



## MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins  
Bureau R4 : prises en charge post-aigües,  
Pathologies chroniques et santé mentale

Direction générale de la santé

Sous-direction prévention des risques infectieux  
Bureau RI2 : infections par le VIH, IST et hépatites

### Compte-rendu de la réunion du groupe de travail national des COREVIH du 11 janvier 2012.

Participants : Dr Marie-France D'ACREMONT (ARS IDF chef de projet VIH/SIDA), M. Vincent DOUBRERE (UNALS), Mme Aurore DUMONT (SIDACTION), M. Jean-Luc ECOBICHON (TEC COREVIH IDF Ouest), Dr. Bernard FALIU (DGS/SDRI/RI2, Chef de Bureau), Dr Carine FAVIER (COREVIH Languedoc-Roussillon), Mme GEFFRIER Christine (DPM AP-HP), Mme Charlotte GRIMBERT (AIDES), Dr Denis LACOSTE (SFLS, COREVIH Aquitaine), Dr Dominique MARTIN (DGOS/SDR4), Mme Murielle MARY-KRAUSE (INSERM U943), Dr Thierry MAY (COREVIH Lorraine Champagne Ardennes), Dr Christophe MICHON (DGS/SDRI/RI2), Mme PHALIP-LE BESNERAIS Josiane (COREVIH IDF Est), M. Fabrice PILORGE (AIDES), M. Jean-Marc POLESEL (COREVIH PACA Ouest Corse), Dr Géraldine ROSET (ARS Alsace), Dr Elisabeth ROUVEIX (COREVIH IDF Ouest), Dr Véronique TIRARD-FLEURY (SFLS, chargée de projet)  
Excusés : M. Dominique BLAIS (DG ARS Corse), Mme Roseir CEINOS (COREVIH IDF Est), M. Louis CORMERAIS (COREVIH Auvergne Loire), Dr William VEZINET (DGOS/SDR4).

**1) Approbation du CR de la réunion du 20 octobre 2011 :** ce document a fait l'objet de plusieurs échanges en amont et est approuvé par l'ensemble des participants. Il sera donc adressé en format pdf à l'ensemble du groupe et aux COREVIH pour diffusion large.

**2) Point sur l'avancée de la mesure T28** du plan VIH-IST 2010-2014 sur la prise en charge ambulatoire globale (consultations complexes) : plusieurs travaux se déroulent actuellement en parallèle pour faire avancer ce dossier qui concerne plusieurs pathologies chroniques. L'objectif est de trouver une juste valorisation de ces actes, sans remettre en cause les recommandations du rapport Yeni qui ne peuvent toutefois pas être la base de calcul pour toutes les prises en charge au risque d'aboutir à un résultat dépassant largement les moyens disponibles.

La dernière réunion que s'est tenue à la DGOS le 6 janvier (bureaux R1, R4 et R5) en présence de la DGS (bureau RI2), de la DSS et de l'ATIH a permis de tracer trois pistes de travail :

*-a/ Définition d'un cadre de ces consultations :* pour cela la DGS, en collaboration avec l'ARSIF fera le bilan des pathologies éligibles pour ce type de consultations en précisant dans la mesure du possible le besoin identifié et le niveau de la file active concernée. Cette définition devra permettre de préciser, d'une part, le socle commun pour ces consultations longues et pluriprofessionnelles : définition de l'activité ( temps médecin, pluridisciplinarité, difficulté technique/expertise, .. ) et précision sur la phase concernée dans la prise en charge (consultation initiale, de bilan, à l'occasion d'un évènement ou situation particuliers : aggravation, grossesse ...) et, d'autre part, les différents niveaux de complexité de ces consultations pouvant aboutir à une proposition de différents degrés de financements.

*-b/ Analyse juridique :* les bureaux R1/R4/R5 et l'ATIH clarifieront les bases juridiques et financières de ces prises en charge ainsi que le sujet du système d'information qui pourra servir de base au recueil des données et donc au contrôle de cette activité.

- *c/ Evaluation de la masse financière disponible concernée* : l'ATIH et R5 évalueront cette masse financière pour les pathologies chroniques et les situations complexes (hors cancer déjà financé) dont les ACE et les GHS HDJ. Un lien sera fait avec les travaux de la CNAMTS sur la CCAM clinique et les études sur l'ALD 30.

La proposition de calculer ces coûts sur la base d'une étude rétrospective de l'évolution de la file active, voire de calculer l'enveloppe financière « idéale » en multipliant le GHS de bilan annuel de synthèse par l'effectif de la file active théorique nationale totale n'est pas retenue en raison d'une part de la complexité des calculs qui doivent déjà être consolidés sur la masse financière actuelle et d'autre part d'une approche pragmatique qui consiste à rester dans l'enveloppe disponible. Plusieurs membres du groupe déplorent que l'augmentation des files actives liées à l'évolution de l'épidémie et à l'amélioration du dépistage ne soit pas prise en compte pour faire évoluer l'enveloppe.

Il est proposé aux membres du groupe de travail des COREVIH de transmettre les informations qu'ils souhaitent apporter pour alimenter ce travail. L'ATIH transmettra les résultats de son étude sur l'HDJ remis à jour.

La difficulté à organiser en hôpital de jour, et donc à valoriser, le bilan annuel de synthèse recommandé par le groupe d'experts est rappelé par plusieurs professionnels des COREVIH, confirmant la pertinence à poursuivre la recherche sur un mode de valorisation complémentaire sans perdre pour autant le recours possible au GHS d'hôpital de jour.

La DGS rappelle l'esprit de la mesure T28 du plan qui est de veiller au maintien des moyens nécessaires à la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire hospitalière ambulatoire ; aussi, en amont des pistes de solutions de valorisation innovante, cette action doit également comporter une veille sur la permanence des postes des professions concernées et il semble que les COREVIH ont potentiellement un rôle clé dans cette vigilance. Il est proposé de faire une remontée d'information sur les postes menacés dans des restructurations justifiées par des difficultés de valorisation de l'activité ambulatoire : cette donnée pourrait être incluse dans les rapports d'activité des COREVIH (cf point 6). Certains participants s'inquiètent toutefois que des postes soient déjà perdus et que cette vigilance arrive trop tard et amène au mieux à préserver moins que le minimum nécessaire.

La SFLS fera état de ces travaux sur les référentiels de prise en charge (groupe de travail en réunion le vendredi 13 janvier) dans la mesure où les activités énumérées dans ces référentiels relèvent souvent de celles souffrant de cette difficulté de valorisation..

**3) Collaborations ARS/COREVIH** : Deux documents ont été transmis en amont : proposition de charte du sous-groupe de travail (travaillée en échanges électroniques avec le sous-groupe) et document adressé par M.Blais. Ce dernier document de proposition de « charte entre l'ARS et le COREVIH » est considéré comme une bonne base de départ même s'il nécessite des ajustements, compléments et reformulations.

L'objectif de cette charte est de clarifier les relations entre ARS et COREVIH et d'aboutir à une « feuille de route » pour ces derniers avec des indicateurs d'activité qui permettrait de valoriser leur action. Ce travail peut être réalisé en lien avec les orientations du plan VIH/IST.

Le sous-groupe de travail fera une proposition d'évolution de ce texte d'ici fin février.

**4) Retour sur la rencontre DGS-RI2 avec les chargés de dossier VIH/IST/Hépatites des ARS** : La DGS informe les membres du groupe de travail sur les échanges de cette journée qui s'est déroulée le 21 novembre 2011. La vingtaine de régions représentées à cette réunion ont été interrogées sur la prise en charge de la thématique VIH au sein du projet régional de santé. Le compte rendu de cette réunion n'a pas encore été validé par les participants et les réponses sont donc provisoires. par ailleurs dans certaines régions les schémas sont encore en cours d'élaboration. Grosso modo, on peut quand même dire que dans les plans stratégiques régionaux de santé (PSRS), le VIH est mentionné presque 1 fois sur 2. Dans le Schéma de prévention le VIH est mentionné 3 fois sur 4 (directement ou indirectement au travers de la santé sexuelle et reproductive). Dans le SROS le VIH est mentionné un peu plus d'une fois sur 4 (à des chapitres variés : détenus, addictions, médecine ville, périnatalité, surveillance de grossesse, dépistage) mais les actions centralisées relatives aux CDAG-CIDDIST sont mentionnées un peu plus souvent. Dans le Schéma médico-social, le VIH est mentionné une fois sur 4 au titre des personnes avec difficultés spécifiques (le plus souvent ACT) ou addictions ou détenus. Les COREVIH ont été associés aux travaux dans la très grande majorité des cas.

Par ailleurs on note que les membres des réseaux hépatites sont inclus dans plusieurs COREVIH, que des COREVIH traitent les données de co-infection VIH-hépatites. Enfin, un COREVIH recense les données hépatites (à partir des données de l'Assurance maladie) dans son rapport d'activité (Alsace)

Une discussion s'est engagée à propos du rapprochement des deux thématiques VIH et hépatites qui existe de fait en raison des nombreuses « passerelles » entre ces deux pathologies (populations concernées, coinfections, importance de l'éducation thérapeutique..). Il est rappelé que même si ce rapprochement est considéré comme « une bonne idée », les COREVIH doivent d'abord remplir leurs missions et les représentants des COREVIH comme le représentant des TEC ne souhaitent pas voir la mission des TEC étendue au recueil de données des services d'hépatologie à moyens constants.. La réflexion pourra être reprise dans l'avenir.

**5) Prise en charge en ville :** La DGS (Dr Michon) fait le point sur la question suivante « faut-il favoriser la prescription des ARV par certains généralistes ». En pratique ce sujet se heurte aux limites de l'AMM qui réserve la primo-prescription aux spécialistes hospitaliers et au fait que la spécialité maladie infectieuse VIH n'existe pas dans la liste des spécialités médicales ce qui empêche la possibilité de délégation à des spécialistes de ville. Pourtant une évolution vers de réelles prises en charge en ville, y compris pour les prescriptions d'ARV, est recommandée par le « consensus formalisé » de début 2009 et le rapport Yeni 2010, et elle est inscrite comme une action du plan VIH. Elle est en effet indispensable au déploiement de la stratégie de dépistage élargi et de traitement précoce car elle permettrait de simplifier le parcours des personnes ; elle est en outre vitale pour alléger en partie la charge en soins des services hospitaliers face à l'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH alors que l'incidence ne décroît pas.

L'approche s'appuyant sur les collaborations entre professionnels de santé, telle qu'elle est proposée dans la loi HPST avait été présentée au congrès de la SFLS en novembre 2010. Un travail a ensuite été réalisé depuis un an au sein du COREVIH IdF centre avec l'appui de l'ARSIF, de la DGS et en contact avec le bureau compétent de la DGOS et en concertation avec certains généralistes impliqués dans les prises en charge en ville, en Ile de France et en régions. Le but est de proposer un protocole à la HAS qui autoriserait, dans certaines conditions, avec un cahier des charges très précis encadrant la collaboration (sous forme de délégation de la primo prescription des ARV du médecin hospitalier au médecin de ville), sur un mode volontaire pour les médecins et les patients et avec un suivi évaluatif strict. Mais une expertise juridique récemment rendue par la division compétente de la DGS conclue à la non-conformité juridique du contournement de l'AMM par un protocole de collaboration qui n'empêcherait pas ces prescriptions d'être hors-AMM.

Le groupe précise que les besoins et les possibilités d'un déploiement de prescriptions en ville sont sans doute très différents selon les régions. En Languedoc-Roussillon, une réflexion est en cours pour le renouvellement des ARV en ville, sans intégrer l'option de la primo prescription et la question de la sortie des ARV de l'enveloppe SNIR a été évoquée comme un autre obstacle à surmonter. En Ile de France, l'ARS tient absolument à trouver une solution pour permettre aux projets de centre de santé de ville en projet ou existants de prescrire les ARV et d'éviter d'avoir à faire suivre les personnes en double, hôpital et centre.

La DGS va de nouveau rencontrer les groupes compétents de l'AFSSAPS pour trouver des solutions et reviendra vers le groupe

#### **6) Evolution des rapports d'activité des COREVIH :**

Les définitions des missions des COREVIH, en particulier sur la coordination et la qualité, sont assez générales. Le plan VIH-IST a toutefois précisé, au sein de ces missions générales et sans sortir du cadre fondateur, un certain nombre d'actions pour lesquelles les COREVIH peuvent/doivent être co-pilotes, voire pilotes, et ainsi atteindre l'objectif d'amélioration de la qualité des pratiques et de valorisation de la coordination qu'ils réalisent.

Cette évolution doit être accompagnée par une adaptation des rapports d'activités, avec l'introduction de nouveaux indicateurs quantitatifs mais il s'agit également de renforcer l'approche qualitative du suivi de l'action des COREVIH même cette dimension est plus difficile à traduire. Un suivi de la mise en œuvre de certaines des recommandations du groupe d'experts, et ainsi des bonnes pratiques cliniques, est typiquement une mission que les COREVIH devraient pouvoir remplir au-delà de ce qu'ils font déjà dans ce champ par

leur contribution à la FHDH. Il ne s'agirait pas d'imposer à tous les COREVIH les mêmes priorités mais de leur proposer de définir avec leur ARS des choix dans une palette d'actions de suivi.

Un sous-groupe de travail ad hoc est mis en place sous la responsabilité de Christophe Michon et William Vézinet comprenant :

E Rouveix, M.Mary-Krausse, JM Polesel, MF D'Acremont, V. Tirard-Fleury, D.Lacoste, A. Dumont et F. Pilorge, J.L. Ecobichon.

Ce groupe se réunira le 6 février prochain.

**7) Questions Diverses :**

- Le guide de remplissage du DOMEVIH est diffusé par l'ATIH aux ARS et aux COREVIH.
- Une saisine de l'IGAS pour un audit sur les financements des COREVIH a été demandée par Mme Podeur.
- Une discussion pourra être engagée dans un deuxième temps sur un « règlement cadre » ou « feuille de route » du groupe de travail en fonction de l'avancée du règlement intérieur du comité national de pilotage du plan VIH, dont dépend ce groupe de travail.

**La prochaine réunion du groupe de travail national est fixée au 6 juin (14h/17h) salle 304.  
Le sous-groupe « évolution des rapports d'activité » se réunira le lundi 6 février de 14h à 17h salle  
0242R**