



Un nouveau dispositif de prévention, de dépistage et de soins des IST : les Cegidd

Éric Billaud
Praticien hospitalier,
maladies
infectieuses ;
président du CoreVIH
des Pays de la Loire,
membre du HCSP

Depuis le 1^{er} janvier 2016, par décret 2015-796, les centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic (Cegidd), avec un financement unique par l'Assurance maladie, remplacent les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). Les centres de dépistage anonyme et gratuit avaient été créés en 1988 pour favoriser le dépistage du VIH sans risque de stigmatisation. Financés par l'Assurance maladie et habilités par les agences régionales de santé (ARS), ils avaient pour mission initiale le dépistage du VIH, secondairement élargi au VHB et au VHC. Leurs fonctions comprenaient en outre : accueil, information, évaluation des facteurs d'exposition, conseil personnalisé, accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale en cas de besoin. En 2004, les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles avaient succédé aux dispensaires anti-vénériens (DAV), mis en place à partir de 1916. Financés par l'État, ils étaient habilités par les ARS et parfois en convention avec les conseils généraux. Ils étaient chargés de réaliser le diagnostic et le dépistage anonyme de toutes les infections sexuellement transmissibles (IST). Leurs attributions étaient semblables à celles du CDAG, plus la fonction de prescription de traitement et de dépistage et traitement des partenaires.

La création d'une nouvelle structure (Cegidd) a répondu aux recommandations de plusieurs rapports (du Conseil national du sida, de groupes d'experts pour la lutte contre le VIH, de la Cour des Comptes, de l'Igas) et à l'inscription d'une action dans le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014.

Elle a pour but de répondre à deux objectifs :

- accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage, notamment pour les personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de cette offre ; mieux garantir la simplification et la continuité des parcours ;
- simplifier le régime juridique et financier de la structure et ainsi faciliter son pilotage et son suivi.

L'ARS accorde l'habilitation pour trois ans. Elle est chargée de la programmation stratégique, de la coordination, du suivi et de l'analyse des activités des centres habilités. Les trois dernières fonctions pouvant être confiées à un CoreVIH (coordination régionale de la lutte contre le VIH) ou un autre organisme compétent. Un rapport d'activité et de performance devra être fourni à l'ARS et à l'Agence nationale de santé publique.

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2015, le Cegidd

assure dans ses locaux ou hors les murs, notamment auprès des publics les plus concernés :

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

Il assure également de nouvelles missions :

- la mission de vaccination inclut ainsi celle contre l'hépatite B et s'élargit à celle contre l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs), à la vaccination contre le papillomavirus humain (selon les recommandations du calendrier vaccinal) et, le cas échéant, aux vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour les publics cibles ;
- l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge ;
- la prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription de contraception « classique » et/ou de contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale ;
- l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse ;
- la détection, prévention et orientation des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre et des troubles et dysfonctions sexuels.

Les Cegidd : au cœur de l'organisation territoriale d'une politique de santé sexuelle

Par leurs missions d'orientation des usagers vers des structures adaptées pour leurs prises en charge, les Cegidd devront fonctionner en partenariat avec d'autres structures (hospitalières, centres de santé, centres de vaccination, centres de planification et d'éducation familiale, associatives...) et avec les professionnels ayant compétence pour assurer ces prises en charge. Aussi, dans l'objectif de bien mener leurs activités, dans ou hors les murs par leur personnel, les Cegidd devront conclure des conventions de partenariat avec les autres structures œuvrant sur le territoire de santé.

Une des innovations est la reconnaissance dans les missions facultatives des Cegidd de la réalisation d'activités hors les murs. Il conviendra que les actions conduites soient complémentaires et permettent de répondre aux besoins des publics cibles sur tout le territoire de santé.

Compte tenu de leurs attributions les Cegidd représentent une pièce maîtresse de l'organisation territoriale

d'une politique de santé sexuelle. Ils sont les mieux placés pour analyser les besoins en termes de promotion, de prévention et de soin, et connaître les acteurs de terrain susceptibles d'exercer leurs compétences respectives grâce à une coordination locale. C'est pourquoi dans son avis du 20 avril 2016, le Haut Conseil de la santé publique propose pour la promotion, le dépistage et la prévention en santé sexuelle de promouvoir les Cegidd et de leur confier la prise en compte de la santé sexuelle des publics spécifiques (HSH, migrants, personnes en situation de prostitution, personnes placées sous main de justice, transgenres, personnes âgées, personnes handicapées).

Ces missions justifient de doter ces structures de moyens adéquats, dont la disponibilité sera laissée à l'initiative des ARS. En effet, l'obligation faite d'être composée d'un médecin ayant une expérience dans le domaine du VIH et des infections sexuellement transmissibles, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) assistant(e) social(e), d'un(e) secrétaire(e), d'un(e) psychologue(e), de coordonner des actions hors les murs, de pratiquer gratuitement certaines vaccinations sont autant de fonctions qui, à budget constant, imposeraient des arbitrages sur les missions qui leur sont confiées.

La création des Cegidd représente une simplification administrative mais risque de ne pas améliorer la lisibilité de l'offre de santé sexuelle ni celle du parcours

de santé. Il reste possible d'améliorer la lisibilité en favorisant dans un premier temps la coordination des Cegidd avec les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Introduits en France avant 1940 puis adoptés par plusieurs associations autour des années 1960, les CPEF ont compétence sur la contraception et l'IVG, favorisant la fréquentation des femmes, jeunes ou moins jeunes, souvent en situation de précarité ou ayant des difficultés sociales. De plus, les CPEF ont une grande expérience de la promotion et de l'éducation sexuelle, qui fait défaut à la plupart des Cegidd, ceux-ci n'intervenant pas en milieu scolaire.

Cette étape indispensable de rapprochement devrait à terme permettre l'identification de véritables centres de santé sexuelle, comme on peut en trouver dans les pays anglo-saxons, chefs d'orchestre de la promotion, de la prévention et du soin, affichant leurs compétences et l'ouverture à toutes les formes de sexualité. Afin d'évoluer vers ces structures non discriminantes, capables de répondre à toutes les problématiques en rapport avec la santé sexuelle, il est nécessaire de leur offrir un financement cohérent, avec une part basée sur la tarification à l'acte et une part gratuite selon les besoins des personnes, et d'assurer une formation adéquate de l'ensemble du personnel. C'est à ce prix qu'une véritable stratégie nationale de santé sexuelle pourra se mettre en place dans notre pays. ●

Assistance médicale à la procréation, gestion nouvelle des besoins en donneurs

Depuis la naissance, en 1978, de Louise Brown, premier bébé conçu en éprouvette, près de 6 millions de bébés ont été ainsi conçus dans le monde. L'assistance médicale à la procréation (AMP) est entrée dans nos mœurs, sa pratique est devenue courante en France. Néanmoins elle continue de soulever de multiples questions.

L'AMP fascine le grand public, elle a, en apparence, rendu tout (ou presque) possible, la double, voire la triple maternité (la mère génétique fournit l'ovocyte, la mère porteuse prête son utérus, la mère sociale élève l'enfant), la maternité sans ovaire (le don d'ovocyte) ou sans utérus (la gestation pour autrui), la paternité sans spermatozoïde (le don de sperme), la parentalité à tout âge et l'homoparentalité pour les femmes comme pour les hommes. Don d'ovocyte, accueil d'embryon, prêt d'utérus (encore appelé gestation pour autrui ou GPA) font désormais partie de notre univers quotidien, du moins dans les médias.

Au quotidien, la réalité est tout autre pour les femmes françaises. Aucune pratique médicale, en France, n'est aussi encadrée par la loi que l'AMP. La loi dite de bioé-

thique de juillet 1994, revue en 2004, puis en 2011, définit très strictement les conditions dans lesquelles l'AMP peut s'exercer.

L'accès à l'AMP en France

D'après la loi de bioéthique de 2011, l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer. Les femmes seules ou homosexuelles sont actuellement exclues de l'AMP. Les dons d'ovocyte et de sperme doivent être anonymes et gratuits. Les mères porteuses sont interdites.

Si la liberté est restreinte, les Françaises bénéficient d'une prise en charge par l'Assurance maladie qui leur est favorable : quatre tentatives sont totalement prises en charge (en milieu hospitalier) pour l'obtention d'une naissance. La prise en charge par les systèmes de santé a un impact majeur sur l'accès à l'AMP, comme l'illustre l'exemple de l'Allemagne : jusqu'au premier janvier 2004, quatre cycles étaient pris en charge à 100 % sans restriction d'âge ; depuis que seuls trois cycles sont pris en charge à 50 % pour les femmes de 25 à 40 ans et les hommes de moins de 50 ans, le nombre d'AMP est

Joëlle Belaisch-Allart
Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, centre hospitalier des 4 Villes, Saint-Cloud