



COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION PLÉNIÈRE DU COREVIH DE BRETAGNE

Mercredi 16 septembre 2015 de 10h à 16h30

Au Centre Hospitalier Pontchaillou à Rennes – Salle du BMTHC

Ordre du jour :

- ✗ Synthèse du Séminaire du Bureau du 4 juillet 2015
- ✗ Évaluation du processus d'acquisition de l'Unité Régionale Mobile de Dépistage.
Dominique Dubois, Observatoire Régional de la santé de Bretagne
- ✗ Parcours de soins des patients infectés par le VIH.
Dr Christine Jacomet, membre du bureau du COREVIH Auvergne-Loire
- ✗ Centre de santé sexuelle, expérience du COREVIH Lyon- Vallée du Rhône.
Dr Jean-Michel Livrozet, Président du COREVIH
- ✗ Préparation à la nomination des futurs membres de la 3^{ème} mandature du COREVIH-Bretagne.
Jean-Pierre Epailard, ARS Bretagne
- ✗ Le processus de mise en place des nouveaux CeGIDD : quelles ont été les négociations et le rôle du COREVIH.
Cédric Arvieux, COREVIH-Bretagne & Jean-Pierre Epailard, ARS Bretagne
- ✗ Bilan commissions/revue de projets
Hadija Chanvriil, coordonnatrice du COREVIH

Membres présents : ARVIEUX Cédric, BESSE Myriam, BOITTIN-BARDOT Élisabeth, BRONNEC Éliane, DANIEL Corinne, DELHAYE Béatrice, DE SAINT-MARTIN Luc, JAFFUEL Sylvain, MAILLARD Anne, MANISCALCO Éric, MICHELET Christian, MORIN Françoise, PLEMEVAUX Joëlle, POULAIN Yannick, TRON Isabelle, VAN GOTHEM Laurence, SOUALA Faouzi, VAN GOTHEM Laurence.

Personnes présentes : BRIAND-FÈVE Sophie, DUBOIS Dominique, ÉPAILLARD Jean-Pierre, FUSTER Linda, JACOMET Christine, KEREBEL Nolwenn,

LE FLOCH Marianne, LEMAITRE Florian, LE MOAL Éric, LIVROZET Jean-Michel, PORAS Jean-Pierre.

Membres Excusés : BERNARD Ronan, LORHO Anne-Marie, STÉPHANT Isabelle, TRAN Adissa

Personnel du COREVIH : CAMPEAUX Halima, CHANVRIL Hadija, DUCEPT Myriam, DUTHÉ Jean-Charles, OUAMARA-DIGUE Énora, ROHAN Jennifer.

Excusée : MOUTON-RIOUX Virginie

TOUTES LES PRÉSENTATIONS DE LA PLÉNIÈRE : [ICI](#)

Synthèse du séminaire du bureau du 4 juillet 2015

CEDRIC ARVIEUX

DISCUSSION	<p>En introduction, Cédric Arvieux informe que compte-tenu de la refondation des régions en France, les mandats des membres des assemblées plénières des COREVIH sont prolongés jusqu'au 1^{er} décembre 2016. Le COREVIH Bretagne a décidé de ne pas modifier pour autant le calendrier et de commencer à contacter de nouveaux acteurs, réfléchir sur de nouvelles missions afin de disposer en 2016 d'une liste de personnes intéressées et motivées pour travailler au sein de la plénière du COREVIH...</p> <p>Les enjeux de cette plénière sont d'avancer sur la définition des missions du futur COREVIH Bretagne. Nous avons entendus lors de la précédente plénière nos collègues hépatologues ; nous parlerons aujourd'hui centre de santé sexuelle avec nos collègues du COREVIH Lyon/Vallée du Rhône et de parcours de soins avec le COREVIH Auvergne/Loire.</p> <p>Une première étape a été de réfléchir sur le fonctionnement du COREVIH lors du séminaire de bureau du 4 juillet dernier.</p> <p>L'idée de ce séminaire était de faire émerger un bilan des 4 années de fonctionnement, de rédiger un document synthétique dont l'objectif est d'aller vers de nouveaux acteurs. Une fois finalisé par le bureau, ce document sera validé par la plénière et sera diffusé plus largement par la suite. L'avantage d'avoir organisé cette journée et d'avoir permis de parler de ce qui fonctionne bien au COREVIH, notamment la forte implication des acteurs, les actions, la finalisation de certains projets, les événements réussis, etc... alors que l'on se focalise habituellement, faute de temps disponible, sur les dysfonctionnements.</p>	
CONCLUSIONS	<p>Le bureau du COREVIH a rédigé un document de synthèse des 4 années de fonctionnement de la mandature. Ce document permettra de se tourner vers de nouveaux acteurs qui pourraient intégrer la nouvelle assemblée en 2016.</p>	
MESURES A PRENDRE	PERSONNE RESPONSABLE	DELAÏ A RESPECTER
Le Bureau finalise le document synthétique avant validation par les membres de la plénière puis utilisation du document pour aller vers les nouveaux acteurs pressentis pour 2016.	C. Arvieux	Avant fin 2015

Évaluation du processus d'acquisition de l'Unité Régionale Mobile de Dépistage

DOMINIQUE DUBOIS, OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BRETAGNE - cf. [diaporama](#)

DISCUSSION	<p>Dominique Dubois, de l'Observatoire Régional de la Santé en Bretagne, présente les résultats de l'évaluation externe menée sur le processus d'acquisition de l'Unité Mobile de Dépistage.</p> <p>L'évaluation a porté à la fois sur l'acquisition de l'UMD et sur le fonctionnement du COREVIH. S'en est suivi un débat sur les améliorations que nous pouvons mettre en place à l'échelle du COREVIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Constat</i> : Avec ce projet, c'est la première fois que le COREVIH passe dans l'opérationnel, à la limite de son mandat de coordination. Il manque une stratégie de prévention portée par l'État. Il n'est pas possible de mettre en place une stratégie régionale quand il n'y a pas de stratégie nationale. Il ne nous est pas possible de savoir quels seront les budgets alloués dans les 2-3 ans à venir, cela empêche de construire des projets (L. de St Martin) - <i>Réponse</i> : Ce qui ressort de l'étude c'est un manque de discussion du COREVIH. Qu'en l'absence de stratégie au niveau national, on a tout intérêt à développer des stratégies au niveau local. Il est important de définir ce que le COREVIH Bretagne souhaite faire en termes de dépistage : aller davantage vers les populations locales ? les populations cibles ? Si la réponse est positive, il faudra faire avec les moyens qui sont attribués. Par exemple, s'il faut aller vers les populations cibles avec l'UMD, dans ce cas on ferme les centres de dépistage ces jours-là. Il faudrait que le COREVIH ait au moins le budget suffisant pour le fonctionnement sur une mandature et non pas sur 1 ou 2 ans. - <i>Constat</i> : On constate une certaine opposition entre le monde hospitalier et le monde associatif. Il y a des hospitaliers qui coordonnent et des associatifs qui ne s'y retrouvent pas. Autre constat : le dépistage, le test, c'est l'hôpital. Le TROD et l'auto diagnostic est plus porté par les associations, et il est nécessaire de bien envisager de mieux faire le lien entre les deux en terme de stratégie de dépistage. - <i>Discussion</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation que les relations entre les associatifs et les hospitaliers se renforcent. Notamment sur différentes journées organisées en commun (1^{er} décembre, Gay Pride...), les hospitaliers font les prélèvements en veineux et les associatifs font les TROD. Les hospitaliers peuvent conseiller à certains patients d'aller voir les associatifs pour les TROD et vice-versa. Il y a une vraie collaboration entre les associatifs et les hospitaliers dans ce cadre. Depuis 2014, les choses ont tendance à s'arranger et le travail s'effectue en bonne intelligence. • Avec l'arrivée des TROD, les acteurs ont dû changer les modalités de travail entre eux. Le Corevih a joué un rôle pour qu'il y ait des discussions entre les différents acteurs sur ce sujet. • Lorsque l'évaluation a été lancée, on voulait voir apparaître une évolution de la coopération entre associatifs et, mais celle-ci n'est arrivée que plus tard : l'évolution a été observée après, l'évaluation de l'UMD a certainement été un élément déclencheur ; cela était d'ailleurs l'un de ses objectifs. • Il faut prévoir plusieurs semaines de travail en amont, de communication, de sensibilisation pour qu'un dépistage hors les murs fonctionne. Malheureusement, ce travail n'est pas entièrement reconnu et valorisé (on retrouve la même problématique au niveau hospitalier et au niveau associatif). <p>Cette évaluation est venue conforter le bureau concernant certaines décisions, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les échanges en plénière : les réunions plénières ont changé de format, désormais elles se déroulent sur une journée entière pour faciliter le débat, la concertation... - Rédaction d'un plan stratégique annuel pour rendre plus visibles les orientations du COREVIH par les acteurs.
CONCLUSION	L'évaluation de l'UMD a permis de se rendre compte des évolutions des échanges entre le monde associatif et le monde hospitalier et également du fonctionnement du Corevih.
MESURES A PRENDRE	PERSONNE RESPONSABLE
	DELAI A RESPECTER

Enquête « Parcours de soin, quels patients ? »

DR CHRISTINE JACOMET

COREVIH AUVERGNE-LOIRE - cf. [diaporama](#)

DISCUSSION	<p>Christine Jacomet présente les résultats de l'enquête « Parcours de soin, quels patients ? » portant sur l'ensemble des patients présents dans les services hospitaliers du 15 au 19 octobre 2012 ayant accepté l'enquête. 59 centres dont 21 COREVIH ont accepté de travailler sur l'enquête. 653 patients ont été inclus dans l'enquête. Un débat a suivi la présentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est souligné le travail très important réalisé au niveau de l'analyse des données. - Sur l'analyse suivante : « les + de 60 ans ont recours à plus de spécialistes en ville ». Selon S. Jaffuel, cela ne tient pas à la spécificité des patients VIH mais davantage aux possibilités limitées d'accueil de ces patients à l'hôpital, notamment au niveau cardiologie, gynécologie... - « Révéler sa séropositivité aux autres spécialistes », l'analyse faite indique que l'ETP n'aide pas le patient à
------------	--

	<p>révéler sa séropositivité. Selon S. Jaffuel, il faut peut-être ajouter que l'on voit que ce sont des patients qui vont bien, qui sont insérés, qui ont un métier, pas de précarité... et qui ont accepté leur séropositivité. Il n'est pas nécessaire pour eux de la révéler. Ils sont peut être passés à un autre stade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - B. Delhaye indique qu'il aurait été intéressant de savoir dans quelles circonstances les patients annoncent leur séropositivité et les circonstances dans lesquelles ils ne la dévoilent pas. - Finalement, il n'y a pas de corrélation entre la fréquentation de consultation du généraliste et fréquentation du spécialiste. Cela montre que l'on peut possiblement espacer les consultations spécialisées lorsque le généraliste prend le relai. • Dans la région brestoise, le suivi de certaines personnes se fait chez les généralistes (L. De St Martin). En 5 ans, il n'y a eu que 2 ruptures thérapeutiques, deux patients qui n'ont plus eu de suivi. • Les territoires ne sont pas égaux par rapport à la prise en charge du VIH ; en Côtes d'Armor, il manque des généralistes susceptibles d'assurer la prise en charge de ces patients (C. Daniel). • Un travail de thèse a été lancé en Bretagne pour étudier les besoins, les attentes des médecins généralistes pour suivre les patients VIH. 	
CONCLUSIONS		
MESURES A PRENDRE	PERSONNE RESPONSABLE	DELAI A RESPECTER

Centre de santé sexuelle, expérience du COREVIH Lyon-Vallée du Rhône

DR JEAN-MICHEL LIVROZET, PRESIDENT DU COREVIH - [cf. diaporama](#)

DISCUSSION	<p>Jean-Michel Livrozet, Président du Corevih Lyon-Vallée du Rhône présente le centre de santé sexuelle créé récemment à Lyon.</p> <p><i>La localisation, un axe essentiel ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation excentrée par rapport au centre-ville de Lyon. La population gay habite en presque-île et préfère aller dans un endroit qui répond le mieux à leur attente, même s'il est excentré. Par rapport à la pathologie chronique, les personnes vont où elles peuvent, car il n'y a pratiquement pas d'offre. L'idée est d'avoir une visibilité sur le quartier et des horaires qui permettent aux gens de venir (en soirée...). En passant, le matin, le soir, les personnes vont voir qu'il y a une offre, qu'il y a des TROD... Importance d'avoir une communication bien préparée. - <i>Quel est le budget global d'un tel projet ?</i> 40 000 € par an environ pour l'antenne, loyer compris. Le reste est pris en charge sur le fonctionnement hospitalier. - <i>L'offre proposée : addicto., santé sexuelle... est-elle centrée sur la file active ou est-elle complètement ouverte ?</i> Pour la Procréation Médicalement Assistée (PMA), elle est centrée sur les couples séro-différents. Par rapport à la sexologie, on a la pré-consultation spécifique VIH et le reste du temps est dédié aux pathologies chroniques. - Pour la PMA, y a-t-il beaucoup de demandes extérieures à la file active ? En Auvergne, 2/3 des demandes viennent d'autres régions. A Lyon les demandes de PMA sont localisées sur le territoire. - La population de Lyon et de son agglomération : 2 millions d'habitants / File active, 3 700 patients. C'est équivalent de la file active de la Bretagne. - <i>Y a-t-il une analyse géographique des gens qui viennent dans votre centre ?</i> Au niveau de l'hôpital, en sexologie pure on reste limité aux hôpitaux Est. Sur l'antenne, pour le moment la population reste très urbaine. En Suisse, au « checkpoint », les tests sont payants et malgré tout, il accueille des personnes qui viennent de France (Ain...). Les personnes préfèrent payer et être accueillies dans une antenne santé sexuelle très au fait des problématiques spécifiques de la population gay, plutôt que dans un CPEF où ils ne se sentiraient pas forcément à l'aise. 	
	CONCLUSIONS	
MESURES A PRENDRE	PERSONNE RESPONSABLE	DELAI A RESPECTER

Préparation à la nomination des futurs membres de la 3^{ème} mandature du COREVIH-Bretagne

JEAN-PIERRE EPAILLARD – ARS BRETAGNE - [cf. diaporama](#)

Jean-Pierre Épaillard rappelle la réglementation en vigueur et les modalités de composition du COREVIH. Le DGARS nomme par arrêté les membres pour une durée de 4 ans. Le renouvellement est reporté au 1^{er} décembre 2016. Jusqu'à cette date, les comités continuent d'exercer leur mission.

- Composition du COREVIH : limité à 30 membres titulaires et deux suppléants – soit au total 90 membres.
- Pour les collèges 1 (représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux) et 2 (représentants des professionnels de santé et de l'action sociale), repérer des représentants d'organismes, d'institutions, de syndicats, d'associations et de réseaux (URPS : Union Régionale des Professions de Santé...).
- Pour le collège 3 (représentants des malades, des usagers), les membres sont nommés sur proposition des associations agréées au niveau national.
- Pour les membres du collège 4 (personnalités qualifiées). Repérer des personnes en fonction de leur compétence, de leur expertise... dans le cadre du VIH ou de problématiques satellites qui intéressent le COREVIH (thématiques addiction, précarité, migrants etc...).

En ce qui concerne le renouvellement du COREVIH, il faut voir si les missions vont s'élargir, et dans quel sens ? Cela va influencer la qualité des membres que l'on recherche et les structures à solliciter.

Il est nécessaire de rappeler qu'il est difficile de trouver 90 personnes impliquées représentant le VIH à l'échelle de la Bretagne. Lorsqu'une personne s'en va, il est compliqué de la remplacer.

Actuellement, le COREVIH réalise une analyse sur l'implication des différents membres. De nouvelles personnes seront sollicitées, il est important de s'entourer de personnes qui s'impliquent réellement, en ayant une vision assez large des compétences nécessaires au bon fonctionnement du COREVIH. Beaucoup de personnes dans les commissions s'impliquent beaucoup et ne sont pas membres du COREVIH : elles pourraient représenter une ressource supplémentaire.

L'engagement est pour 4 ans. Incitation à mobiliser l'entourage, professionnel, associatif pour entrer au COREVIH.

DISCUSSION

- Il faudrait tenter de mobiliser les personnes de l'Education Nationale ; de la santé sexuelle... qui ont du mal à s'impliquer.
 - Il faut solliciter des personnes ressources si on s'ouvre sur la santé sexuelle.
 - *Constat* : Déficit de représentation des associatifs (collège 3). Très peu d'associations en Bretagne et peu de personnes viennent aux réunions du COREVIH. Quelle légitimité des associations ? Comment motiver les personnes ? Par le biais des consultations ?
- Le critère retenu pour être membre du COREVIH est le taux d'implication personnelle. L'idée est d'échanger des idées personnelles. Au niveau des commissions, le travail est plus opérationnel, il faut être en phase dans les actions.
- Au niveau du COREVIH Rhône-Alpes, peu de représentation des médecins et représentation importante des collèges 3 et 4.
 - Idée d'imposer la présence à la plénière pour construire et voter les orientations stratégiques.
 - *Problème de communication* : on constate que les patients ne connaissent pas le COREVIH. Les acteurs de terrain doivent aussi communiquer sur les actions du COREVIH. Peut-être faudrait-il créer une commission communication.
 - Modalités de travail avec les patients. Pour la préparation à la journée « patients » par exemple, sur 10 personnes intéressées, 2 peuvent se dégager du temps compte tenu des modalités proposées (réunions le soir, en réunion téléphonique...). Volonté de la commission qualité de vie, qualité des soins d'intégrer davantage les patients à ses réunions.
 - L'absence de communication était une volonté politique à la création du COREVIH-Bretagne (C. Arvieux) afin de ne pas se substituer aux acteurs régionaux et locaux. Le souhait était que le COREVIH reste une entité de coordination et non une entité qui communique pour son propre compte et organise des actions. Les choses ont un peu évoluées depuis, avec un équilibre entre coordination et actions.

CONCLUSIONS

Le COREVIH va solliciter de nouvelles personnes pour la prochaine mandature qui sera installée en décembre 2016.

MESURES A PRENDRE	PERSONNE RESPONSABLE	DELAI A RESPECTER
Etablissement d'une liste de personnes impliquées dans la mandature actuelle. Recherche de nouveaux membres qui souhaitent s'impliquer. Proposition de liste à l'ARS pour validation par le DGARS	Cédric ARVIEUX / Hadija CHANVRIL	Courant 2016

**Le processus de mise en place des nouveaux CeGIDD :
quelles ont été les négociations et le Rôle du COREVIH ?**

JEAN-PIERRE EPAILLARD, ARS BRETAGNE - [cf. diaporama](#)

Jean-Pierre Épaillard fait le point sur la démarche de mise en place des CeGIDD et des décisions qui ont été actées. Selon la modélisation ministérielle, le CeGIDD-type représentait un coût total de 263 700 € et une antenne, 50 000 €. L'ARS Bretagne s'est basée sur cette modélisation pour faire ses propositions avec une ventilation de l'enveloppe régionale sur la base de 4 ½ journées d'ouverture par semaine. Or, après avoir présenté plusieurs hypothèses et après de nombreuses discussions, les instances décisionnelles de l'ARS ont rejeté les propositions indiquant qu'il n'y aurait pas de financement supplémentaire : le VIH, IST, santé sexuelle n'étant pas des dossiers prioritaires. Des discussions supplémentaires ont permis de conserver l'enveloppe actuelle de 1 M 700 000 € auxquels ont été ajoutés 2 %, soit 38 K€.

Il a été décidé de retenir 5 CeGIDD : Brest – Quimper – Lorient – Rennes – St Brieuc, et 3 antennes : Vannes – St Malo (antenne de Rennes) – Pontivy (antenne de St Brieuc).

Ce qui a été retenu : 1 CeGIDD et 1 antenne par département – Compte tenu des antériorités territoriales, dans le département du Finistère, 2 CeGIDD ont été maintenus. Pour la répartition des financements, il a été tenu compte de la population de chaque territoire.

Toutes les négociations financières ont été faites au sein de l'ARS. Le Corevih a été averti une fois les arbitrages réalisés.

- *Constats* : Diminution des globales des financements destinés à la lutte contre le VIH. Cela interroge également l'existence du COREVIH à terme. Il faudra peut-être à l'avenir, prévoir de se réorganiser différemment.
- *Discussion* : D'accord sur la péréquation géographique. Incompréhension face au choix de garder 2 CeGIDD en Finistère, avec moins de moyens et avec un périmètre d'action plus grand. La santé sexuelle exige des personnels spécifiques et disponibles (psychologues...). Cela implique la réduction de l'offre de dépistage. L'Etat ne peut pas continuer à augmenter le périmètre des actions et à diminuer les coûts (L. de St martin). Une réponse argumentée sera faite à l'ARS pour obtenir des crédits supplémentaires en 2017.
- La réduction des coûts ne concerne pas que la Bretagne, dans certaines régions, des CeGIDD vont être fermés. En Auvergne par exemple, ce qui a été retenu c'est un CeGIDD par département avec une antenne ou non. Création de Pôles de Santé Publique qui associeraient le CeGIDD, mais aussi les addictions... on essaie dans les hôpitaux de pouvoir les mettre en place pour essayer de garder un espace dépistage au sein de ces pôles.
- Exemple de Quimper : en cours de création d'un pôle de santé publique et au même moment, l'enveloppe consacrée au dépistage est considérablement réduite.
- Le travail effectué en amont par l'ARS Bretagne est très important et permet de savoir à quoi s'en tenir pour préparer le dossier.
- *Question* : *Quelle liberté a-t-on pour faire fonctionner le CeGIDD ?* Pour Rennes 5 demi-journées d'ouverture ont été octroyées. Incompréhension sur le fait d'avoir supprimé le caractère obligatoire des actions hors les murs, car c'est là où on peut être actif sur le dépistage des personnes en grande précarité. On peut y associer autre chose que le dépistage VIH et notamment des soins pour les plaies, la vaccination, un espace de parole... Le jour où l'on organise une action hors les murs, il faudra fermer le CeGIDD car il n'y aura pas le personnel pour faire fonctionner les deux simultanément. Le problème sera de savoir comment avertir la population de la fermeture du CeGIDD. C'est tout un fonctionnement à repenser et à prévoir.
- *Réponse* : La base prise pour 5 demi-journées correspond à la modélisation du ministère. Il a fallu partir de cette base pour effectuer la répartition financière. Au niveau de l'ARS Bretagne, une certaine souplesse sera tolérée. Il faut peut-être diminuer les permanences en lieu fixe pour aller davantage faire des actions hors les murs.
- L'un des avantages de ce modèle est que l'on sort de l'attribution du financement uniquement sur la base du nombre de dépistages réalisés (C. Arvieux). Le COREVIH va se positionner auprès de l'ARS pour informer qu'il couvrira les CeGIDD sur la question de faire du dépistage hors les murs en fermant les centres. L'objectif depuis longtemps est d'aller vers les populations les plus précaires, dans des conditions de coopérations avec d'autres structures et de faire du dépistage de qualité. L'avantage est d'avoir connaissance des budgets avant de déposer les dossiers et surtout de présenter un vrai projet. Avec les budgets qui sont réellement accordés, on va garder ce qui est essentiel pour chaque structure.
- *Question* : *Avec les nouveaux textes, va-t-on pouvoir lever l'anonymat ?*
- *Réponse* : Une stratégie devra être mise en place au sein de la commission dépistage pour définir une stratégie à ce niveau. Le CHU de Rennes notamment, demande à ce que les personnes ayant une couverture maladie (CPAM +/- mutuelle) puissent être prises en charge dans un cadre non anonyme afin que les actes de biologie puissent être facturés à l'assurance maladie et aux mutuelles, au lieu d'être pris sur le budget de fonctionnement du centre. Or cela pose une question éthique : on ne va plus proposer l'anonymisation pour des raisons de choix de la personne, mais pour des raisons économiques (C. Arvieux). C'est le rôle du COREVIH d'encadrer ce type de choix.
- Cela sera infaisable à court terme dans certains hôpitaux car pour avoir un remboursement, il faut passer par le bureau des entrées qui a des horaires très limités, notamment le soir (L. de St Martin).
- Il sera nécessaire de trouver des indicateurs afin d'évaluer les CeGIDD car il y aura peut-être moins de dépistages, plus de contaminations... Mesurer l'impact de cette réforme sur les patients. C'est un point important pour montrer que les choix retenus ne sont pas satisfaisants.
- *Pensez-vous adapter votre évaluation des CeGIDD et des antennes qui soit réelle par rapport au service rendu au niveau santé publique ? Cette évaluation sera-t-elle informatisée ?*
- La base de données dépistage, proposée à tous les CeGIDD de Bretagne non-encore équipés (donc tous sauf Vannes et Lorient) représente un budget de 230 000 € sur 10 ans (réserves + crédits pérennes), à la charge du COREVIH, dont 80 000 € ont été financés par l'ARS. Cela donnera des données quantitatives intéressantes, des

DISCUSSION

	<p>données populationnelles que l'on n'avait pas jusque-là. Cela va générer automatiquement les rapports d'activité pluri-annuels. Par contre, il n'y aura pas beaucoup de données qualitatives ; il faudra réfléchir à des modes d'évaluation externe par rapport à certaines des activités des CeGIDD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Ministère va faire une proposition de rapport d'activité. Les données demandées devraient correspondre aux données recueillies par la base de données.
MESURES A PRENDRE	DELAI A RESPECTER

Bilan des commissions / revue de projets

HADIJA CHANVRIL - COORDINATRICE DU COREVIH BRETAGNE – [cf. diaporama](#)

DISCUSSION	<p>Hadija Chanvril présente une synthèse du travail des différentes commissions du COREVIH sur la mandature 2012-2015.</p> <p>Le COREVIH a été interrogé par Aides sur la question des addictions dans la communauté gay. Il faut réfléchir à la mise en place d'une commission, une réflexion régionale sur ce sujet : les patients interrogent régulièrement sur ce sujet.</p>	
CONCLUSIONS	De nombreux objectifs de commissions sont aboutis aujourd'hui. Il va falloir réécrire de nouveaux objectifs pour les commissions.	
MESURES A PRENDRE	PERSONNE RESPONSABLE	DELAI A RESPECTER

Prochaines rencontres :

- 23 septembre – Conférence utilisation de Nadis
- 24 septembre – Journée Education Thérapeutique du Patient
- 17 novembre – Réunion Plénière / Table-ronde « journée mondiale de lutte contre le Sida »
- 23 janvier – Journée patients à Quimper – thème du vieillissement
- 28 janvier – Journée commune COREVIH/Tabacologues de Bretagne