

**MINISTERE DU TRAVAIL, DE L’EMPOI 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 des COREVIH

du 22 novembre 2012.

|  |
| --- |
| **Participants :** Dr Marie-France D’ACREMONT (ARS IDF chef de projet VIH/SIDA), M. Jean-David BOST(UNALS), Mme Magali FAURE (COREVIH Languedoc-Roussillon), Dr Denis LACOSTE (SFLS, COREVIH Aquitaine), Mme Murielle MARY-KRAUSE (INSERM U943), Mme Josiane PHALIP-LE BESNERAIS (COREVIH IDF Est), M. Fabrice PILORGE (AIDES), M. Jean-Marc POLESEL (COREVIH PACA Ouest Corse), Dr Christine GREFFIER (DPM APHP), M Marc DIXNEUF (SIDACTION), M. Thierry MAY (COREVIH Lorraine Champagne-Ardenne), M. Stéphane ARCHAMBAULT (DGOS/USID), Dr Véronique TIRARD-FLEURY (DGS/SDRI/RI2), M. Gérald ASTIER et Dr Dominique MARTIN (DGOS/SDR4). |

**- Approbation du CR de la réunion du 6 juin2012 :** ce document a fait l’objet de plusieurs échanges en amont, a été adressé aux COREVIH et est approuvé par l’ensemble des participants.

**-Retours sur la synthèse nationale des rapports d’activité 2011 et la journée nationale des COREVIH du 24 octobre 2012 :** Présentation des grandes lignes de la synthèse des rapports d’activité et des questions qui se posent sur les résultats de la synthèse :

* Comment **simplifier/clarifier/compléter ces rapports** qui sont très hétérogènes sans en perdre la richesse ? La nouvelle présentation sous forme d’**observatoire** devrait permettre de répondre à certaines de ces interrogations en allégeant le travail des COREVIH et en simplifiant le recueil des informations sous un format plus standardisé. Une discussion s’engage sur les **données épidémiologiques complémentaires** qui pourraient être introduites dans ce rapport : en effet, pour F. Pilorgé, il manque actuellement des informations concernant par exemple la prévention et le dépistage ou certaines actions (ces données n’existent pas dans le DOMEVIH mais parfois dans d’autres logiciels : l’INSERM fait remarquer qu’il ne faut pas risquer de défavoriser ceux qui n’ont pas ces logiciels). Il est important de sélectionner les données épidémiologiques nécessaires et savoir à quoi elles servent pour les COREVIH : ainsi la DGS propose de structurer les fiches action du rapport en incluant une question sur ces données utilisées pour l’action ce qui permettra d’identifier les zones où elles manquent. M. Faure signale qu’il existe des interrogations dans les COREVIH sur la réalité des liens des actions qu’ils réalisent par rapport aux données épidémiologiques. F Pilorgé propose d’utiliser l’argent excédentaire qui reste dans certains COREVIH en 2012, et à propos duquel environ huit structures ont contacté l’association AIDES, pour financer le travail sur ces nouvelles données. M Mary-Krause s’interroge sur l’utilité de la base FHDH si le ministère n’utilise pas toutes les données : D. Lacoste rappelle donc l’importance du travail de recherche effectué sur cette base, travaux qui sont même utiles pour les pôles auxquels sont rattachés certains COREVIH car comptabilisés dans les travaux comptant pour l’attribution des MERRI.
* Comment donner plus de **visibilité aux budgets** ? Il est important de bien structurer ces informations dans le nouveau modèle afin qu’elles soient saisies sous la responsabilité des directions des affaires financières (DAF) des établissements sièges. A propos de la lisibit**é** des budgets, F Pilorgé rappelle que les COREVIH constituent un enjeu financier dont le coût de 18,5 M€ souvent critiqué par d’autres acteurs de la santé.
* Comment **mieux équilibrer les équipes** en regard des missions des COREVIH ? Ainsi il est noté que, comparé aux autres structures de coordination, les COREVIH ont un budget conséquent consacré aux TEC ce qui peut impacter la partie consacrée à la mission de coordination et à la mission d’amélioration de la prise en charge globale des PVVIH. La DGS insiste sur la nécessité de bien isoler dans le rapport d’activité les financements qui ont trait à l’activité des TECet servent donc à la mission 3 et aux activités de recherche pour en asseoir la visibilité. La non identification claire et spécifique de ce budget peut induire que les COREVIH, trop souvent encore connus pour leur unique mission de coordination des acteurs, paraissent consommer beaucoup de crédits par rapport à d’autres structures de coordination ou de démocratie sanitaire.
* Quelle **coordination pour les COREVIH** "Suite à la journée du 24 octobre à Marseille, le groupe évoque la question soulevée d'une éventuelle coordination nationale des COREVIH. D. Lacoste rappelle que la SFLS a fait une proposition dans ce sens mais qu’il manque peut être une « instance supérieure » de coordination. Il rappelle qu’il y a un problème d’information descendante dans les COREVIH et que cela doit être discuté dans les COREVIH eux-mêmes. V. Tirard Fleury précise que les discussions sur ce sujet lors de la journée SFLS à Marseille démontraient que l’objectif de coordination nationale n’est pas encore mûr. Par contre, il conviendra de travailler sur la question de la représentativité du groupe de travail national qui a également été soulevée à Marseille. La SLS **devrait apporter des proposit**ions à la DGOS et à la DGS pour une meilleure diffusion des informations au sein des COREVIH et un fonctionnement des divers groupes de travail nationaux permettant un véritable rôle de porte –parole des membres et un lien accru avec l’ensemble des COREVIH. Il est précisé que la même question se pose pour les ARS présentes au sein de ces groupes/comités. La question se pose d’une « journée nationale des COREVIH » comme il y en a eu en 2006 et il est rappelé que la SFLS organise déjà une journée annuelle pour les présidents.
* MF d’Acremont insiste sur l’importance de **valoriser la synthèse** des rapports d’activité et de favoriser les échanges entre COREVIH sur les exemples d’actions ; elle s’interroge sur le travail national à effectuer à partir de cette synthèse. F. Pilorgé annonce que la diffusion de la synthèse a déjà commencé et qu’il est important de capitaliser les actions des COREVIH : V. Tirard-Fleury rappelle que c’est a priori l’objectif de la BAO de la SFLS. La DGS et la DGOS confirment la continuité de leur engagement et de leur collaboration pour poursuivre l’analyse des rapports d’activité des COREVIH dans l’avenir

La synthèse des rapports d’acticité 2011 a été adressée aux présidents et coordonnateurs des COREVIH et mise sur le site du ministère de la santé : elle est donc accessible et ouverte à une large diffusion par tous les acteurs. M. Dixneuf insiste sur la nécessité d’accompagner la diffusion de cette synthèse et adressera une proposition de message d’accompagnement. Pour JM Polesel chaque COREVIH devrait accompagner la diffusion de la synthèse d’une analyse permettant de se situer par rapport à la synthèse nationale. Ceci, plutôt difficile à faire à l’heure actuelle, devrait être facilité par la mise en place de l’observatoire.

* La **période de test** de 2013 permettra de clarifier le circuit de **remontée des rapports d’activité**. Pour les COREVIH volontaires qui participeront à cette phase de test sur le rapport d’activité 2012 il est confirmé qu’ils n’auront pas à ressaisir les données déjà saisies dans la maquette et n’auront à faire remonter que les informations complémentaires concernant leurs actions et qui ne seraient pas encore décrites dans les premières fiches action. En 2014, ces COREVIH n’auront qu’à mettre à jour et compléter les données déjà saisies en 2013. JM Polesel confirme que quelques COREVIH restent mobilisés sur le travail sur le nouveau rapport d’activité.

Discussion sur les **perspectives** : D. Lacoste s’interroge sur l’avenir des COREVIH en particulier avec la fin du plan. Il est rappelé que la politique de santé du ministère va bien au delà des plans et que la participation des COREVIH à la coordination des acteurs régionaux sur le VIH reste d’actualité. L’avenir des plans n’est pas garanti et la politique du ministère de la santé se traduira probablement plutôt par des axes stratégiques comme (peut être) les jeunes, la précarité, la santé mentale et le cancer (éventuellement inscrits dans une future Loi de santé publique).

En conclusion de la réunion et pour illustrer d’une part les **travaux en cours sur l’observatoire** et d’autre part les possibilités ouvertes par les observatoires, V Tirard Fleury présente la proposition de structure « générique » de la fiche action établie par rapport aux mesures du plan VIH (ex : pec en ville : coordination, amélioration des pratiques, données utilisées , moyens mobilisés ..) et S. Archambault présente le modèle d’observatoire et des requêtes possibles.

F. Pilorgé propose de relancer le travail sur la **charte** **ARS/COREVIH** : celle-ci est actuellement dans les mains de M Coiplet (DGARS de Corse) qui devrait la soumettre au comité des DGARS. L’ARSIF informe le groupe qu’un travail de recherche est actuellement en cours concluant à la nécessité d’inscrire plus d’engagements des COREVIH dans ce texte. Par ailleurs le COREVI Aquitaine a informé l’ARS de l’existence de ce document.

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

**jeudi 14 février 2013 (14h/16h30 salle -1401R )**

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