

# Perspectives sur l'avenir des Comités de Coordination Régionale de lutte contre les IST et le VIH (COREVIH)

Synthèse des rapports « Avenir des COREVIH » et « Ressources humaines des  
COREVIH : Etat des lieux et perspectives »

-

**Présentation au Forum des COREVIH  
Pré-Congrès SFLS – Mercredi 29 septembre 2021**

# Préambule

- « **Autosaisine** » des COREVIH
  - Besoins actuels et futurs en matière de ressources humaines, de formation et d'évolution des métiers au sein des équipes des COREVIH,
  - Evolution des COREVIH en termes de missions et d'organisation pour les 10 années à venir. De plus, s'ajoute à ce contexte deux enjeux importants : la rédaction de la nouvelle feuille de route de la SNSS ainsi que l'évaluation des cohortes ANRS-MIE.
- Pour mener ces travaux, **accompagnement par deux structures extérieures** qui ont chacune, produit un rapport :
  - l'association EHESP Conseil pour « Ressources humaines des COREVIH : Etat des lieux et perspectives »
  - le cabinet Regards Santé pour « Avenir des COREVIH ».
- La concertation auprès des COREVIH et des professionnels a pris plusieurs mois afin d'en faire un **exercice démocratique**. Le document suivant se veut être la synthèse de ces deux rapports et de la discussion qui a suivi et propose pour chaque domaine **une liste de 32 préconisations**.

# Préambule

- **Circulaire de 2005** (Circulaire N°DHOS/DGS/2005/561),
  - rapprocher les domaines de la prévention, du dépistage, de ceux du soin, de la recherche clinique, le secteur hospitalier et extra hospitalier, et de favoriser l'implication des malades et usagers du système de santé.
- Décret du 28 avril 2017 et l'instruction du 5 avril 2018, **élargissement des missions des COREVIH aux IST dans une approche globale de santé sexuelle** (en sus du VIH).
- En parallèle : **réorganisation des COREVIH** autour des grandes régions (réforme territoriale).
- Inscrits dans la **Stratégie Nationale de Santé Sexuelle**, les COREVIH oeuvrent pour l'objectif 3x95.

# Préambule

## Chapitre 1 : Les missions des COREVIH

- A- Thématiques et missions
- B- Relations avec d'autres parties prenantes du VIH, des IST, des hépatites virales et de la santé sexuelle : ANRS Maladies Infectieuses Emergentes, CNS, SFLS, Centres experts hépatites

## Chapitre 2 : Statut juridique et portage par un centre hospitalier siège, gouvernance, relation avec les ARS et financement des COREVIH

A- Statut juridique et portage par un établissement de santé siège

B- Gouvernance

C- Relations avec les ARS et financement des COREVIH

D- Liens avec les instances décisionnaires : DGS, DGOS, Comité de pilotage de la SNSS

## Chapitre 3 : Ressources Humaines des COREVIH

A- Structure des ressources humaines

B- Analyse et prospective des besoins RH

# Thématiques et missions : constats partagés

1. **Le VIH est la thématique historique des COREVIH.** Elle est clairement fédératrice des membres aujourd'hui et demeure le champ d'avenir des COREVIH.
2. **Concernant les thématiques de la santé sexuelle et des hépatites virales, positionnement varié sur les contours des missions en fonction des COREVIH et des réalités territoriales existantes.**
3. En matière de missions pour l'avenir, les points de convergence suivants ont été identifiés :
  - a. La mission de **démocratie en santé** sur les champs du VIH dont les comorbidités (incluant la coïnfection VIH-VHC), et des IST.
  - b. La mission **d'animation territoriale** sur le VIH, les IST, et la santé sexuelle.
  - c. La mission de **réduction des inégalités de santé** (territoriales et sociales) sur le VIH, les IST et la santé sexuelle.
4. Si **la recherche** était mentionnée comme une mission effectrice dans les textes réglementaires historiques, elle apparaît depuis le décret de 2017 comme une **activité à coordonner par les COREVIH.**
5. **Les pathologies infectieuses émergentes** : il existe un consensus pour que cette thématique ne fasse pas partie de l'avenir des COREVIH.

# Thématiques et missions : préconisations

1. **Définir un socle commun de missions** à l'ensemble des COREVIH, **avec les COREVIH** : au-delà du socle initial – Coordination, parcours, épidémiologie, recherche pour la thématique VIH, **préciser, pour chaque thématique complémentaire (IST, Santé sexuelle, Hépatites), les missions à confier aux COREVIH dans le cadre de leur financement voire de financements complémentaires.**
2. Définir les **contours de l'implication des COREVIH dans la santé sexuelle** (participation à un réseau de santé sexuelle ou à la coordination).
3. Permettre une **souplesse de missions complémentaires** en fonction des besoins des territoires et avec des moyens adaptés.
4. **Valoriser les missions que réalisent les COREVIH qui ne sont pas inscrites au code de la santé publique** mais répondent aux enjeux forts de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et de démocratie en santé.
5. **Clarifier** les attentes sur le rôle des COREVIH sur la **recherche** et son mode de financement.

# Relations avec ANRS Maladies Infectieuses Emergentes, CNS, SFLS, Centres experts hépatites : Constats partagés

1. **Interaction étroite avec des instances historiques de lutte contre le sida** telles que le Conseil National du Sida et des hépatites ou la Société Française de Lutte contre le Sida (consultation, collaboration...).
2. **Mais interrogations des COREVIH :**
  - sur la **place et le financement des TECs** lorsqu'ils interviennent au sein des COREVIH.
  - sur la **place et les liens avec les instances représentatives de démocratie en santé**, telles que les Conférences régionales de la Santé de l'autonomie et la conférence nationale de santé.
  - Sur la **relation avec les Centres Experts hépatites** et les **réseaux périnatalité** considérée comme très inégale
  - Réflexion sur la cohérence et la complémentarité des actions entre COREVIH et Centres Experts nécessaire

# Relations avec ANRS Maladies Infectieuses Emergentes, CNS, SFLS, Centres experts hépatites : Préconisations

1. **Créer des instances de partages** dans lesquelles **les ARS veillent à la bonne articulation** et à la mise en place des cadres réglementaires de chacune, afin de favoriser l'articulation des Centres Experts sur les hépatites et des réseaux périnatalité avec les COREVIH.
2. Etablir un **comité conjoint DGS - DGOS - ANRS-MIE – COREVIH** pour piloter de façon harmonisée et partagée le **suivi épidémioclinique des PVVIH** pris en charge dans les hôpitaux publics à horizon 2030 et discuter de la question de la recherche et de la répartition des moyens nécessaires.

# Statut juridique et portage par un établissement de santé siège : constats partagés

## 1. Pas de statut juridique propre.

- a. Rattachés à des centres hospitaliers en tant qu'unités fonctionnelles (UF).
- b. 57 % sont rattachés à un pôle hospitalo-universitaire ou à un service de soins tandis
- c. 43 % directement rattachée à une direction de l'établissement siège.

## 2. Le portage des COREVIH par les CHU pose plusieurs difficultés à la majorité des COREVIH :

- a. Application des frais indirects de gestion très hétérogène et très lourde pour de nombreux COREVIH. Pourcentage la plupart du temps, décidé de manière unilatérale par l'hôpital.
- b. Lourdeur en termes de mobilisation des fonds.
- c. Difficultés d'avoir une visibilité des dépenses et des demandes éventuelles de reports. Certains COREVIH ont ainsi dû mettre en place un double dialogue de gestion, avec l'ARS d'une part et le CHU siège d'autre part.
- d. En matière de ressources humaines, le rattachement à un CHU est également complexe.

# Statut juridique et portage par un établissement de santé siège : Préconisations

1. **Rechercher des solutions réglementaires par la DGS** en relation avec la DGOS pour résoudre les difficultés constatées
2. **Plusieurs options sont ici proposées** comme solutions à une modification du statut actuel des COREVIH favorisant la dimension extrahospitalière et régionale:
  - a. Créer un réseau indépendant du CHU avec un conventionnement ARS
  - b. Créer une association loi 1901, avec convention ARS et hospitalière (éventuellement s'appuyer sur les modèles des réseaux de périnatalité)
  - c. Créer un groupement de coopération sanitaire ou de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS),
  - d. Créer un groupement d'intérêt public (GIP).
  - e. Rattacher les COREVIH aux Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS)...
  - f. Ne pas rattacher à un pôle d'activité médicale
3. **Améliorer le dialogue de gestion** entre les COREVIH et leurs établissements de rattachement.

# Gouvernance : Constats partagés

**1. Les COREVIH sont des instances de démocratie en santé** . Les COREVIH font vivre la démocratie en santé grâce aux éléments suivants qui font pleinement consensus comme par exemple :

- a. **Structuration des COREVIH avec des Comités (4 collèges)** nommés par les ARS, des Bureaux, des Vice-Présidents, des Présidents élus et des salariés, l'ensemble permettant une réactivité importante et donnant du poids aux décisions des COREVIH ;
- b. **La composition pluridisciplinaire des différents collèges des COREVIH** (dont un collège représentant des usagers du système de santé) ;
- c. **Une expertise et une interface entre usagers et acteurs** ;
- d. **Un mandat de quatre ans** qui favorise le renouvellement et permet de faire entrer de nouvelles catégories de membres avec l'ouverture de nouveaux champs.

Mais difficultés rencontrées :

**2. L'exercice de la démocratie en santé rencontre tout de même certaines difficultés** constatées et partagées entre les différents territoires :

- a. **Le COREVIH est régional mais la déclinaison départementale peut être difficile** en raison d'un tuilage parfois complexe entre les échelons territoriaux en santé ;
- b. **La mobilisation historique et le volontariat des membres sont liés à la lutte contre le VIH**, pas nécessairement aux autres champs. Cela pose la **question de l'élargissement** du Comité à de nouveaux acteurs (moins focalisés sur le VIH) dont l'implication est variable en fonction des territoires et des coeurs de missions.
- c. **La question de la difficulté du renouvellement des mandats de président(e) – « président à vie »** liée à la démographie médicale et à l'enjeu de l'élargissement des missions des COREVIH.

# Gouvernance : Préconisations

- 1. Revoir la composition des COREVIH**, si les missions des COREVIH sont modifiées
  - Se posera alors la question du nombre des membres des COREVIH et la répartition dans les collèges.
  - Il faudra conjuguer la présence des différents acteurs et leurs origines géographiques avec leur niveau d'implication.

# Relations avec les ARS : Constats partagés

1. Les liens avec les ARS sont **forts mais inégaux sur les territoires.**
2. **La mission d'expertise en politique publique et de coordination, est mal valorisée** alors que les COREVIH ont fait leurs preuves quant à leur réactivité et leur capacité à apporter une réponse rapide aux sollicitations des instances (ARS, Ministère...).

# Relations avec les ARS : Préconisations

1. **Augmenter la reconnaissance institutionnelle par l'ARS** de l'exercice du COREVIH pour faire vivre la démocratie en santé en région.
2. **Redéfinir les liens et les degrés d'autonomie avec les ARS** et les tutelles hospitalières
3. **Améliorer le lien avec les ARS en matière de dialogue de gestion**, d'implication dans la définition des politiques publiques, de mode d'implication sur la santé sexuelle, de démocratie en santé et de réduction des inégalités de santé.
4. **S'appuyer d'avantages sur l'expertise des COREVIH et leur rôle de démocratie en santé** pour la définition stratégique des politiques régionales de santé.
5. **Veiller à la bonne articulation et complémentarité des missions des COREVIH, des réseaux périnatalité et des centres experts des hépatites** ainsi qu'à la mise en application des cadres réglementaires de chacun.
6. **Faciliter le lien avec les différentes directions des ARS**, et notamment celles portant des projets touchant les mêmes publics cibles (PRAPS) ou encore l'offre de 1ers recours.
7. **Faciliter la cohérence nationale** du traitement des COREVIH sur les missions communes.
8. S'appuyer sur l'expertise des COREVIH et leur rôle de démocratie en santé pour la **définition stratégique des politiques de santé**.
9. **Associer et financer les COREVIH pour la déclinaison opérationnelle de la politique régionale de santé** si les structures qui le composent sont d'accord.

# Financement des COREVIH : Constats partagés

## 1. Mode de financement des COREVIH à revoir :

- a. Trop dépendant des arbitrages des ARS par le FIR ;
- b. Mode de calcul préconisé par le ministère (pas toujours suivi par les ARS) trop ancien et lié en grande partie à la file active des PVVIH
- c. Prend mal en compte la mission de coordination, les nouvelles thématiques et les missions qui se sont ajoutées. Le financement ne tient pas compte de l'achat des logiciels multiples et des frais pour leur interopérabilité aussi bien pour le suivi des PVVIH que pour le dépistage.

## 2. Financements complémentaires des ARS pouvant être obtenus sur des missions mais demandes spécifiques des ARS comme la coordination de la semaine de la prévention, ne donnant pas toujours lieu à des financements complémentaires.

## 3. Dans le cadre du financement par le FIR, **contrats d'objectifs et de moyens (COM) ou contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec les ARS** mais pour certains COREVIH **pas de contractualisation avec les ARS.**

# Financement des COREVIH : Préconisations

1. **Revoir la modélisation de financement des COREVIH** en incitant à définir un financement stable, pérenne et sanctuarisé.
  - a. La considération des missions socles des COREVIH qui ne doivent plus être calculées sur la seule file active des PVVIH.
  - b. La considération des missions effectives de démocratie en santé, d'animation territoriale, de coordination et de réductions des inégalités de santé (partie variable financée par l'ARS en concertation avec le COREVIH).
  - c. La clarification du financement de la recherche est nécessaire. Certains postes pourraient être financés par l'ANRS-MIE ou l'INSERM.
  - d. Le financement de l'ouverture à d'autres champs que le VIH.
  - e. La réduction des frais de structures.
  - f. La prise en compte d'une part variable liée à des actions territoriales négociées avec et financées par les ARS.
  
2. **Etablir un comité conjoint DGS - DGOS – Conférence des DG ARS - COREVIH** pour établir une nouvelle circulaire de modélisation des financements des COREVIH

# Analyse et prospective des besoins RH : constats partagés

## 1. 300 salariés avec en moyenne, une dizaine d'agents par structure

- a. Les techniciens d'études cliniques représentent 64% des effectifs,
- b. Le pourcentage restant se partageant entre des coordinateurs, des assistants administratifs, des biostatisticiens, des data-managers et des chargé(e)s de mission...
- c. Pyramide des âges plutôt élevée (47 ans en moyenne)
- d. 40% d'effectifs ayant moins de 5 ans d'expérience.

## 2. Concernant les filières et grades hospitaliers,

- a. Les filières ne correspondent pas, dans la plupart des cas, aux métiers exercés par les salariés des COREVIH.
- b. Métiers qui, tels que définis par la fonction publique hospitalière ne correspondent parfois pas aux postes effectifs.

## 3. Pour ce qui est des besoins de recrutements,

- a. 57% des COREVIH interrogés déclarent des effectifs insuffisants à périmètre d'activité constant.
- b. Près de la moitié des COREVIH déclarent recourir exclusivement ou quasi exclusivement à des recrutements externes, notant des difficultés liées à des contraintes budgétaires, des grilles non attractives et non lisibles, des procédures administratives compliquées, un déficit d'attractivité du COREVIH et des difficultés de profilage.

# Analyse et prospective des besoins RH : préconisations

1. **Renforcer les personnels** ayant des compétences en communication, gestion de projets, coordination, épidémiologie, gestion et traitement des données, recherche clinique et épidémiologique pour mener à bien la mutation en cours des COREVIH.
2. Poursuivre un **travail commun autour d'une projection stratégique nationale** par les COREVIH.
3. Travailler à la **formalisation** des profils de poste, matrices de compétences et passerelles métiers.
4. **Communiquer sur les métiers et carrières offertes par les COREVIH**, en ciblant en particulier les métiers sensibles, pour renforcer l'image de marque des COREVIH.
5. Etudier des hypothèses de développement de **synergies collaboratives ou de mutualisation** de certaines ressources.
6. Réfléchir au **recentrage des agents sur les missions principales ou « coeur de cible »** et à l'externalisation de certaines fonctions.
7. Engager une réflexion commune sur le positionnement RH des agents des COREVIH pour une **meilleure adéquation corps/grade – métiers – compétences**, en particulier sur les métiers sensibles.

# Conclusion (1)

1. **Une expérience et une expertise à plusieurs niveaux :**
  - a. une expérience de plus de 12 ans en démocratie en santé,
  - b. une expertise large des membres,
  - c. une connaissance fine de l'épidémie,
  - d. une compétence reconnue en recherche clinique et interventionnelle,
  - e. une expertise historique des problématiques des personnes en situation de vulnérabilité,
  - f. les seules instances de coordination qui déclinent la SNSS au niveau régional,
  - g. un laboratoire d'expérimentation et de plaidoyer, une interface entre usagers et acteurs, une expertise mobilisable en évaluation (actions, stratégie et politique).
2. **Une coordination régionale :** un réseau dynamique, une connaissance exhaustive des acteurs, une capacité à être force de propositions et promoteur de projets, une capacité de mobilisation des acteurs des territoires, un soutien aux acteurs.
3. **Un réseau national :** des échanges inter-COREVIH : groupes de travail thématiques, groupe des présidents et vice-présidents, groupe des TEC, groupe des coordinateurs.
4. **Une reconnaissance des acteurs et des institutions :** liens forts avec certaines ARS (région dépendant), reconnaissance des acteurs des territoires, de la DGS (via le GIN), une réactivité et une capacité à apporter une réponse rapide aux sollicitations des instances (ARS, ministère).

# Conclusion (2)

1. Après 13 ans d'existence **cette instance doit s'adapter à l'évolution des prises en charges, des pathologies, des comportements et des politiques publiques.**
  
2. Dans ce cadre un **certain nombre de préconisations sont proposées :**
  - a. Redéfinir les thématiques et au sein de celles-ci, les missions des COREVIH
  - b. Favoriser les relations avec les structures concernées par ces thématiques
  - c. Revoir le statut juridique et le type de portage administratif.
  - d. Interroger le mode de gouvernance en fonction des thématiques et missions envisagées
  - e. Clarifier les relations entre COREVIH et ARS ainsi que les financements
  - f. Anticiper l'évolution des ressources humaines adaptées aux missions qui seront confiées

Ce travail, **fruit d'une élaboration commune par tous les COREVIH** a pour vocation de faire l'état des lieux des réflexions en cours (septembre 2021) autour de cette instance régionale et de son organisation pour les années à venir dans le contexte de la SNSS et de sa Feuille de Route n°2.

### Remerciements:

- **Aux techniciennes(iens) d'études cliniques et coordinatrices(teurs)** et à tous les membres des COREVIH ayant participé au groupe « Ressources humaines des COREVIH : Etat des lieux et perspectives »
- **Aux Présidents et Vice-présidents** ayant participé au groupe « Avenir des COREVIH »
- Aux deux structures ayant organisé la réflexion et rédigé les rapports
  - **l'association EHESP** Conseil pour « Ressources humaines des COREVIH : Etat des lieux et perspectives »
  - **le cabinet Regards Santé** pour « Avenir des COREVIH ».
- Au groupe ayant travaillé sur la synthèse du rapport proposée à la DGS et la DGOS