

# Synthèse du rapport national d'activité 2008 des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

---

Afin d'adapter l'organisation des soins des patients infectés par le VIH aux caractéristiques actuelles de l'épidémie, le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 a créé les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH).

Ces instances de coordination doivent remplir trois missions :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques.

L'année 2008 a été l'année de mise en place réelle des COREVIH. En juin 2008, tous les arrêtés préfectoraux relatifs à la composition des COREVIH ont été pris. Les élections des bureaux, présidents et vice-présidents ont été organisées au cours des réunions d'installation des COREVIH présidées par le préfet de Région ou de la DRASS.

Après sa mise en place, chaque COREVIH a élaboré son règlement intérieur, son programme de travail et a procédé au choix des différentes commissions et groupes de travail, au montage du financement, au recrutement d'un coordinateur, de techniciens et d'attachés d'étude clinique (TEC, ARC), de secrétaires...

Si de nombreux comités ont été au cours de l'année 2008 dans une phase d'installation, les rapports d'activité 2008 des COREVIH ont néanmoins mis en exergue les grandes actions et orientations souhaitées par les acteurs, leur convergence avec les objectifs nationaux et l'adaptation dont elles font l'objet au niveau local.

L'analyse<sup>1</sup> des rapports d'activité 2008 des COREVIH et des bilan d'installation a permis à l'échelon national d'apprécier l'activité de ces structures, de s'assurer que le fonctionnement et l'activité des COREVIH correspondent aux orientations générales fixées. Le rapport national constitue également un outil d'information et de dialogue entre les différents COREVIH.

La synthèse du rapport national d'activité 2008 des COREVIH présente, ci-après, les principaux éléments de ce rapport et comporte en outre un rappel des dispositions existantes ainsi que les principales observations et recommandations du comité de suivi national.

## 1. Rapport d'activité 2008 et bilan d'installation des COREVIH

### • *Bilan des documents reçus*

Le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la création des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et la circulaire du 27 août 2007 relative au rapport d'activité type des COREVIH prévoient la rédaction d'un rapport d'activité annuel par les COREVIH. Ce rapport était à transmettre avant le 30 avril 2009 et devait être complété par un bilan d'installation à remettre avant le 15 mai 2009.

Le rapport national d'activité 2008 prend en compte les documents reçus jusqu'au 19 juin 2009, c'est-à-dire quinze rapports d'activité et vingt bilans d'installation. Après cette date, un rapport d'activité et trois bilans d'installation sont parvenus à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Quatre COREVIH n'ont transmis ni bilan ni rapport (Basse-Normandie, Guadeloupe, Lyon-Vallée du Rhône, Picardie). Toutefois, le COREVIH Basse -Normandie a précisé que le COREVIH ayant été mis en place à la fin de l'année 2008, le premier rapport d'activité serait effectué en 2010.

---

<sup>1</sup> Rapport national d'activité 2008 des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)- Ministère de la santé et des sports, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le comité de suivi national des COREVIH – septembre 2009.

- **Le respect du plan type de rapport d'activité**

Le rapport d'activité de la première année de fonctionnement est essentiellement constitué des éléments relatifs à l'installation du comité ; les activités et les initiatives prises liées aux missions du COREVIH ayant généralement démarré à la fin de l'année 2008.

Pour les activités de l'année 2008 :

- 7 COREVIH ont réalisé le tableau n°6 « actions de coordination mises en place dans le cadre des COREVIH »
- 8 COREVIH ont réalisé le tableau n°7 « amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge »
- 12 COREVIH ont réalisé le tableau n°9 « analyse globale annuelle des données »

Pour le programme de travail de l'année 2009, 7 COREVIH ont réalisé le tableau n°9 « détermination des objectifs de l'année suivante »

## **2. Organisation**

- **Bureau des COREVIH**

S'agissant des présidents des COREVIH :

- 63% sont membres du collège 1 (représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux)
- 18% sont membres du collège 4 (personnalités qualifiées)
- 15% sont membres du collège 2 (représentants des professionnels de santé et de l'action sociale)
- 4% sont membres du collège 3 (représentants des malades et des usagers du système de santé)

S'agissant des vice-présidents, ils sont issus :

- pour 63% du collège 3 (représentants des malades et des usagers du système de santé)
- pour 15% du collège 1 (représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux)
- pour 15% du collège 4 (personnalités qualifiées)
- pour 7% du collège 2 (représentants des professionnels de santé et de l'action sociale)

Sur un total de 106 membres de bureau des COREVIH :

- 37% sont issus du collège 1 (représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux)
- 23% sont issus du collège 3 (représentants des malades et des usagers du système de santé)
- 26% sont issus du collège 2 (représentants des professionnels de santé et de l'action sociale)
- 14% sont issus du collège 4 (personnalités qualifiées)

Il y a donc une prédominance des membres issus du collège 1 pour les postes de président (63%) et pour les membres du bureau (37%), et l'importance des vice-présidents issus du collège 3 (63%).

- **Rattachement administratif:**

Le rattachement administratif des COREVIH au sein des établissements de santé est différent selon les COREVIH :

- 10 COREVIH sont rattachés à un pôle clinique ;
- 4 COREVIH sont rattachés au comité exécutif local ;
- 3 COREVIH se déclarent en unité fonctionnelle ;
- 1 COREVIH est rattaché à un pôle de santé publique ;
- 1 COREVIH est rattaché à un pôle de stratégie médicale ;
- 1 COREVIH ne déclare aucun rattachement.

Une majorité des COREVIH (13/20) sont rattachés à un pôle d'activité (clinique ou autre).

S'agissant du rattachement administratif des TEC et ARC :

- pour 12 COREVIH, les TEC et ARC sont rattachés uniquement à l'établissement de santé siège ;
- pour 8 COREVIH, les TEC et ARC sont rattachés à l'établissement de santé siège et à un ou plusieurs autres établissements de santé.

## **3. Financement des COREVIH**

L'organisation du financement de ces structures au cours de l'année 2008 a rencontré des incertitudes liées notamment, à la modélisation du financement et à l'évaluation de la file active, au circuit d'attribution et au montant des crédits réellement affectés.

- **Financement par les MIGAC**

Les COREVIH sont financés par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC). Le montant des crédits affectés par les ARH aux établissements sièges des COREVIH pour l'année 2008 est de 15 934 191 € (source Arbust Migac), avec une augmentation de 3 094 894 entre 2007 et 2008 (soit de 24,1%).

Afin de répondre aux questions relatives aux modalités de financement, une instruction du 23 avril 2009 relative au financement des COREVIH a été diffusée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour en préciser les modalités et le circuit.

- **Autres sources de financement**

Le COREVIH ne disposant pas de la personnalité morale, il ne peut donc recevoir directement de dons ou legs. En revanche, des dons ou legs peuvent être versés à l'établissement de rattachement au bénéfice d'un COREVIH et visant à financer des projets de ce comité. Le cas échéant, une convention est établie entre le financeur privé et l'établissement siège du COREVIH, précisant l'usage des fonds.

3 COREVIH mentionnent d'autres sources de financement pour un montant total de 44 477.19 euros.

- **Modalités d'élaboration du budget**

Les modalités d'élaboration du budget :

- 13 COREVIH n'ont rien prévu dans le règlement intérieur,
- 4 COREVIH les prévoient dans le règlement intérieur,
- 2 COREVIH en partie.

Lors de l'élaboration de leur budget par les 20 COREVIH:

- 16 COREVIH font participer leur président
- 13 COREVIH font participer leur bureau
- 12 COREVIH font participer leur vice-président
- 10 COREVIH font participer un adjoint des cadres hospitaliers
- 8 COREVIH font participer le directeur de l'établissement de santé
- 6 COREVIH font participer leur assemblée plénière.

#### **4. Fonctionnement**

- **Ressources humaines**

Pour répondre aux missions qui lui sont confiées, un COREVIH bénéficie d'un temps de secrétariat, d'un temps administratif et/ou médical de coordination, d'un temps d'adjoint des cadres hospitaliers et d'un temps de technicien d'étude clinique. La répartition entre catégorie de personnels peut être adaptée en fonction de la situation locale pour recruter d'autres catégories de personnels. Pour autant, les financements de postes de « soins » qui avaient pu être alloués aux ex-CISIH, ne doivent plus être assurés par la dotation MIGAC des COREVIH.<sup>2</sup>

Douze COREVIH ont réalisé le transfert des charges des postes de soins antérieurement financés par la MIGAC CISIH.

En 2008, les ETP sont consacrés pour :

- 65% aux TECs et ARCs,
- 14% aux postes « autres ». Il s'agit d'assistantes sociales, de psychologues, de pédiatres, d'épidémiologistes, de chargés de mission, de médiateurs culturels, ou d'adjoints administratifs,
- 11% aux coordonnateurs administratifs,
- 10% au secrétariat.

Sur les 20 COREVIH ayant répondu, trois n'ont pas de coordinateur. Les recrutements sont en cours pour deux d'entre eux. Des présidents de COREVIH sont également coordinateurs du COREVIH. La plupart des COREVIH ont un secrétariat, seuls trois comités déclarent ne pas avoir de secrétaire.

---

<sup>2</sup> Instruction du 23 avril 2009 relative au financement des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)

- **Moyens matériels et frais de fonctionnement**

Les données relatives aux moyens matériels des COREVIH montrent des disparités entre les COREVIH. Six COREVIH vont voir leurs locaux agrandis ou relocalisés pour gagner en espace et en équipement bureautique.

Le montant des frais demandés aux COREVIH par l'établissement siège et permettant de couvrir les frais de fonctionnement sont variables. Sur 17 COREVIH ayant répondu, 9 COREVIH versent des frais à l'établissement de santé siège et 8 COREVIH ne versent aucun frais.

Le remboursement des frais de transport :

- 10 COREVIH assurent le remboursement des frais de transport.
- 2 COREVIH ont mis ce remboursement à l'étude pour 2009.
- 8 COREVIH n'assurent pas le remboursement des frais de transport

Pour faciliter le remboursement des frais de transport des représentants de malades et des usagers, une instruction de la DHOS a été adressée le 12 mars 2009 aux directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation. Elle incite fortement tous les établissements de santé à rembourser les frais de transport des usagers qui apportent leur concours aux établissements par leur participation au sein de toutes les instances ou groupes de travail pour lesquelles leur présence est sollicitée.

- **Indicateurs de fonctionnement**

Les indicateurs de fonctionnement du COREVIH sont les suivants :

- Le nombre de **séances plénières** varie de 2 à 5 ; le nombre de participants est au minimum de 22 et au maximum de 90.
- Le nombre de **réunions du bureau** varie de 3 à 10 (6,5 en moyenne) ; le nombre de participants est au minimum de 5 et au maximum de 21.
- Le nombre de **groupes de travail** varie de 3 à 17.
- Le nombre de réunions des groupes de travail varie de 5 à 39 (17 en moyenne) ;

Le nombre et la participation aux réunions est un indicateur de mobilisation des acteurs. Les données révèlent une grande disparité dans les pratiques des COREVIH bien que quasiment tous se rejoignent s'agissant de la fixation d'un ordre du jour et de la rédaction d'un compte-rendu de réunion.

- **Outils mis en place**

Le fonctionnement du COREVIH nécessite l'identification des acteurs et la mise en place d'outils d'information. De la qualité de l'identification de l'ensemble des acteurs qui sont représentés au COREVIH et du circuit d'information dépendra, en partie, l'efficacité du COREVIH au regard de ses missions.

Afin de faire connaître leur activité et d'assurer leur rôle de coordination, les COREVIH ont mis en place des outils de communication suivants :

- 8 COREVIH ont un site internet, pour 3 COREVIH il est en cours d'élaboration,
- 10 COREVIH ont une adresse mél spécifique,
- 8 COREVIH ont un fichier d'adresse de correspondants ; le nombre de correspondants est au minimum de 90 et au maximum de 300,
- 6 COREVIH ont créé un bulletin d'information.

## **5. Thématiques traitées**

Les thématiques des groupes de travail constitués par les COREVIH sont, par ordre de fréquence :

- la prévention et le dépistage, par 13 comités ;
- l'éducation thérapeutique, par 12 comités ;
- la problématique sociale, par 11 comités ;
- les AES, par 10 comités ;
- la recherche, par 9 comités ;
- la détention, les thématiques liées aux femmes, enfants et adolescents, les traitements, par 8 comités ;
- les questions psychologiques et/ou neuropsychologiques, les différentes collaborations des comités, les perdus de vue, par 7 comités ;
- l'épidémiologie, par 6 comités ;
- la communication par 5 comités ;
- la co-infection par 4 comités ;

- la formation, les migrants, et le vieillissement par 3 comités ;
- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les IST, et la vaccination par 2 comités ;
- la neurologie, la prise en charge tardive, les troubles métaboliques, le VIH en ville et la virologie, par 1 comité.

## **6. Mission de coordination des acteurs**

La réussite de la mission de coordination repose sur le respect des principes suivants :

- Le COREVIH doit représenter l'ensemble du territoire de référence et des catégories de membres.
- Le COREVIH n'est pas un opérateur direct. Les missions coordonnées par les COREVIH sont réalisées par les acteurs qui en ont la charge, le COREVIH étant chargé d'en améliorer la complémentarité, la cohérence et la diffusion.

Dans ce cadre, il faut noter que les « nouveaux » acteurs des COREVIH (en particulier les acteurs associatifs et du domaine social) sont présents.

Concernant la mission de coordination des acteurs, les thèmes traités sont les suivants :

- la prévention (8 COREVIH) ;
- la recherche (8 COREVIH) ;
- la reconnaissance des droits des patients (7 COREVIH) ;
- le dépistage (6 COREVIH) ;
- l'éducation thérapeutique (5 COREVIH) ;
- les traitements (3 COREVIH) ;
- les AES (2 COREVIH) ;
- la prise en charge de populations spécifiques (adultes handicapés, migrants, détenus...).

## **7. Mission d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques**

Concernant la mission d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques, les thèmes traités sont les suivants :

- les AES (6 COREVIH) ;
- l'éducation thérapeutique (4 COREVIH) ;
- les traitements (4 COREVIH) ;
- le dépistage (3 COREVIH) ;
- la reconnaissance des droits des patients (3 COREVIH) ;
- la recherche (1 COREVIH) ;
- la prise en charge de populations spécifiques (détenus, perdus de vue...).

## **8. Analyse des données médico-épidémiologiques**

Les COREVIH sont chargés de procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques sur l'infection à VIH. Pour accompagner la création des COREVIH, des moyens supplémentaires, notamment en TECs, ont été alloués par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

12 COREVIH ont précisé les modalités de recueil des données médico-épidémiologiques. 62 établissements ont transmis des données anonymisées à l'établissement de santé siège du COREVIH dont :

- 18 à partir du DMI2
- 21 à partir de Nadis
- 23 à partir d'une autre source

14 COREVIH ont transmis leur file active 2008 (y compris leur file active validée) : 61 247 patients  
3 COREVIH ont transmis une file active validée (ayant fait l'objet d'un recueil informatisé).

## **9. Synthèse des attentes vis-à-vis du comité de suivi national**

Un comité de suivi national des COREVIH a été mis en place afin notamment d'accompagner la mise en œuvre de la réforme.

Les attentes des COREVIH vis-à-vis du comité de suivi national des COREVIH sont les suivantes :

1° Attentes en matière de communication :

- Demande de communications ascendantes et descendantes du comité au COREVIH
- Favoriser le partage d'expériences : réunion annuelle inter-corevih, forum
- Mettre en place un dispositif de sensibilisation des ARH et des DRASS

2° Attentes relatives à l'activité des COREVIH:

- La définition d'objectifs nationaux et d'indicateurs communs pour une meilleure prise en charge
- L'élaboration d'un guide national des bonnes procédures
- Apporter des éclaircissements sur les formations

3° Attentes relatives au financement des COREVIH

- La définition de règles relatives à l'utilisation du budget
- Veiller à l'attribution et l'utilisation des crédits

## 10. Observations et Recommandations

A l'issue de l'analyse des rapports d'activité 2008 des COREVIH et des bilans d'installation, les principales observations et recommandations sont les suivantes :

- **Rapport d'activité**

**Le rapport d'activité des COREVIH** est un outil de dialogue entre les différents membres du COREVIH, leurs partenaires et les tutelles (Ministère et ARH). Il est établi après une analyse de la situation à partir des données transmises par les partenaires. Il contribue à s'assurer que le fonctionnement et l'activité du COREVIH correspondent aux orientations générales et spécifiques et à réfléchir aux évolutions du COREVIH.

- **Organisation et fonctionnement**

**Le rattachement administratif des COREVIH au sein des établissements de santé** : une majorité des COREVIH (13/20) sont rattachés à un pôle d'activité (clinique ou autre).

Dans le cadre de la gouvernance, toute latitude est laissée aux établissements de santé sur les modalités de composition des pôles, mais les COREVIH n'ont pas vocation à être rattachés à un pôle d'activité. En effet, les COREVIH sont des instances consultatives. Cette nature résulte de leur qualité de « comité », de leurs missions énumérées à l'article D3121-34 du Code de la santé publique et du fait qu'ils soient constitués de « membres » en application de l'article D3121-37. Par ailleurs, le rattachement du COREVIH à un pôle clinique peut notamment rendre difficile le suivi des crédits MIGAC des COREVIH. Toutefois, certains COREVIH ont préféré être rattachés à un pôle d'activité (pour des facilités de gestion notamment). La balance « bénéfice/risque » du rattachement du COREVIH à un pôle d'activité pourra être réévaluée lors du renouvellement des COREVIH.

**Le financement des COREVIH** : Le recours à d'autres sources de financement s'effectue dans le cadre légal. Il doit être transparent et faire l'objet de convention. Par ailleurs, une réflexion doit également être menée afin de simplifier la gestion des remboursements de frais des membres des COREVIH.

**Les fonctions de « coordination » et de « président » au sein du COREVIH** : de nombreux présidents de COREVIH sont également coordinateurs du COREVIH, ce qui amène à s'interroger sur les fonctions de « coordination » et de « président » au sein du COREVIH. Aussi, il semble nécessaire de mieux définir cette fonction de coordinateur ainsi que ses missions et son profil.

- **Missions du COREVIH**

**Les thématiques traitées** : Il est noté que l'évaluation des pratiques professionnelles n'a pas fait l'objet de groupe de travail spécifique même si cette préoccupation est abordée dans certaines approches thématiques. Il est noté également que certaines thématiques ont été peu traitées au cours de l'année 2008, comme par exemple « le vieillissement », « les prises en charge tardives », « les perdus de vue » ...

**Les missions du COREVIH reposent sur le principe de coordination**. La réussite des COREVIH sera donc évaluée en fonction de leur capacité à :

- mobiliser des différents membres des COREVIH, et en particulier les structures et le personnel extrahospitaliers ;

- mettre en place des démarches de coordination visant à améliorer la complémentarité, la cohérence des actions respectives des différents acteurs à partir de la détermination d'objectifs communs et transversaux ;
- s'approprier des thématiques favorisant une prise en charge globale et transversale des patients ;
- s'emparer des « nouvelles » problématiques liées notamment aux évolutions des caractéristiques de l'épidémie (le vieillissement, les perdus de vue...)

A ce titre, le projet de la SFLS soutenu par SIDACTION d'une « boîte à outils » pour les COREVIH a pour objectif d'aider les COREVIH à réaliser leurs missions en favorisant les échanges d'expériences et d'outils (aide à la prise en charge précoce, diminution des perdus de vue, prise en compte du vieillissement, ...).

***Le rôle des COREVIH dans les politiques régionales de lutte contre l'épidémie de VIH :*** Le programme de travail du COREVIH tient compte des priorités définies au niveau local, mais également de celles retenues au niveau régional et national.

Grace à sa fonction d'appui et d'observatoire, il a un rôle dans le schéma régional de santé vis-à-vis des ARH, GRSP et les futures ARS. Les réunions plénières en présence des services déconcentrés et/ou des ARH concernés (et bientôt des ARS) permettent d'apporter des informations utiles aux décisions relatives à la prise en charge de cette pathologie. Elles doivent permettre de faire entendre les avis et recommandations des COREVIH concernant l'élaboration des divers schémas régionaux (projet régional de santé, schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins, schéma régional d'organisation médico-sociale).