

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction santé des populations
et prévention des maladies chroniques

Bureau des infections par le VIH, les IST,
les hépatites et la tuberculose (SP2)

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau prises en charge post-aiguës,
pathologies chroniques
et santé mentale (R4)

Note d'information n° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

NOR : SSAH1809568J

Date d'application : immédiate.

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP le 30 mars 2018. – Visa CNP 2018-18.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : la présente note d'information a pour objet le décret du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH). Outre le cadre général, elle vise à apporter aux ARS des précisions sur l'extension du champ d'action et des missions des COREVIH aux IST dans une approche globale de santé sexuelle. La présente note d'information vise également à préciser les modalités de la gouvernance régionale, les moyens financiers alloués ainsi que le rapport d'activité d'un COREVIH.

Mots clés : agence régionale de santé (ARS) – comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) – personne vivant avec le VIH (PVVIH).

Références :

Décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine ;

Arrêté du 1^{er} juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ;

Arrêté du 6 juillet 2017 modifiant l'arrêté du 4 octobre 2006 modifié relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine.

Circulaires abrogées :

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.

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).

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé; copie à: Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé; Mesdames et Messieurs les présidents de COREVIH.

La réforme des COREVIH est rendue nécessaire par la réforme territoriale entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016¹, et par l'évolution des enjeux de la lutte contre le VIH et des IST.

Le nouveau cadre juridique est défini par le décret du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH). Il précise la place des COREVIH en tant qu'acteur majeur dans la coordination régionale de la prévention et de l'offre de soins dans le champ du VIH et des autres IST.

La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) fixe le nouveau cadre stratégique national: Lancée en mars 2017 dans une démarche globale et positive d'amélioration de la santé sexuelle, elle vise à garantir une vie sexuelle autonome, satisfaisante et en toute sécurité, avec la liberté et la capacité de concevoir ou non des enfants. Elle affiche une ambition forte à l'horizon de 2030 notamment avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination et l'objectif que les personnes vivent avec le VIH longtemps et en bonne santé, avec une qualité de vie optimale. Il s'agit aussi d'éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique. Le périmètre de la SNSS est plus large que celui des COREVIH, ceux-ci devront contribuer notamment aux priorités des axes suivants de la stratégie:

- axe II: « Améliorer le parcours de santé en matière d'IST: prévention, dépistage, prise en charge »;
- axe IV: consacré aux réponses aux besoins spécifiques à apporter aux populations les plus vulnérables aux VIH et IST;
- axe VI consacré à la prise en compte des spécificités de l'outremer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle.

Les COREVIH doivent contribuer à ce que l'épidémie de sida cesse d'ici 2030 et faire en sorte qu'au moins 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, qu'au moins 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH reçoivent un traitement antirétroviral et qu'au moins 95% des personnes sous traitement aient une charge virale durablement indétectable d'ici 2020.

Il s'agit de prendre en compte, dans une approche globale de santé sexuelle, les enjeux suivants:

- la lutte contre l'épidémie cachée du VIH;
- la prévention diversifiée;
- la réduction des inégalités dans l'accès, le recours et le maintien aux soins;
- la qualité de vie, de la prévention et de l'accompagnement dans un parcours de soins, des comorbidités et du vieillissement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH);
- la lutte contre les discriminations, les stigmatisations, les violences liées au genre, des PVVIH et des personnes vulnérables à ce virus et aux IST.

I. – LES ENJEUX DE LA MOBILISATION COLLECTIVE POUR EN FINIR AVEC L'ÉPIDÉMIE DU SIDA D'ICI 2030 ET ÉLIMINER LES ÉPIDÉMIES D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN TANT QUE PROBLÈMES MAJEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Les défis qui restent à relever pour enrayer l'épidémie et réduire la morbidité/mortalité liées au VIH sont immenses au niveau national et dans les territoires y compris les territoires ultramarins. Il s'agit de réduire les infections non diagnostiquées, les diagnostics tardifs du VIH, les retards de soins, source d'initiation trop tardive du traitement antirétroviral, ainsi que les ruptures dans le parcours de santé, source de non observance au traitement et de nouvelles contaminations. Il s'agit également de réduire les nouvelles infections, notamment pour les populations clés.

¹ Loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) et le transfert de compétence du national vers l'ARS.

La territorialisation en matière de lutte contre le VIH et les IST est organisée comme suit :

1. L'ARS est responsable de la programmation stratégique

Le projet régional de santé (PRS) est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour cinq ans. Les priorités de la stratégie de santé sexuelle ont vocation à être déclinées au niveau régional, en prenant en compte les spécificités des territoires, dans le cadre du schéma régional de santé, sur la base du diagnostic territorial partagé réalisé par l'ARS. Il s'agit de :

- investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive ;
- améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales ;
- répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.

Par ailleurs, l'ARS est chargée de la programmation stratégique, de la coordination, du suivi et de l'analyse des activités des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Elle peut confier la mise en œuvre opérationnelle des missions de coordination, de suivi et d'analyse des activités à un CeGIDD, à un COREVIH ou à un autre organisme compétent.

2. L'extension du champ d'action et des missions des COREVIH aux IST dans une approche globale de santé sexuelle

La réussite de la mission de coordination repose sur le respect des principes suivants :

- le COREVIH représente équitablement l'ensemble du territoire de référence et l'ensemble de ses membres sans se substituer à l'un ou l'autre de ceux-ci ;
- il ne doit pas y avoir, au sein du COREVIH, de positionnement hiérarchique d'un ou de l'autre des acteurs ;
- le COREVIH doit effectuer l'ensemble des missions définies par l'article D.3121-35 du code de la santé publique qui sont détaillées ci-après.

2.1. Mission 1 (coordination)

Les COREVIH répondent en premier lieu aux enjeux actuels de la lutte contre l'épidémie à VIH et des IST en :

- adaptant l'organisation des parcours de santé aux caractéristiques de l'épidémie ;
- améliorant l'organisation du dépistage pour faire baisser « l'épidémie cachée » ;
- favorisant l'égal accès à la prise en charge sur l'ensemble du territoire de référence ;
- améliorant le parcours de soins des personnes vivants avec le VIH (PVVIH) dans la prise en charge de l'ensemble des facteurs de risque cardio-vasculaires, des cancers, du tabagisme et de l'hypertension artérielle ;
- améliorant la prise en compte des besoins des PVVIH et des populations clés ;
- participant à la diffusion des actions de marketing social en partenariat avec Santé Publique France.

Le COREVIH n'est pas un opérateur direct auprès des usagers. Il coordonne les actions menées par les différents acteurs afin d'en améliorer la complémentarité et la cohérence et afin d'assurer la diffusion des bonnes pratiques.

2.2. Mission 2 (la qualité et de la sécurité de la prise en charge)

Cette mission s'attache à l'ensemble du parcours de santé tant des PVVIH que des personnes vulnérables à ce virus et/ou aux autres IST.

Le COREVIH veille à l'égalité d'accès au parcours de santé et de soins, sur l'ensemble de son territoire. Il s'appuiera, notamment sur :

- les priorités définies par la SNSS ;
- les recommandations du rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH (ainsi que les recommandations européennes et internationales) et participera à la diffusion et à l'appropriation par les acteurs de ces recommandations ;
- les données et travaux produits par les différentes agences et instituts nationaux : l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS), l'INSERM, Santé publique France, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM), la Haute autorité de santé (HAS), Expertise France, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) ;
- les données et travaux de la CNAM, des CPAM, des observatoires régionaux de santé (ORS) ;

- toutes autres données épidémiologiques et études concernant le territoire de référence du COREVIH.

2.3. Mission 3 (recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques)

Le décret du 28 avril 2017 apporte une nouveauté sur ce point : l'article D.3121-36, 2^e alinéa, du code de la santé publique permet désormais aux COREVIH de recueillir des données médico-épidémiologiques auprès des professionnels et laboratoires de ville volontaires, en coordination avec les délégations de Santé publique France en région (CIRE).

La mission vise, en coordination avec les CIRE², à faciliter le recueil d'indicateurs au niveau régional, départemental et infra-départemental, pour servir de base à la construction de stratégies de prévention diversifiées mieux ciblées, en combinant différentes approches (surveillance pérenne, enquêtes ponctuelles, modélisations).

Pour réaliser ces missions, le COREVIH veille à l'adhésion des professionnels de santé à la déclaration obligatoire du VIH/sida, *via* e-DO, dans le but d'améliorer son exhaustivité. Seule une bonne exhaustivité permet de produire des indicateurs clés, tels que l'incidence ou l'épidémie cachée, aux niveaux géographiques les plus fins. Concernant les IST, le COREVIH s'assure de la participation des professionnels de santé aux réseaux de surveillance volontaires existants, notamment au réseau de cliniciens RésIST.

Le COREVIH veille également au recueil et au contrôle qualité des données médico-épidémiologiques des établissements de santé sur l'infection à VIH afin qu'elles soient transmises au niveau national à raison d'une fois par an à la FHDH-ANRS CO4, selon les procédures préconisées et permettant la production d'un rapport national standardisé.

Le recueil de ces données régionales est notamment fait par les techniciens d'études cliniques (TEC) dont le rôle au sein des comités reste essentiel.

L'analyse de ces données régionales, constitue un des éléments d'aide à la décision pour les ARS dans leur politique de lutte contre les IST dont l'infection à VIH.

2.4. Mission 4 (concourir par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation)

L'ARS est responsable de la programmation stratégique et du pilotage de la lutte contre le VIH et les IST et de l'élaboration du parcours de santé des personnes vivants ou vulnérables au VIH et aux IST en s'appuyant sur les acteurs du territoire, en particulier les COREVIH, et sur la base d'un diagnostic territorial partagé.

Les COREVIH y participent dans le cadre de leurs missions prévues par l'article D.3121-35 du code de la santé publique.

Les COREVIH pourront être consultés du fait de leur expertise par les autres instances de démocratie sanitaire en région : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), les conseils territoriaux de santé et les commissions de coordination des politiques publiques.

Les COREVIH seront amenés à renseigner les indicateurs de la SNSS qui relèvent de leur champ, sur leur territoire.

II. – UNE RÉFORME DE LA GOUVERNANCE

1. La gouvernance régionale : composition et fonctionnement du COREVIH

1.1. La région est le plus souvent le territoire de référence

Le décret du 28 avril 2017 introduit des nouvelles modalités dans le dispositif. En raison de sa proximité et de sa connaissance des populations cibles, le niveau régional apparaît comme le plus à même de procéder au redécoupage des zones géographiques dans les nouvelles régions.

Toutefois, en fonction du contexte épidémiologique et du nombre des acteurs, un découpage infra régional peut être proposé. S'il n'y a qu'un COREVIH dans une région, l'ARS, en lien avec le COREVIH, et sur la base d'un diagnostic des besoins, peut proposer une implantation territoriale d'antenne en dehors de l'établissement siège.

Ce découpage doit s'appuyer sur la consultation des comités et des acteurs qui concourent à leurs travaux. Toutefois, les synergies dégagées, notamment sur les fonctions support doivent permettre

² Conformément au décret n° 2016-523 du 27 avril 2016, les productions de données régionalisées de surveillance (notamment celles de la déclaration obligatoire du VIH/sida et de la surveillance des IST) relèvent des missions de Santé publique France.

des regroupements, et ce, d'autant que la réforme territoriale de janvier 2016 a instauré des régions de plus grande taille. En fonction des besoins locaux, les directeurs généraux d'ARS peuvent être amenés à regrouper des COREVIH actuels ou transformer certains d'entre eux.

1.2. *Les membres du COREVIH*

Les modalités de composition du COREVIH sont précisées dans l'article D.3121-37 du code de la santé publique. Leur nombre est désormais porté à 50. Il s'agit d'un nombre maximum. Les directeurs généraux des ARS sont invités à tenir compte des particularités territoriales pour déterminer le nombre définitif de chaque comité. Celles-ci tiennent à la géographie, à la prévalence de l'épidémie et à l'incidence des infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'au tissu représentatif local des acteurs (nombre d'associations de malades ou d'usagers ou institutionnels...).

La durée du mandat d'un membre du COREVIH est de 4 ans renouvelables. Cette durée permet d'assurer une bonne connaissance des acteurs et du terrain, et favorise l'alternance utile à ce type de coordination.

1.3. *Le fonctionnement*

Le bureau

La composition du bureau doit désormais obligatoirement intégrer deux personnes de chacune des quatre catégories d'acteurs mentionnées à l'article 3121-37 du Code de la Santé Publique, et intégrer à la fois des membres du secteur hospitalier et de celui de l'extra hospitalier.

Toutefois, en ce qui concerne les membres du collège 4 et afin de faciliter le fonctionnement des comités et des bureaux, la règle suivante pourra être mise en œuvre. Dans le cas particulier où aucune personnalité du 4^{ème} collège ne souhaite être désignée comme membre du bureau, le bureau peut n'être constitué que des membres des 3 autres collèges cités dans l'article D.3121-37 du Code de la Santé Publique. Le constat de cette situation est consigné dans un procès-verbal de carence rédigé pour cette occasion par le président du COREVIH et transmis à l'ARS.

Chaque renouvellement de COREVIH donne lieu à une nouvelle élection d'un bureau.

Le bureau du COREVIH doit être identifié, localisé et disposer d'un secrétariat. Il organise les modalités de collaboration entre les différents membres et formalise ses relations au travers du règlement intérieur et de protocoles.

Réunions plénières

Trois réunions plénières par an doivent être organisées dont une réunion de l'ensemble des membres du COREVIH en présence du (ou des) directeur ARS concernés ou de leurs représentants.

À l'occasion de ces réunions, le programme d'activité de l'année $N + 1$, présenté par le bureau est présenté et discuté en réunions plénières. Sont également évoqués les freins et leviers à la prise en charge des patients dans le territoire de référence.

Ces réunions sont l'occasion de présenter l'actualisation des données médico-épidémiologiques pour le territoire du COREVIH concerné, les modalités de prévention, de dépistage et de prise en charge des patients.

Vous vous assurerez que ces réunions soient organisées en lien et en cohérence avec les ARS.

Règlement intérieur

Le décret du 28 avril 2017 cite désormais les points principaux qui doivent être précisés dans les règlements intérieurs des comités :

- les modalités d'élection du bureau, du président et du vice-président ;
- les missions du président et du vice-président ;
- les modalités de délibération des membres du bureau et des membres du comité ;
- les modalités de rendu des expertises du bureau ;
- les principaux sujets devant être mis en délibération au sein du bureau d'une part et par les membres du comité de l'autre.

Les règlements intérieurs des comités doivent aussi définir les modalités opérationnelles des missions telles que définies à l'article D.3121-37 du Code de la Santé publique

Les règlements intérieurs pourront également statuer sur :

- la perte de la qualité de membre, notamment en cas de départ de la structure au titre de laquelle il a été nommé ;
- le renouvellement partiel des membres ou du bureau en cours de mandat ou de poste vacant.

Les ARS veilleront à la mise en œuvre de ce règlement intérieur.

2. Les moyens et le rapport d'activité

Pour rappel, les moyens financiers alloués aux COREVIH sont inclus dans les crédits FIR (Fonds d'Intervention Régional) depuis l'exercice 2013, le décret du 28 avril 2017 n'apporte pas de nouveautés sur ce point. Les ARS fixent les montants des crédits attribués au(x) COREVIH de la région considérée, unique ou pluriel suivant le découpage territorial retenu en tenant compte des éléments de modélisation figurant à titre indicatif dans le guide méthodologique des MIG de la circulaire n° DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013.

Afin de mieux valoriser l'activité des COREVIH, le rapport d'activité dématérialisé mis en place en 2012-2013 est amené à évoluer par des travaux qui auront lieu en 2018. Il s'agit notamment d'améliorer la partie épidémiologique quantitative du rapport national, établie à partir de la base FHDH (french hospital data base on HIV) qui recueille les données envoyées par les centres participant aux différents COREVIH, à l'Unité INSERM en charge de cette base.

III. – DÉFINITION ET RÔLE DU GROUPE D'INTERFACE NATIONAL DES COREVIH

Un groupe d'interface national est chargé du suivi national des nouvelles modalités introduites par le décret du 28 avril 2017. Ce comité de suivi est un lieu de concertation et de suivi des politiques définies au niveau national dans leurs déclinaisons régionales. Il s'agit d'une instance d'information, de concertation et d'échanges sur les problématiques pouvant être soulevées à l'occasion des mises en œuvre de ces politiques. Les membres sont désignés par la DGOS/DGS.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
C. COURRÈGES

Le directeur général de la santé,
J. SALOMON