

# Organisation des soins et infection par le VIH

Le dispositif de soins doit tenter de répondre aux nouveaux enjeux de l'épidémie de l'infection par le VIH/Sida en France. Ces enjeux se modifient au cours du temps de la même manière que l'environnement réglementaire évolue. Il a semblé important en 2008 de faire le point sur la mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) qui se sont substitués aux centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), mais aussi de souligner les difficultés auxquelles sont confrontés les cliniciens : en hospitalisation de plus de 48 heures, en hospitalisation de jour, dans les structures de soins de suite. Enfin, il a paru incontournable de traiter du rôle et place de la médecine de ville en matière de VIH.

De nombreux textes, circulaires, arrêtés, sont parus depuis deux ans ; ils sont présentés dans l'encadré 1.

## COREVIH

### Contexte de la réforme

Afin d'adapter l'organisation des soins des patients infectés par le VIH aux caractéristiques actuelles de l'épidémie, le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 a instauré les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) qui se sont substitués aux centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) mis en place par lettre de la direction des hôpitaux (DH) en juin 1988. Ce décret a été complété par un dispositif réglementaire précisant les modalités de mise en place et de fonctionnement de ces comités (*voir Annexe 2*).

Ces comités ont comme objectifs de favoriser la continuité des soins en améliorant le lien entre le secteur hospitalier et extrahospitalier ainsi que l'implication des associations de malades et d'usagers du système de santé. Les COREVIH ont donc un rôle à jouer dans la réponse aux enjeux de la lutte contre l'épidémie du VIH :

- mettre en adéquation l'organisation de la prise en charge et les caractéristiques des patients en fonction des besoins identifiés ;
- améliorer le lien entre la prévention, le dépistage, le soin, la prise en charge hospitalière et extrahospitalière ;
- améliorer la prise en charge globale et la qualité de vie des patients aux différents stades de la pathologie, dans une approche pluridisciplinaire et interprofessionnelle ;
- garantir une équité de prise en charge à la fois pour la qualité des pratiques professionnelles et pour l'accès aux soins ;
- positionner, au niveau régional, le COREVIH comme un acteur important de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'épidémie du VIH en développant les interactions avec les agences régionales d'hospitalisation, les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS).

Ces comités ont pour missions de :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médicosociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH (cohorte DMI2).

Afin de rassembler les acteurs de la lutte contre le Sida nécessaires à l'accomplissement de ses missions, les COREVIH sont composés d'au plus 30 membres titulaire et de 60 suppléant issus de quatre collèges : des représentants des établissements de santé, sociaux ou médicosociaux ; des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale ; des représentants des malades et des usagers du système de santé et des personnes qualifiées.

### **Encadré 1. Nouveautés en matière de textes réglementaires dans le domaine de l'infection par le VIH**

Depuis 2006, un certain nombre de textes réglementaires ont été diffusés. Ceux-ci ont été rédigés dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations du groupe d'experts destinées aux pouvoirs publics, mais également pour conforter la légitimité des actions réalisées sur le terrain depuis plusieurs années par des acteurs de santé. Pour plus de lisibilité les textes sont groupés par thématique

#### **Thématique migrants/étrangers**

- *Circulaire du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le VIH dans les établissements de santé.* Cette circulaire a pour objectif de présenter une synthèse des principaux dispositifs facilitant l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins pour les publics migrants/étrangers infectés par le VIH en situation de vulnérabilité. Quelques informations pratiques sont délivrées en direction des services de maladies infectieuses et vers tout service hospitalier accueillant une population migrante/étrangère.
- *Circulaire du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et des IST en direction des patients migrants/étrangers.* Cette circulaire précise les orientations prioritaires du programme national de lutte contre le VIH/Sida en direction des migrants/étrangers vivant en France. De plus, elle présente la réactualisation des données épidémiologiques propres à cette population et confirme les difficultés d'accès et la carence en offre de soins dans les pays en voie de développement.

#### **Thématique COREVIH**

- *Circulaire du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).* La circulaire définit les modalités de mise en place des COREVIH et précise la procédure à suivre pour la nomination des membres des comités.
- *Circulaire au 27 août 2007 relatif au rapport d'activité type des COREVIH.* Ce document indicatif permet d'aider les COREVIH à établir leur rapport d'activité annuel.

#### **Thématique éducation thérapeutique et prévention**

- *Arrêté du 3 mars 2007 relatif aux missions d'intérêt général.* Cet arrêté qui paraît annuellement fixe la liste des activités relevant d'une mission d'intérêt général et pouvant à ce titre être financées au titre de cette mission. Dans l'article 3 relatif à l'éducation thérapeutique,

l'infection par le VIH est inscrite en clair. Cette précision qui peut paraître anodine permet aux équipes qui le souhaitent ainsi qu'à la direction financière des établissements de santé de négocier plus facilement avec les ARH leur demande de financement.

- *Circulaire du 14 juin 2007 relative aux orientations et aux axes de formations prioritaires pour 2008.* Cette circulaire fixe les thèmes prioritaires de formation des personnels hospitaliers. L'éducation thérapeutique et la prévention dans le champ de la sexualité y sont inscrites.
- *Circulaire du 15 juin 2007 relative aux missions d'éducation thérapeutique et à la prévention dans le domaine de la sexualité chez les personnes vivant avec le VIH.* Ce document didactique permet de définir les missions et d'orienter le contenu des activités d'éducation thérapeutique dans l'infection par le VIH.

#### **Thématique prise en charge**

- *Arrêté du 1<sup>er</sup> août 2007 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accident de travail entraînant un risque de contamination par le VIH.* Ce document permet d'harmoniser la durée du suivi biologique chez les personnes accidentées du travail et chez les personnes non accidentées du travail.
- *Circulaire du 19 novembre 2007 relative à la tarification GHS du bilan de synthèse annuel dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH.*
- *Circulaire interministérielle du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine.* Cette circulaire précise la conduite à tenir dans les expositions d'accidents exposant au risque infectieux. Elle vient en remplacement de la circulaire de 2003.

## **Bilan de la mise en place**

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a constitué un comité de suivi national des COREVIH composé de représentants des établissements de santé, des réseaux, des professionnels de santé, des associations représentant les malades et les usagers et de l'administration sanitaire et sociale (<http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/COREVIH/>).

Ce comité a pour missions de suivre la mise en place des COREVIH sur le terrain et de répondre aux questions pratiques au fur et à mesure de leur mise en place, notamment en facilitant la mise à disposition d'outils communs et en favorisant les échanges et la mutualisation entre les COREVIH.

Au 20 juin 2008, tous les arrêtés préfectoraux relatifs à la mise en place des comités ont été pris en dehors de la région Basse-Normandie

Le nombre moyen de membres titulaires et suppléants est de 79, avec des extrêmes témoignant des situations variables en termes de nombre d'acteurs impliqués.

Les COREVIH ont été installés lors d'une première réunion pilotée par les services de l'État visant notamment à procéder à l'élection des membres du bureau dont le président et le vice-président. Les présidents sont le plus souvent issus du collège 1 (représentants des établissements de santé, sociaux ou médicosociaux ; 25 cas sur 26), les vice-présidents du collège 3 (représentants des malades et des usagers du système de santé : 17 cas sur 26).

Les COREVIH ont commencé à travailler sur le règlement intérieur, leur programme de travail annuel et le budget de fonctionnement du comité en lien avec les instances concernées du CHU et des ARH. Certains COREVIH ont privilégié des axes de réflexion spécifiques en fonction des enjeux de la lutte contre le Sida sur leur territoire en créant des

commission de travail sur le dépistage en médecin de ville, d'autres sur la prise en charge en milieu carcéral, l'harmonisation de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral (AES), etc.

## Enjeux des COREVIH

### *Du CISIH au COREVIH : une évolution du fonctionnement interne*

Il s'agit en effet d'élargir les champs d'action en termes de compétences et en termes de territoire, de tisser et renforcer les liens avec de nouveaux acteurs, de mutualiser les compétences et les expériences à l'échelon territorial. Pour répondre à cet enjeu, les COREVIH doivent envisager le recensement et la mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH au sein du territoire du COREVIH. La collaboration avec des acteurs extérieurs au COREVIH pourra être formalisée par écrit.

Toutefois, et en accord avec les termes de la circulaire de décembre 2005, le COREVIH n'est pas un opérateur direct. Les missions coordonnées par les COREVIH sont réalisées par les acteurs qui en ont la charge, le COREVIH étant chargé d'en améliorer la complémentarité, la cohérence et la diffusion.

### *Des financements réévalués*

Le nombre de techniciens d'études cliniques (TEC) existant par CISIH a été déterminé par une enquête réalisée par le bureau E2 de la DHOS, en septembre 2006.

Les modalités de financement des vingt-huit COREVIH figurent dans le guide méthodologique de la DHOS d'aide à la contractualisation des MIGAC. La modélisation prévoit pour chaque COREVIH un modèle de base assorti de charges en personnels : 0,3 équivalent temps plein (ETP) administratif ou médical de coordination (valorisation d'un ETP médecin : 100 000 €, donc 30 000 €), 1 ETP de secrétariat (valorisation standard : 30 450 €), 2 ETP de techniciens d'études cliniques (valorisation d'un TEC : 50 000 €, soit 100 000 €) et 1 ETP adjoint des cadres hospitaliers (valorisation : 40 000 €).

À ces charges de personnel est ajouté un montant permettant de couvrir les charges de « structure » à hauteur de 30 p. 100 du total des charges de personnel. Ces informations permettent donc de disposer d'un coût minimal devant être couvert par la dotation MIGAC, pour chaque COREVIH.

Les dotations financières sont également pondérées en fonction de :

- la superficie du territoire couvert par chaque COREVIH
- l'importance des files actives suivies par chaque COREVIH. Au-delà de 750 patients suivis, le financement correspondant à l'emploi d'un TEC est ajouté par tranche de 500 patients supplémentaires suivis.

Il est précisé que la modélisation prévue dans le guide en termes d'ETP en catégorie de personnels peut être adaptée en fonction de la situation locale pour recruter d'autres catégories de personnels.

Enfin, il faut rappeler que la gestion des crédits est confiée à l'établissement de santé siège du COREVIH, ces crédits devant permettre de réaliser les trois missions transversales dans l'ensemble du territoire couvert par le COREVIH.

En 2008, des moyens ont été alloués aux COREVIH au titre des mesures nouvelles en priorité pour ceux qui apparaissaient sous dotés d'après les éléments du guide MIGAC (PLFSS 2008). Le comité de suivi a la charge d'analyser les besoins financiers des COREVIH et d'en faire part à la DHOS.

### *Un circuit d'attribution de financement complexe*

Le circuit d'attribution du financement est complexe : l'enveloppe est prérépartie par la DHOS vers les ARH qui la notifient aux établissements de santé. Cependant, le directeur

de l'ARH a la latitude d'affecter ce type d'enveloppes fléchées, en fonction d'autres priorités qu'il peut déterminer. Par ailleurs, dans l'établissement de santé, le directeur peut également, dans le cadre de l'enveloppe MIGAC qui regroupe l'ensemble des montants des MIG, faire des choix. Il convient donc que les services déconcentrés et les bureaux des COREVIH soient vigilants pour tracer les crédits à ces différents niveaux et apportent les arguments d'aide à la décision pour que les crédits répondent à leur vocation.

### *Le COREVIH peut-il recevoir d'autres financements ?*

Le COREVIH étant un simple organisme consultatif, il ne dispose pas de la personnalité morale et ne peut donc recevoir directement de dons ou legs. En revanche, rien n'empêche que des dons ou legs soient versés à l'établissement de rattachement d'un COREVIH afin qu'ils soient utilisés pour financer des projets de ce comité. Pour éviter toute polémique au sein d'un COREVIH au sujet de ce type de finement additionnel, ceux-ci devraient être approuvés par le COREVIH (bureau, assemblée plénière en fonction de ce que précise le règlement intérieur) et faire l'objet d'une convention entre le financeur privé et l'établissement siège du COREVIH, établissant clairement l'usage des fonds et être transparents vis-à-vis du COREVIH.

### *Un rapport d'activité à mettre en place*

Le fonctionnement des COREVIH est évalué via un rapport annuel d'activité prévu à l'article D. 3121-35 du Code de la santé publique et selon les instructions données dans le cadre de la circulaire du 27 août 2007 relative au rapport annuel d'activité des COREVIH. Ce rapport d'activité annuel est élaboré par le bureau du COREVIH, après une analyse de la situation à partir des données transmises par les partenaires. Ce rapport est présenté et soumis à l'approbation des membres du COREVIH lors de la réunion annuelle associant les principaux partenaires, notamment les représentants institutionnels (services déconcentrés de l'État, agence(s) régionale(s) d'hospitalisation...).

Ce rapport est ensuite transmis par le directeur de l'établissement de santé siège d'implantation du COREVIH, au(x) directeur(s) de l'ARH, aux préfets de région et de département, au directeur du Groupement régional de santé publique (GRSP), au président de la Conférence régionale de santé (CRS), à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et, pour information, à la Direction générale de la santé avant le 30 avril de l'année suivante. Il est mis à la disposition de l'ensemble des acteurs concernés par la lutte contre le VIH dans le territoire de référence du COREVIH.

Ce rapport a pour objectifs de permettre aux membres du COREVIH de mieux identifier leur activité, de constituer un outil de dialogue et de concertation entre les différents membres du COREVIH et leurs partenaires, de s'assurer que le fonctionnement et l'activité du COREVIH correspondent aux orientations générales et spécifiques fixées et de contribuer à la réflexion sur l'évolution lorsque l'activité n'est plus en cohérence avec les besoins locaux.

### *Nouvelle gouvernance hospitalière, intégration des COREVIH à un pôle ?*

Les COREVIH sont des instances consultatives composées de « membres » et non d'agents affectés au COREVIH même si les personnels hospitaliers ou d'autres établissements participent à leur fonctionnement. Ce dernier génère des coûts (secrétariat, consommables et frais de déplacements) analogues à ceux que connaît toute instance collégiale. En conséquence, les COREVIH n'ont, pas plus que la CME (commission médicale d'établissement), ses sous-commissions, le CTE (comité technique d'établissement) ou la commission des soins infirmiers, vocation à être rattachés à un pôle d'activité.

### *Recueil de données épidémiologiques*

L'analyse des données épidémiologiques et cliniques des patients suivis sur leur territoire du COREVIH est essentielle pour permettre l'élaboration des programmes annuels de

réponse aux enjeux locaux de la lutte contre le Sida et permettre l'évolution du budget du COREVIH, en chiffrant plus précisément la file active des patients.

Beaucoup d'établissements non bénéficiaires du logiciel DMI2 (propriété du ministère en charge de la Santé) qui permet de renseigner la base de données hospitalière française de l'infection par le VIH (FHDH-ANRS CO4) devraient prochainement avoir la possibilité d'effectuer un recueil informatisé des données épidémiologique et cliniques de leurs patients.

Si le recueil de données dans la FHDH-ANRS CO4 n'a pas vocation à être exhaustif mais vise plutôt à la représentativité, la mise à disposition par le ministère de la Santé d'un nouveau logiciel libre de droit (courant 2009), le DOMEVIH, devrait faciliter la participation au recueil de données de tous les types de structures hospitalières rattachées au COREVIH, y compris dans les UCSA.

Afin de contribuer au recueil de données, le recrutement de TEC supplémentaires devient possible grâce aux nouvelles modalités de financement des COREVIH.

L'amélioration de la couverture du recueil de la FHDH-ANRS CO4 permettra de définir, au plan national mais également au niveau du COREVIH, les caractéristiques de la population prise en charge en France et, au plan territorial, d'aider aux choix des actions et des priorités.

## Associations de lutte contre le Sida dans les COREVIH

L'action associative occupe une place centrale au sein de la lutte contre le Sida. Les associations peuvent être issues de la lutte contre le Sida<sup>(1)</sup> ou intégrer des actions dédiées à ce champ dans un objet plus large : les droits des femmes<sup>(2)</sup> et des minorités (lesbiennes, gays, bi- et transgenres [LGBT], personnes détenues, etc.), l'action sociale traditionnelle (CHRS, CSST) ou la promotion de la santé de populations en situation de précarité<sup>(3)</sup>. Enfin, certaines associations, qu'elles soient exclusivement dédiées à la lutte contre le Sida ou non, se sont constituées autour de communautés de personnes issues d'une même origine géographique ou culturelle (associations de migrants) ou de personnes liées par des pratiques (associations de santé communautaire de travailleurs du sexe<sup>(4)</sup>), ou encore des nécessités et problématiques communes (autosupport d'usagers de drogues<sup>(5)</sup>, auto-support d'usagers de traitements<sup>(6)</sup>).

### *Où et comment sont représentées les associations dans les COREVIH ?*

Les associations ont été fondées par des professionnels de santé et/ou de l'action sociale, sont issues de la mobilisation des personnes infectées ou affectées par le VIH (association de malades) ou encore de l'alliance de professionnels de santé et de la prise en charge sociale avec des personnes concernées par leurs actions (association de santé communautaire<sup>(7)</sup>). Ce qui distingue les deux derniers types d'associations de celles exclusivement fondées par des professionnels n'est pas d'abord le type d'actions qu'elles mènent, mais la place et le rôle que les personnes atteintes par le VIH y occupent dans

---

(1) AIDES, Act-Up Paris, Act-Up Toulouse, Actions Traitements, Arcat.

(2) Le Mouvement français pour le planning familial.

(3) Le COMEDE.

(4) Cabiria (Lyon), Grisélidis (Toulouse), Autres Regards (Marseille), etc.

(5) Par exemple, le réseau des ASUD (Paris, Loiret, Nîmes, Marseille).

(6) Par exemple, Actions Traitements, Actif Santé.

(7) Sur la méthodologie et l'évaluation des actions de santé communautaire, voir le rapport de recherche action « Femmes migrantes prostitution et prévention du VIH », Françoise Guillemaut, septembre 2005 (<http://www.Sida-info-service.org/evenements/colloquémigrants/cabiria.pdf>) et « AIDES une réponse communautaire à l'épidémie du Sida », O. Maguet et Ch. Calderon (<http://www.aides.org/rapport/livre-aides.pdf>).

leur conception et leur mise en œuvre. La loi du 4 mars 2002, dite « droit des malades »<sup>(1)</sup>, consacre l'entrée des malades et des usagers comme acteur dans le champ de la santé (la démocratie sanitaire). La loi reconnaît la spécificité des associations issues de la mobilisation des malades et des communautés par la création d'un dispositif d'agrément<sup>(2)</sup> pour les associations désirant représenter leurs intérêts dans le système de santé<sup>(3)</sup>.

Les malades et les usagers du système de soin sont représentés dans les COREVIH au sein du collège 3 qui leur est dédié. Ils représentent au moins 20 p. 100 des membres quel que soit le nombre d'association présentes sur les territoires des comités. Si la circulaire COREVIH prévoyait qu'ils disposent au minimum d'une place au sein des bureaux, dans la plus part des comités ils sont au moins deux.

Les associations dites de soutien et d'insertion, dont l'hébergement, sont également présentes dans les COREVIH au sein du collège des « représentant des établissements de santé, sociaux et médicosociaux. En outre, des personnes exerçant dans ces structures représentent les « professionnels de santé et de l'action sociale » dans le collège 2.

### *De quelles compétences acquises disposent les représentants de malades pour assumer leur place dans COREVIH ?*

Les associations de malades ont développé des actions (soutien à l'observance et à la qualité de vie, accompagnement social à l'accès aux soins et aux droits, promotion de la santé sexuelle) et des outils (documents et réunions publiques d'information), destinés à améliorer la prise en charge globale des personnes séropositives et l'accès à la prévention et au dépistage des personnes concernées par le VIH. Leurs actions sont conçues et mises en œuvre avec et pour les personnes concernées pour répondre à leurs demandes et leurs besoins. Ces actions prennent la forme d'accompagnement individuel ou sont réalisées dans un cadre collectif. Elles peuvent relever de l'aide aux personnes ou de la prise en charge communautaire issue de mobilisation collective qui vise au renforcement des capacités des personnes à devenir des acteurs de leur santé, notamment par l'échange de savoir entre pairs.

Ces actions permettent également de constituer des observatoires des besoins et des problèmes qu'elles rencontrent. Les associations de malades ont construit des actions de plaidoyer, contre les discriminations, en faveur des droits et des intérêts des malades, du maintien et/ou de l'amélioration de certains services hospitaliers et des conditions de travail du personnel. Elles participent aux travaux de recherche, de recommandations d'experts, d'organisation de la prise en charge et à l'élaboration des politiques de santé publique.

Les différences dans les cultures de travail des professionnels de santé, de l'action sociale, et des représentants des malades et des usagers le plus souvent bénévoles nécessitent d'élaborer un mode de fonctionnement commun dans le respect des compétences et des missions de chacun.

## ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

### Difficultés liées à la mise en place de la T2A

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, un nouveau système de financement des établissements de santé est mis en place, visant à harmoniser les modes de financements hospitaliers. Il cou-

---

(1) Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

(2) Circulaire n° DGS/SD1B/2006/124 du 10 mars 2006 et décret n° 2005-300 du 31 mars 2005.

(3) Conférence nationale ou conférences régionales de santé, conseils d'administration de la Caisse primaire d'assurance maladie.

vre l'ensemble des établissements publics et privés. Ce système dit de tarification à l'activité (T2A) (voir Annexe 1) s'appuie sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cette approche associée à la réforme de la gouvernance hospitalière qui a débuté en janvier 2007, génère des inquiétudes parmi les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH. La mise en place progressive de la T2A a aggravé les déficits des hôpitaux publics avec, pour conséquences, la diminution du personnel dans certains services, qui nuit à la qualité des services fournis et entraîne des réductions d'horaires d'ouverture, quand ce n'est une fermeture temporaire (période estivale). Les principales interrogations sont les suivantes.

### *La rémunération de l'établissement de soins pour la prise en charge de patients infectés par le VIH compense-t-elle les dépenses engagées ?*

La rémunération des établissements se fait au séjour en prenant en compte des groupes homogènes de malades. Le calcul des tarifs se fait sur un panel d'établissements français. Or l'épidémiologie de l'infection par le VIH souligne une distribution géographique très spécifique et des profils de patients très variés, ce qui amène à penser que les tarifs établis pour cette infection ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble des séjours. De plus, dans la pathologie VIH, de nombreux facteurs influent sur la durée de séjour. Certains patients restent hospitalisés pour de longues durées, faute de structures d'aval ou en raison d'importantes difficultés sociales. Or les tarifs baissent lorsque la durée de séjour dépasse une borne supérieure prédéfinie, ce qui peut mettre en difficulté l'établissement.

Ces éléments amènent les experts à demander, d'une part, une étude spécifique de coût pour les patients infectés par le VIH afin de s'assurer de la pertinence des calculs de l'étude nationale et, d'autre part, une analyse de la fréquence et des causes des séjours extrêmes supérieurs à un mois.

Par ailleurs, les consultations externes nécessitent souvent plus de temps médical et paramédical qu'une consultation « standard » (annonce, prise en charge des complications, changement de traitements, éducation thérapeutique, prévention). Leur prix de revient semble nettement supérieur au tarif appliqué. Certaines consultations complexes ou pluridisciplinaires mériteraient d'être tarifées à leur juste valeur, qui pourrait se situer entre la consultation spécialisée (CS) et le tarif d'HDJ.

Lorsqu'un patient a un médecin traitant, et en fonction de critères spécifiques, le patient peut être considéré dans un « parcours de soins coordonnés » : une tarification particulière des actes de consultations peut alors être appliquée au titre d'une majoration de coordination ou d'un avis ponctuel<sup>(1)</sup> de spécialiste (ancien interne de CHU ou PU-PH) (voir Annexe 3).

## **Hospitalisation de jour face à la circulaire dite frontière**

La circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 précise les conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS), pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée. Cette circulaire est communément appelée circulaire « frontière ».

Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire est réalisée par un médecin.

---

(1) Le spécialiste ne doit pas revoir le patient dans les six mois qui suivent.

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, chaque acte diagnostique ou thérapeutique doit être facturé selon la nomenclature d'actes en vigueur, et dans le respect des règles de facturation de cette activité (honoraires médicaux en médecine de ville, actes externes dans les établissements antérieurement sous dotation globale).

La publication de la circulaire « frontière » a été le point de départ d'une réflexion menée dans de nombreux centres ayant une structure d'hôpital de jour pour la prise en charge de l'infection par le VIH (HDJ VIH), des structures de référence reconnues en termes d'offre de soins. Un travail a été réalisé par la Société française de lutte contre le Sida (SFLS) avec plusieurs équipes hospitalières. La SFLS décrit des situations pouvant générer des GHS adéquats entrant dans les critères de la circulaire « frontière », qu'il convient de situer en fonction de situations qui alourdissent la prise en charge :

- notamment, sa précarité sociale ou psychologique ;
- certaines circonstances particulières : grossesse, troubles neurologiques...

Un certain nombre d'hospitalisations de jour ne correspondent plus à la définition des hôpitaux de jour au regard de la circulaire « frontière ». La diminution de recettes qui en résulte est une menace sur les postes et l'activité hospitalière au détriment de la prise en charge des patients.

Les hôpitaux de jour sont des structures précieuses qui proposent, selon le principe de l'unité de lieu et de temps, des soins globaux : bilan, l'éducation thérapeutique, prise en charge psychosociale, nutritionnelle, etc. Définir une tarification prenant en compte la spécificité des prises en charge réalisées dans les structures HDJ VIH pour les séjours ne relevant pas de la circulaire « frontière » serait une avancée pour les patients infectés par le VIH.

**Encadré 2. Valorisation de l'activité d'éducation du patient réalisée au cours d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation classique**

Il est possible de valoriser une activité d'éducation thérapeutique. Plusieurs catégories de codes PMSI sont disponibles, comme le montre l'encadré.

**Sous-chapitre Z700 : conseil relatif aux attitudes en matière de sexualité**

Z701 Conseil relatif au comportement et à l'orientation du sujet en matière de sexualité

Z702 Conseil relatif au comportement et à l'orientation d'un tiers en matière de sexualité

Z703 Conseil relatif à des préoccupations associées en matière de sexualité

Z708 Autres formes de conseils en matière de sexualité

Z709 Conseil en matière de sexualité, sans précision

**Sous-chapitre Z71 : conseils et avis médicaux (sauf en matière de sexualité)**

Z714 Conseil et surveillance pour alcoolisme

Z715 Conseil et surveillance pour toxicomanie et pharmaco-dépendance

Z716 Conseil pour tabagisme

Z717 Conseil à propos du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Z718 Autres conseils précisés

Z719 Conseil, sans précision

**Sous-chapitre Z713 : surveillance et conseils diététiques**

## Synthèse annuelle en hôpital de jour

La tarification d'un GHS hôpital de jour est possible une fois par an lorsque le clinicien souhaite faire une synthèse clinique et biologique pour un patient (circulaire du 19 novembre 2007 relative à la tarification GHS du bilan de synthèse annuel dans la prise en

charge des personnes infectées par le VIH). L'élaboration de cette circulaire en collaboration avec le groupe d'experts répond à l'une des recommandations formulées par ce groupe en 2006.

Cette modalité de prise en charge permet de regrouper plusieurs actes biologiques et cliniques en une hospitalisation de moins de 12 heures et de facturer un GHS dit « hôpital de jour ». L'originalité de cette disposition est qu'elle permet de valoriser des activités fondamentales dans la prise en charge, mais non directement facturables à l'assurance maladie, comme les actes non médicaux (consultations sociales, psychologiques, diététiques, etc.). Elle permet également aux patients de regrouper leurs examens en une seule journée (voir aussi Chapitre 6).

Le bilan de synthèse annuel peut faire l'objet d'une prise en charge au titre de l'hôpital de jour et donner lieu à facturation d'un GHS, s'il répond aux conditions suivantes :

- au moins trois examens biologiques dont un examen immunovirologique parmi les bilans suivants : tolérance au traitement, métabolique, infectieux. L'électrocardiogramme est assimilé à un examen biologique ;
- au moins trois examens à réaliser parmi les actes suivants : consultations spécialisées et consultations paramédicales et examens d'imagerie ;
- une synthèse médicale (obligatoire) ; il impératif de garder une traçabilité dans le dossier médical.

### **Encadré 3. Exemples de combinaisons possibles**

- *Exemple 1* : un bilan immunovirologique (obligatoire) + un bilan sanguin métabolique + un bilan de tolérance au traitement (NFS, bilan hépatite, créatinine) + une consultation sociale + une échographie hépatique + une synthèse médicale.
- *Exemple 2* : un bilan immunovirologique (obligatoire) + un bilan de tolérance au traitement (NFS, bilan hépatite, créatinine) + une consultation diététique + une échographie hépatique + une synthèse médicale.
- *Exemple 3* : un bilan immunovirologique (obligatoire) + un bilan de tolérance au traitement (NFS, bilan hépatite, créatinine) + un bilan sanguin métabolique + une consultation diététique + une consultation sociale + une consultation de sevrage tabagique + une synthèse médicale.

En termes de codage, celui-ci est réalisé à l'aide du guide de production des RSS, disponible sur le site de l'ATIH/accueil/pmsi/mco/documentation.

Lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation de jour pour bilan, conforme à la circulaire du mois de novembre 2007, le diagnostic principal doit être codé :

- si le bilan ne montre aucune pathologie nouvelle, coder selon le cas : Z09.7 ou Z09.8 ou Z09.9 ;
- si le bilan montre l'apparition d'une nouvelle maladie (ou d'une complication individualisable de la maladie connue), le code est celui de la maladie découverte

### **Encadré 4. Principes de la synthèse annuelle**

Il n'est pas possible de réaliser ces actes en plus d'une journée ni plus d'une fois par an. La synthèse médicale est impérative. Le médecin réalisant la synthèse annuelle n'est pas obligatoirement le médecin habituel du patient auquel il sera référé lors d'une consultation ultérieure. Enfin, elle n'est en aucun cas obligatoire et ne se résume bien évidemment pas au suivi médical d'un patient (voir Chapitre 6).

## CDAG hospitaliers et limites du financement MIG

Les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) doivent répondre au cahier des charges fixé par l'arrêté d'octobre 2000 (amplitude d'ouverture, équipe médicale et paramédicale...). Ils sont amenés à augmenter leur activité pour tenir compte des objectifs fixés par le programme national de lutte contre le VIH/IST, de la loi de santé publique et des campagnes d'incitation au dépistage de l'INPES. Il est donc important que les CDAG soient suffisamment dotées en fonction de leur activité.

Le financement des CDAG est assuré par l'enveloppe MIGAC (voir Annexe 1) qui permet de financer de nombreuses missions d'intérêt général. Le système MIG, s'il n'est pas clarifié pour chacune des missions d'intérêt général, peut aboutir à des dotations parfois inadéquates.

Les CDAG non hospitalières bénéficient, quant à elles, d'un financement via les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Ce financement, fondé sur l'Ondam<sup>(1)</sup> de ville, suit un taux d'évolution annuel. Ces différences de modalités de financement induisent des différences entre les CDAG au détriment des CDAG hospitalières (voir Chapitre 4).

## Filières d'aval

Le séjour à l'hôpital des personnes vivant avec le VIH est souvent l'occasion de mettre au jour des difficultés sociales parfois critiques et en tout cas susceptibles de moduler les options de sortie de l'hôpital. Ces aspects « purement » sociaux de l'orientation sont approfondis dans le chapitre 19.

### *Un dispositif diversifié mais manquant de fluidité*

Diverses possibilités d'orientation sont offertes aux personnes infectées par le VIH à la suite d'une hospitalisation en court séjour.

Un retour immédiat au domicile n'est possible qu'en l'absence de perte d'autonomie (au sens large : physique, cognitive et sociale), mais peut nécessiter dans certains cas la mise en place d'un soutien spécifique (aide à l'observance, aide à la personne...).

Dans le cas contraire, l'orientation souhaitable est une admission dans une structure de soins de suite et de réadaptation (SSR). La mission principale des services de SSR est de prévenir et de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion, permettant le retour au domicile avec un niveau d'autonomie suffisant. Ce retour peut bénéficier, si besoin, d'un soutien sanitaire comme une hospitalisation à domicile (HAD), un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou un service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH) ainsi que d'un dispositif de maintien à domicile spécifique (MAD VIH) qui fournit des prestations d'aide à la personne (auxiliaire de vie, aide-ménagère, portage de repas...) et également d'un service d'aide à la vie sociale (SAVS). Ces différents dispositifs font l'objet d'une description détaillée dans le chapitre 19.

Pour une faible proportion (de l'ordre de 5 à 10 p. 100) de patients admis en SSR, les possibilités de ré-autonomisation sont définitivement obérées par l'importance des séquelles qui sont le plus souvent d'ordre neurologique. De telles situations relèvent alors d'une orientation vers des structures d'accueil au long cours, soit en unité de soins de longue durée (USLD) relevant actuellement du secteur sanitaire, soit dans le secteur médicosocial : maison d'accueil spécialisée (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM), familles d'accueil, voire établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour les sujets âgés de plus de 65 ans.

---

(1) Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

En l'absence de domicile adapté ou en cas d'isolement sociofamilial, il est également possible de recourir à une orientation vers un appartement de coordination thérapeutique (ACT).

Cette rapide description ne rend pas compte des nombreuses difficultés d'accès qui persistent à toutes les étapes de cette filière d'aval et qui conduisent souvent à des prolongations indues de la durée d'hospitalisation dans les services de médecine de court séjour. On peut ainsi citer le manque de lisibilité du dispositif SSR qui ne permet pas d'identifier les structures susceptibles d'accueillir des personnes jeunes (< 60 ans) requérant des soins lourds, en dehors d'un petit réseau de SSR fléchés VIH/Sida. En dépit d'une augmentation globale des capacités d'accueil en SSR, des difficultés persistent du fait notamment d'une offre d'aval du SSR quasi inexistante en termes de places dédiées dans des structures d'accueil de longue durée. Soulignons également la rareté et l'optimisation insuffisante des places disponibles dans les structures ACT (*voir plus loin*).

### *Des besoins en SSR importants mais mal évalués*

La nécessité de recourir à des structures de soins de suite avait émergé au début des années 1990, avant la mise à disposition des multithérapies antirétrovirales, en raison de la durée croissante des séjours VIH/Sida dans les services de soins aigus. Afin de mieux répondre aux besoins des patients infectés par le VIH, près de 350 lits de suite (SSR, unités de soins palliatifs) avaient bénéficié de crédits fléchés dans trois des six régions prioritaires (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes). Toutefois, la traçabilité des enveloppes fléchées n'a été que partiellement assurée et certains crédits ont été redéployés, aboutissant à une diminution d'environ un tiers des lits fléchés « VIH/Sida » disponibles et du nombre d'unités initialement soutenues et financées.

Malgré l'amélioration du pronostic global des personnes infectées par le VIH sous multithérapie d'antirétroviraux, les recours aux SSR restent fréquents. Selon une évaluation récente [1], les pathologies neurologiques lourdes, responsables de séquelles très invalidantes parfois non réversibles (démence par encéphalite du VIH, leuco-encéphalite multifocale progressive ou toxoplasmose cérébrale), représentent près des deux tiers des motifs d'admission en SSR. La tuberculose est également une cause fréquente de demande d'admission en SSR, de même que la prise en charge thérapeutique des co-infectés VIH-VHC (soit 25 p. 100 des séropositifs), qui constitue un motif émergent d'hospitalisation en SSR. Une offre d'accueil est également nécessaire pour des pathologies tumorales (cancers, lymphomes) et des déficits nutritionnels graves. De plus, la nécessité d'une offre de séjour de « répit » a émergé progressivement, en particulier pour les patients dépendants inscrits dans un programme de maintien à domicile.

Des besoins très spécifiques en soins de suite pré- et post-natals sont identifiés. Il y aurait environ 1 500 accouchements par an de femmes séropositives, dont 70 p. 100 chez des femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Celles-ci sont très souvent en situation de grande précarité et, pour un quart d'entre elles, la découverte de la séropositivité s'est faite à l'occasion de la grossesse. La prise en charge doit donc concerner à la fois la mère (aide à l'observance, accompagnement social et soutien psychologique), le bébé et le lien mère/enfant (soutien et évaluation). Dans ce domaine, l'offre sanitaire reste actuellement limitée à deux centres en Île-de-France dont l'un encore en projet devrait ouvrir en 2009. Elle doit s'articuler avec d'autres dispositifs comme les centres maternels ou plus spécifiques comme les rares ACT mère/enfants.

Enfin, il faut noter qu'environ 15 p. 100 des demandes d'admission en SSR « fléchés » VIH/Sida ont un motif uniquement social par carence d'offre d'accueil dans des structures non sanitaires, elles-mêmes confrontées aux difficultés d'accès au logement social pérenne.

En l'absence d'enquête ciblée à l'échelon national, les besoins en lits SSR fléchés VIH/Sida et leur utilisation réelle restent mal connus, tant sur le plan quantitatif (entre 300 et 500 patients par an en France sont probablement concernés) que qualitatif.

### *Un aval inexistant pour les SSR*

Plus qu'un besoin supplémentaire de lits dans les structures de SSR, ce sont d'abord les difficultés à développer des projets de sortie qui expliquent le manque actuel de fluidité et son retentissement sur les services de court séjour. La lourdeur des séquelles neurocognitives et comportementales est un des principaux facteurs limitant le retour à la vie antérieure et leur prise en charge au long cours se heurte à une offre d'accueil en aval des SSR quasi inexistante (seulement quelques places dédiées en MAS et aucune en FAM et en USLD) et mal coordonnée. Dans quelques cas de moins en moins rares, les séjours en SSR peuvent se prolonger parfois plusieurs années, soit au sein d'une même structure, soit dans différents services. Les spécificités de la problématique « VIH et handicap » sont mal connues des MDPH avec lesquelles il faut renforcer les liens (pour plus de détails, voir Chapitre 19). Elles mériteraient une inscription identifiée dans les programmes interdépartementaux d'accompagnement (PRIAC) [2] de la perte d'autonomie.

Cette situation va encore s'aggraver en raison du vieillissement progressif sous traitement des personnes vivant avec le VIH, ce qui va générer de nouvelles demandes en USLD et en EHPAD.

### *Des « incohérences économique-administratives »*

Quand elle vient s'ajouter aux contraintes imposées par la perte d'autonomie, l'absence de lien social ou familial, reflet de la grande précarité qui caractérise de plus en plus souvent les patients admis en SSR, constitue un obstacle supplémentaire, particulièrement épuisant pour les services sociaux hospitaliers. C'est le cas de certains migrants qui sont confrontés à des difficultés spécifiques liées à la précarité de leur statut administratif (voir Chapitre 19). Les malades en situation irrégulière et dépourvus de droit d'accès à l'aide médicale d'État (AME)<sup>(1)</sup> peuvent bénéficier du dispositif d'admission en urgence (Fonds pour les soins urgents et vitaux, notamment prévu pour les personnes vivant avec le VIH), qui se prolonge quand ils sont transférés, après prise en charge en court séjour, en SSR pour revalidation de déficiences induites par la maladie<sup>(2)</sup>. Un nombre croissant d'entre eux n'ont pas d'autre choix que de rester hospitalisés en SSR pendant des mois, bien au-delà du nécessaire, faute d'obtenir le titre de séjour d'un an prévu par la réglementation<sup>(3)</sup>. La délivrance par les préfetures d'autorisations provisoires de séjour (APS) de moins de 6 mois ne permet pas, en effet, de bâtir une solution de sortie s'appuyant sur des ressources pérennes type prestation compensatrice du handicap, ce qui aboutit à financer un hébergement au prix de journée du SSR (voire parfois du court séjour).

### *SSR fléchés VIH : une spécificité en quête d'identité à l'heure de la T2A*

Malgré sa complexité technique au carrefour de plusieurs spécialités médicales et de ses contraintes financières, la spécificité VIH/Sida n'a pas été retenue dans la liste des prises en charge spécialisées, qui ont été identifiées dans les très récentes dispositions d'organi-

---

(1) Pour pouvoir bénéficier de l'AME, il faut pouvoir faire état de plus de 3 mois de séjour sur le territoire français et de ressources inférieures à 606 euros mensuels.

(2) Alors même que ces catégories de personnes ne relèvent alors plus nécessairement du FSUV, mais du dispositif de l'AME dont le rôle est d'assurer la continuité de la prise en charge et des soins.

(3) S'agissant des difficultés spécifiques des migrants en situation irrégulière, des recommandations sont faites dans le chapitre 19.

sation des SSR [3]. Le poids des médicaments onéreux (antirétroviraux, mais aussi antiviraux, antimycotiques, facteurs de croissance...), qui croît mécaniquement année après année, est insuffisamment pris en compte dans les budgets alloués aux SSR fléchés VIH/Sida (ou accueillant des personnes vivant avec le VIH), ce qui menace l'équilibre financier de ces structures. Ainsi, dans certains SSR, les patients sont-ils contraints d'apporter leurs propres médicaments, ce qui n'est pas conforme avec la réglementation de l'assurance maladie. Cet accompagnement budgétaire insuffisant a d'ailleurs contraint plusieurs structures de SSR à changer d'orientation. Lors de la mise en place prochaine de la tarification à l'activité (T2A) dans le champ du SSR, des mesures particulières devront être envisagées pour valoriser la spécificité VIH. L'individualisation préalable dans le PMSI-SSR d'un ou de plusieurs groupes homogènes de journées (GHJ) dédiés à la pathologie VIH/Sida serait une mesure de clarification indispensable pour mieux identifier la réalité de cette filière très spécialisée.

Les dotations en personnel de rééducation/réadaptation (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue, psychomotricien), permettant des prises en charge pluridisciplinaires, doivent être renforcées et pérennisées, notamment dans les services SSR accueillant des patients présentant des pathologies neurologiques.

### *Dispositif d'appartements de coordination thérapeutique (ACT)*

Ce dispositif doit permettre une prise en charge sanitaire, psychologique et sociale pour accompagner les personnes les plus vulnérables. Les équipes de ces structures sont pluridisciplinaires (travailleurs sociaux, médecins, soignants, psychologues) et travaillent par le biais de partenariats locaux. Elles apportent une aide à la vie quotidienne en fonction des besoins, proposent et favorisent une écoute et un soutien psychologique. Elles facilitent les démarches d'accès aux droits et l'accès aux loisirs pour les personnes isolées et promeuvent l'insertion ou la réinsertion socioprofessionnelle. Elles préparent l'autonomisation et le retour à une vie citoyenne et autonome. Cette coordination thérapeutique joue un rôle essentiel dans la prise en charge sanitaire des personnes malades (organisation des soins, observance...).

Au 31 décembre 2007, 1 043 places d'ACT ont été autorisées depuis la mise en place de ce dispositif et environ 900 places ont déjà été créées. La loi du 2 janvier 2002 a permis d'intégrer les structures d'ACT dans la catégorie des structures médicosociales, leur permettant de bénéficier de financements plus pérennes de l'assurance maladie. Les dispositions récentes du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques [4] pourraient permettre d'augmenter les possibilités d'accueil en ACT.

L'utilisation réelle des ACT au regard de leurs missions spécifiques reste insuffisamment lisible. Il est regrettable que, dans certaines structures, la lourdeur effective des pathologies prises en charge ait fait place à une réponse purement sociale d'hébergement détournant le dispositif d'accompagnement au détriment des missions et publics cibles<sup>(1)</sup>.

D'autres facteurs contribuent également à restreindre l'offre de places en ACT :

– ainsi, depuis la sortie du dispositif expérimental, les structures d'ACT ne sont plus spécifiquement réservées aux personnes vivant avec le VIH, ce qui réduit de fait l'offre actuelle d'environ 15 p. 100. De plus, la durée des séjours est souvent prolongée, faute de pouvoir faire aboutir un projet de sortie dans un contexte où l'articulation des ACT avec les dispositifs de relogement et de réinsertion (habitat social, maison relais, centre d'hébergement et de réinsertion sociale) reste difficile (*voir* Chapitre 19) ;

– à l'insuffisance quantitative de ces dispositifs au regard des besoins peuvent venir se cumuler des difficultés qualitatives comme le manque de réactivité face à certains publics

---

(1) Principe de « subsidiarité » rappelé dans la circulaire DGAS/DGS/DSS du 2 janvier 2008, les ACT n'ayant pas vocation à accueillir des publics relevant d'autres dispositifs, hébergement social, appartements thérapeutiques pour malades psychiatriques.

particuliers (accueil mère-enfant, sortie de prison, transsexualité...), qui peuvent susciter des craintes chez les professionnels. Soulignons aussi la capacité limitée du dispositif ACT dédié à l'accueil des personnes présentant une déficience physique modérée (c'est-à-dire autonome en fauteuil roulant), en raison de l'inadaptation des locaux et de la formation insuffisante au handicap des professionnels impliqués. De plus, des difficultés persistent, de façon inégale selon les départements, pour financer le MAD intervenant en ACT auprès des personnes justifiant de ce type de prise en charge.

## MÉDECINE DE VILLE

L'évolution de l'épidémie vers une prise en charge majoritairement ambulatoire et le vieillissement de la population et sa conséquence amènent à réfléchir sur la place et les missions de la médecine de ville aujourd'hui pour la prise en charge des patients porteurs du VIH.

### Implication des médecins de ville

L'implication des médecins de ville dans la prise en charge du VIH relève de deux types de missions :

- des missions « communes » qui concernent la totalité des médecins de soins primaires : dépistage, diagnostic précoce, annonce du diagnostic d'infection par le VIH, participation au bilan initial minimal (médical, social et psychologique), orientation vers une prise en charge spécialisée, puis coordination avec la prise en charge spécialisée ;

- des missions « avancées » qui ne concernent qu'un nombre restreint de médecins choisissant de s'impliquer volontairement dans une prise en charge plus complète du patient, toujours en collaboration avec un spécialiste hospitalier.

Un consensus formalisé sur la prise en charge de l'infection par le VIH en médecine de ville, sous l'égide de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et de la Société française de lutte contre le Sida (SFLS), devrait être diffusé à l'automne 2008.

Plusieurs études ont montré que la qualité de la prise en charge d'un patient porteur du VIH dépendait beaucoup plus de l'importance de la file active VIH du médecin consulté que de sa spécialité d'exercice. Des travaux montrent également que les performances en matière de prise en charge des patients VIH sont meilleures lorsqu'elles s'appuient sur une équipe pluridisciplinaire, quel que soit le marqueur utilisé de qualité des soins.

La part encore trop importante des diagnostics tardifs d'infection par le VIH devrait pouvoir en partie être réduite par la formation et l'implication des médecins de soins primaires dans le cadre de leurs missions.

Par ailleurs, il est important d'anticiper le renouvellement d'une génération de médecins de ville impliqués dès le début de l'épidémie et assurant des missions avancées (*voir plus haut*) dont la cessation d'activité est prévisible. La perspective du renouvellement de ces professionnels suppose qu'une réflexion soit engagée sur des dispositifs de valorisation permettant à ces professionnels de rentabiliser l'important investissement que ces missions supposent en termes de formation et de charge de travail.

Les dépassements d'honoraires, de plus en plus fréquents, peuvent également représenter un frein pour l'accès aux soins en médecine de ville des patients les plus démunis.

### Réseaux de santé

Les réseaux organisent l'offre de soins, pour l'ensemble des personnes concernées par une pathologie, notamment les personnes en situation de vulnérabilité (en raison de leur

situation sociale ou administrative, ou de l'évolution de leur pathologie), de retard à l'accès à la prévention et aux soins. Les professionnels et les autres acteurs y construisent des pratiques sanitaires et sociales coopératives entre les secteurs intra- et extrahospitaliers, idéalement en collaboration avec les associations d'usagers et de patients. Ils assurent à la fois des missions de coordination des soins, de formation, d'information et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Si, historiquement, c'est autour du VIH que se sont constitués les premiers réseaux français, le nombre des réseaux VIH a, au cours des dernières années, considérablement diminué du fait de la plus en plus grande complexité de la prise en charge privilégiant les avis spécialisés.

Les réseaux sont un dispositif intéressant pour aider de nouveaux professionnels à s'impliquer particulièrement dans des missions « avancées » et à atteindre progressivement des files actives de patients pris en charge d'un niveau suffisant pour assurer leur compétence à long terme.

#### **Encadré 5. Financement des réseaux**

Le financement des réseaux repose sur le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Ce cadre institutionnel récent (article 94 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 et décret n° 2007-973 du 15 mai 2007) présente l'avantage, par rapport au dispositif précédent (fonds d'aide à la qualité des soins de ville [FAQSV] et dotation régionale de développement des réseaux [DRDR]) de ne plus centrer la problématique sur les seuls soins de ville, mais de permettre des financements impliquant à la fois ville et institutionnels. Il est probable par ailleurs que les réseaux financés par le fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (FIQCS) pourront conserver la possibilité qu'ont aujourd'hui les réseaux DRDR de proposer des « prestations spécifiques » (prestations techniques, psychologiques, nutritionnelles ou sociales), prises en charge par l'assurance maladie et réservées aux patients inclus dans les réseaux. Ces prestations spécifiques sont un outil majeur pour aider les professionnels à rejoindre les réseaux et les inciter à y inclure des patients. Elles doivent être multipliées. Le dispositif FIQCS, couplé aux prestations spécifiques, constitue un cadre juridique prometteur pour le développement de nouveaux réseaux ciblant la problématique du VIH, dans les régions françaises où la prévalence de cette infection est forte.

Des réseaux exclusivement VIH ne sont pas nécessairement mobilisateurs pour de nombreux médecins de ville (l'investissement formatif étant très élevé, pour des files actives initialement très faibles), et d'autres solutions peuvent être envisagées. Ainsi les réseaux plurithématiques (plusieurs domaines sanitaires d'intervention plutôt qu'un seul) permettent-ils aux professionnels de ne pas se disperser dans des réseaux multiples. L'intégration de la prise en charge du VIH dans une approche élargie, par exemple « viroses chroniques » (VIH, VHB, VHC) ou « vulnérabilité et accès aux soins », permet à des professionnels de ville dont la file active VIH est faible d'intégrer néanmoins les réseaux impliqués dans la prise en charge de cette pathologie et de les aider dans une montée en charge progressive dans leur activité VIH.

### **Quels autres modèles d'organisation à expérimenter en France ?**

D'autres modèles d'organisation multidisciplinaire de la prise en charge en ville, complémentaires à ce qu'apportent les réseaux, existent à l'étranger. Au Canada, il existe des cliniques spécialisées dans le dépistage, le traitement et le suivi des personnes vivant avec

le VIH, atteintes d'hépatites ou de maladies sexuellement transmissibles. Elles regroupent des médecins généralistes et spécialistes, des psychologues, des infirmiers, des nutritionnistes et des intervenants sociaux. L'action de ces cliniques médicales prend en compte la maladie dans tous ses aspects, médicaux, psychologiques et sociaux, que ce soit sur le plan curatif, préventif, palliatif, sans négliger la promotion de la santé. En Belgique, certaines maisons médicales exercent une médecine de première ligne en collaboration étroite avec les usagers. Leurs actions visent à une approche globale, intégrant soins et démarches préventives de la santé. Le travail en équipe permet de coordonner les interventions des différents prestataires pour une meilleure qualité des soins et une plus grande efficacité.

## Quelles pistes concrètes pour la prise en charge en ville ?

Les besoins incontournables qui permettront à l'ensemble des professionnels de fonctionner dans une collaboration efficiente sont :

- leur identification (professionnels de ville, acteurs institutionnels, associations de patients) ;
- l'accès simple à l'information sur ces différents acteurs sous forme de carnets d'adresses pertinents et fonctionnels (si possibles en ligne) ;
- la définition de protocoles de prise en charge des patients homogènes pour l'ensemble des professionnels (dans les domaines médical, technique, psychologique, social) ;
- la formation ;
- les évaluations de pratiques professionnelles.

Les outils d'information correspondant à ces missions peuvent aisément être mis en œuvre et, pour une part, mutualisés entre les différents COREVIH. Il est souhaitable que les moyens internet permettant dans chaque région l'accès à l'information pertinente soient réfléchis au niveau national et que des outils analogues soient proposés dans toutes les régions.

De même, les protocoles de prise en charge sont, dans une large mesure, analogues d'une région à l'autre et doivent faire l'objet d'une réflexion et d'une mise au point commune au niveau national, à la disposition des structures régionales ou locales qui voudront les utiliser.

Enfin, d'importantes missions de formation doivent être prévues pour les professionnels de ville. Il n'appartient pas aux COREVIH de les assurer, mais de repérer les structures qui peuvent en être les promoteurs (université, associations de formation, associations de patients...), de leur signaler l'urgence des besoins de formation dans ce domaine et de diffuser l'information sur ces actions de formation auprès des professionnels concernés.

L'évaluation des pratiques professionnelles est indissociable de la définition de ces pratiques et, là aussi, les COREVIH peuvent participer à l'élaboration de projets d'évaluation des pratiques professionnelles et en confier la réalisation à des acteurs institutionnels agréés.

Enfin, la participation de l'ensemble des acteurs sanitaires, en ville et à l'hôpital, à un maillage sanitaire autour du VIH ou des viroses chroniques ouvre un champ de travaux de recherche, notamment en épidémiologie ou en recherche-action, qu'il sera utile d'exploiter. Les COREVIH peuvent aussi trouver une place dans ce champ.

### **Le groupe d'experts recommande :**

- *pour les COREVIH :*
  - *de veiller à la large diffusion des rapports d'activités à l'ensemble des membres du COREVIH ;*
  - *de rendre public le rapport national annuel du comité de suivi des COREVIH ;*
  - *d'étendre le recueil informatisé des données épidémiologique et cliniques à l'ensemble des structures hospitalières rattachées au COREVIH ;*
  - *la formation des nouveaux techniciens d'études cliniques ;*

- *pour les activités hospitalières :*
  - de réaliser plusieurs études spécifiques : a) étude de coût hospitalier pour les patients infectés par le VIH afin de s'assurer de la pertinence des calculs de l'étude nationale des coûts ; b) étude de la fréquence et des causes des séjours extrêmes supérieurs à un mois afin de mieux en comprendre les déterminants ; c) enquête nationale transversale pour mieux cerner l'adéquation entre l'offre et la demande en SSR ;
  - de définir une tarification pour les consultations complexes ou pluridisciplinaires qui ne relèvent pas de l'HDJ ;
  - de faire reconnaître la spécificité technique et économique des SSR VIH en organisant le financement des antirétroviraux et autres médicaments coûteux ;
  - d'inscrire les besoins en SSR VIH dans les prochains schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ;
  - de créer une offre de soins fléchés VIH au sein des USLD<sup>(1)</sup> et dans le secteur médicosocial et d'inscrire la spécificité VIH/Sida dans les prochains PRIAC<sup>(2)</sup> au moins pour les régions prioritaires ;
  - de faire un état des lieux national du fonctionnement des ACT (adéquation des missions, financements, formations, etc.) afin d'adapter le dispositif aux besoins actuels ;
- *pour la médecine de ville :*
  - de mener une réflexion pour mieux impliquer la médecine de ville dans la prise en charge des patients infectés par le VIH.

## SITES INTERNET

- Site du ministère en charge de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/COREVIH/>
- Sites des DRASS :
  - <http://www.franche-comte.sante.gouv.fr/sante/sante-publique-et-prevention/le-COREVIH-de-franche-comte.html>
  - <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante-publique/Sida-et-maladies-transmissibles/index.html>
  - <http://www.COREVIH-martinique.org/>
- Site de la Société française de lutte contre le Sida (SFLS) : <http://www.sfls.aei.fr>
- Site Sidaction : <http://www.Sidaction.org>

## BIBLIOGRAPHIE

1. BOURHIS B. Prise en charge des patients dépendants après un neuro-Sida : état des lieux et perspectives en région Île-de-France. Mémoire de l'École nationale de santé publique, 2007.
2. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
3. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
4. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques 2007-2011, avril 2007.

(1) Unité de soins de longue durée.

(2) Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

## ANNEXE 1. LES MODALITÉS DE TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ONT ÉTÉ PROFONDÉMENT MODIFIÉES DEPUIS 2004

Depuis la mise en œuvre de la T2A (tarification à l'activité) en médecine-chirurgie-obstétrique (secteur MCO), les modalités d'allocation de ressources entre les établissements de santé publics participant au service public hospitalier et privés se sont fortement rapprochées. Elles se fondent sur plusieurs grandes catégories de paiement : le paiement au séjour (GHS et certaines autres prestations de soins), le financement de produits de santé en sus, l'attribution de forfaits annuels, les missions d'intérêt général (MIG), l'aide à la contractualisation (AC).

Aussi, en pratique, un établissement reçoit une dotation composée d'une part variable, tarifée à l'activité, et des parts fixes, notamment par l'enveloppe MIGAC (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Cependant, au niveau de l'établissement, ces enveloppes ne sont pas « fléchées » et il relève de la responsabilité du directeur de gérer l'ensemble des montants.

Notons que les activités de psychiatrie et de SSR (soins de suite et réadaptation) restent pour le moment financées selon les modalités préexistantes, sous dotation globale ou sous objectif quantifié national, ce qui engendre pour le SSR un risque d'inadéquation de dotations liées au coût des traitements.

### Paiement au séjour via les GHS

Les établissements perçoivent de l'assurance maladie, sur décision de l'ARH (agence régionale de l'hospitalisation) une dotation basée sur leur activité réelle en fonction de la nature des actes réalisés, de leur poids et de leur volume.

L'analyse des informations médico-économiques fournies par le PMSI permet d'affecter le séjour en question au sein d'un groupe homogène de malades (GHM). Chaque GHM se voit ensuite affecter un tarif opposable à l'assurance maladie obligatoire (le GHS, pour groupe homogène de séjours). Ces tarifs d'échelle nationale des coûts sont nationaux, calculés à partir d'un échantillon représentatif d'hôpitaux et de cliniques et publiés par arrêtés annuels du ministre en charge de la Santé. Ce tarif prend en compte l'ensemble des dépenses afférentes à la prise en charge d'un malade : salaires des personnels, produits de santé, logistique, maintenance, amortissement, frais de structures... La construction de ces échelles tarifaires répond cependant à une règle liée aux écarts de modes de financement prévalents au modèle « T2A » : dans l'attente d'une future convergence public/privé, la structure de la table des GHS est commune pour les deux secteurs d'hospitalisation, mais les tarifs sont différents.

Les GHS sont basés sur des traitements statistiques qui conduisent à une valorisation à la moyenne. Certains paiements complémentaires sont alors associés aux GHS pour opérer certaines modulations, le paiement de journées supplémentaires (au-delà d'un seuil mesurant un écart important par rapport à la durée moyenne de séjour) afin de prendre en compte le surplus de charge lié aux séjours particulièrement longs et le paiement à la journée des passages au sein d'unités très spécialisées (réanimation, soins intensifs, surveillance continue ou néonatalogie).

De plus, quelques autres prestations viennent compléter les paiements au GHS. Il s'agit des forfaits de séances (dialyse, IVG), les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et les prestations d'HAD.

Les médicaments ont vocation à être inclus dans les GHS. Toutefois, certains médicaments onéreux ou dispositifs médicaux implantables engendrent trop de perturbations en termes de mesure de la prise en charge au sein de certains GHM (circulaire DHOS/DSS n° 2005-119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale. Annexe V : liste des médicaments

financés en sus des tarifs). Ces produits sont alors pris en charge en sus du GHS moyennant le fait d'être inscrits sur une liste arrêtée par le ministre en charge de la Santé. Des engagements en termes de respect de règles de bon usage sont également prévus pour réguler les financements au vu de la qualité de la prise en charge et de la pertinence de la prescription. Aucun des médicaments de l'infection par le VIH ne fait partie de cette liste.

Pour les séjours en hospitalisation complète, la durée de séjour doit se situer entre une borne basse et une borne haute qui varie pour chaque GHS.

Les hospitalisations de jour relèvent d'une « catégorie majeure de diagnostic » spécifique (la CMD 24 relative aux séjours de 12 à 48 heures) et de GHM spécifiques. La dotation est basée sur les GHM et calculée pour chaque GHS.

Les consultations externes sont remboursées en fonction de la classification commune des actes médicaux (CCAM) dont la partie CCAM clinique est en cours d'élaboration sous la responsabilité de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS)

## **Missions d'intérêt général (MIG)**

Les établissements de santé MCO peuvent bénéficier de financements au titre de la prise en charge de missions dites d'« intérêt général » ou MIG. Ces missions sont clairement identifiées sur une liste publiée par arrêté du ministre en charge de la Santé (arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du Code de la sécurité sociale) et les coûts induits par chacune d'entre elles sont éclairés par les retraitements au niveau national de la comptabilité analytique des établissements concernés.

Ces missions présentent une double caractéristique : elles sont difficilement identifiables au regard d'un séjour en particulier et doivent perdurer, quel que soit le niveau d'activité effectif.

Figurent notamment au titre de ces missions l'enseignement, la recherche et l'innovation au sein d'une sous-enveloppe spécifique intitulée MERRI, les SAMU et les SMUR, les centres de référence, les équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs, douleur...), les actions de prise en charge de patientèles spécifiques (détenus par exemple), les COREVIH, les CDAG hospitalières.

Le montant est alloué par le directeur de l'ARH à chaque établissement en fonction d'indicateurs à l'origine de ses MIG. L'enveloppe MIG est un budget global et les différentes thématiques s'y retrouvent en compétition

En ce qui concerne les actions spécifiques concernant le VIH/Sida, l'arrêté du 23 mars 2007, qui vient en application de l'article D. 162-8 du Code de la sécurité sociale, prévoit le financement forfaitaire des structures et programmes suivants :

- au titre de l'article 1 alinéa 3, les Comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) ;
- au titre de l'article 1 alinéa 4, les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ;
- au titre de l'article 2 alinéa 4, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- au titre de l'arrêté 2 alinéa 5, au titre de l'activité de dépistage anonyme et gratuit et les consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH ou toute maladie transmissible (CDAG/CIDDIST) ;
- au titre de l'article 2 alinéa 6, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relative à l'infection par le VIH ;
- au titre de l'article 2 alinéa 9, les consultations hospitalières d'addictologie, l'emploi de psychologue ou d'assistante sociale dans les services de soins prévus par les plans généraux de santé publique.

## **Aide à la contractualisation (AC)**

En compléments des financements MIG (et avec lesquels elle forme le sous-objectif budgétaire MIGAC), une enveloppe dite AC (pour aide à la contractualisation) est mise

à disposition des ARH. Elle est prévue pour accompagner les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens que doit signer chaque établissement avec le directeur de l'ARH (la DHOS pour l'AP-HP) et pour faciliter la mise en œuvre des priorités de santé publique inscrites au sein des plans et programmes nationaux en fonction des orientations fixées notamment dans le PRSP, le SROS. À titre d'exemple pourraient être proposés le renforcement d'une CDAG (projet d'actions « hors les murs »...), l'amélioration de la prise en charge de la précarité. Il s'agit d'une enveloppe à montant limité dont l'utilisation est pour une majeure partie fixée par la DHOS (pour 2006, plans nationaux cancer, périnatalité, santé mentale...).

## ANNEXE 2. COREVIH : CADRE RÉGLEMENTAIRE

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, notamment son article 158.
- Décret n° 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.
- Décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.
- Arrêté du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine.
- Arrêté du 4 octobre 2006 relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine.
- Circulaire n° DHOS/E2/DGS/2007/328 du 27 août 2007 relative au rapport d'activité type des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).
- Circulaire n° DHOS/E2/DGS/SD6A/2007/25 du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).
- Circulaire n° DHOS/DGS/2005/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine.

## ANNEXE 3. NOUVEAUX DISPOSITIFS DE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Praticien	Majoration	Lettre clé	Montant de la lettre clé	Montant de la consultation	Observations
Généralistes et médecins correspondants	Majoration de coordination	MCG	3 €	C + MCG 21 + 3 = 24 €	Majoration de coordination applicable à la consultation pour les patients de plus de 16 ans
Spécialistes	Majoration provisoire cliniciens	MPC	2 €	CS + MPC 23 + 2 = 25 €	S'applique exclusivement à la CS

Praticien	Majoration	Lettre clé	Montant de la lettre clé	Montant de la consultation	Observations
Spécialistes	Majoration de coordination	MCS	3 €	CS + MPC + MCS 23 + 2 + 3 = 28 €	Pour soins itératifs et retour d'information au médecin traitant Patient adressé au spécialiste par un médecin correspondant et information au médecin traitant
Spécialistes	Consultation	C2	42 €	42 €	S'applique pour une consultation de spécialiste, ancien Interne d'un CHU. Le patient est envoyé par son médecin traitant pour avoir un avis ponctuel du spécialiste, qui ne doit pas revoir ce patient pour la même pathologie dans les six mois qui suivent. Le suivi du traitement indiqué, le cas échéant, est assuré par le médecin traitant
Spécialistes	Consultation	C3	63 €	63 €	S'applique à une consultation réalisée par un Professeur des Universités-Praticien hospitalier en activité dans ses fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant