

BO n° 97/22 2 juillet 1997
Tome 2

Direction générale de la santé

Division sida

Bureau de la stratégie DGS/DS 1

Circulaire DGS/DS n° 97-337 du 12 mai 1997 relative aux objectifs pour l'année 1997 en matière de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

NOR : TASP9730189C

(Texte non paru au *Journal officiel*)



Références :

Article L. 355-23 du code de la santé publique ;

Décret n° 92-691 du 17 juillet 1992 modifiant le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 relatif au dépistage de façon anonyme et gratuite du VIH ;

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

Le ministre du travail et des affaires sociales à Madame et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre]).

D'ici la fin de l'année 1997, des orientations nouvelles seront arrêtées en ce qui concerne le dépistage et la prise en charge sanitaire et sociale des personnes touchées par l'infection VIH. Ces orientations en cours d'élaboration sont destinées à tirer les conséquences des nouveaux traitements (anti-protéases, combinaisons thérapeutiques) et des limites des dispositifs de dépistage et de suivi (lien entre dépistage et prévention insuffisant ; accès difficile de certaines populations induisant des dépistages tardifs au stade de la maladie ; difficultés de relais et de suivi après le dépistage).

La présente circulaire a pour objet, dans l'attente de cette refonte plus importante, de vous donner les instructions nécessaires pour adapter sans délai les pratiques de dépistage aux nouvelles données pour remédier aux dysfonctionnements et insuffisances les plus préoccupants et pour développer auprès de la population des usagers de drogues intraveineuses le dépistage des hépatites.

LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE ET LES OBJECTIFS FIXÉS EN 1997

La problématique actuelle repose sur les constats suivants :

Le dépistage des contaminations récentes représente un enjeu :

La description clinique de la primo-infection est connue : syndrome mononucléosique clinique présent dans 40 % des cas. Les délais entre contamination et primo-infection sont précisés : 20 jours en moyenne, avec des extrêmes allant de 6 à 90 jours. Les outils biologiques du dépistage, tant de la primo-infection symptomatique que de la primo-invasion asymptomatique, recommandés par le groupe d'experts présidé par les professeurs Brun-Vézinet et Dormont (janvier 1996) sont l'antigénémie P24 et la recherche des anticorps.

Les recommandations du professeur Dormont (1996) ont été enrichies par les avancées des conférences de Vancouver (1996) et de Washington (1997) : les patients bénéficient de traitements de la part de presque toutes les équipes référentes, et sont le plus souvent inclus dans des essais thérapeutiques. Ces essais, en particulier l'essai ANRS 053 b, recrutent sans limitation en nombre.

Toutefois, une centaine de cas de primo-infection seulement sont traités chaque année, alors que l'on dénombre 3 000 à 5 000 nouveaux cas annuels de contamination.

Les pratiques sont disparates sur l'ensemble du territoire :

Certaines équipes de consultations de dépistage, en cohérence avec une prise de responsabilité médicale éthiquement et techniquement justifiée, recherchent déjà l'antigénémie P24 et se sont formées au diagnostic de la primo-infection. Ces pratiques, souvent permises par des contextes locaux favorables, doivent être harmonisées sur l'ensemble du territoire par une action concertée sous peine d'aggraver les inégalités d'accès au dépistage et au traitement.

Une étape est nécessaire dans l'information du public

L'information du public est actuellement difficile à maîtriser pour plusieurs raisons :

- le dépistage est devenu beaucoup plus complexe. Il s'agit bien maintenant d'une démarche diagnostique faisant appel à des données d'interrogatoire, à des tableaux cliniques parfois, à des outils biologiques diversifiés en fonction du temps écoulé depuis la contamination supposée et dont l'interprétation est plus complexe ;
- de nouvelles techniques peuvent apparaître, suscitées par l'enjeu d'une possibilité thérapeutique ;
- le médecin a une réelle responsabilité d'évaluation et de choix d'indication qu'il aura à discuter avec le patient ;
- les incidences sur les conduites de prévention sont potentiellement importantes.

Améliorer l'accès au dépistage, l'accès aux traitements et le lien entre dépistage et prévention, insuffisants actuellement, devient dans ce contexte un impératif

Trois grands objectifs prioritaires doivent être recherchés pour l'année 1997 :

1° Créer les conditions d'un diagnostic très précoce de l'infection par le VIH ;

2° Mieux faire comprendre la stratégie de dépistage ;

3° Adapter le dispositif des consultations de dépistage à ces nouveaux enjeux.

I. - CRÉER LES CONDITIONS D'UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE L'INFECTION PAR LE VIH

A. - MOBILISER ET COORDONNER LES ACTEURS LOCAUX

La mise en œuvre de ces nouvelles orientations est complexe et ne pourra être maîtrisée que par étapes : il s'agit de modifier les messages d'information au public et de former les professionnels, ceci de manière coordonnée, en tenant compte d'une réalité locale variable avec de grandes différences quantitatives et qualitatives des dispositifs (consultations, réseaux ville hôpital, acteurs de prévention). Les services déconcentrés doivent coordonner l'ensemble de ces acteurs afin d'opérer les choix permettant une mise en place progressive et plus cohérente des moyens du dépistage précoce.

B. - INFORMER ET FORMER

La majorité des messages concernant le dépistage centre l'information sur la fenêtre de séroconversion. Si cette information est toujours juste (c'est au bout de trois mois que toute personne peut être rassurée sur sa séronégativité) le délai induit est préjudiciable, en cas de contamination, à un diagnostic très précoce et à la mise en place d'une prise en charge.

L'information primordiale à transmettre aujourd'hui est qu'après une prise de risque avérée (rapport non protégé ou partage de seringue avec une personne atteinte), que le ou la partenaire séronégatif(ve) évoque ou non des signes cliniques qui rappellent ceux d'une primo-infection, toute personne doit pouvoir consulter sans délai un médecin de CDAG, de CDG, de réseau ville hôpital ou son médecin qui aura à juger de la situation.

Il faut donc modifier les messages d'information au public et former les professionnels.

1. Modifier les messages au public

Vous veillerez à ce que les outils de communication réalisés par les différents acteurs de votre département (brochures, plaquettes, messages divers) donnent une information cohérente avec le message ci-dessus. Ceci nécessitera de faire un recensement exhaustif des outils existants pour obtenir qu'ils soient modifiés dans les meilleurs délais.

Il est nécessaire d'expliquer aux personnes concernées « quand » et « pourquoi » réaliser un test, notamment d'inciter à une consultation précoce en cas de risque. Les publics vulnérables doivent être touchés prioritairement.

Cette information doit par ailleurs permettre aux personnes de s'adresser localement aux intervenants à même d'apporter la réponse adéquate à leur préoccupation.

Vous veillerez à éviter deux types de réaction que l'on risque d'induire en ciblant la communication sur les signes de la primo-infection : la « panique » car les signes sont peu spécifiques, ou des retards de consultation car les signes peuvent être absents.

SP 4 435
1446

2. Information et formation des professionnels

Les incertitudes sur les délais de mise en place des programmes FMC nécessitent qu'une information des médecins sur le diagnostic précoce de l'infection VIH, en particulier la primo-infection, soit organisée le plus rapidement possible sans attendre le dispositif conventionnel.

Il vous appartient de solliciter les CISIH de votre région et/ou les équipes hospitalières référentes pour qu'ils assurent cette information auprès des médecins des consultations de dépistage et/ou des médecins des réseaux ville-hôpital, selon ce que vous jugerez être, dans chaque département, en cohérence avec les informations données au public et l'activité des acteurs du dépistage.

C. - LA MAÎTRISE DE L'OUTIL BIOLOGIQUE (1)

Dans la phase précoce les outils biologiques du dépistage sont l'antigénémie P 24 et la recherche des anticorps. Il convient de s'assurer que les consultations de dépistage aient des conventions avec des laboratoires d'analyse médicale à même de réaliser la détection virale par l'antigénémie P 24.

Le dosage d'ARN plasmatique par PCR (mesure de la charge virale) doit être réservé au suivi des personnes atteintes à des fins d'orientation thérapeutique. Il est d'un coût plus important. Actuellement réalisé à l'hôpital exclusivement, il ne sera pas, après mise à disposition en ville, réalisé en pratique courante par tous les laboratoires d'analyse médicale. Il convient de s'assurer que ce message soit bien compris.

II. - MIEUX FAIRE COMPRENDRE LA STRATÉGIE DE DÉPISTAGE

La compréhension de la stratégie de dépistage s'appuie sur la formation des professionnels médicaux, médico-sociaux et des acteurs associatifs, véritables relais auprès du public.

A. - RAPPELER LES CONDITIONS DU DÉPISTAGE AUX PROFESSIONNELS MÉDICAUX

Le rappel de ces conditions doit conduire les professionnels médicaux à :

- mieux cibler la prescription, actuellement trop systématique, en la reliant davantage aux indications cliniques et anamnestiques et en privilégiant, lors de l'entretien médical, l'écoute et la parole ;

(1) Le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 modifié par le décret n° 92-691 du 17 juillet 1992 relatif au dépistage anonyme et gratuit du VIH spécifie qu'il est proposé aux consultants la détection « des anti-corps ». Cette rédaction n'autorise donc théoriquement pas la recherche de l'antigénémie P 24. Une modification de ce décret est actuellement en cours.

L'antigénémie P 24 n'est pas identifiée dans la nomenclature des actes de biologie médicale comme un des tests de dépistage de l'infection VIH. S'il n'existe plus, dans cette nomenclature, depuis avril 1995, de restriction d'indication à la prescription et à la réalisation de ce test, il ne rentre pas dans le cadre du décret n° 92-479 du 1^{er} juin 1992 qui autorise le remboursement à 100 % du dépistage sérologique de l'infection VIH. La pratique des caisses est actuellement de rembourser à 100 %, mais la mise en conformité nécessaire des textes est en cours.

- respecter les « bonnes pratiques » du dépistage qui sont :
 - respect du volontariat ;
 - accompagnement pré-test et post-test ;
 - prescription et remise des résultats par un médecin ;
 - qualité de la technique de prélèvement,
- renforcer la prévention personnalisée : 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 et le conseil psycho-social.

B. - RENDRE LE DÉPISTAGE/CONSEIL PERSONNALISÉ ACCESSIBLE POUR LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES

Outre l'amélioration des conditions concrètes d'organisation des consultations, l'amélioration des prestations offertes (chapitre III) et les messages adaptés, une sensibilisation des professionnels médicaux « de ville » au dépistage doit être mise en œuvre.

Médecins généralistes, spécialistes (gynécologues sages-femmes), en ville ou dans les lieux de recours aux soins (dispensaires, centres de PMI...) ont un rôle à jouer vis à vis de publics qui n'accèdent actuellement pas aux structures spécialisées : personnes précarisées, jeunes en voie d'insertion ou population générale qui se considère souvent à distance du risque.

Trois axes d'intervention sont à développer prioritairement

*Former les gynécologues et les sages-femmes
au conseil de prévention et les sensibiliser à l'intérêt du dépistage*

De nombreuses femmes rencontrent une difficulté particulière dans l'adoption de stratégies personnelles de prévention. Parmi les professionnels qui pourraient et devraient être acteurs dans ce domaine, les gynécologues occupent une place privilégiée ; la démarche globale d'information-conseil et de dépistage n'est cependant pas suffisamment développée de leur part.

Proposer un dépistage et un conseil de prévention à l'occasion des IVG

L'interruption volontaire de grossesse n'a fait l'objet d'aucune recommandation particulière. Or la population concernée est particulièrement exposée au risque de contamination. Dans un contexte d'augmentation des contaminations liées à la transmission hétérosexuelle et de retard au diagnostic fréquent, il convient de renforcer la démarche d'information-conseil dans ces situations.

*Former et sensibiliser les acteurs des dispositifs précarité
à l'amélioration de l'accessibilité des populations précarisées et des migrants*

Je vous demande de bien vouloir prendre les dispositions nécessaires pour apprécier la situation de votre département au vu de ces critères et mettre en œuvre un programme d'action.

C. - AMÉLIORER DANS LES CONSULTATIONS DE DÉPISTAGE L'ACCÈS ET L'ACCUEIL DES USAGERS DE DROGUES INTRAVEINEUSES ET DES PERSONNES HOMOSEXUELLES

1. Assurer le relais avec les intervenants toxicomanes

Si la politique de réduction des risques de transmission par la seringue semble avoir un impact important auprès des usagers de drogues, autant leur perception du risque sexuel reste insuffisante. L'absence de lieu où ils puissent aborder les problèmes de sexualité est réelle ; les usagers de drogues fréquentent peu les CDAG.

Il vous est demandé aujourd'hui de prendre les dispositions nécessaires pour intégrer le dépistage concernant les usagers de drogues par voie intraveineuse dans un objectif plus large d'amélioration de l'accès de cette population à une politique globale de réduction des risques et en particulier des risques sexuels. Pour ce faire, je vous demande de bien vouloir veiller à ce que les consultations de dépistage de votre département élaborent et mettent en œuvre un programme qui permette de :

- favoriser les relais avec les lieux fréquentés par cette population, y compris en y développant des lieux d'écoute ;
- former les équipes des consultations de dépistage à l'accueil des toxicomanes ;
- former au dépistage de l'hépatite C, avec comme objectif la réalisation de ce test pour ces populations.

2. Prendre en compte la situation des hommes ayant des relations avec d'autres hommes

Les données issues d'études sur les contaminations récentes montrent la part toujours prépondérante des contaminations par relation homosexuelle. Les personnes homosexuelles semblent avoir intégré une pratique de tests répétés or les cas de découverte de séropositivité faisant suite à un test antérieur négatif ne sont pas rares. Afin d'améliorer l'impact du conseil personnalisé de prévention et de la visite de dépistage, il convient :

- de favoriser les formations aux modes de vie et aux problématiques des homosexuels pour les équipes de CDAG et CDG, très fréquentées par les personnes homosexuelles ;
- de prendre en compte les autres risques de maladies transmissibles : hépatite B, qui justifie l'incitation au dépistage et à la vaccination, et autres MST, cofacteurs reconnus de l'infection VIH, qui justifient que les consultations développent des relais étroits avec le dépistage des MST existant dans votre département.

III. - ÉVALUER LE DISPOSITIF DES CONSULTATIONS DE DÉPISTAGE ET L'ADAPTER AUX NOUVEAUX ENJEUX

Le dispositif de consultations mis en place dans votre département doit s'adapter aux nouveaux objectifs tels que précédemment définis.

A. - MOBILISER LES ÉQUIPES

Les équipes des CDAG et des CDG sont en première ligne, du fait de la population particulièrement exposée aux risques qui constitue une partie de leur clientèle, des taux de séropositivités découvertes et de leur rôle dans la prévention individualisée.

Elles ont eu un rôle capital durant les premières années de lutte contre l'infection. Actuellement certaines d'entre elles expriment une lassitude devant le rôle de prescripteur de tests auquel les assimilent souvent les consultants. Toutes expriment le besoin de diversifier leurs pratiques afin de considérer non pas seulement une pathologie mais des personnes souvent confrontées à des risques multiples de maladies transmissibles. Beaucoup se heurtent à l'idée que leur rôle est déclinant avec la stabilisation du nombre des nouvelles contaminations.

Il faut réaffirmer l'importance de leur rôle, particulièrement stratégique à la phase actuelle de la lutte contre l'infection VIH, et qui ne sera pleinement assumé qu'au pris d'un réajustement des pratiques.

B. - AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES CONSULTATIONS

Environ 22 000 personnes ne connaissent pas actuellement leur infection (source RNSP). Il s'agit donc d'améliorer l'accès au dépistage et à la prévention, non seulement par des messages incitatifs, mais surtout par l'amélioration concrète des conditions pouvant permettre aux personnes concernées de consulter.

Vous devez, en lien avec les équipes hospitalières, analyser les caractéristiques des populations qui ont un dépistage tardif, et mettre en œuvre les programmes d'actions pour y remédier.

Vous suscitez et soutiendrez les projets des consultations visant à établir des liens concrets et des relais sur le terrain avec les lieux fréquentés par les populations concernées, notamment les lieux associatifs, de rencontre...

De même, vous favoriserez toutes les opérations d'aménagements des consultations aux caractéristiques de ces populations (jours et plages horaires, langue, conditions de l'accueil,...).

C. - VEILLER À LA QUALITÉ DE FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS

La circulaire DGS (division sida) du 29 janvier 1993 relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du VIH précisait les bonnes pratiques. Elles sont la base de l'agrément actuel des consultations. Il importe de les faire respecter ou, en cas de non conformité manifeste, de remettre en cause l'agrément.

Ceci doit être fait sur la base d'une analyse du fonctionnement des consultations établie au regard des principaux critères que sont :

- la gratuité ;
- le respect de l'anonymat dans les CDAG, qui ne doit pas être conçu comme une contrainte mais comme une garantie pour la personne : il peut donc, à sa demande ou avec son accord, être levé ;
- la consultation médicale préalable à la prescription du test, d'autant plus nécessaire étant donnée l'évolution de la démarche diagnostique ;
- la consultation médicale de remise des résultats ;
- les conditions techniques des tests, dans lesquelles importent particulièrement les compétences du laboratoire et la réalité d'un deuxième prélèvement pour le test de confirmation.

D. - DIVERSIFIER LES PRATIQUES

Elles doivent permettre d'améliorer le fonctionnement de la consultation au regard des nouveaux objectifs fixés.

SP 4 135
1416

La prévention individualisée basée sur l'écoute et le conseil psycho-social est une mission essentielle des consultations qui doit être améliorée.

Ceci nécessite de s'adapter à cet effet les programmes de formation des intervenants.

La diversification de ces intervenants dans les consultations peut être recherchée : en effet, un professionnel de prévention ou d'écoute (infirmière, psychologue, conseillère conjugale) peut intervenir avec profit soit avant une prescription éventuelle de test au cours de la consultation médicale, soit après la remise du test par le médecin, ou si la demande est celle d'un conseil en dehors même de toute notion de prise de risque.

Les recrutements éventuellement nécessaires à ces fonctions devront être appréciés au cas par cas.

Un suivi de la personne doit pouvoir être proposé, en particulier dans les situations connues précocement après une prise de risque, afin de pouvoir diagnostiquer l'infection dès la primo-infection, clinique ou asymptomatique.

E. - RENFORCER LES LIENS AVEC LES ÉQUIPES DE SOINS

Dans le contexte actuel, la mission ainsi re-précisée des CDAG et CDG doit les conduire à établir des liens, avec votre participation active, avec les lieux de prévention et les réseaux ville hôpital.

IV. - CALENDRIER ET MOYENS MOBILISABLES

Ces axes prioritaires de la politique de dépistage doivent trouver un commencement de mise en œuvre en 1997.

Le calendrier de mise en œuvre doit donner la priorité :

- au diagnostic précoce, afin que l'ensemble des mesures décrites, première étape nécessaire de création des conditions locales, soit réalisé au 30 juin 1997 ;
- à l'adaptation du dispositif des CDAG et CDG afin que les orientations soient effectivement prises d'ici le 31 décembre 1997.

L'ensemble des actions visées au chapitre II demande une mise en œuvre progressive et concertée, fonction des opportunités et besoins locaux : elles peuvent donc être envisagées à plus long terme, dans le cadre de la programmation départementale en particulier.

Les moyens nécessaires.

Les actions doivent être en priorité inscrites dans les limites de l'enveloppe budgétaire notifiée sur le 47-18-20 et doivent donc donner lieu à des redéploiements à partir des actions non reconduites, prenant fin ou réorientées.

Les actions prioritaires ne pouvant être menées par redéploiement de l'enveloppe notifiée sur le 47-18 devront faire l'objet de demandes motivées au bureau DS 1 de la division sida. Les objectifs des opérations ainsi visées doivent strictement concerner le renforcement et la réorientation de la politique de dépistage et peuvent cibler :

- la formation des médecins des CDAG au dépistage précoce de l'infection HIV et au dépistage de l'hépatite C ;

- l'amélioration de l'accessibilité aux consultations en particulier par la création de relais ;
- le dépistage de l'hépatite C dans les consultations de dépistage ;
- les frais annexes liés à la promotion des consultations de dépistage.

Les actions justifiant des demandes de mesures nouvelles seront instruites conformément à la note DGS/DS 2/477 du 20 mars 1997 relative aux procédures de demande de crédits complémentaires pour les actions déconcentrées de lutte contre le sida en 1997 et en respectant ce calendrier.

Vous voudrez bien me faire connaître les difficultés éventuelles liées à l'application de la présente circulaire (DGS, division sida, bureau DS 1, docteur Guglielmi, tél. : 01-40-56-54-67).

Le directeur général de la santé,
J.-F. GIRARD

