY, PH
Mme Karine BONNIFAIT, assistante sociale
Mme Anne Claire DESSE, sage femme
M. Jean AUTEXIER, directeur adjoint du CHU de Poitiers

Région BourgogneAgence régionale de santé

Dr. Claude ROBIN, médecin inspecteur à l'ARS
M. Cyril LECOIN, ARS – DOSA
M. Michel LEGRAND

CRAM Bourgogne Franche Comté

M. Laurent GIRAUDET

Conseil général de Haute-Saône

Dr. Isabelle LE BLANC

Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

Secrétariat général
M. Bruno LEGOURD
Mme Ginette GILLIERS

CDAG-CIDDIST du Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

Dr. Jean FRIEDEL, médecin responsable

Mme Noëlle JEUNET, infirmière

CPEF de Paray-le-Monial

Mme Patricia PRIETO, cadre supérieur du centre hospitalier

Mme Nicole THERY, secrétaire du CPEF

Mme Laetitia BOCKEL, conseillère conjugale

Dr. Laurence ANDRE, médecin CPEF

Mme Joëlle BILLARD, médecin CPEF

Dr. Ghyslaine BERNIGAUD, médecin de PMI

CDAG/CIDDIST de Dijon

Dr. Brigitte BURDIN PIPON, médecin responsable

Dr. Nathalie NOELLAT

Mme Isabelle PEPE, cadre de santé au CHU de Dijon

Dr. Pascal CHAVANET, chef de service des maladies infectieuses du CHU de Dijon, et président du COREVIH de Bourgogne

CHU de Dijon

M. Barthélémy MAYOL, directeur adjoint,

M. Patrick GRIGNON, directeur qualité,

M. Herve CHABIT, directeur des affaires financières,

Mme Annie SERVIER, directrice du pôle des pathologies lourdes

Centre d'examen de santé de la CPAM de Dijon

Dr. Jean-François ROHMER, responsable médical

Sigles utilisés

AES	accident d'exposition au sang
AP-HP	assistance publique hôpitaux de Paris
ARH	agence régionale de l'hospitalisation
ARS	agence régionale de santé
CADA	centre d'accueil de demandeurs d'asile
CDAG	consultation de dépistage anonyme et gratuite
CDDPS	centre départemental de dépistage et de prévention
CEDIAG	centre de diagnostic
CES	centre d'examen de santé
CETAF	centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé
CFA	centre de formation des apprentis
CIDDIST	centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CHIC	centre hospitalier intercommunal de Créteil
CHU	centre hospitalier et universitaire
CLAT	centre de lutte anti-tuberculeuse
CMU	couverture maladie universelle
CNAMTS	caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNS	conseil national du sida
CODEP	consultation de dépistage
COG	convention d'objectifs et de gestion
COREVIH	comité de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	centre de planification et d'éducation familiale
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
CRAMIF	caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
CRF	croix rouge française
CSP	code de la santé publique
CSS	code de la sécurité sociale
DASES	direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
DASS	direction des affaires sanitaires et sociales
DAV	dispensaire anti-vénérien
DGD	dotation générale de décentralisation
DGF	dotation globale de fonctionnement
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ENSP	école nationale de santé publique
ETP	équivalent temps plein
GRSP	groupement régional de santé publique
HAS	haute autorité de santé
HPST	hôpital, patients, santé et territoires
HSH	hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IAF	institut Alfred Fournier
IFSI	institut de formation en soins infirmiers
INPES	institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	institut national de veille sanitaire
IST	infection sexuellement transmissible
IVG	interruption volontaire de grossesse
MERRI	missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation
MIG	missions d'intérêt général
MIGAC	missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MST	maladie sexuellement transmissible
OMS	organisation mondiale de la santé
PLF	projet de loi de finances
PMI	protection maternelle et infantile
RMI	revenu minimum d'insertion
SEGPA	section d'enseignement général et professionnel adapté
SIDA	syndrome de l'immunodéficience acquise
UCSA	unité de consultations et de soins ambulatoires
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
ZUS	zone urbaine sensible