



Ministère des Affaires Sociales et de la Santé



# Rénovation du dispositif CDAG/CIDDIST

## Groupe de travail

29 juin 2012

Laurence Caté  
Frédérique Delatour  
Axelle Romby

DGS – Sous-direction prévention des risques infectieux – Bureau IST/VIH/Hépatites

## Rappel des dispositifs actuels (1)

- Les **Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)**
  - Créées en 1988
  - Financés par l'Assurance maladie
  - Habilitées par les ARS
  - Missions : **Dépistage du VIH, puis élargissement au VHB et au VHC**. Accueil, information, évaluation des facteurs d'exposition, conseil personnalisé, accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale en cas de besoin.
  - Dans un établissement de santé, centre de santé habilité CIDDIST , CIDDIST géré par département
  - Rapport d'activité : 4 RA trimestriels pour l'ARS (peu de données d'activité et pas de données budgétaires) ; 1 RA annuel pour l'InVS : données épidémiologiques

## Rappel des dispositifs actuels (2)

- **Les Centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)**
  - Succèdent au DAV, compétence des départements jusqu'en 2004, puis recentralisation.
  - Financés par l'État (2 circuits de financement).
  - Habilités par les ARS ou convention avec CG
  - Missions : **Diagnostic et dépistage anonyme de toutes les IST.** Accueil, écoute, information, conseil, évaluation du risque, examen physique et test à visée diagnostique, prescription de traitement, orientation pour prise en charge médicale, psychologique, sociale, proposition de dépistage/traitement des partenaires.
  - Rapport d'activité et de performance annuel : données d'activité, épidémiologique, budgétaires.

## Rappel des dispositifs actuels (3)

### LE FINANCEMENT DES CDAG et CIDDIST

(source Rapport IGAS, 2010)

Soit + 50 Millions d' EUROS ainsi répartis:

	<b>CDAG hospitalières</b>	<b>CDAG non hospitalières</b>	<b>CIDDIST gérés par CG</b>	<b>CIDDIST Etat</b>
<b>Enveloppe</b>	AM-Crédits MIGAC	AM-Dotations ONDAM Soins de ville	ETAT Crédits DGD	ETAT Crédits Min Santé-PAP 204 (ARS)
<b>Montant estimé (2009)</b>	18,5 M€	17M€	9M€	8M€

**Enveloppe intégrée  
au FIR en 2012**

**Enveloppe  
intégrée  
au FIR en 2012**

## Focus Dépistage versus diagnostic

- Dépistage :

Dépister, c'est rechercher une infection chez une personne asymptomatique, faisant partie d'un groupe à risque ou en population générale

- Diagnostic :

Diagnostiquer, c'est rechercher une maladie, chez une personne présentant des symptômes

Dans le dispositif actuel :

- Diagnostic possible des Chlamydia et de la Syphilis dans les CIDDIST.
- Dépistage des *Chamydia* et de la syphilis dans les populations cibles recommandé mais non prévue dans la législation sur les CDAG, et donc non financé.

## Rappel des dispositifs actuels (4)

- Deux types de structures, deux circuits de financements, des missions qui se recoupent.
- Une possibilité pour les Conseils Généraux de se voir déléguer la compétence CIDDIST par convention avec l'Etat.

- Dans les faits :

- ◆ De nombreuses structures ayant le double statut et des CDAG qui dépistent au delà des 3 viroses.




- ◆ Des situations complexes : Centres hospitaliers ou non, autorisés par les ARS ou conventionnés avec l'Etat (Conseils généraux)

Source d'une grande complexité de financement :  
MIGAC, ONDAM de ville, Crédits 204, DGD.

Avec une partie désormais intégrée au FIR

## Rappel des dispositifs actuels (5)

- 382 sites (état des lieux 2007)
  - 244 **CDAG - CIDDIST**, 108 CDAG et 30 CIDDIST
  - 147 sites sont gérés par des conseils généraux, 235 ont une habilitation par le préfet.
  - 198 sont situés en milieu hospitalier, 57 dans des centres de santé, 23 en milieu carcéral, 7 en milieu universitaire et 97 dans d'autres lieux (locaux dédiés pour la plupart).
-  Actuellement 38 départements ont une délégation de compétence.

Difficultés dans le fléchage des financements, ainsi que dans la rédaction des rapports d'activité.

## Remontées de terrain


- Difficultés administratives (pour les structures, les ARS et les CG)
  - Budgets différents et manque de visibilité sur ce qui est accordé au fonctionnement des structures
  - Bilans d'activité redondants
  - Justification d'activité sur la base des C + B inadaptée (TROD, dépistages autres que VIH, VHB et VHC, opération hors les murs)
- Difficultés de promotion du dispositif
  - Appellation CIDDIST peu attractive



## Remontées de terrain

- Difficultés de fonctionnement
  - Recueil et saisie des dossiers hétérogènes (saisie papier, logiciel maison, achat logiciel)
  - Application hétérogène de l'anonymat et réglementation inadaptée pour la levée
  - Manque d'harmonisation des pratiques : dépistage des *Chlamydiae* dans certains lieux, sérologie type pour VHB, dépistage syphilis, accès variable à la vaccination anti-VHB
  - Formation au counselling inconstante

## Face à ce constat... Les recommandations

- Recommandations de plusieurs instances :
  - ◆ Commission des Finances de l'Assemblée sur la mission Santé pour le PLF 2009
  - ◆ Rapport de la HAS sur les stratégies de dépistage du VIH d'octobre 2009
  - ◆ Rapport du groupe d'experts dirigé par le Pr Yéni sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH (2010)
  - ◆ Rapport annuel 2010 de la Cour des Comptes (chapitre 24 : politique de lutte contre le VIH/Sida).
  - ◆  Rapport de l'IGAS évaluant la mise en œuvre de la recentralisation des IST, en 2010.

Préconisent la réorganisation de ces structures.

## Suite à ces recommandations...

# Intégration d'une action dans le plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014

### Action T21 : Réorganiser le dispositif CDAG-CIDDIST

- réviser la cartographie d'implantation
- réorganiser les processus de financement
- articuler le dispositif avec les autres structures (CPEF, centres de santé, centres d'examen de santé)
- redéfinir les missions et le cahier des charges
- élaborer un guide de bonnes pratiques
- organiser la remontée et l'exploitation des données
- définir les formations nécessaires
- communiquer sur le dispositif

## Suite à ces recommandations...

### Les autres actions du plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014

- Élargir les missions des CDAG-CIDDIST et CPEF à vaccination anti-VHB et anti-HPV (T11)
- Étendre l'utilisation des TROD et organiser leur financement ( T18)
- Mettre en place dépistage ciblé de chlamydia (T24)
- Améliorer le dépistage de la syphilis et du VHB en CDAG (HSH et LBT 10)
- Organiser des actions hors les murs des CDAG-CIDDIST pour les migrants (M7)
- Organiser des actions hors les murs des CDAG-CIDDIST dans CAARUD et CSAPA (UD3)

## Suite à ces recommandations...

### Les autres actions du plan de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014

- Améliorer l'accueil des HSH et LBT dans CDAG-CIDDIST (HSH et LBT 13)
- Améliorer le dépistage des personnes qui se prostituent ( partenariat et actions hors les murs par CDAG/CIDDIST (P6)
- Engager la prise en charge des personnes infectées ( T26)
- Améliorer prise en charge et accès des personnes handicapées (T23)
- Expérimenter les centres de santé sexuelle (action T22)

## Démarche de travail et calendrier (1)

- Démarche à deux niveaux :
  - ◆ Législatif : 2 options
    - Article de loi intégré à la proposition de loi du sénateur Doligé sur la simplification des normes applicables aux collectivités (en suspens)
    - Article similaire dans le PLFSS pour 2013 (vecteur privilégié)
  
  - ◆ Opérationnel : groupe de travail afin de définir :
    - 1) les missions de la future structure,
    - 2) les modalités de fonctionnement (cahier des charges),
    - 3) le modèle économique
    - 4) les modalités de suivi de l'activité (Rapport).

## Démarche de travail et calendrier (3)

### ● Calendrier :

- ◆ Législatif : Adoption de la loi espérée pour fin 2012.
- ◆ Opérationnel :
  - Septembre 2012 : choix du type de réorganisation et proposition de textes réglementaires correspondants
  - Octobre 2012 : écriture du cahier des charges (Délai supplémentaire pour le rapport d'activité)
  - Nov-Déc.2012 : phase de consultation/validation des mesures réglementaires (décrets/arrêtés)
  - Avril à juin 2013 : procédure d'habilitation des structures par les ARS.
  - Janvier 2014 : Mise en œuvre effective.

Un délai de 2 ans est prévu pour une mise à niveau des structures.

## Propositions de réorganisation de l'IGAS

- Trois scénarios :
  - ◆ Scénario 1 : Fusion en Centre de Diagnostic, omni-compétents en prévention, dépistage, diagnostic du VIH, des hépatites et des IST, sur l'information sur les risques liés à la sexualité et sur la contraception.
  - ◆ Scénario 2 : Fusion à étages, avec un Centre de Diagnostic référent par territoire et des Consultations de dépistage, aux missions réduites.
  - ◆ Scénario 3 : Fusion en Consultations de dépistage des principales IST chez les personnes asymptomatiques.



# Scénario 1

Avis de l'IGAS : ni possible ni souhaitable, médecins non formés au diagnostic des symptomatiques et pas de besoin d'un CIDDIST dans tous les CDAG.

## Points positifs

- Une structure unique, bien identifiable par le public.
- Une offre de soins et de prévention globale.

## Points négatifs

Nécessite un nombre de professionnels important et la formation des professionnels en place.

Offre jugée excessive, si toutes les structures existantes intègrent l'ensemble des nouvelles compétences.

## Scénario 2

Avis de l'IGAS : Difficulté de conception des relations entre centres référents et antennes compte tenu des spécificités des structures déjà existantes

### Points positifs

- Permettrait une bonne couverture du territoire avec des structures de dépistage simples peu coûteuses et une structure de référence présentant une offre plus large ( ou « plus spécialisée »)

### Points négatifs

Deux types de structures par territoire, moins de lisibilité pour le public

Impose la réorientation de certains publics, éventuellement loin de leur lieu de vie

Fragmente l'offre, rendant l'accès aux nouvelles compétences (contraception, éducation sexuelle, accompagnement vers le soin...) lié à la sélection d'un « public cible » qui serait orienté vers la structure de référence. Supprime la valeur ajoutée de l'enrichissement des compétences pour une partie de la population

## Scénario 3

Avis de l'IGAS : en faveur de ce scénario, pour une plus grande lisibilité de l'offre et une concentration des efforts en direction des publics prioritaires

### Points positifs

- Une structure unique, bien identifiable par le public.
- Peu coûteux, permettrait de dégager des moyens pour le dépistage et la prévention des personnes à risque, de réaliser des actions ciblées, hors les murs.

### Points négatifs

Pose la question de l'accès aux soins dans les structures de droits communs

Supprime la possibilité d'anonymat pour les personnes symptomatiques

Pose la question de l'effectivité des moyens d'identification des personnes symptomatiques ou non dès l'accueil en CODEP

Exclu l'approche globale de la santé sexuelle exprimée par le terrain

## Synthèse des échanges

- Public concerné : population générale uniquement, possibilité de structures dédiées à des publics cibles ?
- Missions : diagnostic/dépistage, IST concernées, information, prévention (quel public?), quelles autres missions ?
- Moyens à mettre en œuvre :
  - Humains : quels types de professionnels ?
  - Financiers : Postes à financer ?
  - Autres : interprétariat ? Action hors les murs ? TROD ?