

**MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**

Direction générale de l’offre de soins Direction générale de la santé

Sous-direction de la régulation de l’offre de soins Sous-direction prévention des risques infectieux

Bureau R4 : prises en charge post-aigues, Bureau RI2 : infections par le VIH, IST et hépatites

Pathologies chroniques et santé mentale

Synthèse de la réunion du groupe de travail national (GTN) des COREVIH

du 27 septembre 2013.

|  |
| --- |
| **Participants :** M. COIPLET (DGARS Corse), Mme Magali FAURE (COREVIH Languedoc-Roussillon), Dr Denis LACOSTE (SFLS), Mme Servane ESPOSITO (COREVIH Aquitaine), Mme Murielle MARY-KRAUSE (INSERM U943), Mme Josiane PHALIP-LE BESNERAIS (COREVIH IDF Est), M. Frederic BOUHIER (AIDES), M. Jean-Marc POLESEL (COREVIH PACA Ouest Corse), M. Jean-David BOST (UNALS),Pr Elisabeth ROUVEIX et M. Jean-Luc ECOBICHON (COREVIH IDF OUEST), Dr Thierry MAY (COREVIH Lorraine Champagne-Ardenne), Mme Audrey BLATIER (COREVIH Pays de Loire), Dr Véronique TIRARD-FLEURY et Mme Maia NEFF (DGS/SDRI/RI2), M. Gérald ASTIER et Dr Dominique MARTIN (DGOS/SDR4).  |

La réunion de ce jour a suivi l’ordre du jour prévisionnel établi en concertation avec le groupe.

**1/ Charte ARS/COREVIH :** Le groupe de travail national des COREVIH a travaillé en 2012 sur un projet de charte ARS/COREVIH qui a été validé par la sous-direction R de la DGOS et présenté par Monsieur Coiplet aux DGARS début 2013. La réaction des directeur généraux a été unanime sur la qualité de ce document qui est bien dans l’esprit du plan national : les COREVIH sont bien des partenaires privilégiés des ARS pour la politique de prévention et de lutte contre le sida/VIH. Le document n’est donc pas globalement mis en cause dans son principe ; mais les réactions et l’intérêt des directeurs varient suivant la prévalence du sida dans leurs régions, ainsi que les priorités régionales de santé publique qui se dégagent des Projets Régionaux de Santé. Certains préfèrent aborder le sujet sous l’angle du parcours des maladies chroniques plutôt que de cibler les actions par pathologie, voire ont une option d’approche populationnelle (ex : évoquer les enjeux de la santé affective et sexuelle des jeunes..ou de telle population). Ils proposent dans certains cas d’élargir la thématique aux hépatites. Les DG des régions les plus concernées se disent plutôt partants pour une formalisation (considérée comme utile) assez souple des coopérations pouvant être ajustée. A ce jour, il semblerait selon Mr COIPLET qu’aucune charte n’ait été encore signée. La version finale actuelle de ce document, validée par la sous-direction R de la DGOS, n’a été diffusée qu’aux DGARS dans l’attente de la réunion de ce jour et du retour de M. Coiplet.

 La discussion permet de conclure que ce document très généraliste est utile pour la reconnaissance des COREVIH comme instance consultative, il devrait également soutenir les COREVIH ayant peu de relation avec leur ARS, il doit être homogène au niveau national, et donc assez généraliste comme il est. La possibilité pour les régions d’inclure des avenants, peut être envisagée mais il ne faut pas en mésestimer l’impact pour les COREVIH. La charte ne doit pas être coercitive et ne pas inclure de données sur le financement. Le groupe propose qu’un message soit soumis au secrétariat général pour diffusion de ce document aux ARS (DG et référents) et aux COREVIH pour recueillir leurs réactions, avis et propositions. La DGOS soumettra à Monsieur Coiplet un projet de message pour le secrétariat général dans ce sens. L’objectif étant de donner un signal national pour promouvoir la signature de ce document dans les régions, avec l’accord des deux parties (ARS et COREVIH). La présentation lors des réunions de référents ARS a également été évoquée. Parallèlement, il serait important d’inviter COREVIH et ARS connaissant de bonnes relations, de se retrouver autour de ce document pour l’ajuster au besoin afin de l’adopter. Ainsi, en complément du signal fort provenant du secrétariat général, ce second signal venant du terrain pourraient assurer la promotion de cette charte, mettre en lumière sa pertinence, ce qui en faciliterait certainement sa généralisation.

**2 / Rapport d’activité des COREVIH**

Comme prévu, la maquette du rapport d’activité des COREVIH a été diffusée aux trois COREVIH testeurs (Haute Normandie, PACA ouest et Aquitaine) en août. Ceux–ci ont fait remonter leur remarques qui ont permis au prestataire de faire évoluer le support informatique.

Le rapport a été adressé aux coordonnateurs des COREVIH volontaires le 18 septembre afin qu’ils puissent saisir le RA 2012. La date limite est fixée à fin octobre. A ce jour les COREVIH n’ont pas commencé la saisie de leur rapport 2012.

Afin d'éviter le risque de confusion pour la saisie des données, un seul code a été donné aux coordonateurs. Il a été évoqué la possibilité d'attribuer un code pour permettre par ailleurs aux membres concernés du COREVIH d'avoir un accès en lecture de ce qui est saisi ce qui est important du fait que le RA doit être validé par les instances du COREVIH avant envoi aux institutionnels.

Comme prévu, la DGOS a interrogé CERCHL pour clarifier la procédure à suivre pour la saisie du RA par plusieurs membres du COREVIH. Voici la réponse  : *« Si le référent RA souhaite déléguer une partie du remplissage du rapport à une tiers personne (DAF, Président, …) il lui suffit de réaliser un export Excel ou PDF du questionnaire et de le transmettre aux personnes concernées. ».* L’assistance PIRAMIG reste à la disposition des COREVIH pour toute question technique à l’adresse assistance@piramig.fr.

**3/ Bilan à mi parcours du plan VIH/IST 2010-2014 (présentation DGS)**

 Le bilan à mi-parcours est réalisé en vue de sa présentation au prochain comité plénier du plan VIH/IST. Il sera complété par un avis du CNS en fin d’année et une évaluation finale par le Haut Conseil de la Santé Publique.

Ce bilan comporte deux niveaux d’analyse :

* un suivi global des cinq axes et des actions pour les populations prioritaires
* un focus sur certaines régions : PACA ouest, Franche-Comté et sur deux thématiques : lutte contre les discriminations, prises en charge sociales, professionnels auprès des HSH et migrants.

Un questionnaire a été adressé aux ARS (retour début octobre) pour faire le point sur le déploiement régional du plan (gouvernance, communication, actions, liens avec les COREVIH. Cette circulaire n’a pas été adressée aux COREVIH mais, ceux-ci peuvent le demander à leur ARS et une réponse concertée est utile. Les directions, sous-directions pilotes d’actions et les agences sont également interrogées. Ces éléments méthodologiques seront présentés au comité restreint de suivi du plan.

**4/ Financement des COREVIH**

 Ce point a été mis à l’ordre du jour suite à une lettre collective réunissant plusieurs COREVIH évoquant que le passage des financements des COREVIH dans le FIR permet dans certains cas de clarifier les situations mais pose également quelques difficultés de mise en œuvre et certains COREVIH voient leur dotation diminuer fortement. En effet, les ARS disposent désormais avec le FIR de plus de liberté d’affectation des crédits de la MIG COREVIH au plus prés des situations locales.

La discussion porte ensuite sur la nécessité d’avoir un suivi transparent des crédits affectés par les ARS et ce d’autant plus maintenant que le FIR est mis en œuvre. La DGOS précise que l’accès pour elle à la traçabilité des crédits est plus complexe maintenant qu’auparavant (plus dans ARGUS). Par contre, M Coiplet précise qu’il existe un suivi par le secrétariat général des crédits attribués par les ARS au sein du FIR (rapport d’activité soumis au parlement). C’est donc l’accès à cette information et à ce suivi qui permettrait éventuellement au GTN des COREVIH de travailler sur ce sujet. Par ailleurs, les rapports d’activité dont la partie financière est remplie par les directions financières des établissements sièges, permettront également de renforcer cette visibilité.

La question de l’extension des missions des COREVIH est abordée. Il est précisé que la décision ne peut revenir à ce groupe technique. D’autre part, évoquer un thème d’extension des missions des COREVIH comme la santé sexuelle ou les hépatites est insuffisant pour une quelconque décision. Il s’agit, si la décision d’étendre les missions des COREVIH était mise à l’agenda politique, de voir concrètement et précisément ce que cela implique pour les 3 missions déjà décrites au sein du décret. L’exemple donné du COREVIH Pays de Loire est particulier puisqu’il s ‘agit d’un excédent du budget du COREVIH remis à l’ARS et affecté à un réseau de santé sexuelle.

Il appartient donc aux COREVIH :

- De mettre en valeur leur activité au regard de la définition des missions qui leur sont confiées par les textes et telles que définies par le guide MIGAC 2013

- D’engager sur ces bases un processus de concertation avec les directeurs d’hôpitaux sièges et les ARS.

Le rapport d’activité a été précisément élaboré en cohérence avec ces trois missions pour permettre aux COREVIH de valoriser leur activité dans ces domaines sur la base d’une standardisation.des principaux items, de manière à préserver une lisibilité nationale.

**5/ Relations avec l’industrie pharmaceutique** :

Afin de définir des règles communes et de garantir le respect des engagements, la transparence et les règles déontologiques et de droit, les coordinateurs de COREVIH ont engagé une réflexion pour établir un document formalisé concernant les principes et modalités de leur relation avec l’industrie pharmaceutique. Ce document a été proposé à l’ensemble des COREVIH avec un questionnaire sur l’intérêt d’une telle démarche. 14 COREVIH sur 28 ont répondu au questionnaire. Certains documents existent déjà et le groupe de travail national pourrait s’associer à cette réflexion avec l’appui des services juridiques et intervenants extérieurs autorisés.

**6/ Journée nationale des COREVIH** :

Elle aura lieu le 23 octobre en amont de la rencontre SFLS. La DGOS a été invitée pour participer à cette rencontre. Le cadre et le sujet de son éventuelle intervention (qui sera préparée conjointement avec la DGS) est en discussion avec la SFLS.

**La prochaine réunion du groupe de travail national est fixée au :**

**Mardi 17 décembre (13h30- 16h30 salle 0304R)**

**au ministère des affaires sociales et de la santé - 14 avenue Duquesne – Paris 7ème**