

Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

09/07/1998

La transformation des stratégies thérapeutiques en 1996, celle des protocoles diagnostiques en 1997 ont profondément modifié le contexte dans lequel évolue aujourd'hui l'épidémie du VIH. La politique de dépistage du VIH doit évoluer et se recentrer sur des objectifs prioritaires. Créées il y a 10 ans, les consultations de dépistage ont joué un rôle déterminant dans la lutte contre le VIH. Pour poursuivre les objectifs pour lesquels elles ont été créées - permettre l'accès au dépistage, contribuer à la politique de prévention et favoriser la prise en charge des patients - elles doivent aujourd'hui s'adapter aux nouveaux enjeux de la politique de dépistage.

D'autre part, l'infection par le VHC est un problème de santé publique majeur. Un programme national de lutte contre l'hépatite C est en cours d'élaboration, où le dépistage occupe une place stratégique : sont nécessaires un travail de prévention particulièrement auprès des usagers de drogue, un accès à une prise en charge coordonnée des personnes atteintes et une surveillance épidémiologique de l'infection.

Plusieurs raisons conduisent à étendre les compétences des consultations de dépistage du VIH au dépistage du VHC. L'expérience acquise par les équipes doit permettre d'élaborer rapidement les savoir-faire spécifiques à mettre en oeuvre. Certains objectifs fixés en 1997 pour le dépistage du VIH, à savoir faciliter l'accès des populations précarisées et améliorer l'accueil des usagers de drogues, sont concordants avec les orientations de la politique de dépistage du VHC. Il convient de favoriser, dans les consultations, la prise en compte globale des besoins de santé de la personne et non plus seulement d'une pathologie, seule attitude cohérente au regard des problèmes des personnes vulnérables.

L'objet de la présente circulaire est donc double :

- préciser la place et les missions des CDAG (consultations de dépistage anonyme et gratuit) et CDG (consultations de dépistage gratuit) dans la politique de lutte contre le VIH et définir les actions qu'elles doivent mener ;
- permettre leur participation à un programme de lutte contre l'hépatite C.

I. - DES EVOLUTIONS NECESSAIRES

A. - LE NOUVEAU CONTEXTE

Plusieurs éléments amènent les pouvoirs publics à faire évoluer les politiques de dépistage du VIH et du VHC :

1. Concernant le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Les nouvelles stratégies thérapeutiques, qui ont transformé la vie des personnes atteintes, passent par un diagnostic et une prise en charge précoces. Or, 41 % des 1 671 cas de sida déclarés en 1997 n'ont découvert leur infection par le VIH qu'à ce stade et 30 % n'étaient pas traités alors même qu'ils connaissaient leur infection.

Le traitement après exposition ouvre la possibilité d'intervenir très précocement, en amont de la confirmation de l'infection.

L'intérêt de traiter dès la primo-infection symptomatique fait consensus. Or seules quelques primo-infections sont diagnostiquées chaque année alors que le nombre de nouvelles contaminations a été estimé à 5 000 par an (donnée 1995).

Ces nouveaux modes de prise en charge impliquent un travail sur la perception du risque afin d'intervenir dans les délais optimaux par rapport à la situation exposante. Ils impliquent de renforcer les liens entre l'accueil, le dépistage et le traitement.

Environ 3,8 millions de tests sont prescrits annuellement hors dons du sang, d'organes ou de tissus, conduisant à la découverte de 5 000 séropositivités par an. La rentabilité de cette prescription, de moins en moins orientée vers des situations à risque, la plupart du temps systématique et non accompagnée de conseils personnalisés, pourrait être <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdhdss-n-98-423-du-9-juillet-1998-relative-aux-missions-et-aux-objectifs-des-consultations-de-depistage-anonyme-et-gratuit-ou-de-depistage-gratuit-du-virus-de-limmunodeficiency/>

meilleure.

L'accès au dépistage et à la prise en charge est en partie lié à des déterminants sociaux, économiques et culturels. La précarité sociale, d'une part, la complexité du dépistage et des traitements, d'autre part, accroissent la vulnérabilité de groupes de populations. La politique de dépistage doit s'adapter pour prendre en compte les populations les plus vulnérables.

Le nombre de personnes atteintes par le virus est élevé, le nombre de nouvelles contaminations est encore trop important. La prévention, pour laquelle les consultations sont un élément clé, est plus que jamais primordiale, en particulier en direction des personnes atteintes.

2. Concernant le virus de l'hépatite C (VHC)

On estime entre 500 000 et 600 000 le nombre de personnes contaminées en France par le VHC, dont 80 % sont porteuses chroniques du VHC. Seulement un tiers des personnes concernées connaîtraient leur infection par le VHC.

Le taux de co-infection par le VHC chez les patients infectés par le VIH serait de l'ordre de 10 %.

Un tiers des personnes contaminées sont ou ont été usagers de drogues par voie intraveineuse.

On estime qu'entre 30 % et 70 % des usagers de drogue par voie intraveineuse seraient infectés par le VHC. La diffusion épidémique est persistante dans ce groupe de population. La contamination se fait très tôt dans l'histoire de l'usager de drogue, dès les premières expériences de partage.

Si l'infection n'est pas diagnostiquée et prise en charge, l'évolution naturelle vers la cirrhose est fréquente (d'environ 20 % à 20 ans), puis vers des complications graves (de l'ordre de 3 % par an, 80 % à 10 ans). Les progrès thérapeutiques soulignent l'intérêt d'un dépistage et d'une prise en charge avant la survenue de complications. Ces taux recouvrent de grandes disparités en fonction de l'âge à la contamination et en fonction de la consommation d'alcool.

B. - LES EVOLUTIONS NECESSAIRES

Ce contexte met en évidence :

- les objectifs prioritaires de la lutte contre le VIH auxquels les consultations de dépistage doivent s'adapter : permettre le diagnostic et la prise en charge les plus précoces possibles, réduire les retards au diagnostic, faciliter l'adoption de comportements de prévention ;
- les objectifs sur lesquels les consultations doivent participer au programme de lutte contre le VHC : favoriser l'accès au dépistage, à la prévention et à la prise en charge des usagers de drogues ;
- la nécessité d'inciter à une évolution des pratiques de l'ensemble des professionnels en matière de dépistage du VIH et de rappeler les bonnes pratiques de dépistage. Fondées sur la responsabilisation et l'adhésion des personnes, elles doivent aussi guider le dépistage du VHC.

C. - RAPPELER A L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS LES BONNES PRATIQUES DE DEPISTAGE

La politique d'accès au dépistage est fondée sur le volontariat, le consentement éclairé des intéressés, ainsi que la confidentialité ou l'anonymat.

Le dépistage est un acte complexe s'accompagnant d'une consultation préalable d'information-conseil personnalisé, d'un prélèvement pour la détection des marqueurs virologiques de l'infection si nécessaire et d'une consultation de remise des résultats du test, que ceux-ci soient négatifs ou positifs.

La prescription doit être guidée par les besoins de la personne et l'existence d'un risque.

Il convient de souligner les effets pervers de la banalisation et de la systématisation de la prescription de tests (relâchement d'attitudes préventives, diminution de la solidarité avec les personnes atteintes, acceptation de l'idée du dépistage obligatoire).

Dans le contexte actuel de l'épidémie du VIH, ces principes revêtent une importance accrue. Des études montrent que le dépistage de l'infection à VIH évolue dans une large mesure vers une prescription banalisée, quasi systématisée, du test. De moins en moins orientée en fonction des situations à risque, la prescription n'est souvent pas accompagnée de conseils de prévention personnalisés. Les associations intervenant auprès de populations précarisées font état également du sentiment de nombreuses personnes d'avoir été dépistées à leur insu (1).

(1) Sur cette question se référer à la note DGS n° 510 du 15 mars 1996.

Dans le contexte de l'épidémie de VHC, ces principes revêtent une importance particulière pour favoriser les démarches de dépistage des populations prioritaires (usagers de drogues et anciens transfusés) et les intégrer dans un objectif d'aide à l'adoption de conduites préventives, de stratégies de réduction des risques et d'accès aux soins.

II. - LES CONSULTATIONS DE DEPISTAGE - CDAG ET CDG

A. - LES MISSIONS DES CONSULTATIONS DANS LA POLITIQUE DE DEPISTAGE DU VIH ET LE PROGRAMME DE DEPISTAGE DU VHC

Les missions des consultations, en matière de VIH et de VHC, sont de développer l'ensemble des actions liées au dépistage : aide à l'adoption d'attitudes personnelles de prévention, diagnostic, accompagnement vers une prise en charge adaptée et soutien dans le maintien d'attitudes préventives au long cours pour les personnes atteintes.

Créées selon un principe d'accessibilité sur l'ensemble du territoire, les consultations de dépistage ont à jouer un rôle décisif dans l'accès au dépistage et à la prévention des populations vulnérables aux risques. Elles doivent développer leur spécificité, trouver leur place dans le réseau médico-social et améliorer le lien avec les soins.

Vous trouverez en annexe 1 un rappel de la législation et de la réglementation et en annexe 2 une fiche technique concernant le dépistage du VHC.

B. - CINQ OBJECTIFS PRIORITAIRES

- permettre une prise en charge précoce après une exposition aux risques ;
- rendre le dispositif visible pour tous ;
- faciliter l'accès au dépistage des personnes précarisées et des personnes vulnérables aux risques ;
- renforcer la prévention ;
- renforcer le lien entre dépistage et prise en charge.

B 1. Permettre une prise en charge précoce après une exposition aux risques

La prise en charge des personnes très précocement après une exposition aux risques, que ce soit dans une indication de traitement prophylactique après exposition ou dans l'indication de diagnostic de primo-infection à VIH doit permettre :

- d'agir sur la phase majeure de diffusion épidémique du VIH ;
- de limiter au maximum l'atteinte virale, et même de tenter de la stopper dans le traitement après exposition ;
- de renforcer le travail de prévention au plus près de la perception du risque.

Au risque VIH doivent être associés dans ce contexte les autres risques liés aux expositions concernées :

- transmission du VHB dans les expositions sexuelles, qui doit donner lieu, si besoin, à la mise en place d'une prophylaxie (gammaglobulines et vaccination) ;
- transmission du VHC dans les expositions sanguines, accidentelles ou par usage de drogue, qui doit donner lieu à une surveillance en vue d'un diagnostic précoce.

L'accueil des personnes, l'évaluation des risques, l'accès à une prise en charge adaptée aux situations, le relais des équipes hospitalières dans l'accompagnement sont des missions auxquelles les consultations doivent concourir.

B 2. Rendre le dispositif visible pour tous

Les messages auprès de la population sur l'intérêt du dépistage ont été actualisés et renforcés en matière de VIH ; ils vont l'être concernant le VHC. Un premier objectif est de faire en sorte que le public dispose d'informations cohérentes grâce à des outils d'information élaborés dans ce sens. La visibilité du dispositif passe par le relais de cette communication nationale et la promotion des dispositifs locaux.

Un deuxième objectif est de permettre aux personnes vulnérables d'intégrer ces informations : l'élaboration d'outils de communication et des actions de proximité, passant par la médiation d'acteurs appartenant aux réseaux communautaires, spécialisés ou socio-sanitaires, doivent le permettre. Les consultations doivent participer à l'élaboration de cette communication et à ces actions.

B 3. Faciliter l'accès au dépistage pour les personnes précarisées et les personnes vulnérables aux risques

Les difficultés d'appropriation de la prévention, les retards au diagnostic et à la prise en charge sont le fruit de logiques diverses. Les conditions socio-économiques et culturelles des personnes sont sources d'inégalités face à la maladie et à la santé en général. Les populations précarisées formulent peu de demandes concernant la santé, qui n'est souvent pas ressentie comme une priorité face aux multiples urgences quotidiennes. Les spécificités de certains groupes de populations sont mal prises en compte, créant une vulnérabilité particulière alors même qu'elles sont en proximité avec le risque (migrants, jeunes des banlieues, usagers de drogues...). Les messages, les pratiques et les structures ne sont souvent pas adaptés à leurs attentes, besoins et représentations.

Il convient de rechercher les facteurs pouvant favoriser et faciliter les démarches de ces populations.

Les rôles respectifs et la coopération des lieux de recours de ces populations et des consultations de dépistage doivent être envisagés. Les relais doivent être favorisés : par l'intermédiaire d'associations ou d'acteurs reconnus des populations, par des actions hors les murs de l'équipe de la consultation ou tout autre moyen de donner un sens à la démarche de dépistage ou de la faciliter.

B 4. Renforcer la prévention

Toute personne qui fait une démarche de dépistage, qu'il y ait prescription de test ou pas, doit pouvoir être aidée dans la recherche d'une stratégie personnelle de prévention, notamment par l'écoute, l'analyse du risque et le conseil psycho-social que les équipes ont développés en matière d'infection par le VIH.

L'aide à l'acquisition et au maintien d'attitudes préventives sur le long terme chez les personnes atteintes par le VIH est une mission à développer. La découverte de l'infection doit déboucher sur une proposition de prise en charge dans laquelle la dimension de prévention est capitale et que les consultations doivent pouvoir assumer.

Des savoir-faire identiques devront être élaborés en matière d'infection par le VHC, en relais ou en lien avec les acteurs intervenant auprès des usagers de drogue, en particulier les plus marginalisés.

B 5. Renforcer le lien entre dépistage et prise en charge

La consultation de dépistage, lorsque l'infection est diagnostiquée, implique de construire le lien avec la prise en charge. Le point névralgique est l'adhésion de la personne à la démarche vers le soin, alors que le temps de la médiation est dans certains cas limité par l'urgence à traiter. De cette adhésion dépendent l'accès à une équipe de soins, l'acceptation et l'observance au traitement, l'accroche à un travail de prévention.

L'accompagnement vers une prise en charge est une mission à développer par les consultations de dépistage. Il a pour objet de répondre aux divers problèmes liés à chaque situation. Il peut inclure un travail sur l'image et le statut de la personne, la restauration de droits sociaux, l'information sur les traitements, la recherche d'un soutien dans l'entourage de la personne et la facilitation de la prise de contact avec les réseaux de soins.

C. - LES ACTIONS A ENTREPRENDRE

Un cahier des charges complétera ultérieurement les dispositions de la présente circulaire. D'ores et déjà, une attention particulière, intégrant les préoccupations relatives au VIH et aux hépatites, doit porter sur les points suivants :

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdhdss-n-98-423-du-9-juillet-1998-relative-aux-missions-et-aux-objectifs-des-consultations-de-depistage-anonyme-et-gratuit-ou-de-depistage-gratuit-du-virus-de-limmunodeficiency/>

C 1. Les bonnes pratiques de dépistage

Un dépistage s'accompagne d'une consultation préalable d'information-conseil personnalisé, d'un prélèvement pour la détection des marqueurs virologiques de l'infection si nécessaire et d'une consultation de remise des résultats du test, que ceux-ci soient négatifs ou positifs. Cet acte spécifique doit englober, à travers un déroulement adapté à chaque personne :

- l'accueil, l'écoute de la demande, l'aide à l'élaboration de conduites de prévention, l'information ;
- l'examen de chaque situation, l'analyse du risque, l'examen clinique si nécessaire et, si besoin, le choix de tests biologiques adaptés, puis la remise et l'explication des résultats.

C 2. La formation de l'équipe

Les évolutions actuelles nécessitent de réunir dans une équipe diverses compétences, variables selon les besoins auxquels répond la consultation et les missions qu'elle assume localement.

Le rôle du médecin demeure central dans un acte dont la partie clinique est renforcée avec le bilan du risque, le caractère plus complexe des protocoles de diagnostic de l'infection VIH, le diagnostic d'une infection VHC et les enjeux thérapeutiques respectifs.

Les infirmières, les professionnels de l'écoute, des assistantes sociales, des psychologues... devront pouvoir concourir au conseil personnalisé et aux nouvelles missions identifiées.

Il convient de développer des formations adaptées aux besoins des équipes :

- affiner les savoir-faire en matière d'accueil, d'adaptation à la personne, d'aide à l'adhésion, d'éducation pour la santé, de travail de groupe, de suivi... ;
- développer des compétences spécifiques : vis-à-vis des usagers de drogue, des personnes homosexuelles et également dans l'abord de la vie sexuelle ;
- actualiser les connaissances, dans les domaines clinique et biologique.

Ces formations peuvent être thématiques, catégorielles ou pluri-professionnelles, d'équipe, inter-CDAG ou de site avec les autres acteurs.

C 3. Adapter les consultations aux besoins des populations auxquelles elles entendent répondre

La qualité des prestations délivrées et l'organisation de la consultation doivent être en adéquation avec les objectifs qu'elle se donne en fonction des besoins des personnes dont elle veut faciliter l'accès : jours et plages horaires d'ouverture, site d'implantation, modalité d'accès (en particulier prise de rendez-vous ou accès libre), conditions d'accueil, possibilité de services d'interprétariat...

Il convient de veiller plus particulièrement :

- à la garantie de l'anonymat dans les CDAG mais aussi au fait que l'anonymat ne soit pas conçu comme une contrainte mais comme une protection de la personne. Il doit pouvoir, avec l'accord de celle-ci ou à sa demande, évoluer vers un travail personnalisé protégé par le secret médical ;
- aux conditions de réalisation et de rendu des tests biologiques (compétences du laboratoire, accessibilité de l'antigénémie p24, délai des résultats compatible avec l'indication thérapeutique) ;
- aux moyens mis à disposition des consultations par les établissements d'accueil, conditionnant en particulier l'adaptation des locaux.

C 4. S'articuler avec le réseau médico-social

Les consultations doivent construire les articulations avec les partenaires locaux, acteurs professionnels (en particulier généralistes et biologistes) et associatifs et définir les complémentarités, les coopérations possibles et la spécificité de chacun d'entre eux.

Le rôle des consultations est aussi de pouvoir intervenir en support du réseau médico-social local, soit en relais pour certaines situations, soit en aide à l'acquisition de savoir-faire.

Elles doivent être en lien avec les CISIH et, maintenant, les pôles de référence et réseaux de l'hépatite C, les services hospitaliers et les réseaux ville-hôpital, lorsqu'ils existent et quels qu'ils soient (réseaux précarité, réseaux VIH ou toxicomanie).

C 5. Disposer d'une organisation départementale ou régionale cohérente

Fruit de l'adaptation à un environnement, le réseau des consultations s'est diversifié tant en fonction des choix d'implantation, des compétences des équipes et de l'existence de partenaires, qu'en fonction de filières induites chez les publics consultants. Le souci d'une cohérence départementale ou régionale devient nécessaire étant donné l'élargissement des missions des consultations.

Les liens des consultations entre elles doivent être favorisés, les petites structures, notamment, pouvant avoir besoin de relais dans certaines situations. En réponse à des besoins de proximité, il convient, quand c'est possible, de privilégier l'ouverture d'antennes de consultations bien implantées plutôt que l'ouverture de petites consultations autonomes isolées.

Il convient par ailleurs, dans l'organisation départementale ou régionale, d'identifier la ou les structures 'référentes', qui puissent intervenir en relais et soient coordonnées avec des centres de soins.

D. - SUIVI DE L'ACTIVITE ET EVALUATION

Le contenu du bilan d'activité des consultations de dépistage a été fixé par arrêté du 4 février 1992 en application du décret du 18 janvier 1988 modifié. Il a pour objectif d'évaluer l'activité des consultations et les caractéristiques des consultants selon le sexe, la classe d'âge et le statut sérologique. La forme actuelle de ce bilan est inadaptée à l'évolution des pratiques diagnostiques et des missions.

Un nouveau bilan est proposé en annexe 3 de cette circulaire. Il doit être immédiatement mis en oeuvre à des fins de validation avant d'être publié par arrêté ministériel. Vous veillerez à ce qu'il soit utilisé et vous ferez part de vos observations. Il est rappelé que les bilans trimestriels doivent être adressés directement au RNSP.

Le RNSP a développé une application sur le logiciel épi-info qui est mise gratuitement à disposition des CDAG qui doivent en faire la demande. Elle permet un remplissage automatique du bilan trimestriel et peut être un outil simple de suivi de l'activité des consultations.

E. - LE FINANCEMENT

Il convient de se reporter à la circulaire DAGPB/BF3 n° 98-1 du 2 janvier 1998, en tenant compte des précisions suivantes :
- le remboursement de l'activité de dépistage du VHC se fait sur le même mode que celui du VIH. Vous vous assurerez que les CPAM remboursent cette activité au vu de relevés d'activité fournis par les consultations, en complément des 15 % pris en charge sur le 47-18-30 ;
- un élargissement de l'équipe est possible par le financement des frais de personnels nécessaires à la création de sites-relais ou à la réalisation d'actions-relais financées sur le 47-18-30. Ces financements sont non reductibles, et doivent donc être couverts par l'activité de la consultation ou donner lieu à une demande de financement chaque année, au vu de bilans. La consolidation de ces actions nécessite de trouver à terme des partenariats de cofinancements.

La circulaire DGS/DS n° 98-382 du 25 juin 1998 permet aux consultations de s'inscrire dans les priorités en matière de prévention. Les actions de prévention, individuelles ou collectives, auprès des personnes atteintes pourront être financées sur le 47-18-20.

Dans l'attente de la publication du cahier des charges, au vu duquel l'ensemble des agréments pourra être revu, il convient de différer l'ouverture de nouvelles consultations.

Vous veillerez à ce que la présente circulaire soit diffusée à toutes les consultations de dépistage, CDAG et CDG, et à toutes les structures concourant au dépistage gratuit ainsi qu'à leurs responsables (directeurs d'établissement de santé, présidents de conseil général...).

Références :

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdhdss-n-98-423-du-9-juillet-1998-relative-aux-missions-et-aux-objectifs-des-consultations-de-depistage-anonyme-et-gratuit-ou-de-depistage-gratuit-du-virus-de-limmunodeficiency/>

Article L. 355-23 du code de la santé publique ;
Décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 modifié pris pour l'application de l'article L. 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du VIH ;
Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH ;
Circulaire DAGPB/BF3 n° 97-831 du 30 décembre 1997.

Texte(s) modifié(s) :

Circulaire DGS/DS N° 97-337 relative aux objectifs pour l'année 1997 en matière de dépistage de l'infection par le VIH.

Texte(s) abrogé(s) :

Circulaire DGS (division sida) n° 09 du 29 janvier 1993 relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du VIH.

ANNEXES
ANNEXE I
RAPPEL DE LA LEGISLATION ET DE LA REGLEMENTATION

1. Les structures

Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) :

En application de l'article L. 355-23 du code de la santé publique, un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH a été mis en place sous la forme d'au moins une CDAG par département. Les CDAG, en application du décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 modifié peuvent être désignées parmi les consultations des établissements de santé publics ou privés participant au service public et les dispensaires antivénéériens (DAV).

Les consultations de dépistage gratuit (CDG) :

Le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 modifié élargit le dispositif de dépistage en donnant la possibilité de désigner comme CDG les dispensaires antivénéériens non CDAG et les consultations de PMI.

Les CDAG et CDG sont désignées par le préfet, sur proposition du directeur de la DDASS, et avec l'accord du président du conseil général dans le cas des DAV et des consultations de PMI.

Les dépenses sont calculées par application des honoraires servant de base au remboursement des actes par l'assurance maladie. Elles sont supportées par l'assurance maladie (85 %) et par l'Etat (15 %, sur le chapitre 47-18, article 30).

Une activité de dépistage au sein de centres de planification :

Le [décret n° 92-784 6 août 1992](#) relatif aux centres de planification et d'éducation familiale prévoit que ceux-ci sont habilités, après déclaration auprès du préfet du département, à proposer le dépistage du VIH à l'occasion des consultations contraceptives.

Pour les mineurs et les non-assurés sociaux, le dépistage est gratuit. Le financement est alors assuré à 70 % par la sécurité sociale et à 30 % par l'Etat (chapitre 47-12, article 60). Pour les autres consultants, le test prescrit est remboursé dans les conditions du droit commun (100 %).

2. Le financement

Le décret n° 88-61 du 18 janvier 1998 modifié autorise la prise en charge à titre gratuit, dans les consultations de dépistage, des tests sérologiques du VIH : tests de détection des anticorps et antigénémie p24 (1).

(1) Se référer à la nomenclature des actes de biologie médicale.

L'avenant annuel 1998 à la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS, conclu en application de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, intègre dans l'objectif de dépenses des soins de ville 'les conséquences financières des évolutions normales de la prévention des maladies transmissibles' et 'notamment les conséquences financières de l'amélioration du dépistage des maladies transmissibles...'

ANNEXE II RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE DEPISTAGE DU VHC

Un dépistage ciblé de l'infection à VHC est recommandé

Il s'appuie sur une politique d'incitation au dépistage en direction des personnes transfusées avant 1991, des personnes hémodialysées et des usagers de drogue par voie intraveineuse et intranasale. C'est en direction de ces dernières que les consultations de dépistage doivent mener une action concertée.

Toute personne pour laquelle le médecin estime qu'il peut exister un risque de transmission du VHC doit pouvoir bénéficier, à sa demande ou avec son accord, d'un dépistage de l'infection à VHC.

Tests de dépistage, confirmation diagnostique et indications thérapeutiques

La recherche d'anticorps anti-VHC sériques par un seul test Elisa de troisième génération est recommandée comme premier test de dépistage. (1)

(1) Extrait des conclusions de la conférence de consensus - Paris - janvier 1997 :

'Le résultat du test doit être exprimé sous forme d'un ratio et non de façon purement qualitative. La sensibilité et la spécificité des tests actuellement disponibles rendent inutile la réalisation systématique d'un second test sur le même prélèvement. En cas de résultat positif, un deuxième prélèvement est raisonnable pour éliminer une erreur accidentelle. La pratique systématique d'un test analytique (dit de confirmation ou de validation, type RIBA) est inutile en cas de résultat positif. Une recherche de l'ARN du VHC dans le sérum par PCR est indiquée dans les situations suivantes : en cas de résultat sérologique douteux, lorsque les transaminases sont normales de façon répétée, lorsqu'il existe d'autres causes potentielles d'élévation des transaminases (consommation excessive d'alcool, surcharge pondérale...).'

En pratique, les consultations de dépistage proposeront un test Elisa. En cas de dépistage positif ou de résultat sérologique douteux, le patient sera dirigé vers un service prenant en charge le VHC aux fins de confirmation diagnostique, de bilan, pouvant comporter une ponction-biopsie hépatique, puis d'indication de prise en charge.

Les objectifs du dépistage

Le dépistage de l'hépatite C auprès des usagers de drogue revêt une grande importance tant dans l'intérêt des personnes qui en ont un bénéfice direct à tirer, qu'en termes de santé publique pour maîtriser la diffusion de l'épidémie dans un groupe de population particulièrement touché (selon les études, la séroprévalence est estimée entre 50 et 90 %).

L'objectif est d'intégrer le dépistage dans une démarche de prévention et de prise en charge globale.

La consultation de dépistage doit être l'occasion de proposer une information permettant :

- une aide à l'adoption de stratégies personnelles afin d'éviter la diffusion à des partenaires ;
- le soutien dans des démarches vers un suivi médico-social et un traitement de substitution.

Quoique les infections à VIH et à VHC soient bien différenciées dans les risques évolutifs qu'elles induisent chez les sujets

porteurs, elles ont en commun les savoir-faire à mettre en oeuvre pour permettre d'intégrer le dépistage dans un objectif d'accès à une prévention personnalisée et à une aide au maintien d'attitudes préventives au long cours, de construction de l'adhésion à une démarche de prise en charge et de facilitation de l'accès aux soins. Ils seront mis en oeuvre en partenariat et en complémentarité avec les acteurs intervenant auprès des usagers de drogue, professionnels et associatifs, en particulier auprès de ceux des usagers qui sont encore dans des réseaux de marginalité importante.

ANNEXE III
BILAN D'ACTIVITE DES CONSULTATIONS

Ce bilan, comme précédemment, doit être adressé en fin de chaque trimestre au réseau national de santé publique, unité des maladies infectieuses, 12, rue du Val-d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex, tél. : 01-43-96-67-42, télécopie : 01-43-96-67-66.

Exceptionnellement et au cas par cas, si l'application informatique utilisée ne permettait pas une analyse trimestrielle de l'activité, il sera possible, en accord avec le RNSP, de définir un rythme différent.

[Modèle : cf. document original]

Direction générale de la santé Direction des hôpitaux, Direction de la sécurité sociale.

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information et coordination]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]).

Texte non paru au Journal officiel.