

# Les COREVIH en Île de France : rôle et fonctionnement

(avril 2007)

## I. Description générale du Comité de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

### 1. Définition

Le COREVIH est une organisation territoriale : la région est généralement le territoire de référence sauf dans certains contextes, notamment les régions Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur (respectivement 5 et 2 Corevih par région), les régions Corse, Poitou Charente, Limousin, Champagne Ardennes (1 Corevih pour 2 régions), et l'interrégion Sud Est (3 Corevih pour les régions Auvergne et Rhône Alpes) .

C'est la réunion de tous les acteurs de la lutte contre le Sida qui assurent collectivement la prise en charge globale des personnes séropositives et la lutte contre l'infection à VIH en général.

### 2. Missions

Le COREVIH a 3 missions principales, décrites dans le décret du 15 novembre 2005 :

#### **1- La coordination**

Coordonner, c'est :

- favoriser la circulation de l'information,
- mettre en cohérence les actions respectives de chacun des acteurs.

Ce n'est pas faire à la place de...

- le COREVIH n'est pas un opérateur direct, c'est à dire qu'il n'a pas vocation à mener lui même des actions sur le terrain,
- il représente équitablement l'ensemble des acteurs sans positionnement hiérarchique entre eux.

#### **2- Le recueil et l'analyse des données**

- Une base de données spécifiques, appelée communément le DMI2<sup>1</sup>, permet de disposer d'informations médico-économiques, mais ce système connaît actuellement des limites (recueil non exhaustif, délai de disponibilité des résultats ...)
- D'autres données sont disponibles : InVS, Sida Info Service, Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), structures extra hospitalières, enquêtes associatives, d'autres sont à analyser (base PMSI<sup>2</sup> des établissements de santé).

---

<sup>1</sup> DMI2 : logiciel propriété du Ministère de la santé, utilisé pour le recueil de données hospitalières françaises sur l'infection par le VIH. Base de données gérée par l'unité U720 de l'INSERM en lien avec l'ATIH. Cohorte hospitalière ouverte, multicentrique ayant inclus des patients à partir de 1989.

<sup>2</sup> PMSI : outil médico-économique d'analyse de l'activité des établissements hospitaliers. Il s'agit d'un programme de médicalisation des systèmes d'information. Chaque séjour (hospitalisation complète et séjour de moins de 24 heures) fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé permettant le classement en groupes homogènes de malades. La catégorie majeure de diagnostic 25 (CMD 25) regroupe tous les codes relatifs à l'infection par le VIH. Des limites sur l'exhaustivité et la fiabilité des données sont possibles.

C'est à partir des données recueillies sur le territoire, analysées et discutées que chaque COREVIH se questionnera et établira un diagnostic partagé de la situation locale, afin de réfléchir et de proposer les réponses les plus adaptées.

### **3- L'amélioration de la qualité des pratiques et l'harmonisation**

C'est un travail collectif basé sur la confrontation et les échanges de pratiques, l'évaluation de celles-ci et l'harmonisation des protocoles et procédures.

C'est également la recherche clinique.

Quelques exemples :

- le dépistage,
- le suivi des personnes co-infectées par les virus des hépatites,
- les modalités de l'annonce,
- les stratégies de suivi des perdus de vue,
- le soutien et l'accompagnement ...

### **3. Fonctionnement**

Selon le décret ministériel du 15 novembre 2005 et la circulaire du 19 décembre 2005, chaque établissement de santé qui prend en charge des patients est rattaché à un COREVIH et l'ensemble des acteurs de la lutte contre le Sida sont ou peuvent être associés aux COREVIH, soit en étant représentant de leur catégorie comme membre du COREVIH soit en participant aux activités d'un de ses groupes de travail, soit en étant informé des activités du Comité.

La taille du COREVIH est compatible avec sa mission de coordination, le nombre d'acteurs et la taille de la file active.

Le COREVIH est composé de 30 membres titulaires au plus, pour un mandat de 4 ans, qui se répartissent en 4 collèges :

- **Collège 1** : représentants des établissements de santé, sociaux et médico sociaux
- **Collège 2** : professionnels de santé et de l'action sociale
- **Collège 3** : des représentants des malades et des usagers du système de santé
- **Collège 4** : des personnalités qualifiées

L'arrêté ministériel du 4 octobre 2006 a précisé les modalités de nomination des catégories d'acteurs. La nomination des représentants au sein des COREVIH fait l'objet d'une large concertation au sein des catégories. Il y a donc un enjeu fort pour veiller à l'implication des associations de malades ou de soutien et des acteurs extra hospitaliers, représentant les différents domaines (prévention, dépistage, soutien et accompagnement).

Le COREVIH installe un bureau élu « pluriel » composé au maximum de neuf membres, dont un président et un vice président. Le bureau comprend au moins un membre des trois premières catégories citées ci-dessus.

Le COREVIH tient au moins 3 réunions plénières par an dont au moins une en présence des DDASS, DRASS et ARH. Il choisit librement le nombre et les thèmes des réunions supplémentaires.

Il dispose d'un circuit d'information efficace : internet, liste de diffusion...

Le COREVIH est autonome, mais reste en lien avec son environnement : services déconcentrés, conseils généraux, assurance maladie, Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS), réseau des Comités Départementaux d'Education pour la Santé (CODES).

Chaque COREVIH sera tenu de publier un rapport annuel d'activité dont une circulaire devra prochainement définir les principaux contenus.

En Île de France, un accord de principe a été obtenu pour la création d'un « inter COREVIH » pour travailler sur des sujets transversaux comme les soins de suite, la précarité...

#### **4. Processus de désignation des membres du COREVIH**

A l'issue du processus (pilote par la DRASS) d'information des acteurs qui ont vocation à intégrer les COREVIH et de concertation par catégorie, une proposition sera faite au préfet de région pour les nominations, après consultation pour avis des ARH et DDASS.

Sont actuellement sollicitées pour formuler ces propositions, les différentes instances représentatives :

- les ex CISIH
- les fédérations hospitalières pour les établissements de santé,
- pour les professionnels de santé et de l'action sociale : les instances en établissement de santé, en libéral l'URML et les instances représentatives pour les professionnels non médicaux,
- pour les réseaux, le Comité National des Réseaux et localement, le CORESIF, l'ARH, les services déconcentrés ( DRASS et DDASS),
- pour les usagers : les associations agréées des malades et des usagers du système de santé.

#### **5. Les moyens**

Il est important de souligner tout d'abord que les moyens dont il s'agit ici sont ceux spécifiquement dédiés à la réalisation des missions propres aux COREVIH et ne sont pas à confondre avec les moyens de la prise en charge des patients.

La réforme s'effectue dans le cadre de l'enveloppe MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Des moyens existent déjà, sous la forme d'enveloppes fléchées antérieurement attribuées aux CISIH. Les moyens mis en œuvre sont, pour chaque COREVIH, au minimum, un local identifié, un temps de secrétariat, un temps administratif et/ou médical de coordination, du temps de technicien d'études cliniques (TEC).

A ces moyens existants, il sera nécessaire, le cas échéant, d'ajouter de nouveaux moyens pour répondre aux nouvelles missions des COREVIH : un travail plus important de coordination en raison du plus grand nombre d'acteurs, une plus grande activité d'information, l'animation d'un site internet...

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a proposé un modèle afin d'évaluer les moyens nécessaires au fonctionnement de chaque COREVIH. Ce modèle de calcul des moyens alloués à chaque COREVIH se fonde sur la dotation de base nécessaire aux missions de coordination. Il comprend les données suivantes :

- 0.3 ETP administratif ou médical de coordination

- 1 ETP de secrétariat
- 2 ETP de techniciens d'études cliniques
- 1 ETP adjoint des cadres hospitaliers

A ces charges de personnel est ajouté un montant permettant de couvrir les charges de « structures » à hauteur de 30% du total des charges de personnel.

A partir de cette base, une augmentation des moyens est calculée en fonction de l'importance de la file active suivie par le COREVIH. Les données des ex CISIH sont regroupées selon la configuration des COREVIH. Au-delà de 750 patients suivis, le financement correspondant à 1 équivalent de poste de TEC est ajouté aux établissements concernés, par tranche de 500 patients.

Ainsi, au titre d'exemple, un COREVIH suivant une file active de 3250 patients se verra attribuer 5 emplois de TEC supplémentaires :

$3250-750= 2500$ $2500/500= 5$
--------------------------------

Les moyens supplémentaires éventuels sont attribués en fonction du décalage entre cette dotation théorique et la dotation réelle.

## II. Le rôle des services de l'Etat

Les services de l'Etat ne sont pas membres des COREVIH mais ont un rôle dans leur installation et dans la nomination de leurs membres. Une fois les COREVIH constitués, ils participeront à leur animation et seront nécessairement présents à l'une des trois réunions annuelles du COREVIH. Ils veilleront à l'articulation des activités des COREVIH avec les politiques régionales de santé et d'hospitalisation - Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et Plan Régional Santé Publique (PRSP). Ils seront également à leur écoute, les COREVIH faisant remonter les expériences du terrain, les besoins et les questions.

Les services de l'Etat chargés de la santé s'organisent de la manière suivante :

- **L'administration centrale**, constituée par :
  - la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) qui coordonne la politique hospitalière, l'organisation des soins, les réseaux et qui pilote le dossier COREVIH (bureau E2, qualité et sécurité des soins en établissements de santé).
  - la Direction Générale de la Santé (DGS), chargée de la conception des politiques de santé publique et de l'élaboration et du suivi des plans nationaux « VIH/IST » et « hépatites » (bureau SD6A, lutte contre le VIH et les IST et bureau SD5A, développement des programmes de santé).
  - la Direction Générale de l'Action Sociale qui est notamment responsable des questions d'exclusion et d'handicap.
  
- Les **services déconcentrés**, dont le rôle est de mettre en œuvre les politiques nationales en les adaptant aux contextes locaux. Ils sont constitués par :

- les Directions Régionales des Affaires Sociales et Sanitaires (DRASS) en charge du pilotage des plans, des programmes et des schémas, mais également de la coordination et de l'animation.
- les Directions Départementales des Affaires Sociales et Sanitaires (DDASS) à qui incombent la gestion de proximité, le suivi des actions ainsi que le lien et la coordination avec les collectivités territoriales.

Les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), organismes régionaux de gestion des hôpitaux, sont des instances de coordination. Elles font appel aux services de l'Etat, reprenant les moyens existants des administrations déconcentrées du Ministère de la Santé (DDASS, DRASS, médecin inspecteur régional) et de l'Assurance Maladie (CRAM et échelon régional du contrôle médical). Le directeur de la DRASS et celui de la CRAM sont d'ailleurs les vice-présidents de l'ARH. Les ARH sont chargées de mettre en oeuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de déterminer leurs ressources.

- Les **agences** qui sont sous tutelle du Ministère de la Santé. Les agences concernées par le VIH/Sida sont :
  - l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique.
  - l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui est chargé de mettre en oeuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.
  - l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS), qui a pour objet l'animation, l'évaluation et la coordination des programmes de recherche sur l'infection par le VIH/sida, l'hépatite B et l'hépatite C dans tous les champs de la recherche.
  - l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) compétente sur tous les produits de santé destinés à l'homme : médicaments et matières premières, dispositifs médicaux, dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, produits biologiques d'origine humaine (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules, produits de thérapie génique et de thérapie cellulaire), produits thérapeutiques annexes, produits cosmétiques ...
  - l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui a pour missions la prise en charge des travaux concourant à la mise en oeuvre et à l'accessibilité aux tiers du système d'information commun Etat-Assurance maladie et la participation aux travaux relatifs aux nomenclatures de santé.

### III. Les COREVIH en Île de France

#### 1. Le cadre géographique

A l'issue d'une réflexion régionale sur l'organisation territoriale qui a pris en considération les différents besoins, les synergies existantes et la nature des files actives, l'implantation géographique des COREVIH a été définie puis fixée dans l'arrêté ministériel du 4 octobre 2006. La région Île de France est divisée en 5 COREVIH, avec les territoires de référence suivants :

- **Île de France centre (Pitié-Salpêtrière) :** Arrondissements 4, 11, 12, 13, 20
- **Île de France nord (Bichat) :** Arrondissements 16, 17, 18, 19. Territoires de santé : 95-1, 95-3 + Clichy, Levallois, Neuilly

- **Île de France sud (Henri Mondor) :** Arrondissements 1, 5, 6, 7, 8, 14, 15. Territoires de santé: 92-1, 94-1, 94-2 + Vincennes, St Mandé, Fontenay sous Bois
- **Île de France est (Saint Louis) :** Arrondissements 2, 3, 9, 10. Territoires de santé : départements 77, 91, 93 et 95-2
- **Île de France ouest (Ambroise Paré) :** Territoires de santé : départements 78, 92-2, 92-3 + Argenteuil, Bezons, Cormeilles en Parisis, Sannois

## 2. Les caractéristiques des COREVIH d'Ile de France

Dans le cadre de la mise en place des COREVIH, des données sur les files actives ont été collectées auprès de l'ensemble des établissements de santé, via les ex CISIH et les DDASS, afin de situer les niveaux d'activité et la répartition entre les établissements.

L'année de référence est 2005.

La file active est définie comme l'ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par un ou plusieurs membre des équipes soignantes, quels que soient le nombre et la durée des prises en charge.

Cette approche ne permet pas d'éliminer les doublons.

L'organisation interne des établissements est variable, certains renseignent la base de données DMI2 et d'autres non, et dans ce cas, les données sont déclaratives.

Les données sont manquantes pour quelques établissements non AP-HP.

A l'occasion de ce bilan, ont été également recensées les permanences associatives, mais ce recensement ne peut être considéré comme exhaustif à ce jour.

### **A. Données générales**

#### **▶ Une file active importante en Ile de France**

Sur la base des données du DMI2 et de l'enquête régionale, la file active totale en Île de France est de l'ordre de 40 915 patients infectés par le VIH, pris en charge dans 71 établissements de santé.

#### **▶ Une place prépondérante de l'AP-HP, cohérente avec les autres données**

Les établissements de l'AP-HP ont un rôle prépondérant et assurent le suivi des trois quarts des patients (30 913) suivis dans les 24 établissements de l'AP concernés. Ces données sont cohérentes avec celles de la base PMSI régionale puisqu'en 2005, on dénombre pour la catégorie majeure de diagnostic spécifique du VIH (CMD 25), 4676 séjours à temps complet dont 3326 ( 72 %) dans des hôpitaux relevant de l'AP-HP et 22 999 venues en hospitalisation de jour dont 75 % à l'AP-HP.

#### **▶ Une prise en charge qui concerne un nombre élevé d'hôpitaux généraux**

Sur ces 71 établissements, 24 dépendent de l'Assistance publique, 37 sont des établissements publics non AP-HP, 9 relèvent du statut de « participant au service public hospitalier » (PSPH), 1 est privé à but non lucratif.

## ► Des COREVIH hétérogènes

Le nombre et les types d'établissements hospitaliers sont répartis de façon très différente dans les 5 COREVIH de la région. Ce découpage est issu d'une réflexion régionale menée en 2005/2006 et qui a pris en compte la file active, les synergies existantes, les besoins...

Les COREVIH comptent en moyenne une dizaine d'établissements, à l'exception du COREVIH Centre qui n'en comporte que 5, dont 4 AP-HP avec de très importantes files actives et le COREVIH Est qui à l'inverse regroupent 27 établissements avec une large majorité d'hôpitaux publics non AP-HP aux files actives relativement modestes.

## B. Données par COREVIH

### ► *COREVIH Est (Saint-Louis) :*

Il recouvre le plus vaste territoire et enregistre la file active la plus élevée de la région IDF estimée à 11 012 patients (27% du total régional), dont la moitié pour les 5 établissements AP-HP.

Il comprend 27 établissements hospitaliers dont une grande majorité de non AP-HP (22), 4 AP-HP et 1 PSPH.

### ► *COREVIH Centre (Pitié-Salpêtrière) :*

Le COREVIH Centre est géographiquement très limité (5 arrondissements parisiens) et réunit 5 établissements (4 AP-HP et 1 PSPH) dont la Pitié-Salpêtrière qui représente la plus grande file active estimée de la région (4 200).

Il couvre 26% de la file active de l'Île de France (estimée à 10 565 patients) .

### ► *COREVIH Sud (Henri Mondor) :*

Il représente 21% de la file active estimée (9 116 patients) dont 93% AP-HP. Il comprend en effet une forte majorité d'établissements AP-HP (9 sur 13).

### ► *COREVIH Nord (Bichat-Claude Bernard) :*

Il regroupe 11 établissements dont une majorité d'hôpitaux publics non AP-HP ainsi qu'un hôpital privé à but non lucratif. Il représente 13% de la file active estimée en IDF (5 287 patients) dont 77 % AP-HP ( 2 établissements).

### ► *COREVIH Ouest (Ambroise Paré) :*

Bien que couvrant le plus grand territoire après le COREVIH Est, ce COREVIH enregistre la file active la moins élevée, avec une estimation de 4 635 patients, soit 11,3% de la file active de la région, Il comporte 14 établissements, majoritairement des établissements publics non AP-HP (9 publics non AP-HP et 2 PSPH). Les 3 hôpitaux AP-HP assurent le suivi de 40 % de cette file active.

### C. Les permanences hospitalières couvrent les établissements les plus concernés par la prise en charge

Diverses associations des malades et des usagers du système de santé, de soutien et d'insertion, d'hébergement assurent des permanences hospitalières.

Aides est l'association la plus présente et couvre 26 établissements. Vient ensuite Ikambéré qui est implantée dans 16 hôpitaux. Les autres associations qui interviennent sont essentiellement en soutien des personnes migrantes/étrangères (Uraca, HaitiDev, APA, Bondeko).

Ces permanences d'associations existent dans la plupart des établissements qui ont des files actives supérieures à 450. Treize établissements, essentiellement parisiens, bénéficient de plusieurs permanences associatives.

#### Le dispositif réglementaire :

##### Texte de base:

Décret 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection VIH

Décret 2007-438 du 25 mars 2007 modifiant le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

##### Textes d'application :

1- circulaire du 19/12/2005 relative à l'instauration des COREVIH

2- arrêté du 4 octobre 2006 (JO 3/11/06) relatif aux modalités de composition des COREVIH

3- arrêté du 4 octobre 2006 (JO 3/11/06) relatif à l'implantation des COREVIH

4- circulaire DHOS/E2/DGS/SD6A/2007/25 du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des COREVIH

Des informations complémentaires peuvent être recueillies sur des sites aux adresses internet suivantes :

Site internet du Ministère de la santé et des solidarités :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/corevih/accueil.htm>

DRASSIF :

<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/corevih3.pdf>

Site du Conseil National du Sida (CNS) :

[www.cns.sante.fr](http://www.cns.sante.fr)

Site de l'Agence Nationale de la Recherche sur le Sida (ANRS) :

[www.anrs.fr](http://www.anrs.fr)

Site du GIP ESTHER pour la coopération Nord/Sud dans la lutte contre le VIH/Sida :

[www.esther.fr](http://www.esther.fr)

Site de l'Institut de veille sanitaire (InVS) :

[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

*Site des associations (sont ici cités les sites des associations présentes au comité de suivi national des COREVIH) :*

Site de l'association Sidaction :

[www.sidaction.org](http://www.sidaction.org)

Site de l'association Aides :

[www.aides.org](http://www.aides.org)

Site de l'association Act up :

[www.actupparis.org](http://www.actupparis.org)

Site de l'Union Nationale des Associations de Lutte contre le Sida (UNALS) :

[www.unals.org](http://www.unals.org)

Site de la Société française de lutte contre le sida (SFLS) :

[www.sfls.aei.fr](http://www.sfls.aei.fr)

*Site des COREVIH et ex CISIH :*

COREVIH Ouest parisien :

<http://corevih-idf-ouest.aphp.fr>

COREVIH Nord parisien :

<http://corevih-idf-nord.aphp.fr>

CISIH Est parisien :

[www.cisih-paris-est.ap-hop-paris.fr](http://www.cisih-paris-est.ap-hop-paris.fr)