

Perspectives sur l'avenir des Comités de Coordination Régionale de lutte contre les IST et le VIH (COREVIH)

Synthèse des rapports « Avenir des COREVIH » et « Ressources humaines des COREVIH : Etat des lieux et perspectives »

Préconisations à destination de
la Direction Générale de la Santé et de la Direction Générale de l'Offre de Soins

Avec la contribution des COREVIH : Arc Alpin, Auvergne Loire, Bourgogne Franche Comté, Bretagne, Centre Val de Loire, Grand-Est, Guadeloupe –Saint Martin – Saint Barthélémy, Guyane, Ile de France Ouest, Ile de France Est, Ile de France Nord, Ile de France Sud, Ile de France Centre, Lyon Vallée du Rhône, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, PACA Est, PACA Ouest Corse, Occitanie, Océan Indien, Pays de la Loire.

Document remis à la DGS et à la DGOS le 13 septembre 2021

Table des matières

Introduction.....	3
Chapitre 1 : Les missions des COREVIH	4
A- Thématiques et missions	4
a) Constats partagés par les COREVIH	4
b) Préconisations	5
B- Relations avec d'autres parties prenantes du VIH, des IST, des hépatites virales et de la santé sexuelle : ANRS Maladies Infectieuses Emergentes, CNS, SFLS, Centres experts hépatites	5
a) Constats	5
b) Préconisation	6
Chapitre 2 : Statut juridique et portage par un centre hospitalier siège, gouvernance, relation avec les ARS et financement des COREVIH	7
A- Statut juridique et portage par un établissement de santé siège	7
a) Constats partagés par les COREVIH	7
b) Préconisations	7
B- Gouvernance	8
a) Constats partagés par les COREVIH	8
b) Préconisation	9
C- Relations avec les ARS et financement des COREVIH	9
a) Constats partagés par les COREVIH	9
b) Préconisations	10
D- Liens avec les instances décisionnaires : DGS, DGOS, Comité de pilotage de la SNSS	11
Chapitre 3 : Ressources Humaines des COREVIH	13
A- Structure des ressources humaines	13
a) Constats	13
b) Préconisation	13
B- Analyse et prospective des besoins RH	14
a) Constats	14
b) Préconisations	14
Conclusions – Les forces d'aujourd'hui pour les COREVIH de demain	15
Liste des préconisations	16

Introduction

Instaurés par décret fin 2005 (décret 2005-1421), les COREVIH ont été mis en place en 2007 afin d'adapter l'organisation des soins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) aux besoins de l'époque. Les Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) ont ainsi évolué vers les COREVIH, la coordination des acteurs visant à faciliter la prise en charge globale des PVVIH, et son équité sur le territoire.

Ainsi, dès la circulaire de 2005 (Circulaire N°DHOS/DGS/2005/561), des orientations nouvelles étaient données pour rapprocher les domaines de la prévention et du dépistage, de ceux du soin et de la recherche clinique, le secteur hospitalier et le secteur extra hospitalier, et de favoriser l'implication des malades et usagers du système de santé.

Le décret du 28 avril 2017 ([ICI](#)) et l'instruction du 5 avril 2018 ([ICI](#)), élargissent les missions des COREVIH aux infections sexuellement transmises (IST) dans une approche globale de santé sexuelle, en sus du VIH. En parallèle, la réorganisation des COREVIH autour des grandes régions est alors proposée entraînant la fusion de certains COREVIH et une restructuration territoriale assez marquée.

Inscrits dans la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS), les COREVIH œuvrent pour l'objectif 3x95. Ils doivent ainsi faire en sorte que sur leur territoire au moins 95% de l'ensemble des PVVIH 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. Par l'atteinte de ces trois objectifs et d'autres dont l'usage étendu de la prophylaxie préexposition (PreP), les COREVIH doivent faire en sorte que l'épidémie de VIH/SIDA cesse en France d'ici 2030.

Leur renouvellement réglementaire étant initialement prévu par le Ministère en 2021, une discussion interne du réseau des COREVIH sur l'élargissement de leurs missions a débuté dès le début 2019. et a pris la forme d'une auto-saisine pour engager deux réflexions. L'une a porté sur les besoins actuels et futurs en matière de ressources humaines, de formation et d'évolution des métiers au sein des équipes des COREVIH, l'autre sur l'évolutions des COREVIH eux-mêmes en termes de missions et d'organisation pour les 10 années à venir. Deux évènements importants programmés en 2021 ont également dû être pris en compte pour cette réflexion: la rédaction sous l'égide du Ministère de la nouvelle feuille de route de la SNSS prévue sur la période avril – octobre ainsi que l'évaluation des cohortes ANRS-MIE qui doit être menée à l'automne.

Pour mener leurs travaux, les COREVIH ont fait le choix de se faire accompagner par deux organisations extérieures. La concertation a été menée sur plusieurs mois afin d'en faire un exercice démocratique. L'association EHESP Conseil a rédigé un documents qui a été remis aux Présidents des COREVIH, intitulé « Ressources humaines des COREVIH : Etat des lieux et perspectives ». Le cabinet Regards Santé a quant à lui remis son rapport intitulé « Avenir des COREVIH ». Le document suivant se veut être la synthèse de ces deux rapports et des discussions qui ont suivi et propose **32 préconisations. Nous demandons que la discussion générale sur l'avenir des COREVIH se poursuive maintenant dans un dialogue tripartite entre la DGS, la DGOS et les représentants des COREVIH.**

Chapitre 1 : Les missions des COREVIH

A- Thématiques et missions

Les COREVIH ont aujourd'hui pour mandat de travailler sur deux thématiques principales : le VIH et les IST dans une approche de santé sexuelle. A cela, se rajoutent en partie au moins les thématiques des hépatites virales et de réduction des risques et dommages liés à la consommation de produits psycho-actifs, sans que cela n'ait jamais été officiellement clarifié par les tutelles.

Sur ces champs, les COREVIH ont pour mission générale de coordonner les acteurs, améliorer les parcours de santé, recueillir les données épidémiologiques locales, et proposer leur expertise. *De facto*, les COREVIH assurent donc une mission de démocratie en santé¹, font la plupart du temps de l'animation territoriale et contribuent ainsi à la réduction des inégalités de santé, territoriales ou sociales. Certains COREVIH font aussi de la recherche clinique et épidémiologique. Le périmètre effectif des COREVIH dépend donc des acteurs qui les composent régionalement, des réalités épidémiologiques territoriales, des priorités fixées par les ARS et de la relation établie avec celle-ci.

L'évolution générale de notre système de santé vers une médecine de parcours, une approche populationnelle et une régionalisation accrue, laisse encore peu de place aux investissements en santé publique et en prévention par rapport aux soins. L'ensemble de ces changements en cours doit contribuer à faire évoluer le périmètre d'action des COREVIH ainsi que l'articulation avec les instances administratives. Leurs missions et activités à l'échelle du territoire de compétence devraient pour ce faire être plus et mieux structurées pour satisfaire les besoins croissants de coordination des acteurs.

a) Constats partagés par les COREVIH

Le VIH est la thématique historique des COREVIH. Elle est clairement fédératrice des membres aujourd'hui et demeure le champ d'avenir des COREVIH. On note un quasi-consensus dans notre réseau sur les missions à accomplir sur ce thème tant en terme de parcours (prévention, dépistage, qualité de la prise en charge et accompagnement), de coordination, d'épidémiologie, de recherche et d'expertise.

Concernant les thématiques de la santé sexuelle et des hépatites virales, le positionnement sur les contours des missions est varié en fonction des COREVIH et des réalités territoriales existantes.

En matière de **missions pour l'avenir, les points de convergence suivants ont été identifiés** :

- ✓ La mission de démocratie en santé sur les champs du VIH dont les comorbidités (incluant la coïnfection VIH-VHC), et des IST.
- ✓ La mission d'animation territoriale sur le VIH, les IST, et la santé sexuelle.

¹ Les COREVIH privilégient le terme de démocratie en santé à celui de démocratie sanitaire. Cette responsabilité de démocratie en santé est la résultante de plusieurs caractéristiques : la structuration des COREVIH en quatre collèges nommés par les ARS, chacun ayant une composition pluridisciplinaire, avec un mandat de quatre ans qui favorise le renouvellement; une capacité organisationnelle à être force de propositions et promoteur de projet reconnue par les ARS et d'autres décideurs, publics et privés; une réelle activité de coordination des acteurs sur le territoire par les équipes des COREVIH; une participation aux activités menées par les COREVIH qui ne se limite pas aux seuls membres nommés; une expertise exercée à l'interface entre usagers et acteurs,

- ✓ La mission de réduction des inégalités de santé (territoriales et sociales) sur le VIH, les IST et la santé sexuelle.

Si la **recherche** était mentionnée comme une mission effectrice dans les textes réglementaires historiques, elle **apparaît depuis le décret de 2017 comme une activité seulement à coordonner par les COREVIH**. Par ailleurs, certaines ARS estiment que ce n'est pas de leur compétence d'alimenter les crédits de la recherche, qui devrait être financée sur d'autres crédits d'état. **Pourtant** cette mission **reste très présente** et fait aussi partie de la **reconnaissance de l'expertise des COREVIH** (recherche clinique, épidémiologique et interventionnelle).

Les pathologies infectieuses émergentes : il existe un quasi consensus pour que cette thématique ne fasse pas partie de l'avenir des COREVIH, bien que beaucoup de COREVIH se sont mobilisés à l'occasion de l'épidémie de COVID.

b) Préconisations

1. **Définir un socle commun de missions à l'ensemble des COREVIH** : au-delà du socle initial pour la thématique VIH – coordination et démocratie en santé, parcours, épidémiologie, recherche, il y a lieu de préciser, pour chaque thématique complémentaire (IST, Santé sexuelle, Hépatites), les missions qui doivent être confiées aux COREVIH dans le cadre de leur financement de base ou de financements complémentaires.
2. **Définir les principes et contours de l'implication des COREVIH dans la santé sexuelle** : quelles parties de ce champ très vaste, participation à la coordination vs coordination effective.
3. Permettre **une souplesse de missions complémentaires** en fonction des besoins des territoires et avec des moyens adaptés.
4. **Valoriser les missions que réalisent les COREVIH** qui ne sont pas inscrites au code de la santé publique mais répondent aux enjeux forts de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et de démocratie en santé.
5. **Clarifier les attentes sur le rôle des COREVIH sur la recherche** et son mode de financement.

B- Relations avec d'autres parties prenantes du VIH, des IST, des hépatites virales et de la santé sexuelle : ANRS MIE, CNS, SFLS, Centres experts hépatites

a) Constats

Les évolutions de l'ANRS intégrant dans ses missions les hépatites depuis une douzaine d'années et plus récemment la fusion de l'ANRS et du consortium scientifique REACTing entraînant un élargissement du champ de l'ANRS aux pathologies infectieuses émergentes (ANRS MIE) viennent **interroger les COREVIH sur la place et le financement des TECs lorsqu'ils interviennent pour la mission de recherche épidémiologique et clinique au sein des COREVIH**. En effet, la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH, ANRS FHDH, est alimentée par les TEC des 23

COREVIH qui contribuent ainsi au maintien de deux cohortes généralistes VIH de l'Agence : CO3 et CO4.

Les COREVIH interagissent étroitement avec des instances historiques de lutte contre le sida telles que le Conseil National du Sida et des hépatites (CNS) ou la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) et entendent continuer ces collaborations.

Enfin, les COREVIH, instances effectives de démocratie en santé, s'interrogent sur la place et les liens avec les instances représentatives telles que les conférences régionales (CRSA) et la conférence nationale (CNS).

La relation avec les Centres Experts hépatites est très inégale. Pour mémoire, lors de la dernière refonte des missions des COREVIH et de leur couverture territoriale en 2017, interrogés sur leur participation, les hépatologues n'ont pas souhaité intégrer les COREVIH de manière statutaire. Hors, les hépatites sont très présentes dans le travail réalisé sur les IST aussi bien en matière de prévention, de dépistage, que de réduction des risques. Pour autant, les équipes et les membres des COREVIH ne sont pas forcément des experts du domaine. Les Centres Experts ainsi que leurs financements sont positionnés sur un service hospitalier quand la coordination des COREVIH dépasse largement les centres hospitaliers. Souvent, les COREVIH font le relais avec les associations et les réseaux concernés par les hépatites virales sur le territoire. Cette situation est par ailleurs, territoire-dépendant. Enfin, une grande partie du travail sur l'élimination de l'hépatite C a déjà été menée, avec un horizon 2025 qui a été fixé pour l'atteinte de cet objectif national de santé publique. Si la cohérence et la complémentarité des actions entre COREVIH et Centres Experts a pour l'instant été difficile à trouver, **une réflexion sur le rôle, les fonctions, la couverture territoriale des Centres experts et l'articulation avec les COREVIH est plus que jamais nécessaire.**

b) Préconisation

- 6. Créer des instances de partage dans lesquelles les ARS veillent à la bonne articulation et à la mise en place des cadres réglementaires, afin de favoriser l'articulation des Centres Experts sur les hépatites et les COREVIH,** comme cela se fait déjà avec les réseaux périnatalité dans certaines régions.
- 7. Etablir un comité conjoint DGS - DGOS - ANRS-MIE – COREVIH pour piloter de façon harmonisée et partagée le suivi épidémiologique-clinique des PVVIH** pris en charge dans les hôpitaux publics à horizon 2030, discuter de la question de la recherche au sein des COREVIH et de la répartition des moyens nécessaires. Cette dernière préconisation n'est pas issue des rapports eux-mêmes mais fait suite aux discussions qui s'en sont suivies. En fonction des objectifs de collecte d'information assignés par la nouvelle Feuille de Route de la SNSS, d'autres acteurs pourraient étoffer ce comité conjoint, comme Santé Publique France par exemple. La durée d'exercice de ces instances et leur composition devra être concertée.

Chapitre 2 : Statut juridique et portage par un centre hospitalier siège, gouvernance, relation avec les ARS et financement des COREVIH

A- Statut juridique et portage par un établissement de santé siège

a) Constats partagés par les COREVIH

Aujourd'hui les COREVIH n'ont pas de statut juridique propre. Ils sont rattachés à des centres hospitaliers universitaires (CHU) en tant qu'unités fonctionnelles (UF) de ces établissements sièges. Ce rattachement des COREVIH à un établissement de santé est inscrit dans le code de la santé publique. Dans les faits, 57 % sont rattachés à un pôle hospitalo-universitaire, département médico-universitaire, ou à un service de soins tandis que l'autre moitié (43%) est directement rattachée à une direction de l'établissement siège.

Le portage des COREVIH par les CHU pose **plusieurs difficultés** à la majorité des COREVIH :

- ✓ **L'application des frais indirects de gestion** par les établissements supports est très hétérogène et très lourde pour de nombreux COREVIH. Leur pourcentage est la plupart du temps, décidé de manière unilatérale par l'hôpital.
- ✓ Le portage par un CHU peut également être très **lourd en termes de mobilisation des fonds**. Il est également difficile d'avoir une visibilité des dépenses et des demandes éventuelles de reports. Certains COREVIH ont ainsi dû mettre en place un **double dialogue de gestion**, avec l'ARS d'une part et le CHU siège d'autre part.
- ✓ **En matière de ressources humaines**, le rattachement à un CHU est également complexe (cf. chapitre 3).

Au total, le statut juridique actuel des COREVIH (UF de CHU sièges) est difficilement compatible avec ce que l'on attend d'eux et notamment leur fonctionnement en tant qu'instances de démocratie en santé de dimension régionale. Les COREVIH ne peuvent pas être des services hospitaliers classiques. Ils ne correspondent pas non plus à des services de l'administration centrale d'un établissement hospitalier.

b) Préconisations

8. **Rechercher des solutions réglementaires par la DGS en relation avec la DGOS pour résoudre les difficultés constatées** (cf. supra) en analysant les opportunités, les difficultés et la prise de risque et tout en conservant un positionnement autonome et d'instance de démocratie en santé.

Nous sommes pleinement conscients que modifier le rattachement supposerait de changer le Code de la Santé Publique. Par ailleurs, le souhait de changement de statut juridique varie à ce stade selon les COREVIH qui se sont exprimés. Plusieurs options sont ici proposées comme solutions à une modification du statut actuel des COREVIH favorisant la dimension extrahospitalière et régionale dont les avantages et les inconvénients doivent être discutés :

8.1. Créer un réseau indépendant du CHU avec un conventionnement ARS ;

8.2. Créer une association loi 1901, avec convention ARS et hospitalière (sur le modèle des réseaux

de périnatalité)

8.3. Créer un groupement de coopération sanitaire ou de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS),

8.4. Créer un groupement d'intérêt public (GIP).

8.5. Rattacher les COREVIH aux Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS)...

Cette préconisation s'inscrit dans le moyen terme. A titre provisoire et sans attendre la modification de leur statut, il nous apparait que les COREVIH devraient préférentiellement être rattachés au sein du CHU siège soit à la Direction Générale, soit au GHT (selon ses limites territoriales) ou, soit à la Direction de la Stratégie mais en aucun cas à un Pôle d'activité médicale.

9. Améliorer le dialogue de gestion entre les ARS, les COREVIH et leurs établissements de rattachement.

B- Gouvernance

a) Constats partagés par les COREVIH

Les COREVIH sont des instances de démocratie en santé (cf. Note p.4). Les COREVIH font vivre la démocratie en santé grâce aux éléments suivants qui font pleinement consensus :

- ✓ Structuration des COREVIH avec des Comités (4 collèges) nommés par les ARS, des Bureaux, des Vice-Présidents, des Présidents élus et des salariés, l'ensemble permettant une réactivité importante et donnant du poids aux décisions des COREVIH ;
- ✓ La composition pluridisciplinaire des différents collèges des COREVIH (dont un collègue représentants des usagers du système de santé) ;
- ✓ Une participation plus large que celle des membres nommés, avec de multiples acteurs sur le territoire qui contribuent aux groupes de travail et aux actions de partenariat ;
- ✓ La coordination des acteurs et l'animation territoriale d'acteurs pluridisciplinaires avec un rôle opérationnel, décisionnel ou consultatif en réponse aux besoins des personnes y compris des personnes vulnérables ;
- ✓ La capacité à être force de propositions et promoteur de projets ;
- ✓ Une expertise et une interface entre usagers et acteurs ;
- ✓ Un mandat de quatre ans qui favorise le renouvellement et permet de faire entrer de nouvelles catégories de membres avec l'ouverture de nouveaux champs.

L'exercice de la démocratie en santé rencontre tout de même certaines difficultés constatées et partagées entre les différents territoires :

- ✓ Le COREVIH est régional mais la déclinaison départementale peut être difficile en raison d'un maillage parfois complexe entre les échelons territoriaux en santé ;
- ✓ La mobilisation historique et le volontariat des membres sont liés à la lutte contre le VIH, pas nécessairement aux autres champs. Cela pose la question de l'élargissement du Comité à de nouveaux acteurs (moins focalisés sur le VIH) dont l'implication est variable en fonction des

territoires et des cœurs de missions.

- ✓ La question de la difficulté du renouvellement des mandats de président(e) – « président à vie » liée à la démographie médicale et à l'enjeu de l'élargissement des missions des COREVIH.

b) Préconisation

10. **Revoir la composition des COREVIH, si les missions des COREVIH sont modifiées** (cf. préconisations 1 et 2). Se posera alors la question du nombre des membres des COREVIH et la répartition dans les collèges. Il faudra conjuguer la présence des différents acteurs et leurs origines géographiques avec leur niveau d'implication.

C- Relations avec les ARS et financement des COREVIH

Les relations avec les ARS sont très hétérogènes, de la véritable co-construction jusqu'à de réels conflits. Cette hétérogénéité soulève une question de fond sur le positionnement des ARS vis-à-vis d'une structure de démocratie en santé : les COREVIH sont-ils des externalités des ARS utilisées pour mettre en place la politique régionale de santé, de manière contractualisée et opérationnelle ou bien les COREVIH ne représentent-ils que les structures qui les composent et sont donc plus indépendants des ARS ?

a) Constats partagés par les COREVIH

Les liens avec les ARS sont forts mais inégaux sur les territoires. Certains COREVIH rencontrent de réelles difficultés quand d'autre travaillent en lien étroit et en co-construction et peuvent négocier dans le cadre d'une contractualisation.

Liens fonctionnels ARS-COREVIH

Les ARS étant responsables de la programmation stratégique, elles définissent sur leur territoire les priorités de la stratégie de santé sexuelle selon leurs priorités. **Cela a pu impliquer l'attribution à certains COREVIH de missions supplémentaires et des interprétations des textes réglementaires différentes d'une ARS à l'autre. La place et le rôle du COREVIH en tant qu'acteur de démocratie en santé ou comme opérateur des ARS est à interroger.**

Les COREVIH sont majoritairement rattachés à la direction de la Santé Publique de leur ARS (souvent à l'unité responsable de la prévention et de la promotion de la santé). Pourtant, certaines missions des COREVIH sur le parcours, la qualité des soins, seraient plus à rattacher à la direction de l'offre de soins, et d'autres enfin à la démocratie en santé.

La mission d'expertise en politique publique et de coordination, est mal valorisée alors que les COREVIH ont fait leurs preuves quant à leur réactivité et leur capacité à apporter une réponse rapide aux sollicitations des instances (ARS, Ministère...) et quant à leur capacité à alerter les ARS sur les besoins émergents.

Les liens ARS-COREVIH en matière de financement des COREVIH

Les moyens financiers alloués aux COREVIH par les ARS sont inclus dans les crédits FIR depuis l'exercice 2013. Des éléments de modélisation figurent à titre indicatif dans plusieurs textes mais leurs appréciations sont laissées au soin des ARS.

Selon la majorité des COREVIH, le mode de financement des COREVIH doit être revu car :

- ✓ Il est trop dépendant des arbitrages des ARS par le FIR ;
- ✓ Le mode de calcul préconisé par le ministère (pas toujours suivi par les ARS) est trop ancien et lié exclusivement à la file active des PVVIH ;
- ✓ Il prend mal en compte la mission de coordination, les nouvelles thématiques et les missions qui se sont ajoutées. Le financement ne tient pas compte de l'achat des logiciels multiples et des frais pour leur interopérabilité aussi bien pour le suivi des PVVIH que pour le dépistage.

Des financements complémentaires des ARS peuvent être obtenus sur des missions mais les demandes spécifiques des ARS comme la coordination de la semaine de la prévention, ne donnent pas toujours lieu à des financements complémentaires.

Dans le cadre du financement par le FIR, des contrats d'objectifs et de moyens (COM) ou des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont signés avec les ARS. Certains COREVIH ne semblent pas contractualiser du tout avec les ARS.

b) Préconisations

Concernant les liens fonctionnels :

11. **Augmenter la reconnaissance institutionnelle par l'ARS** de l'exercice du COREVIH pour faire vivre la démocratie en santé en région.
12. **Améliorer le lien avec les ARS en matière de dialogue de gestion**, d'implication dans la définition des politiques publiques, de mode d'implication sur la santé sexuelle, de démocratie en santé et de réduction des inégalités de santé.
13. **S'appuyer d'avantages sur l'expertise des COREVIH** et leur rôle de démocratie en santé pour la définition stratégique des politiques régionales de santé.
14. **Veiller à la bonne articulation et complémentarité des missions des COREVIH**, des réseaux périnatalité et des Centres experts des hépatites ainsi qu'à la mise en application des cadres réglementaires de chacun.
15. **Faciliter le lien avec les différentes directions des ARS**, et notamment celles portant des projets touchant les mêmes publics cibles (PRAPS) ou encore l'offre de 1er recours.
16. Faire bénéficier les ARS d'un appui national pour faciliter la cohérence nationale du traitement

des COREVIH sur les missions communes.

17. S'appuyer sur l'expertise des COREVIH et leur rôle de démocratie en santé pour la définition stratégique des politiques de santé.
18. Réaffirmer les COREVIH comme instance de démocratie en santé et à ce titre, redéfinir les liens et les degrés d'autonomie avec les ARS et les tutelles hospitalières
19. Associer et financer les COREVIH pour la déclinaison opérationnelle de la politique régionale de santé si les structures qui le composent sont d'accord.

Concernant le financement :

20. **Revoir la modélisation de financement des COREVIH** en incitant à définir un financement stable, pérenne et sanctuarisé selon notamment les éléments suivants :
 - 20.1. La considération des missions socles des COREVIH qui ne doivent plus être calculées sur la seule file active des PVVIH.
 - 20.2. La considération des missions effectives de démocratie en santé, d'animation territoriale, de coordination et de réductions des inégalités de santé (partie variable financée par l'ARS en concertation avec le COREVIH).
 - 20.3. La clarification du financement de la mission recherche. Certains postes pourraient être financés par l'ANRS-MIE ou l'INSERM (cf. préconisation #7).
 - 20.4. L'ouverture à d'autres champs que le VIH.
 - 20.5. La réduction des frais de structures.
 - 20.6. La prise en compte d'une part variable liée à des actions territoriales négociées avec et financées par les ARS.
21. **Etablir un comité conjoint DGS - DGOS – Conférence des DG ARS - COREVIH pour établir une nouvelle circulaire de modélisation des financements des COREVIH**

Note : Cette dernière préconisation n'est pas issue des rapports mais fait suite aux discussions qui s'en sont suivies.

D- Liens avec les instances décisionnaires : DGS, DGOS, Comité de pilotage de la SNSS

Le rattachement des COREVIH à deux directions ministérielles pose des difficultés de tuilage ainsi qu'un défaut d'identification. Les préconisations d'articulation avec la DGS et la DGOS ont été précisées aux points 7 et 21. Il semble important de renforcer la visibilité des COREVIH au niveau national une instance d'Interface type GIN. Une autre piste évoquée est la création d'un réseau national des COREVIH.

La place des COREVIH dans la déclinaison de la SNSS suppose de garder un siège au sein du comité de pilotage national de la SNSS.

Chapitre 3 : Ressources Humaines des COREVIH

A- Structure des ressources humaines

a) Constats

Les COREVIH **emploient environ 300 salariés avec en moyenne une dizaine d'agents par structure** (les techniciens d'études cliniques représentent 64% des effectifs, le pourcentage restant se partageant entre des coordinateurs, des assistants administratifs, des biostatisticiens, des data-managers et des chargé(e)s de mission...) ; la **pyramide des âges est plutôt élevée** (47 ans en moyenne) et **40% des salariés ont moins de cinq ans d'expérience**.

Concernant les filières et grades hospitaliers, l'analyse montre que **les filières ne correspondent pas, dans la plupart des cas, aux métiers exercés par les salariés des COREVIH**. Métiers qui, tels que définis par la fonction publique hospitalière ne correspondent parfois pas aux postes effectifs.

Pour ce qui est des besoins de recrutements, 57% des COREVIH interrogés déclarent des effectifs insuffisants à périmètre d'activité constant. Or, près de la moitié des COREVIH déclarent recourir exclusivement ou quasi exclusivement à des recrutements externes à l'établissement siège, notant des difficultés liées à des contraintes budgétaires, des grilles non attractives et non lisibles, des procédures administratives compliquées, un déficit d'attractivité du COREVIH et des difficultés de profilage.

b) Préconisations

Au regard des départs à la retraite à venir et des besoins d'emplois dits « émergents », les COREVIH vont devoir :

22. **Consolider leurs ressources humaines** en anticipant sur les départs naturels et en proposant des stratégies de fidélisation pour les personnels déjà recrutés mais qui ne sont pas titulaires.
23. **Accompagner la transformation des métiers et l'évolution des compétences** pour répondre à l'évolution et la diversification des missions et activités des COREVIH. Ceci engendre un besoin de professionnalisation et de spécialisation accru, qui ne doit pas obérer la faculté à innover des agents.
24. **Questionner la pertinence d'un portage hospitalier** pour les COREVIH évoquée précédemment (cf. préconisation #8) **dans la mesure où les grilles RH de la fonction publique hospitalière sont globalement en inadéquation avec les métiers des COREVIH**.

B- Analyse et prospective des besoins RH

a) Constats

Les compétences attendues à cinq ans portent, pour les deux-tiers des COREVIH sur la coordination, l'animation et la gestion de projet (34%) et sur la communication (28%). Pour un quart des COREVIH, un besoin de renfort des compétences en épidémiologie, data management, biostatistique et recherche clinique est également exprimé.

b) Préconisations

25. **Renforcer les personnels ayant des compétences en communication, gestion de projets, coordination, épidémiologie, gestion et traitement des données, recherche clinique et épidémiologique** pour mener à bien la mutation en cours des COREVIH.
26. **Poursuivre un travail commun autour d'une projection stratégique nationale par les COREVIH.** Celui-ci doit permettre de dessiner les actions pouvant être menées pour ajuster ces ressources et compétences existantes aux besoins futurs.
27. Travailler à la **formalisation des profils de poste, matrices de compétences et passerelles métiers** afin d'alimenter le plan de gestion prévisionnelle des métiers et compétences et le ou les plans de formations afférents.
28. **Communiquer sur les métiers et carrières offertes par les COREVIH**, en ciblant en particulier les métiers sensibles, pour renforcer l'image de marque des COREVIH.
29. Etudier des hypothèses de développement de synergies collaboratives ou de mutualisation de certaines ressources entre plusieurs COREVIH, au sein d'un établissement, au sein d'un même COREVIH.
30. Réfléchir au recentrage des agents sur les missions principales ou « cœur de cible » et à l'externalisation de certaines fonctions.
31. Engager une réflexion commune sur le positionnement RH des agents des COREVIH pour une meilleure adéquation corps/grade – métiers – compétences, en particulier sur les métiers sensibles (il s'agit ici des métiers les plus représentés en dehors de la filière médicale : TEC, coordinateur administratif et ARC/ ingénieur d'étude clinique) ou difficiles à recruter et fidéliser.
32. **Identifier un ou des COREVIH pilote(s) sur certains champs ou activités**, afin de structurer et de favoriser les échanges mutuels entre structures et l'amélioration du service rendu pour l'ensemble des COREVIH.

Conclusions – Les forces d’aujourd’hui pour les COREVIH de demain

Ce travail, fruit d’une élaboration commune de tous les COREVIH a pour vocation de présenter l’état des lieux des réflexions en cours (septembre 2021) autour de cette instance régionale et de son organisation pour les années à venir dans le contexte de la SNSS et de sa Feuille de Route n°2.

Les cinq principales forces des COREVIH sont:

1. **Une expérience et une expertise multi-niveaux** sur leur territoire: une expérience de plus de 12 ans en démocratie en santé, une expertise large des membres, une connaissance fine de l’épidémie, une compétence reconnue en recherche clinique et interventionnelle, une expérience historique des problématiques des personnes en situation de vulnérabilité, la seule instance de coordination qui décline la SNSS au niveau régional, un laboratoire d’expérimentation et de plaidoyer, une interface entre usagers et acteurs, une expertise mobilisable dans le champ de l’évaluation (actions, stratégie et politique).
2. **Une structure effective de démocratie en santé** : l’organisation des COREVIH les rend opérationnels dans l’animation de la démocratie en santé.
3. **Une coordination régionale** : un réseau dynamique, une connaissance exhaustive des acteurs, une capacité à être force de propositions et promoteur de projets, une capacité de mobilisation des acteurs des territoires, un soutien aux acteurs.
4. **Un réseau national** : des échanges inter-COREVIH : groupes de travail thématiques, groupe des présidents et vice-présidents, groupe des TEC, groupe des coordinateurs.
5. **Une reconnaissance des acteurs et des institutions** : liens forts avec certaines ARS (région-dépendants), reconnaissance des acteurs des territoires, de la DGS (via le GIN), une réactivité et une capacité à apporter une réponse rapide aux sollicitations des instances (ARS, ministère).

Cependant après 13 ans d’existence cette instance doit s’adapter à l’évolution des prises en charge et de la prévention des pathologies cibles, des comportements des usagers et des politiques publiques. Dans ce cadre un certain nombre de préconisations peuvent être regroupées :

- ✓ *Redéfinir les thématiques et au sein de celles-ci, les missions des COREVIH (préconisations n°1 à 5)*
- ✓ *Favoriser les relations avec les structures concernées par ces thématiques (préconisations n°6 et 7)*
- ✓ *Revoir le statut juridique et le type de portage administratif (préconisations n°8 et 9)*
- ✓ *Interroger le mode de gouvernance en fonction des thématiques et missions envisagées (préconisation n°10)*
- ✓ *Clarifier les relations entre COREVIH et ARS ainsi que les financements (préconisations n°11 à 21)*
- ✓ *Anticiper l’évolution des ressources humaines adaptées aux missions qui seront confiées (préconisations n° 22 à 32)*

Les discussions doivent rapidement se poursuivre sur la base de cette liste de préconisations. Les COREVIH demandent à dialoguer sur ces différents points avec la DGS, la DGOS, la conférence des présidents d’ARS, l’ANRS-MIE et Santé Publique France afin d’adapter leur dispositif aux politiques de santé publique dans le champ historique de la lutte contre le VIH et dans celui beaucoup plus vaste de la santé sexuelle à horizon 2030 et en commençant par le prochain quadriennal 2022-2025.

Liste des 32 préconisations

Les missions des COREVIH

A- Thématiques et missions

1. **Définir un socle commun de missions à l'ensemble des COREVIH, avec les COREVIH**
2. **Définir les contours** de l'implication des COREVIH dans la santé sexuelle.
3. Permettre **une souplesse de missions complémentaires** en fonction des besoins des territoires et avec des moyens adaptés.
4. **Valoriser les missions que réalisent les COREVIH** qui ne sont pas inscrites au code de la santé publique.
5. **Clarifier les attentes sur le rôle des COREVIH sur la recherche** et son mode de financement.

B- Relations avec d'autres parties prenantes du VIH, des IST, des hépatites virales et de la santé sexuelle : ANRS Maladies Infectieuses Emergentes, CNS, SFLS, Centres experts hépatites

6. **Créer des instances de partages dans lesquelles les ARS veillent** à la bonne articulation et à la mise en place des cadres réglementaires de chacune, afin de **favoriser l'articulation des Centres Experts sur les hépatites et les COREVIH.**
7. **Etablir un comité conjoint DGS - DGOS - ANRS-MIE – COREVIH pour piloter de façon harmonisée et partagée le suivi épidémiologique des PVVIH** pris en charge dans les hôpitaux publics à horizon 2030 et discuter de la question de la recherche et de la répartition des moyens nécessaires.

Statut juridique et portage par un centre hospitalier siège, gouvernance, relation avec les ARS et financement des COREVIH

A- Statut juridique et portage par un établissement de santé siège

8. **Rechercher des solutions réglementaires par la DGS en relation avec la DGOS pour résoudre les difficultés constatées.**
9. **Améliorer le dialogue de gestion entre les COREVIH et leurs établissements de rattachement.**

B- Gouvernance

10. **Revoir la composition des COREVIH, si les missions des COREVIH sont modifiées.**

C- Relations avec les ARS et financement des COREVIH

Relations avec les ARS

11. **Augmenter la reconnaissance institutionnelle par l'ARS** de l'exercice du COREVIH pour faire vivre la démocratie en santé en région.
12. **Améliorer le lien avec les ARS en matière de dialogue de gestion**, d'implication dans la définition des politiques publiques, de mode d'implication sur la santé sexuelle, de démocratie en santé et de réduction des inégalités de santé.

13. **S'appuyer d'avantages sur l'expertise des COREVIH** et leur rôle de démocratie en santé pour la définition stratégique des politiques régionales de santé.
14. **Veiller à la bonne articulation et complémentarité des missions des COREVIH**, des réseaux périnatalité et des centres experts des hépatites ainsi qu'à la mise en application des cadres réglementaires de chacun.
15. **Faciliter le lien avec les différentes directions des ARS**, et notamment celles portant des projets touchant les mêmes publics cibles (PRAPS) ou encore l'offre de 1ers recours.
16. Faire bénéficier les ARS d'un appui national pour faciliter la cohérence nationale du traitement des COREVIH sur les missions communes.
17. S'appuyer sur l'expertise des COREVIH et leur rôle de démocratie en santé pour la définition stratégique des politiques de santé.
18. Réaffirmer les COREVIH comme instance de démocratie en santé et à ce titre, redéfinir les liens et les degrés d'autonomie avec les ARS et les tutelles hospitalières
19. Associer et financer les COREVIH pour la déclinaison opérationnelle de la politique régionale de santé si les structures qui le composent sont d'accord.

Financement des COREVIH

20. **Revoir la modélisation de financement des COREVIH** en incitant à définir un financement stable, pérenne et sanctuarisé.
21. **Etablir un comité conjoint DGS - DGOS – Conférence des DG ARS - COREVIH pour établir une nouvelle circulaire de modélisation des financements** des COREVIH

Ressources Humaines des COREVIH

A- Structure des ressources humaines

22. **Consolider leurs ressources humaines** en anticipant sur les départs naturels et en proposant des stratégies de fidélisation.
23. **Accompagner la transformation des métiers et l'évolution des compétences.**
24. **Questionner la pertinence d'un portage hospitalier** pour les COREVIH.

B- Analyse et prospective des besoins RH

25. **Renforcer les personnels ayant des compétences en communication, gestion de projets, coordination, épidémiologie, gestion et traitement des données, recherche clinique et épidémiologique** pour mener à bien la mutation en cours des COREVIH.
26. **Poursuivre un travail commun autour d'une projection stratégique nationale par les COREVIH.**
27. Travailler à la **formalisation des profils de poste, matrices de compétences et passerelles métiers.**
28. **Communiquer sur les métiers et carrières offertes par les COREVIH**, en ciblant en particulier les métiers sensibles, pour renforcer l'image de marque des COREVIH.
29. Etudier des hypothèses de développement de synergies collaboratives ou de mutualisation de certaines ressource.
30. Réfléchir au recentrage des agents sur les missions principales ou « cœur de cible » et à l'externalisation de certaines fonctions.
31. Engager une réflexion commune sur le positionnement RH des agents des COREVIH pour une meilleure adéquation corps/grade – métiers – compétences, en particulier sur les métiers sensibles.
32. **Identifier un ou des COREVIH pilote.s sur certains champs ou activités.**