

**Synthèse des rapports d'activité 2011**

**Des comités de coordination de la lutte contre**

**L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine**

**(COREVH)**

Créé en 2007, le COREVIH (Comité de Coordination Régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine) est une instance régionale et collégiale dont l'expertise pluridisciplinaire répond aux enjeux locaux de la lutte contre le VIH.

## I. Synthèse des rapports d'activité 2011 des COREVIH

### A. Méthodologie

Le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la création des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et la circulaire du 27 août 2007 (circulaire DHOS/E2/DGS/2007/328) relative au rapport d'activité type des COREVIH prévoient la rédaction d'un rapport d'activité annuel par les COREVIH sur la base d'un modèle type. Ces instances de coordination sont chargées de remplir trois missions :

- 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 la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;
- participer à l'amélioration de **la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques** ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques.

L'année 2011 est une année charnière pour les COREVIH puisqu'elle correspond **au terme de la dernière année, d'une première période de mandature (2007/2011)**. Ces quatre années d'existence ont permis aux COREVIH d'asseoir leur fonctionnement et de faire ainsi évoluer chacune des structures (montée en puissance des activités, enrichissement des partenariats territoriaux, créations d'outils destinés à l'amélioration de la qualité des soins, élaboration de diagnostics, etc...). Ces évolutions coïncident également avec l'adoption du plan national VIH /SIDA et les IST 2010/2014 qui invite les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine à s'inscrire dans l'action pour la mise en œuvre des objectifs du plan de santé publique et à être des acteurs actifs lors de l'élaboration des programmes stratégiques régionaux élaborés par les ARS comme de leur mise en œuvre.

L'analyse des différents rapports d'activité relatifs à l'année 2011 témoigne du développement et de la richesse du travail effectué par les COREVIH et de l'investissement des professionnels de tous horizons.

Cette nouvelle période coïncide également avec le renouvellement des bureaux des COREVIH. Les résultats apportent des éléments intéressants sur la représentativité des différents collèges (représentants des professionnels de santé et de l'action sociale, représentants des malades et des usagers du système de santé, personnalités qualifiées, représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux).

- **Bilan des documents reçus pour l'année 2011 :**

Les rapports d'activité étaient à transmettre au plus tard le **1 er juillet 2012**. La synthèse nationale des rapports d'activité 2011 tient compte de tous les documents reçus jusqu'à fin août 2012, soit 28 rapports d'activité parvenus à la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) à cette date.

- **Méthodologie et exhaustivité des réponses mises en place pour la rédaction des rapports annuels 2011:**

Une part importante des rapports annuels recense une riche et large variété d'actions conduites autour de la coordination des professionnels du soin et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge (PEC) des patients (missions principales des COREVIH).

Ces différentes actions sont le fruit de la mobilisation de nombreux acteurs, professionnels ou non, qui participent à la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA. Les actions de coordination des COREVIH doivent en particulier permettre une meilleure synergie des acteurs de terrain et une amélioration de la qualité de la PEC des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine.

L'analyse des rapports annuels, montre que l'ensemble des COREVIH a complété les « tableaux 6 et 7 » du rapport type qui déclinent leurs principales missions (Coordination des professionnels du soin et amélioration de la qualité et de la sécurité des patients). Néanmoins, comme constaté pour la synthèse précédente réalisée en 2009/2010, certains rapports ne dissocient pas ou ne décrivent pas précisément ces deux missions centrales des COREVIH :

- « missions de coordination des professionnels du soin »
- et les « missions relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité » de la PEC des patients ».

Dans l'ensemble, et malgré leur richesse et l'existence d'un « modèle type », les rapports annuels 2011 restent très hétérogènes (documents allant de 12 à plus de 150 pages). D'une part, le contenu des rapports est plus ou moins détaillé, notamment en termes d'actions de coordination conduites auprès des professionnels du soin ou bien d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients (réalisation de protocoles, chartes de qualité, etc....). D'autre part, la fiabilité des données est parfois incertaine, compte tenu notamment de leur mode de recueil et de validation variable au sein du COREVIH : tantôt sous la responsabilité du seul coordonateur, tantôt du bureau, tantôt du secrétariat ...

Enfin il convient de noter les mêmes données font l'objet d'interprétation différentes donc de remplissage hétérogène ce qui fait que les résultats ne peuvent être calculés sur 28 rapports mais parfois sur un nombre inférieur suivant le nombre de rapport dans lesquelles ces données sont clairement saisies et reconnaissables. De nombreux contacts avec les rédacteurs des rapports ont eu lieu au cours de la rédaction de la synthèse afin de lever au maximum ces ambiguïtés ou ces manques.

## - Perspectives

Pour l'avenir, afin de répondre à la nécessité de rendre compte de l'activité des COREVIH de manière plus homogène et de disposer de données fiables, le groupe de travail national des COREVIH a proposé de faire évoluer le rapport d'activité. Il lui a été proposé de mettre en place un outil commun par la création d'un « observatoire informatisé » des COREVIH. Cet observatoire est actuellement en cours de finalisation par un groupe de travail ad hoc. Il a pour objectifs de faciliter la tâche des COREVIH pour la rédaction du rapport d'activité appuyé sur un support dématérialisé le plus clair possible et un choix de données à remplir calées d'une part sur les données du rapport type et d'autre part sur des « fiches action » dont la définition fera l'objet d'un consensus. Il sera toujours possible aux acteurs de transmettre des données qualitatives, des exemples d'actions et des commentaires pour enrichir ce rapport type.

Une phase test sera proposée aux COREVIH volontaires début 2013 afin de les familiariser avec cet outil et de recueillir leurs avis sur sa fonctionnalité. Dans une prochaine version de ce rapport il sera possible d'intégrer des données nouvelles en lien avec la mise en œuvre du plan VIH. Ces données permettront de mieux traduire la richesse et d'approcher l'impact des actions menées par les COREVIH.

**Pour en faciliter la lecture, la synthèse des rapports 2011 reprend le plan déjà suivi pour les synthèses des années précédentes en suivant, dans une première partie, la trame du rapport type.**

**Par ailleurs, afin de valoriser au mieux les actions mises en œuvre par les COREVIH et partager les initiatives remarquables, une deuxième partie reprend chacune des missions des COREVIH en valorisant des exemples d'actions spécifiques mis en œuvre en 2011 et mis en relation avec les axes du plan VIH/IST.**

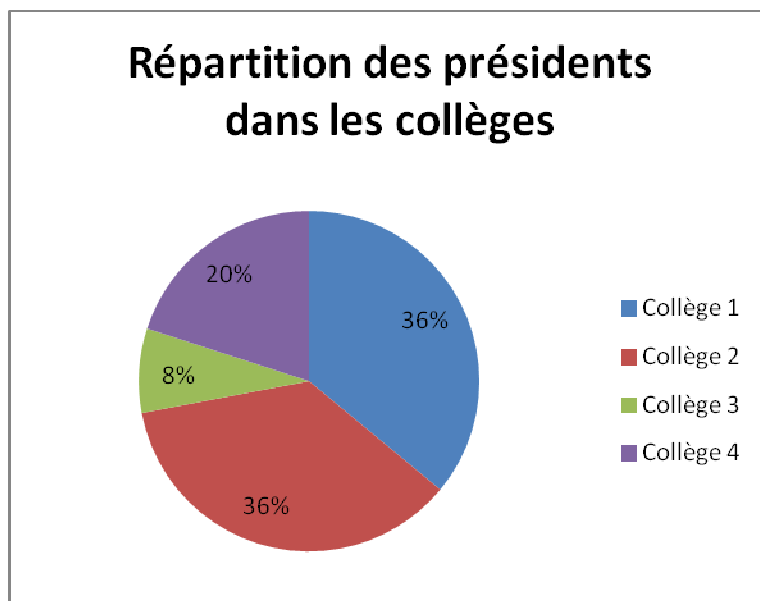
## B. Eléments organisationnels des COREVIH :

« Gouvernance, rattachements administratifs, financements, moyens en ETP, indicateurs de fonctionnements, outils informatiques généraux, outils de communication ».

### - Les bureaux des COREVIH :

La clôture de l'année 2011 s'achève, pour la plupart des COREVIH, par le renouvellement des instances de gouvernance des COREVIH (élection du bureau).

**Présidents des COREVIH** (données sur 25 COREVIH):



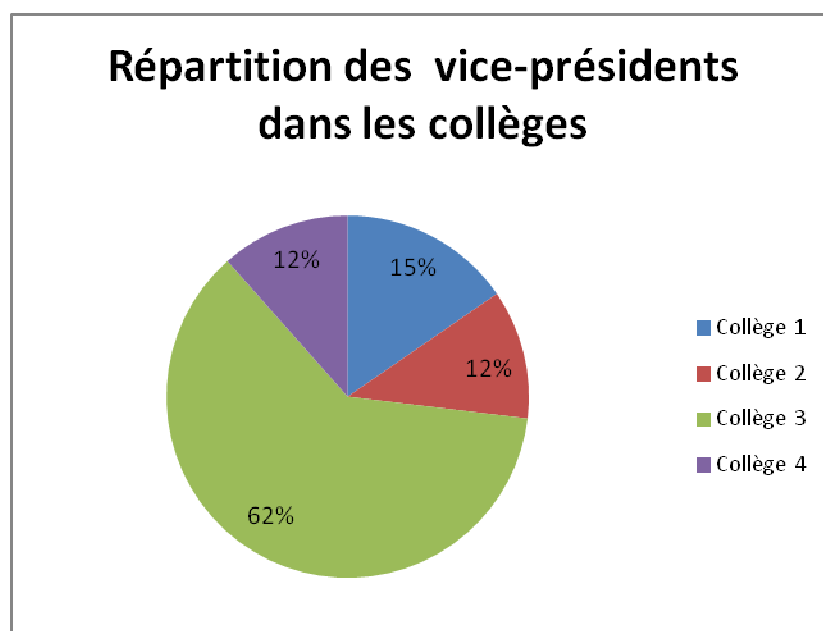
- **36%** appartiennent au **collège 2** (représentants des professionnels de santé et de l'action sociale),
- **36%** appartiennent au **collège 1** (représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux),
- **20%** appartiennent au **collège 4** (personnalités qualifiées),
- et **8%** appartiennent au **collège 3** (représentants des malades et des usagers du système de santé).

On observe, par rapport aux années précédentes (synthèse 2008, 2009/2010) :

- une **augmentation** (de 15% en 2008 à 36 % en 2011) « **des professionnels de santé et de l'action sociale** » (**collège 2**) pour la fonction de président tandis que la part des « représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux » (collège 1) est passée de 63 % en 2008 à 33% en 2011

La part **des** « personnalités qualifiées » **du (collège 4)** est relativement stable puisqu'elle évolue de 18 % en 2008 à 20% en 2011. La part des « représentants des malades et des usagers du système de santé » (collège 3) double, de 4% en 2008 à 8% en 2011

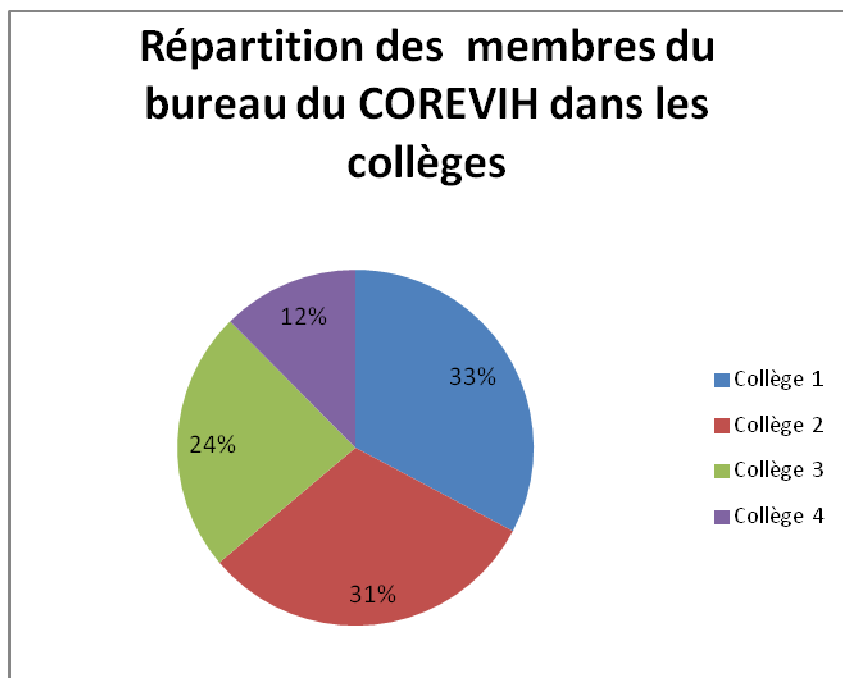
**Vice-présidents des COREVIH** (données sur 24 COREVIH) :



- **62%** appartiennent au **collège 3** (représentants des malades et des usagers du système de santé),
- **12%** appartiennent au **collège 1** ((représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux),
- **15%** appartiennent au **collège 2** (représentants des professionnels de santé et de l'action sociale),
- **12%** appartiennent au **collège 4** (personnalités qualifiées).

On observe comme dans les années précédentes, une prédominance de la représentation **du collège 3** ( 62% en 2008 à 64 % en 2011) ) . La part des **collèges 1** **reste stable et le collège 4** passe de 15% en 2008 à 12% en 2011. Celle du **collège 2** progresse de 7% en 2008 à 12% en 2011.

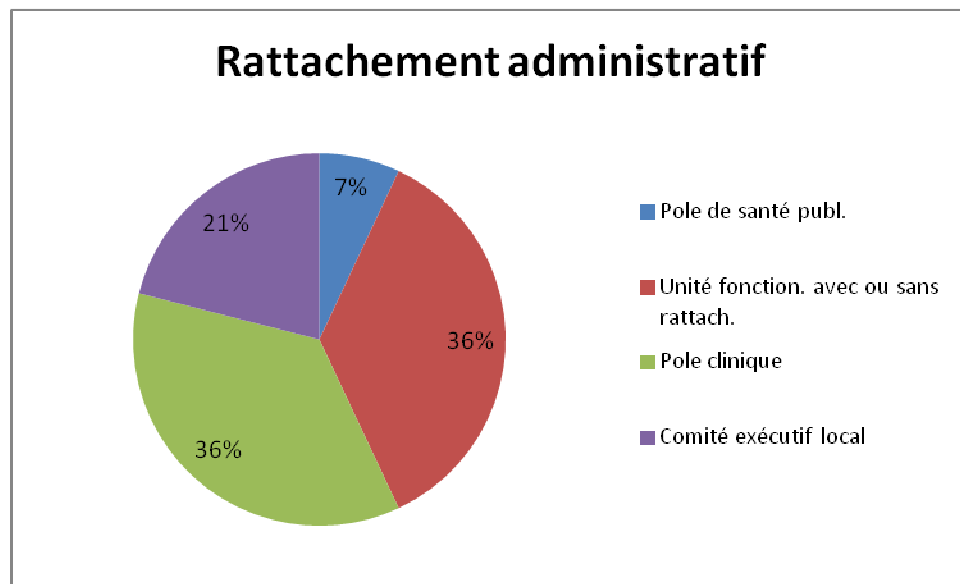
Membres du bureau des COREVIH (données sur 25 COREVIH) :



- **33%** (37% en 2008) appartiennent au **collège 1** (représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux),
- **31%** (26% en 2008) appartiennent au **collège 2** (représentants des professionnels de santé et de l'action sociale),
- **24%** appartiennent au **collège 3** (représentants des malades et des usagers du système de santé),
- **12%** appartiennent au **collège 4** (personnalités qualifiées).

On observe une variation des collèges 1 et 2 au profit des collèges 3 et 4 ce qui va dans le sens d'un meilleur équilibre au sein des COREVIH.

- Les Rattachements administratifs des COREVIH



La donnée « rattachement administratif » n'est en général pas précisée dans les rapports qui donnent seulement la référence de l'établissement siège. Il a été nécessaire de redemander cette information à chaque COREVIH qui ont tous répondu.

On note ainsi que la majorité sont rattachés à des services ou des pôles (en général Pathologies infectieuses ou pôle clinique médicale). On note également que le nombre de COREVIH ayant le statut d'UF est relativement important (10 unités).

Pour leur fonctionnement, les COREVIH disposent de locaux : bureaux individuels ou partagés, salles de réunions, secrétariats et de moyens matériels (ordinateurs, téléphones, imprimantes et logiciels) avec plusieurs fois accès à la visioconférence. Plusieurs COREVIH disposent de véhicules. Les situations des COREVIH sont très diverses : certains se plaignent d'un manque de moyens ou du non remplacement des départs (retraites ou mutations), d'autres considèrent que leur situation matérielle est convenable et leur permet de remplir leurs missions.



Ainsi, par exemple, il est relevé dans un rapport que, « malgré la pression comptable actuelle, le COREVIH bénéficie d'une bonne écoute et une démarche positive de l'établissement siège quant à nos besoins, missions et organisation » et une « coopération tripartite ARS-CHU-COREVIH basée sur l'écoute et la confiance fondamentale pour la réalisation et le développement futur de nos missions ». Ces bonnes relations se retrouvent dans d'autres rapports.

La question du rattachement administratif des COREVIH a déjà été débattue et a une incidence certaine sur la visibilité que ces structures ont des données de gouvernance qui les concernent. En particulier, il est parfois difficile pour certains COREVIH d'avoir une vision claire de leur budget lorsque celui-ci est inclus dans la budget général d'un pôle par exemple.

#### - Les financements des COREVIH en 2011

Les COREVIH sont financés au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) sur la base d'un modèle national. Le montant national des crédits affectés par les ARS aux établissements sièges des COREVIH pour l'année 2011 est de **18 623 597 euros** (source Arbust MIGAC). Depuis la création des COREVIH en 2007, on note une augmentation régulière de ces dotations.

#### Financements des COREVIH (source DGOS - ARBUST MIGAC) :

Région	Total 2007	Total 2008	Total 2009	Total 2010	Total 2011
Alsace	1 090 861	1 085 407	1 098 975	387 814	<b>437 814</b>
Aquitaine	577 232	623 342	644 043	637 764	<b>737 764</b>
Auvergne	54 547	171 967	116 646	167 533	<b>217 533</b>
Bourgogne	332 686	338 949	343 492	343 492	<b>343 492</b>
Bretagne	736 260	729 931	730 357	780 357	<b>880 357</b>
Centre	425 891	429 579	429 539	436 056	<b>536 056</b>
Champagne-Ardenne	88 871	73 471	46 920	47 309	<b>47 309</b>
Franche-Comté	137 000	255 679	236 504	226 282	<b>226 282</b>
Ile-de-France	1 500 000	4 261 809	4 683 071	4 730 362	<b>4 730 362</b>
Languedoc-Roussillon	409 717	559 585	571 541	576 235	<b>726 235</b>
Lorraine	182 449	295 949	295 949	295 949	<b>395 949</b>

Midi-Pyrénées	534 290	699 936	720 993	761 721	761 721
Nord-Pas-de-Calais	334 246	397 048	397 048	447 048	<b>597 048</b>
Normandie-Basse	349 066	349 065	349 992	394 223	<b>444 223</b>
Normandie-Haute	338 635	376 635	376 635	446 635	<b>546 635</b>
Pays de la Loire	1 454 962	749 589	756 601	700 401	<b>750 401</b>
Picardie	120 000	169 584	209 490	207 547	<b>257 547</b>
PACA	1 744 322	1 747 433	1 858 556	1 861 180	<b>2 011 180</b>
Rhône-Alpes	910 160	1 043 169	1 088 209	1 127 824	<b>1 127 824</b>
Guadeloupe	660 737	660 737	660 737	667 975	<b>667 975</b>
Martinique	729 374	741 217	786 589	840 467	<b>840 467</b>
Réunion	127 990	174 110	266 433	270 797	<b>270 797</b>
Guyane				1 068 626	<b>1 068 626</b>
<b>Total général</b>	<b>12 839 297</b>	<b>15 934 191</b>	<b>16 668 320</b>	<b>17 423 597</b>	<b>18 623 597</b>

On note une grande hétérogénéité des modes de présentation des éléments financiers et budgétaires dans les différents rapports annuels 2011, ce qui nuit à la lisibilité des moyens dont disposent les COREVIH

En effet, quelques COREVIH ne spécifient que le montant de leurs dépenses « prévisionnelles » et ne font pas apparaître le montant effectif des dépenses « consommées ».

Par ailleurs, malgré l'obligation mentionnée dans la circulaire du 27 août 2007 (circulaire DHOS/E2/DGS/2007/328), certains comités n'ont fourni aucun élément chiffré de l'état des leurs dépenses ni de leurs recettes.

Cette situation ne permet donc pas toujours d'avoir une vision correcte, des besoins et des moyens (budgets/consommations) mis en œuvre par les COREVIH.

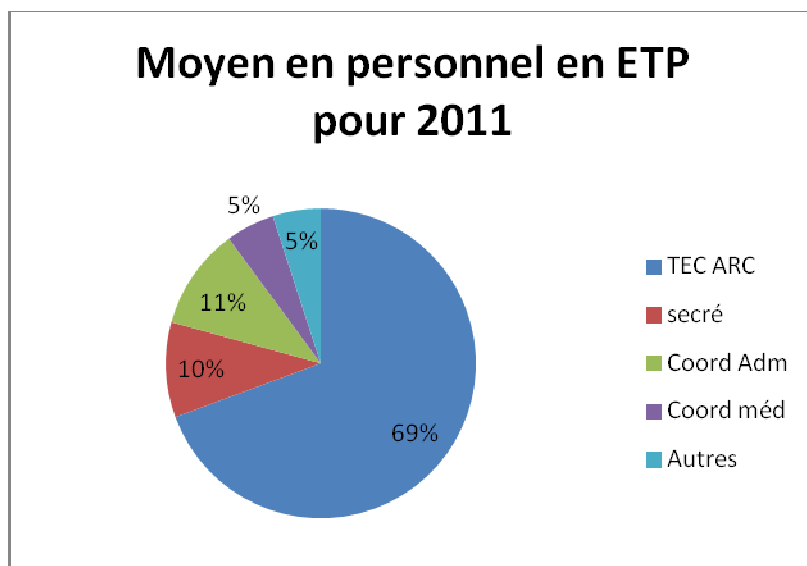
Afin de faciliter la saisie de ces données, une attention particulière devra être apportée à ce sujet dans l'élaboration du modèle d'observatoire afin de mieux structurer la présentation de ce budget pour l'ensemble des COREVIH.

- **Ressources humaines : répartition des moyens en ETP**

Dans le cadre des missions qui leur sont confiées et selon le modèle financier qui leur est commun, chaque COREVIH dispose des moyens en personnel et bénéficie **d'un temps de secrétariat, d'un temps administratif et / ou médical de coordination, d'adjoints de cadres hospitaliers et d'un temps de technicien d'étude clinique.**

Néanmoins, la situation locale peut nécessiter d'adapter le recrutement de ces différentes catégories de personnels et offre ainsi la possibilité de faire appel à d'autres catégories de personnels.

L'analyse des rapports d'activité 2011 permet de noter que, sur l'ensemble de la période de mandature 2008/2011, les profils de postes en équivalent temps plein (ETP) sont restés relativement stable.



**Sur 28 COREVIH, les moyens en personnels se répartissent ainsi en 2011 :**

- **69%** de TECs et ARCs ( 65% en 2008) soit entre 2 et 16 postes en ETP **de TEC** ;
- **11 %** de coordinateurs administratifs (11% en 2008) soit entre 0,5 **et 2 postes** en ETP des **coordinateurs administratifs** ;
- **10%** de secrétaires (10% en 2008) soit entre 0,5 et 1,4 poste ETP de **secrétaires** ;
- **5%** de coordinateurs médicaux (5% en 2009) soit entre 0,25 et 1,8 **poste de coordinateurs médicaux** ;
- **5%** pour les autres postes (chargés de missions, épidémiologistes, personnels sociaux et éducatifs, etc...) vs 14% en 2008. soit entre 0 et 2,3 postes ETP pour **les autres personnels.**

## C. L'activité des COREVIH :

### Introduction d'un rapport d'activité résumant bien le positionnement des COREVIH :

« Entre 2008 et 2011, notre COREVIH s'est beaucoup positionné sur l'amélioration de l'organisation et de la coordination des soins, sur la réalisation d'études épidémiologiques (dont notre rapport épidémiologique qui regroupe et analyse l'ensemble de nos données), sur la mise en place des groupes de travail, sur l'information et la formation, ainsi que sur la fonction de représentation auprès des tutelles (l'ARS notamment) afin de faire entendre le point de vue des acteurs de notre COREVIH, en premier sur les sujets qui concernent l'organisation des soins.

Et plus récemment, notre COREVIH, dans le but de décliner sur le terrain les mesures du **Plan national 2010 – 2014 de lutte contre le VIH/Sida** a pris plusieurs initiatives pour favoriser l'extension du dépistage sur son territoire, à la fois en ville et à l'hôpital. Gageons que nombre de ces objectifs et activités sont aujourd'hui bien en place, et que le travail sur les objectifs les plus récents (notamment dépistage) commence à porter ses fruits. »

### Les indicateurs de fonctionnement sont les suivants pour l'année 2011 :



- le nombre de **séances plénières** varie de 2 à 4 par COREVIH et le nombre de participants est au minimum de 15 au maximum de 90.
- le nombre de **réunion de bureau** varie de 2 à 10 (moyenne de 4,5), le nombre de participants est au minimum de 5 au maximum de 11.
- le nombre de **groupes de travail** varie de 3 à 14 (avec une moyenne de 5,5) et le nombre de réunions de groupe de travail varie de 0 à 23.

On note qu'en 2011 la mobilisation des acteurs des COREVIH s'est légèrement accrue en termes de nombre de **groupes de travail** puisque celui-ci est passé de 134 groupes de travail en 2009/2010, à 161 groupes de travail en 2011.

Le nombre de réunions de bureau reste stable puisqu'il passe de 132 réunions en 2009/2011, à 135 en 2011. Le nombre de séances plénières est en très légère baisse passant de 68 en 2009 /2010 à 61 en 2011. Les différentes réunions font majoritairement l'objet d'ordre du jour et de compte-rendu.

Il conviendrait cependant d'approfondir cette analyse et, pour **les commissions et les groupes de travail**, de définir quelques indicateurs permettant d'apprécier l'état d'avancement des travaux menés dans l'année (nombre de protocoles réalisés, état d'avancement des travaux menés, nombre de bilans de synthèse, etc...) mais également de mieux cerner les « productions » de ces groupes (procédures communes, documents de référence, informations partagées..). Cela permettrait de rendre ainsi plus concrète et plus transparente l'action des COREVIH ainsi que leur plus-value dans l'élaboration d'outils communs pour améliorer la coordination des acteurs et la qualité des pratiques.

Le nombre de **participants** aux différentes réunions est un élément significatif de l'implication des acteurs des COREVIH et un bon indicateur de résultats de l'action d'animation des COREVIH. **Les commissions et les groupes** de travail sont créés pour favoriser un échange des pratiques entre professionnels de la santé et permettre d'améliorer la prise en charge des patients. Ces groupes de travail ont pour vocation de prendre en compte les problématiques liées aux territoires (données épidémiologiques, proportion de migrants, problématiques liées à la précarité, PNLS, etc...) et nécessitent ainsi à la fois une importante coordination et mobilisation des acteurs régionaux (recensement et identification des acteurs grâce à une approche transversale des structures sanitaires intra ou extra hospitalières, structures associatives et sociales, etc ...

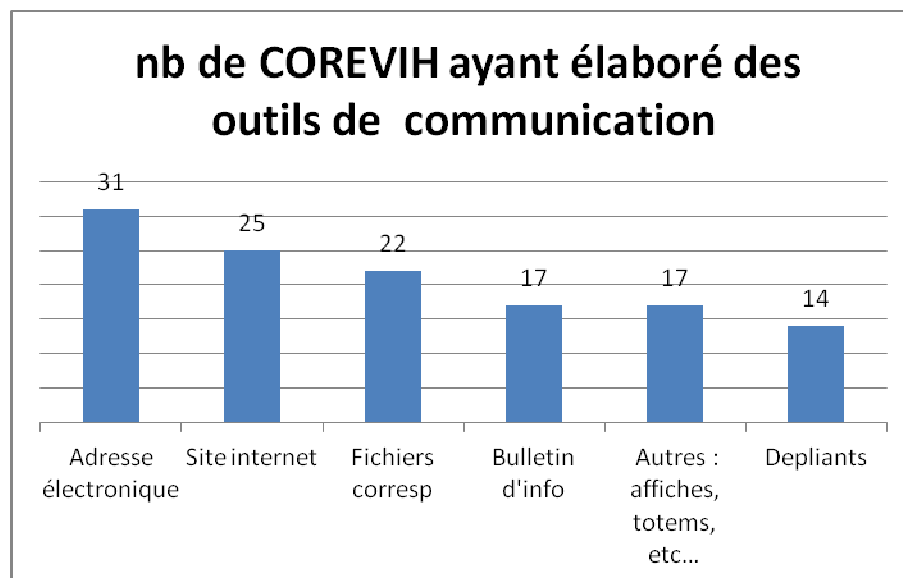
#### - Outils de communication mis en place par les COREVIH en 2011

**Durant ces quatre années de mandature** les COREVIH ont mis en place et poursuivi le développement de plusieurs « outils de communication » : création, maintenance et enrichissement des sites internet, participation à l'alimentation de la Boite à Outils de la SFLS (BAO), création de newsletters, création de pages Facebook, dépliants, affiches, plaquettes, logos, Bulletins d'informations, mise en place de supports visuels mobiles pour des actions de prévention ou scientifiques, etc....

La richesse de ces outils est essentielle au développement des missions de coordination et permet à de nombreux acteurs locaux de contribuer à la lutte contre de l'épidémie du VIH/SIDA/IST en favorisant la circulation de l'information.

Il s'agit aussi, grâce à l'élaboration de ces supports, de mettre en cohérence les actions respectives de chacun. Ce développement des outils de communication permet à la fois une meilleure connaissance de l'activité des COREVIH mais aussi une meilleure diffusion de l'information sur la maladie du VIH/SIDA.

Recensement des outils de communication des COREVIH :



- 25 COREVIH ont un site internet
- 31 COREVIH ont une adresse électronique spécifique
- 17 COREVIH ont créé un bulletin d'information dont la parution est la plupart du temps trimestrielle.
- 22 COREVIH ont un fichier d'adresses de correspondants (moyenne de 188 adresses). Le nombre de correspondants pour chacun des COREVIH est au minimum de 130 et au maximum de 700.

En ce qui concerne ce fichier d'adresses il est important de noter, la nécessité pour chacun des COREVIH d'identifier clairement et de répertorier chacun des « acteurs » vers lesquels ils doivent communiquer (en interne mais aussi vers les acteurs du territoire). On remarque que la définition (le libellé) de ces différents acteurs et partenaires est très variable selon les structures et les comparaisons sont difficiles pour appréhender les relations tissées avec les acteurs locaux.

Il s'agit pour les secrétariats de mettre en place des listes de diffusions opérationnelles (différents conseils généraux, ARS et ses délégations territoriales, etc...). Ce travail est un des maillons essentiels de la bonne réalisation des actions de coordination.

## II. Les missions de coordination des COREVIH autour du Plan de Santé publique VIH-SIDA/IST 2010-2014

Cette partie de l'analyse repose sur une approche plus qualitative. Elle est illustrée, selon les thèmes par des dispositifs particulièrement aboutis mis en place dans certaines régions.

Les activités développées par les COREVIH dans le cadre de leur mission de coordination sont très variées et couvrent un champ large allant de la communication à la prévention, la diffusion des bonnes pratiques et des référentiels, l'éducation thérapeutique. Elles concernent des publics larges aussi bien très spécifiques comme les personnes détenues ou des populations plus larges. Les exemples retenus pour cette synthèse ne recouvrent qu'une partie des exemples remarquables de cette activité.

### 1<sup>er</sup> axe : Les missions de coordination autour des professionnels du VIH

A/ 1<sup>ère</sup> thématique : PREVENTION, DEPISTAGE, EDUCATION THERAPEUTIQUE, PREVENTION POSITIVE (soutien à la vie affective et sexuelle)

#### **Commentaires :**

Les COREVIH participent à de nombreuses actions de coordination en termes de : « PREVENTION, DEPISTAGE, D'EDUCATION THERAPEUTIQUE, PREVENTION POSITIVE ». Ces thématiques sont couvertes par une large majorité de COREVIH. Elles contribuent à l'harmonisation des pratiques de dépistages (formations, recommandations, protocoles, etc...) et au renforcement de la prévention grâce à des actions conduites auprès des populations dites « générales ou ciblées ». On note, à travers les actions de coordination des COREVIH, une montée en puissance des actions liées à la « vie affective et sexuelle des patients » (consultations, créations de centres, développement de projets liés à la santé sexuelle, création de sites internet, etc...), conformément aux recommandations du plan de santé publique sur le VIH /SIDA et IST 2010/2014.

(\*) Nombre de COREVIH ayant développé des thématiques de coordination :

Thématiques : PREVENTION/DEPISTAGE/EDUCATION THERAPEUTIQUE /PREVENTION POSITIVE	Nombre de COREVIH (*)	Objectifs et cibles	Ex Actions/Outils Mis en œuvre
Actions de prévention et dépistage ciblés (migrants, HSH, FAF, jeunes, précaires, etc....)	19	<p><b>Objectifs :</b> Augmenter le dépistage et la prévention en population ciblée. Améliorer la complémentarité, la cohérence du dispositif de prévention et de dépistage à travers des actions de coordination des acteurs.</p> <p><b>Cibles :</b> HSH, jeunes, précaires, migrants, personnes incarcérées, usagers de drogues, etc....</p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 1 mesures 1, 2, 3,4 Axe 2 mesures 2,4 ,5 et 7</p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination liées à la prévention / dépistage/ ETP/ prévention positive</b></p> <p>Coordination et actions de prévention, de dépistage autour du VIH, VHC, VHB, et des IST. Diffusion de bonnes pratiques (travail de recueil et d'information vers lieux ciblés, formations, etc..). Dépistage dans les HLM, le milieu pénitentiaire, auprès des populations interculturelles, HSH, des migrants, dans les lieux de prostitution, etc... Organisation de la journée d'action mondiale du SIDA, travail autour de programmes d'échange de seringues , enquêtes auprès d'acteurs sur offre prévention et dépistage, animation de réseaux de prévention CRIPS (création de cahiers des charges, développement de partenariats, harmonisation des pratiques, actions autour de la complémentarité des acteurs de prévention et de dépistage, questionnaires sur le recueil des pratiques CDAG, CIDDIST, etc... ). Appels à projet dépistage par TROD (travail de coopération inter-COREVIH). Mise en place d'une action de coordination « Flash mob » suivi d'une distribution d'infos et de préservatifs dans les lycées et fac. Elaboration d'une enquête inter-COREVIH. Réflexion concernant le dépistage ciblé vers les publics migrants.</p> <p><b>Lieux :</b> CDAG, CIDDIST, Centres IVG, Associations, etc....</p>
Actions de prévention et dépistage en population générale	17	<p><b>Objectifs :</b> <b>Augmenter</b> le dépistage et la prévention en population générale. Informer la population générale sur les risques et la prévention combinée (VIH, IST, VHC, ...). Améliorer la complémentarité, la cohérence du dispositif de prévention et de dépistage à travers des actions de coordination des acteurs.</p> <p><b>Cibles :</b> population générale</p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination liées à la prévention / dépistage/ ETP/ prévention positive</b></p> <p>Actions de sensibilisation et de formation au dépistage « généralisé » auprès des généralistes, gynécologues, pharmaciens, etc...</p> <p><b>Création de supports et missions conduites :</b> questionnaires destinés au recueil de l'évaluation des bonnes pratiques des professionnels de santé. Questionnaires sur les attentes des généralistes pour PEC du VIH en ville (besoins en formations, attentes généralistes en termes de soins du VIH/SIDA). Actions de dépistage, formations et développement d'ateliers ou consultations liées aux thématiques sur les risques sexuels et accompagnement à la vie affective, création de Flyers et</p>



		<i>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 2 mesures 1</i>	<i>d'argumentaires sous forme de lettres d'information ou d'encarts. Déploiement des sites internet COREVIH sur les réseaux sociaux. Maintenance et enrichissement des sites internet COREVIH, formations et informations au VIH auprès du personnel médical (généralistes, étudiants en médecine, infirmières, intervenants associatifs, etc...). Création de supports de communication par les COREVIH (plaquettes d'informations, journal d'informations pour les professionnels, affiches centres IVG, newsletters, rencontres avec les medias locaux, organisation de conférences de sensibilisation au VIH destinées aux médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, etc...).</i>
<b>Actions autour des TROD (Tests rapides d'orientation et de diagnostic).</b>	<b>11</b>	<p><b>Objectifs :</b> Favoriser le développement de l'utilisation des tests rapides et leur accessibilité, mise en place d'appels d'offre (inter-COREVIH), etc....</p> <p><b>Cibles :</b> population générale et ciblée</p> <p><i>Référence au plan VIH/SIDA/IST : mesure 1, T17, T18, T19</i></p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination liées à la prévention / dépistage/ ETP/ prévention positive</b></p> <p><i>Promouvoir et favoriser l'accès au TROD : organisation de formations, diffusion des bonnes pratiques, autorisations à l'utilisation des TROD en population générale ou ciblée (médecins généralistes, associations, centres de dépistages, soignants, etc...). Etudes du maillage territorial, formations, création et diffusion de supports de documentation à l'utilisation tests rapides, <b>création</b> de répertoires des structures utilisant des TROD. Organisation soirée TROD avec la CPAM avec des médecins généralistes (ateliers de réalisation des TROD). Mise en œuvre d'appels à candidatures « TROD » dans le cadre commission « prévention, dépistage, et AES » destinés notamment à susciter des partenariats inter-structures (CDAG-associations, foyers-association-CDAG, etc....)</i></p>

<p><b>Prise en charge des AES (accidents avec exposition aux risques viraux) : VIH, VHB, VHC.</b></p>	<p><b>13</b></p>	<p><b>Objectifs :</b> Réduction des risques de contamination, diffusion des bonnes pratiques, actions d'information auprès du public et des professionnels de santé.</p> <p><b>Cibles :</b> population générale et ciblée, personnels soignant</p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 3 T35  <b>Circulaire DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars</b></p>	<p><b>Ex : Actions ciblées sur les missions de coordination liées à la prévention / dépistage/ ETP/ prévention positive</b></p> <p><b>Création</b> de supports et recommandations sur les modalités de prise en charge des AES : livrets d'informations, fiches bilan et recommandations diverses (suivi biologique, contre-indications, etc...). Création d'une lettre diffusée à l'ensemble des COREVIH et au service médecine légale pour le choix d'une ligne thérapeutique de 1<sup>ère</sup> intention (trousse d'urgence, ....). Création et mise à jour de protocoles, mise à jour de répertoires régionaux de prise en charge. Mise en place d'un parcours de soins (répertoires lieu de PEC, fiches techniques, formations aux bonnes pratiques, liste de recommandations destinées aux personnes exposées, etc...). Dans le cadre, des comités de pilotage Nadis : étude sur la mise en œuvre de la saisie de l'ensemble des données relatives aux accidents d'exposition au sang, etc....</p>
<p><b>Eduction Thérapeutique du Patient, consultations sexologie et mise en place de projets de « santé sexuelle ».</b></p>	<p><b>19</b></p>	<p><b>Objectifs :</b> Bonne observance des traitements, amélioration de la qualité de vie, diminution des risques de contamination grâce à l'observance des traitements (diminuer la charge virale circulant en population générale et ciblée), contribuer au succès virologique des traitements. Promouvoir une meilleure prise en compte de la santé sexuelle par la prévention positive. Accompagnement psychologique auprès de la famille et des aidants etc....</p> <p><b>Cibles :</b> population générale et ciblées, famille, aidants.</p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 3 T32, T33, T35</p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination liées à la prévention / dépistage/ éducation thérapeutique (ETP)/ prévention positive</b></p> <p>Conception et animation d'ateliers autour de l'ETP (prise en charge de migrants, personnes précaires, etc...). Echanges de bonnes pratiques (développement de thématiques en ETP, actions d'évaluation des ateliers etc...). Mise en place d'outils destinés à une approche quantitative et qualitative de l'activité d'ETP (Base ACCESS, et questionnaires auprès des patients). Organisation de Journées régionales sur l'ETP (échanges sur les difficultés rencontrées lors des séances d'ETP : situations cliniques, proposition pour l'organisation de sessions d'ETP en lien avec les médecins généralistes, mise en place de séances de <b>régulation</b> sur les différents territoires, ...). Travail de récupération des données et réalisation de masques de saisie dans le cadre commissions ETP afin de promouvoir l'intégration de l'ETP dans le bilan annuel de synthèse annuel....)</p> <p>Promotion de l'ETP en région (colloques, réunions, formations, définition et évaluations des contenus ...), demandes d'autorisation auprès des ARS. Création d'ateliers et de consultations sexologie, formations des personnels de santé, création site d'un site internet « santé sexualité » et d'une « ligne verte tél. ». Guides sur les IST, mise en place de consultations d'éducation sexuelle, aide à la création centre santé sexuelle. Mise en place du recrutement d'une préfiguratrice d'un futur réseau de santé sexuelle, etc....</p>



			Un slogan choc est ressorti de ce week-end : « Sortir de l'injustice, ce n'est pas nous séropositifs traités qui transmettons ! ». Nos « MAUX-DITS » seront-ils entendus par le COREVIH ? ».
--	--	--	--

*B / 2<sup>ème</sup> thématique : PARCOURS DE SOINS/ ACTIONS DE COORDINATION AUTOUR DES SOINS*

**Commentaires :** Les COREVIH ont fait preuve d'inventivité et d'adaptation pour mettre en œuvre des actions innovantes. Ils ont développé des actions pluridisciplinaires autour de la prise en charge des patients et favorisé l'intervention de plusieurs acteurs en particulier auprès des populations les plus fragiles.

(\*) Nombre de COREVIH ayant développé des thématiques de coordination : (\*) Nombre de COREVIH ayant développé des thématiques de coordination :

<b>2<sup>me</sup> Thématique :</b> <i>PARCOURS DE SOINS/ ACTIONS DE COORDINATION AUTOUR DES SOINS</i>	Nombre de COREVIH (*)	Objectifs et cibles	Ex d'outils/moyens Mis en œuvre
<i>AUTOUR DE LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS</i>			
Mise en place et développement autour de la PEC pluridisciplinaire du VIH/SIDA/VHC (cancérologie, rhumatologie, co-infections VIH/VHC /VHB, cardiologie, vieillissement, proctologie, psychiatrie, gynécologie, ...).	13	<p><b>Objectifs :</b> Favoriser la coordination et l'efficacité des acteurs autour du parcours de soins et de son aspect pluridisciplinaire (réduire les risques des co-morbidités et améliorer la prise en charge globale du patient).</p> <p><b>Cibles : population générale et populations ciblées</b></p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST :: Axe 3 Mesures T33</p> <p>Exemple d'une action remarquable menée par le</p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination du parcours de soins des patients</b></p> <p>Mise en place de consultations et de réunions pluridisciplinaires pour contribuer au dépistage et au traitement d'affections concomitantes au VIH (commissions de travail de virologues, de cliniciens, de psychiatres, de pharmacologues, etc...). Création de réseaux de PEC des complications. Actions de sensibilisation auprès des spécialistes au VIH et mise en place de bonnes pratiques (mobilisation et collaboration diverses entre praticiens spécialisés, rédaction de fiches techniques, etc...). Mise en place de bilans de synthèse annuels (consultations spécialisées sur un ou plusieurs jours, création d'outils pour mise en place des bilans de synthèse, coordination des acteurs de soins, réflexions autour des modalités de remboursement et sur la mise en place de la circulaire Frontière, etc...). Mise en place d'une enquête prospective sur les troubles du métaboliques</p>

		COREVIH IDF Nord.	qui a donné lieu à des échanges avec des services de cardiologie et d'endocrinologie pour développer et optimiser les filières de PEC.
Favoriser la <b>continuité des soins</b> en milieu pénitentiaire et à la sortie	<b>12</b>	<p><b>Objectifs :</b> Contribuer à une meilleure PEC du VIH en milieu pénitentiaire et lors de la sortie de prison. Diminuer les risques de contamination en prison</p> <p><b>Cibles : populations ciblées</b></p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST : ?</p> <p><b>Résumé des propositions faites par le « COREVIH Midi-Pyrénées Limousin »</b></p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination du parcours de soins des patients</b></p> <p>Mise en place d'un parcours de soins à la sortie des personnes incarcérées grâce au développement de partenariats médicaux en prison et à la sortie de prison (identification dans chaque centre d'une personne pour travailler en lien avec les partenaires pour préparer la sortie, identification d'un référent CPAM, fiches navette, suivi dossier médical informatisé au sein des UCSA, étude sur la faisabilité d'ateliers ETP en milieu pénitentiaire etc...). Actions diverses de coordination destinées à l'amélioration de la prise en charge des patients en prison (identification des centres, cartographie, partenariats territoriaux, inter-COREVIH, etc...). Favoriser la PEC des soins en prison en association avec les COREVIH des territoires voisins. Amélioration de la prévention des risques infectieux en UCSA (MAD d'outils de prévention préservatif, gel, PEC des AEV, documents d'information, etc...). Amélioration de la connaissance et de la coordination des soins (accès au fibroscan, projet sur la réflexion de la généralisation du dossier médical dans les UCSA en région etc.,). Mise en place de logiciels NADIS dédié aux prisons (Fresnes, la Santé).</p> <p><b>le « COREVIH Midi-Pyrénées Limousin » en 2011 autour de la réduction des risques de contamination en milieu pénitentiaire :</b></p> <p>Ce corevih propose de reprendre et de promouvoir différentes préconisations qui ont été faites dans les différents rapports dont nous faisons ici la promotion (Prevacar, mission santé/justice sur la RDR etc..). Toutefois, la première action est une action de formation à la philosophie et aux actions de Réduction Des Risques, afin de constituer une culture commune, partagée, que les acteurs du soin et de la pénitentiaire doivent s'approprier avant toute mise en œuvre qui, sans cela n'aurait aucun sens. L'idée est aussi de mobiliser les autres acteurs des COREVIH afin qu'un groupe national de réflexion soit mis en œuvre intégrant une pluralité d'acteurs (ministères de tutelles, représentants des COREVIH, spécialistes questions addictions).</p> <p>1. La première étape de réduction des risques de lutte contre le VIH est de mettre</p>

			<p>à disposition de tous le détenus l'eau de javel (diluée à 12 degrés) et ce, toute les deux semaines, comme le précise les principales mesures de prévention préconisées par l'OMS. Favoriser l'information concernant son utilisation (tout en précisant que cela n'est pas efficace sur le VHC)</p> <p>2. Comprendre pourquoi la vaccination contre l'hépatite B ne serait pas systématiquement proposée</p> <p>3. Permettre une proposition de dépistage au cours de la détention et un rendu de résultat même en cas de négativité afin d'engager une discussion sur les risques.</p> <p>4. Améliorer l'information et la prise en charge des AES</p> <p>5. Favoriser l'information aux détenus sur les Traitements Post-Exposition (TPE) contre le VIH (47% des cas ne sont pas informés qu'ils peuvent y avoir droit)</p> <p>6. La mise à disposition du lubrifiant et des préservatifs dans tous les établissements et dans des endroits respectant l'intimité. (seule la moitié des établissements distribue du gel lubrifiant)</p> <p>7. La mise à disposition des préservatifs féminins dans les établissements recevant des femmes (seul 21% en sont dotés)</p> <p>8. Favoriser la mise en œuvre des recommandations françaises et de l'OMS de mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés (BHD et Méthadone) pour l'ensemble des établissements pénitentiaires (seulement 27% des établissements les respectent actuellement)</p> <p>9. Mise à disposition de matériel de prévention des risques liés au sniff (roule ta paille)</p> <p>10. Mettre à disposition du matériel d'injection comme le rappellent de nombreux rapports et organisations (CNS, OIP, OMS, INSERM rapport de 2010, ANRS PRIDE)</p> <p>11. Créer un Comité de suivi de la mise en œuvre de la réduction des risques en milieu carcéral, par régions pénitentiaires tenant comptes des spécificités géographiques. Ces comités seraient composés de personnels de l'administration pénitentiaire, de personnels de santé (UCSA, SMPR, CSAPA, CAARUD et représentant du COREVIH) ainsi que de représentants des usagers membres du COREVIH et de représentants des familles de détenus.</p>
Améliorer la PEC migrants, personnes précaires, etc...	<b>12</b>	<p><b>Objectifs :</b> Contribuer à une meilleure PEC du VIH auprès des migrants, précaires, etc...</p> <p><i>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Programme 1 fiches M1 à M15</i></p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination du parcours de soins des patients</b></p> <p><i>Collaborations autour de la PEC des migrants : Création de plaquettes en langues étrangères et de répertoires d'interprètes. Développement de</i></p>

			<p><i>consultations pour les personnes en situation de demandes d'asile ou en situation irrégulière. Travail des associations autour de la PEC des migrants (accès aux soins, dépistage, ETP, etc...Création de groupes de travail sur les migrants (travail autour de la déclinaison régionale du programme de lutte contre le VIH, sida et les IST. Développement de consultations pour les personnes en situation irrégulières ou de demande d'asile, accueil PASS. Organisation de concerts dont les dons sont reversés à des associations ex : association African Solidarité).</i></p>
--	--	--	--





Relance « perdus vue » (...)		de soins  <b>Cibles : population générale et ciblées</b>  <i>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 2 mesure 7</i>	Mise en place d'un parcours personnalisé de soins avec création d'indicateurs de suivi ; mise en place de protocoles de relance systématique des « perdus de vue » (par téléphone, lettres, alertes informatique, études sur les risques liés à la notion de perdus de vue, ...). Enquête qualitative sur les profils sociologiques des perdus de vue « CSP, lieu d'habitation et de consultations, âge, sexe, etc...).
Développement dossier médical informatisé	9	<b>Objectifs</b> : Développement du système d'information lié à la création du dossier médical du patient  <b>Cibles : population générale et ciblées</b>  <i>Référence au plan VIH/SIDA/IST :</i>	<b>Ex : Actions autour de missions de coordination du parcours de soins des patients</b>  <i>Implantation, gestion et développement régional de l'utilisation du dossier médical informatisé des patients VIH. (e-Nadis, DOMEVIH, collaborations avec l'INSERM, etc...). Etude sur la faisabilité d'une mise en place du logiciel Nadis en réseau sur certains centres hospitaliers et (ou) secteur libéral. Création de commissions informatiques dédiées à l'amélioration entre les différents acteurs de soins (e-Nadis). Installation du logiciel DAT'AIDS contribuant à l'enrichissement des données épidémiologiques. Rédaction de procédure nécessaire à l'hébergement des données, participation au COPIL Nadis. Etc...</i>
Parcours de soins et qualité de vie des patients	7	<b>Objectifs</b> : Réduire les inégalités d'accès aux soins et assurer à tous la qualité de la PEC globale permettant une inscription continue dans le soin  <b>Cibles : population générale et ciblées</b>  <i>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 3 ?? Axe 4 T42</i>	<b>Ex : Actions autour de missions de coordination du parcours de soins des patients</b>  <i>Mise en place d'un projet autour du projet personnalisé de soins avec création indicateurs de suivi. Création d'un observatoire sur la qualité PEC PVVIH avec le TRT5. Questionnaires destinés à recueillir des données sur les conditions de vie des PVVIH, développement de l'ETP. Travail avec les MDHP sur le développement d'un projet de vie du patient (parcours professionnel, logement, accompagnement social, etc...). Soutien des associations auprès des personnes VIH (familles, aidants, etc...). Création de répertoires recensant les structures du territoire qui proposent un accompagnement PEC sevrage tabagique (Commission tabac) et réalisation de questionnaires auprès médecins consultants afin de mieux connaître le type de PEC proposée pour accompagner les patients fumeurs (filière, attentes, besoins en formation).  Echange sur les pratiques professionnelles et sur la PEC médicale contribuant à l'amélioration de la qualité vie des patients (recommandations. Enquêtes sur les conditions de vie PVVIH (aspect médical et social). Développement d'actions autour de l'ETP.</i>

<p>Développement global des actions de coordination : réseaux, associations, ARS...</p>	<p><b>18</b></p>	<p><b>Objectifs :</b> Renforcement et diversification de la structure et de l'offre de soins</p> <p><b>Cibles :</b> population générale et ciblées</p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 3 T 28 à T31</p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination du parcours de soins des patients</b></p> <p>Création d'une « commission des réseaux » en tant qu'outils de coordination. Travail de rencontre auprès des acteurs régionaux pour sensibilisation aux missions COREVIH (groupes techniques relatifs aux schémas régionaux santé, colloques, réunions, etc...). Contribution à la mutualisation des actions de coordination (alimentation de la BAO du SFLS). Actions de coopération internationales (Réseau Esther) avec mutualisation de la participation de plusieurs COREVIH. Rencontre auprès des coordinateurs territoriaux de santé (besoins du territoire, formation), etc.... Développement des réseaux hôpital/ville. Réflexion sur la constitution d'un réseau de santé sexuelle qui regrouperait tous les acteurs de terrain concernés par ce thème. Mise en place d'un observatoire inter-caribéen du VIH (projet INTERREG IV). Réflexions et participation avec les ARS à la déclinaison régionale du Plan National de Lutte contre le VIH/IST (objectifs régionaux prioritaires). Elaboration d'une charte autour des missions ARS/ COREVIH.</p>
<p><i>AUTOUR DE LA COORDINATION DES SOINS DES PATIENTS</i></p>			
<p><b>Vieillessement, perte d'autonomie, troubles neurocognitifs, etc....</b></p>	<p><b>7</b></p>	<p><b>Objectifs :</b> Organiser, sensibiliser les acteurs sur le vieillissement et la PEC des PVVIH. Prévenir les risques liés au vieillissement.</p> <p><b>Cibles :</b> population générale et ciblées</p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 3 mesures T29, T46</p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination des soins aux patients</b></p> <p>Etudes scientifiques, groupes de travail enquêtes sur le vieillissement des personnes VIH (questionnaires destinés à l'évaluation des besoins des patients liés à la perte d'autonomie, bilans autour des troubles neurocognitifs des patients, évaluation des besoins en termes de formation à la pratique du VIH auprès du personnel médical, mise en place de filière de PEC, etc...). Mise en place d'une enquête régionale d'indicateurs de « fragilité » selon Field chez les personnes VIH de plus 50 ans (rôle de l'inflammation, taux CD4, tests rapides dévaluation, questionnaires, etc...). Mobilisation autour de la PEC du VIH auprès des structures médico-sociales, échanges de bonnes pratiques et lutte contre la discrimination aux soins (rédaction de fiches de synthèse, plaquettes d'information sur la prise du VIH auprès des établissements spécialisés, etc...). Actions de sensibilisation sur la PEC en EPHAD (questionnaires auprès soignants, diffusion bonnes pratiques, lutte contre les discriminations aux soins.)</p> <p><b>Exemple d'action remarquable menée par le « COREVIH Aquitaine » en 2011/2012 :</b> Action de recensement des structures d'accueil de PEC médico-sociales et sociales en région (création d'un listing régional de 806 adresses)</p>

		<p><b>Résumé de l'action réalisée par le « COREVIH Aquitaine » :</b></p>	<p>avec mise en place et analyse de questionnaires destinés à faire ressortir les difficultés de PEC au sein de ces structures et les besoins en formation de professionnels .</p> <p><b>« MAINTIEN A DOMICILE, HANDICAP ET VIEILLISSEMENT DES PERSONNES SEROPOSITIVES OU VIH (FEVRIER 2012) :</b></p> <p>Le groupe de travail « VIH et comorbidités : leur impact sur l'autonomie » du Corevih Aquitaine a élaboré un questionnaire destinés aux établissements et services de la région, permettant de recenser les structures<sup>1</sup> existantes prenant en charge les PVVIH et les difficultés qu'elles rencontrent. Le groupe de travail souhaitait établir un état des lieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des structures prenant en charge les personnes VIH,</li> <li>- des difficultés d'autonomie et de prise en charge liées au vieillissement prématuré,</li> <li>- des problématiques communes rencontrées au quotidien par les différentes structures.</li> <li>- des besoins en formation et le souhait d'élargir les partenariats,</li> </ul> <p>Un listing régional recensant <b>806</b> structures a été élaboré et toutes ont reçu le questionnaire accompagné d'un courrier du président du Corevih expliquant la démarche (listing créé à partir d'annuaires du champ médico-social disponibles sur Internet : <a href="http://sanitaire-social.com">sanitaire-social.com</a>, <a href="http://annuaire.action-sociale.org">annuaire.action-sociale.org</a> et <a href="http://annuaire.service-public.fr">annuaire.service-public.fr</a>).</p> <p><b>148</b> structures ont répondu. Parmi elles, <b>33</b> déclarent prendre en charge des PVVIH. Parmi les 33 structures prenant en charge des personnes VIH, <b>28</b> structures ont renseigné le nombre de personnes prises en charge, pour un total de <b>57</b> personnes. <b>18</b> structures ont répondu avoir des contacts avec des professionnels ou associations intervenant dans le champ du VIH. <b>12</b> structures déclarent avoir eu des difficultés au moment de la prise en charge. <b>38</b> structures pensent que l'accompagnement des PVVIH est spécifique (15 d'entre elles ne prennent pas en charge des PVVIH). <b>7</b> structures ont déclaré qu'une formation spécifique n'était pas nécessaire (parmi elles, 4 prennent en charge des PVVIH). <b>59</b> structures pensent qu'une formation spécifique est nécessaire (dont 28 ne prenant pas en charge les PVVIH).</p> <p><u>Thématiques récurrentes demandées dans le cadre d'une éventuelle formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Connaissances précises sur la pathologie</li> </ul>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Faire évoluer les représentations</li> <li>○ Compréhension des besoins de la personne</li> <li>○ Informer, rassurer, accompagner les intervenants</li> </ul> <p><i>Le nombre de retours a permis une première analyse intéressante sur le nombre de structures prenant en charge les PVVIH.</i></p> <p><i>Concernant les difficultés d'autonomie et le vieillissement prématuré, l'analyse a permis de constater que 93% des personnes VIH prises en charge ont moins de 60 ans. De manière générale, le maintien à domicile est largement plus fréquent que l'admission en établissement. L'analyse ne répond cependant pas sur la nécessité ou non d'une orientation vers une structure spécialisée et le type de dépendance des personnes concernées.</i></p> <p><i>Les difficultés rencontrées par les professionnels ont conforté le groupe dans l'idée qu'il reste important de proposer un partenariat, voire des formations.</i></p> <p><i>Le groupe travaille actuellement sur une réponse à apporter aux structures de la région en termes de formation et/ou information. et également sur la possibilité d'un recueil entre besoins de la personne/orientations actées par les tutelles/effectivité du projet de vie ».</i></p> <p><sup>1</sup><i>Hospitalisation à domicile - Service d'aide à la personne - Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Foyer d'accueil médicalisé - Foyer occupationnel - Maison d'accueil spécialisé - Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés - Service d'accompagnement à la vie sociale - Service de soins infirmiers à domicile - Soins de suite et de réadaptation</i></p>
Femmes et VIH (PMA, suivi gynéco...)	<b>10</b>	<p><b>Objectifs</b> : optimiser la PEC médicale des femmes</p> <p><b>Cibles</b> : population générale et ciblées</p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 4 T45</p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination des soins aux patients</b></p> <p><i>Mise en place de consultations PMA, optimisation du suivi gynécologique (alerte dossier patients Nadis si délais de consultation gynécologie ≥ 1 an). Organisation de soirées d'information sur le désir d'enfants notamment à destination des gynécologues. Création de répertoires listant les associations proposant des services aux femmes séropositives en situation de précarité. Etude sur l'amélioration des pratiques d'accueil des femmes migrantes d'origine subsahariennes. La commission de travail a auditionné à ce sujet une anthropologue (Dolores Pourette) afin de favoriser l'accueil et l'accompagnement de ses femmes. Mise en place de commissions femmes-enfants : Etude clinique sur le suivi épidémiologique des enfants infectés (cahiers d'observation cohorte ANRS enfants VIH+ états récapitulatifs des suivis sous ARV</i></p>

		<p><b>Résumé de l'action faite par le « COREVIH PACA Ouest Corse » :</b></p>	<p>pour passage service adultes de PEC). Ateliers d'information pour les jeunes filles avec gynécologues.</p> <p>Etudes sur les difficultés liées aux prises de substances lors de la grossesse.</p> <p><b>« GROSSESSE, ADDICTIONS, VIH : Un suivi particulier ?</b></p> <p><b>Introduction</b></p> <p>Le Groupe "Femmes/COREVIH" a décidé d'organiser cette journée du 1<sup>ER</sup> décembre 2011 en partenariat avec la FEDERATION DES RESEAUX VIH DE MARSEILLE, organisme agréé FMC auprès de la SFLS.</p> <p>Au début des années 1990 se posait le problème des grossesses chez les femmes VIH+ et du risque de transmission de la mère à l'enfant, la mise sous AZT a permis de réduire ce risque, puis les bithérapies, puis les toxicités mitochondriales... Se posaient et se posent toujours aussi les difficultés liées aux prises de substances addictives pendant la grossesse...</p> <p><b>TROIS TABLES RONDES :</b></p> <p><b>1 Grossesses à Risques : VIH/ADDICTIONS</b>  <b>(Pr Ludovic CRAVELLO, Corinne CHANAL Sage-femme, Pr Claude LEJEUNE)</b>  Addictions dans tous les milieux, les femmes ont des inquiétudes, compensent comme elles peuvent, ne craignent pas pour leur propre santé mais pour celle de leur bébé, ne veulent pas être jugées, souhaitent savoir comment et par qui elles seront suivies et accouchées. L'alcool puis le tabac sont de loin les plus dangereux.</p> <p><b>TABLE RONDE 2 Le normal et le pathologique</b>  <b>(Dr Béatrice STAMBOUL Sandrine MUSSO Natacha SERBENDINI)</b>  Constats : mauvaise information, maternités n'ont pas de formation spécifique, cela reste difficile d'orienter des femmes substituées dans certaines maternités, attitudes de déni voire de rejet. Persistance d'une stigmatisation fondée sur des représentations et non pas sur la science, priorité : formation des professionnels.</p> <p><b>TABLE RONDE 3 Vulnérabilité</b>  <b>(Volontaire d'ASUD / Olivier THOMAS Fil Rouge / Dr Hélène PORTE / Dr Hélène HECKENROTH / Dr Marion THIERRY MIEG / Dr Dominique SPERANDEO)</b></p>
--	--	--	---

			<p><i>Constat : parti pris pour la mère de la part des addictologues / soignants pour suivi de grossesse : parti pris pour l'enfant. La femme consomme moins quand elle est enceinte, souhait de l'abstinence totale pour la mère de la part des professionnels du suivi de grossesse. Intérêt du travail en réseau.</i></p> <p><b>CONCLUSION :</b></p> <p><i>Cette journée de formation organisée le 1<sup>er</sup> décembre a rassemblé 83 participants, le thème retenu était pertinent dans un contexte difficile. Il a permis de mobiliser différents acteurs de la prise en charge sur un sujet qui méritait des mises au point.</i></p> <p><i>L'essentiel des interventions est en ligne sur les sites : <a href="http://rsms.asso.fr">rsms.asso.fr</a> et COREVIH POC. »</i></p>
Prise en charge médicamenteuse (ARV, traitements associés VIH/VHC/VHB	<b>16</b>	<p><b>Objectifs :</b> Améliorer la qualité et la sécurité de la PEC médicale des patients (aspect recherche et observation, etc...).</p> <p><b>Cibles :</b> population générale et ciblées</p> <p><i>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 5 mesures 1, 2,3, ANRS</i></p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination des soins aux patients</b></p> <p><i>Comités et réunions de recherche clinique sur les ARV (cliniciens, virologues, pharmacologues, etc...). Prise en charge des patients en échec thérapeutique, études et suivi sur les traitements ARV (effets secondaires, résistances aux traitements, inobservance, communication autour des ARV, (essais cliniques, présentation de nouveaux protocoles aux médecins consultants etc... Intégration des Co-traitements du VIH/VHC/VHB (collaboration avec services d'hépatologie). Actions destinées à favoriser la recherche scientifique (publications, réunions, conférences, colloques...). Activité de recherche clinique (essais et cohortes). Mise en place d'un observatoire des souches circulantes. Mise en place d'essais thérapeutiques destinés aux Patients ≥500 T4 (traitements à visée préventive), collecte et analyse des données épidémiologiques, etc...</i></p>
PEC « vie Psychique des patients »	<b>10</b>	<p><b>Objectifs :</b> Renforcer la PEC psychologique et psychiatrique des personnes suivies. Accentuer la collaboration avec la psychiatrie de liaison renforcée</p> <p><b>Cibles :</b> population générale et ciblées</p> <p><i>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 3, T34</i></p>	<p><b>Ex : Actions autour de missions de coordination des soins aux patients</b></p> <p><i>Enquête sur les troubles neuropsychiatriques avec les ARS, actions pour favoriser l'accès aux soins « psy » des patients en situation de précarité. Mise en place d'un groupe de travail constitué de psychologues destiné à proposer un travail transversal au sein des COREVIH, réflexion sur la place et le rôle des psychologues dans le COREVIH, partage autour des expériences sur le VIH (expertises psychopathologiques cliniques, expériences dans le VIH et les hépatites, qualité de vie, effets secondaires des traitements sur les troubles de l'humeur, etc...). Travail d'accompagnement psycho social. Prise en charge psychologique allant de l'accueil du patient jusqu'à l'orientation vers les réseaux associatifs ou personnels compétents.</i></p>

C / 3<sup>ème</sup> thématique : L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT

**Commentaires :** Comme dans toute pathologie au long cours la prise en compte de l'environnement du patient et son amélioration influent considérablement sur la qualité de vie des personnes. La lutte contre les discriminations, l'évolution des es représentations sociales sont des objectifs forts que les COREVIH se sont appropriés en 2011.

<b>Thématiques : L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT</b>	<b>Nombre de COREVIH (* )</b>	<b>Objectifs et cibles</b>	<b>Ex d'outils/moyens Mis en œuvre</b>
<b>Lutte contre les discriminations au VIH</b>	<b>7</b>	<p><b>Objectifs :</b> Lutter contre les discriminations (refus de soins, accès aux droits communs, etc...).</p> <p><b>Cibles :</b> population générale est ciblée</p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 4 Actions, T42, T43, HSH LBT 8</p>	<p><b>Ex : Actions autour des missions de coordination liées à l'environnement des patients</b></p> <p>Favoriser l'accès aux soins transgenre (Actions de sensibilisation auprès du personnel soignant, formations, ...). Rencontres régionales pour contribuer à l'aide et au maintien dans l'emploi des personnes VIH (lutte contre la discrimination à l'emploi). Création comité éthique de lutte contre les discriminations. Actions de lutte contre la discrimination aux soins.</p>
<b>Accompagnement global des patients autour du VIH</b>	<b>11</b>	<p><b>Objectifs :</b> Améliorer la prise en charge sociale des patients (hébergement, emploi, accès aux soins, aspects juridiques, etc... ..)</p> <p><b>Cibles :</b> population générale est ciblée</p> <p>Référence au plan VIH/SIDA/IST : Axe 4 Actions T 37, 38, 39, 40, 41,44</p>	<p><b>Ex : Actions autour des missions de coordination liées à l'environnement des patients</b></p> <p>Actions permettant de faciliter l'accès aux droits communs des patients (accès aux soins CMU/CMUC, minimas sociaux, hébergements, aide médicale, etc...). Accueil des patients en ACT (appartements de coordination thérapeutique), destinés à optimiser la PEC médicale, psychologique et sociale (AAH, RSA, développement d'un projet de vie). Mise en place d'une enquête afin de mieux connaître le profil social des patients (conditions de vie avec recueil de données médico socio épidémiologiques). Création d'un répertoire qui propose un accompagnement social, juridique, lieux d'hébergement, lieux de convivialité, (femmes enfants ou adolescents). Actions autour de l'optimisation de la PEC des difficultés sociales des patients consistant en la cartographie des structures et des</p>

			<p>services liés au secteur social, développement de passerelles avec les structures de soins (annuaire de réseaux, questionnaires sur la recherche d'indicateurs précoces de précarisation, etc...). Elaboration d'un logiciel destiné à enregistrer les données sociales et le suivi des patients (permet d'objectiver les difficultés de suivis liées à l'accès aux droits). Travail de liaison (psychologues et assistantes sociales) sur l'accompagnement psycho-social en lien avec les médecins traitants, éducateurs, établissements spécialisés, etc... Création et mise à jour de documentations sur réglementation liée à l'insertion professionnelle.</p>
--	--	--	---

**2<sup>ème</sup> Axe Les missions de coordination autour de la « qualité et de la sécurité des soins ».**

**Commentaires :** Cette mission de développement de la qualité et de la sécurité des soins s'est traduite pour les COREVIH par la création d'outils, des actions d'évaluation, des préconisations de bonnes pratiques et des formations des acteurs.

<b>Thématiques :</b>	<b>Objectifs et cibles</b>	<b>Ex d'outils/moyens Mis en œuvre</b>
<b>Mise en place d'outils destinés à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du VIH</b>	<p><b>Objectifs :</b> Améliorer la qualité et la sécurité des soins</p> <p><b>Cibles :</b> population générale est ciblée</p>	<p><b>Ex :</b> Actions autour de la création d'outils, d'actions d'évaluation (préconisation et formations).</p> <p>Mise en ligne sur site internet du COREVIH, à destination des professionnels de santé et des professionnels médico-sociaux de</p>



		<p>protocoles de PEC des couples sérodifférents dans le cadre de PMA. Création d'appels à candidatures TROD (nécessité de susciter des partenariats inter-structures). Création de répertoires recensant les structures de PEC médicales, médico-sociales, sociales. Organisation de symposium sur le vieillissement et VIH. Mise en place et MAJ de listes de diffusion COREVIH. Création d'un outil informatique en ligne permettant d'appréhender les interactions médicamenteuses avec les ARV. Rédaction de documents liés à la recherche clinique (procédures, fiches liaison laboratoire, etc...).</p>
<b>Actions d'évaluation</b>	<p><b>Objectifs</b> : Améliorer la qualité et la sécurité des soins</p> <p><b>Cibles</b> : population générale est ciblée</p>	<p><b>Ex</b> : <b>Actions autour de la création d'outils, d'actions d'évaluation (préconisation et formations).</b></p> <p>Création de dossiers d'évaluation en ETP (diagnostic des connaissances du patient sur le sujet et de ses attentes). Formation et évaluation des TECs aux BPC (bonnes pratiques cliniques) ainsi qu'aux cahiers d'observation électroniques propres à chaque essai clinique.</p>
<b>Formations diverses</b>	<p><b>Objectifs</b> : Améliorer la qualité et la sécurité des soins</p> <p><b>Cibles</b> : population générale est ciblée</p>	<p><b>Ex</b> : <b>Actions autour de la création d'outils, d'actions d'évaluation (préconisation et formations).</b></p> <p>Formation DOMEVIH , Formation PEC co-infections VIH, VHC. Formation diverses (Tests rapides, et à la PEC migrants, vaccination VHB, secret médical, etc...). Organisation de la journée nationale des TECs avec la SFLS. Formation à la prévention des infections sexuellement transmissibles. Formation à la prise en charge des co-infections VIH/VHC. Formation au dépistage (CDAG , AIDS , etc.). Le CRIPS organise un projet de formations en contactant un certain nombre de structure pour savoir si elles souhaiteraient proposer un certain nombre de formations (médecin du monde, le Kioske, réseau hôpital ville , SFLS). Formation sur les « nouvelles stratégies de dépistage » organisée par la SFLS.</p>
<b>Files Actives 2011</b>	<p><b>Recensement des Files actives 2011:</b></p> <p>Alsace : 1 899 Patients  Aquitaine : 3 402 patients  Arc Alpin : 2 228 patients (vont saisir Annemasse juillet)</p>	

	<p>           Auvergne Loire : 1 638 patients            Basse Normandie : 864 patients            Bourgogne : 1 273 patients            Bretagne : 2 901 patients            Centre, Poitou Charentes : 3 866 patients            Franche Comté : 721 patients            Guadeloupe : 1 798 patients            Guyane : 1 230 patients            Haute Normandie : 1 612 patients            Ile de France :            Centre : 10 449 patients            Nord : 6 068 Patients            Sud : 10 107 Patients            Est : 11 392 patients            Ouest : NC            Languedoc Roussillon : 4 217 patients            La Réunion : 750 patients            Lorraine Champagne Ardennes : 2 400 Patients            Lyon Vallée du Rhône : 3 433 patients            Martinique : 894 patients            Midi Pyrénées Limousin : 3 192 patients            Nord Pas de Calais : 2 621 patients            Paca Est : 2990 patients            Paca Ouest et Corse : 7 923 patients            Pays de la Loire : 3 310 patients            Picardie : 1 100 patients         </p>	
--	--	--

Les files actives affichées par les COREVIH dans le rapport d'activité posent parfois, d'après l'INSERM, un problème de cohérence avec celles transmises via le DOMEVIH. Cette donnée est pourtant fondamentale puisqu'elle est prise en compte dans le niveau d'attribution des financements : il conviendra donc d'assurer la fiabilité de cette donnée dans le nouveau modèle de rapport d'activité.

### 3. Les Thématiques prospectives affichées pour 2012

En 2012, les 28 COREVIH ont prévu de travailler sur des thématiques concernant l'amélioration de la prise en charge des patients.

Par ailleurs, les actions de prévention et de dépistage restent une forte priorité, le développement des outils informatiques également une priorité.

Les autres thématiques couvrent un vaste champ

Prise en charge (pluridisciplinaire, soins, vieillissement, psy ...) épidémiologie, TROD (28 COREVIH)

- Prévention, dépistage, soutien à la vie affective et sexuelle (23 COREVIH)
- Travail réseaux, coordination des acteurs (9 COREVIH), développement PEC hôpital /ville et médecine de ville (9 COREVIH)
- Prise en charge des populations spécifiques : précaires, migrants, détenus, perdus de vue (16 COREVIH)
- Développement des outils informatiques liés à l'informatisation des dossiers des patients (12 COREVIH)
- Education thérapeutique des patients (11 COREVIH)
- Formations, évaluations, BP, développement des outils de communication (10 COREVIH)
- AES (6 COREVIH)
- Recherche (6 COREVIH)
- Approche des problèmes sociaux (5 COREVIH)
- PEC femmes, enfants, ado (5 COREVIH)
- PEC mesure plan (4 COREVIH)
- Co infection (2 COREVIH)

## thématiques prospectives 2012

