

---

## Journée de la Transversalité Inter-Corevih 2016 : Synthèse des échanges et propositions de la TIC

---

### Préambule :

Cette journée a réuni 41 participants, sur les 53 inscrits, issus de 14 Corevih et du GTN, ainsi que Mr Jean-Jacques COIPLÉ DG de l'ARS Corse, le Dr Anne SIMON Présidente de la SFLS et le Dr Elisabeth ROUVEIX Présidente du Corevih IDF Ouest et représentante des COREVIH au GTN.

### Contexte :

#### 1/ Réforme territoriale :

La réforme des régions administratives en France métropolitaine va avoir des effets sur l'implantation actuelle des Corevih. Le Ministère a fait le choix de consulter la conférence des DG d'ARS d'une part, par l'intermédiaire de Mr Jean-Jacques COIPLÉ, DG ARS Corse et les Corevih d'autre part, au regard des conclusions de la réunion organisée par la SFLS le 3/12/2015 et par la TIC le 29/01/2016.

***Conclusions de la TIC :** Sur l'existence à terme, d'un ou plusieurs Corevih par région administrative, il n'y a pas de consensus au sein des Corevih de la TIC compte tenu de chaque spécificité et réalité régionale. En revanche, aujourd'hui il apparaît essentiel à tous de réfléchir en priorité à l'évolution possible des missions, des objectifs et des organisations dans le cadre de cette réforme territoriale.*

*Il a été souligné à plusieurs reprises que la future organisation des Corevih devra se faire sur deux niveaux d'actions incontournables : un niveau régional de coordination et de pilotage avec un dialogue avec l'ARS pour le pilotage et la planification, et un niveau d'ancrage territorial pour le recueil des besoins et l'animation.*

***La notion de « Corevih interlocuteurs privilégiés des ARS » doit être précisée, voire renforcée pour être inscrite clairement dans les textes en préambule des missions des Corevih ; il en va de même pour la notion de démocratie sanitaire, fondement essentiel du fonctionnement des Corevih.***

**En cas de modification de la cartographie des Corevih, il sera important d'en être informé au plus tôt pour discuter immédiatement avec l'ARS de la nouvelle constitution de la liste.**

#### 2/ Nouvelle loi de santé :

Les Corevih vont devoir trouver leur place dans la nouvelle loi de santé et accompagner sa mise en œuvre, notamment en s'appropriant le parcours de santé : **aller vers un changement de paradigme !** Jusqu'à présent l'activité des Corevih était principalement centrée sur le parcours de soins des PVVIH : coordination des acteurs, harmonisation des pratiques et épidémiologie.

***Conclusions de la TIC :** le parcours de santé inscrit dans la loi propose aux Corevih de réfléchir désormais en termes de besoins des personnes au regard de leurs vulnérabilités, tout comme les textes de mise en œuvre des CeGIDD qui font référence aux populations cibles. Le GTN a récemment proposé un document d'aide aux Corevih sur le parcours de santé. Ceci est en accord avec les objectifs mondiaux de la lutte contre le sida : « 90 - 90 - 90\* » et Zéro discriminations.*

*\* 90% des personnes infectées sont dépistées, 90% des personnes dépistées sont prises en charge et 90% des personnes prise en charge sont traitées correctement*

**Prendre en compte les besoins des personnes et leurs vulnérabilités par un ancrage territorial fort tout en renforçant la coordination et le pilotage régional en lien avec l'ARS pour améliorer le parcours de santé des personnes au regard des inégalités de santé.**

### **Vers de nouvelles missions ?**

La question récurrente de l'élargissement des missions des Corevih a donné lieu à de nombreux débats : VIH, mais aussi hépatites ? IST et plus largement santé sexuelle ?

**Conclusions de la TIC :** *les missions des Corevih n'ont pas vocation à évoluer en tant que telles. En revanche ce sont leurs champs d'actions qui vont s'élargir. Le VIH n'est plus la porte d'entrée mais le fil conducteur du parcours de santé sur lequel d'autres thématiques qui vont interagir doivent être prises en compte, plus particulièrement les IST, les hépatites et la vie affective et sexuelle.*

*Le COREVIH « COmité de coordination REgionale de lutte contre le VIH » devenant ainsi un « COmité de coordination REgionale de lutte contre le Vih, les Ist et les Hépatites pour une meilleure vie affective et sexuelle »*

**L'élargissement des champs d'actions induit par le parcours de santé des personnes doit amener les Corevih à s'ouvrir au-delà du VIH pour une prise en charge globale. De nouvelles thématiques de prévention et de prise en charge positionnent naturellement les Corevih dans la coordination des CeGIDD.**

**Il ne s'agit pas de s'accaparer de nouveaux champs spécifiques mais de se mettre en cohérence avec le parcours des personnes, en s'ouvrant et se coordonnant avec les acteurs de ces champs : le COREVIH comme plateforme de ressources.**

### **Impacts sur l'organisation et les moyens :**

#### **1/ Le statut juridique des Corevih :**

Le manque d'autonomie des Corevih vis-à-vis des CHU a été régulièrement pointé du doigt. Par la difficulté d'utilisation des moyens il est une entrave au bon accomplissement des missions.

**Conclusions de la TIC :** *il est indispensable de mener une réflexion visant à clarifier les liens avec les CHU afin de donner plus d'autonomie aux Corevih, voire de leur donner un statut juridique : GIP ? GCS ? Association ?*

**Dès à présent une recommandation forte doit être faite aux CHU pour rattacher les Unités fonctionnelles (UF) des Corevih à une Direction et en aucun cas à un pôle d'activités médicales.**

*Un statut juridique identifié permettrait aux Corevih de siéger dans des instances institutionnelles telles que les CRSA et les Conseils territoriaux de santé notamment.*

#### **2/ Les membres :**

La constitution de la liste nominative des membres des Corevih pose un certain nombre de constats : des personnes sont nommées au regard de leur statut, d'autres sont peu impliquées, certaines imposées soit par l'ARS soit par le Corevih. Parallèlement l'élargissement des champs d'actions et de certains territoires devraient amener des modifications.

#### **Conclusions de la TIC :**

- *La liste des membres doit faire l'objet d'une co-construction entre ARS et Corevih pour tenir compte, plus que de la représentativité territoriale comme seul facteur de choix, de l'expérience des mandats précédents (participation, implication, présentisme).*
- *Au-delà des membres, il est indispensable de réfléchir à une reconnaissance des partenaires, experts, etc..par exemple pour des prises en charge financières des déplacements, particulièrement importants dans les futures grandes régions, qui à défaut serait un frein à la mobilisation.*

- *La constitution même de la liste doit être revue. L'expérience montre que le statut de 2<sup>ème</sup> suppléant est inutile et devrait être supprimé, car peu attractif et nullement porteur de reconnaissance.*
- *Compte tenu du point ci-dessus et des possibles évolutions de la cartographie, le nombre de membres titulaires devra être réévalué en y associant un seul membre suppléant, comme dans de très nombreuses instances.*
- *De même pour faciliter la dynamique, les conditions de renouvellement des membres partant en cours de mandat doivent être assouplies.*

***Une formation/information des élus de Corevih doit être prévue, pour les soutenir et les renforcer dans leur rôle ; la TIC fera des propositions en ce sens.***

### **3/ Le fonctionnement :**

La réforme à venir doit inciter les Corevih à faire évoluer leur mode de fonctionnement pour prendre en compte à la fois la notion de parcours de santé, le pilotage régional et l'ancrage territorial.

#### **Conclusions de la TIC :**

- *Elargir le réseau de partenaires pour une meilleure réponse aux besoins des personnes et à leurs vulnérabilités.*
- *S'inscrire dans une logique de gestion de projets, régionaux et/ou territoriaux en fonction des besoins recueillis*
- *Consolider le rôle de la coordination et par conséquent du coordinateur pour renforcer le pilotage régional en s'inspirant des travaux déjà menés sur la coordination en santé. Exemple du Pr Régis AUBRY qui définit ainsi le pilotage :*

***Toute organisation en santé doit être pilotée. La fonction de pilotage est souvent une fonction de direction dans les faits. Elle permet de mettre en œuvre le projet et de le gérer en tenant compte des évolutions, d'assurer le management des hommes, de mettre en œuvre et d'accompagner les actions de formation, de favoriser la communication, de créer les interfaces de pilotage avec les autres structures ou organisations en santé, dans la recherche d'une valeur ajoutée par des mutualisations et coopérations pertinentes***

- *Imaginer et mettre en œuvre une animation territoriale adaptée aux besoins des territoires de santé. Les moyens nécessaires pourraient être réfléchis en regard de la variable territoriale de la modélisation.*

### **4/ Les moyens :**

Autre problématique régulière évoquée est la disparité de gestion des budgets des Corevih par les CHU : gros écarts dans les pourcentages de charges de structures, différence d'application des textes pour les frais de déplacements, etc....

***Conclusions de la TIC : s'il est commun d'entendre que les moyens accordés au VIH sont très importants, que les Corevih « coûtent » 18 M€, il est utile d'amener quelques précisions :***

- ***Dernier chiffre national connu, le rapport au parlement sur les MIG 2012 fait état de 18 263 597€ attribués aux ARS pour les Corevih***
- *Montant total des crédits FIR reçus par les CHU (source RA des Corevih 2014) : 16 332 558€ soit un écart de -1 931 039€*
- *Total des charges de structures appliqués par les CHU (source RA des Corevih 2014) : 3 087 150€*

***Soit un coût total pour les Corevih de 13 245 408€***

*Cela montre, s'il était besoin, qu'une clarification est indispensable. A ce propos, à la demande du GTN, la DGOS a saisi l'IGAS à plusieurs reprises, saisine qui n'a pas abouti à ce jour.*

*A noter également que dans de nombreux Corevih le montant des charges de structures est supérieur aux moyens alloués à la coordination, ce qui pénalise fortement la mission principale de coordination des acteurs.*

***Les textes devront prévoir une directive claire imposant un pourcentage de charges de structure raisonnable et identique pour tous les CHU.***

***Compte tenu des nouveaux enjeux, les moyens attribués à la coordination doivent renforcés et la modélisation de financement des Corevih actuellement basée sur un forfait et des variables territoriale et file active doit être revue***

### **Conclusion :**

**Au cours de l'année 2016, les Corevih vont devoir appréhender une évolution en profondeur induite par la double action de la réforme territoriale d'une part et de la nouvelle loi de santé d'autre part.**

**Cette évolution va avoir un impact direct sur les champs d'actions (cf. le parcours de santé) et les organisations (cf. la nouvelle cartographie).**

**Enfin, parallèlement à la réforme des Corevih, une réflexion pourrait être menée sur le GTN en terme de :**

- **Missions :** pour mémoire le GTN a été instauré pour accompagner la mise en place du PNLIS par les Corevih et faire le lien entre ceux-ci et le Comité de suivi du Plan
- **Constitution :** la constitution initiale de 2011 a évolué sans pour autant que cette évolution apporte de la lisibilité. Certains représentants des Corevih (vice-présidents, représentants du collège 3, etc..) en sont absents.
- **Mode de désignation des représentants :** à l'instar des coordinateurs qui élisent leur représentant, une procédure devrait être précisée pour chaque membre du GTN.