



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation
des soins

Sous-direction Qualité et Fonctionnement des
établissements (SDE)
Bureau Qualité et sécurité des soins en
établissements de santé (E2)
Dossier suivi par : Michelle BROSSEAU
Tél. : 01.40.56.43.84

Sous-direction des affaires financières
Bureau du financement de l'hospitalisation
publique (F2)
Dossier suivi par : Pierre MORISSET
Tél : 01 40 56 41 91

La ministre de la santé et des sports

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation (pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de région et de
département (pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et
départementaux des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs des
établissements de santé sièges des COREVIH
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les présidents des
COREVIH (pour information)

Mesdames et Messieurs les membres du comité de
suivi national des COREVIH (pour information)

Instruction du 23 avril 2009 relative au financement des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)

Textes de référence :

- Code de la santé publique, notamment son article L.1114-1
- Code de la sécurité sociale, notamment son article L.162-22-13
- Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine
- Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine
- Arrêté du 4 octobre 2006 relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine
- Arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale
- Circulaire DHOS/DGS n°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)

1. Contexte

Afin d'adapter l'organisation des soins des patients infectés par le VIH aux caractéristiques actuelles de l'épidémie, le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 a substitué aux centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH).

Ces instances de coordination doivent 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'arrêté ministériel du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine prévoit 28 COREVIH dont le territoire est généralement la région, à l'exception des situations suivantes :

- Corse, Poitou-Charentes, Limousin et Champagne-Ardenne pour lesquelles il n'y a pas de COREVIH en propre. Ces régions sont respectivement rattachées aux COREVIH des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Centre, Midi Pyrénées et Lorraine.
- Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France pour lesquelles il y a plusieurs COREVIH (respectivement 2 et 5)
- Inter région Sud Est ou groupe des régions Rhône-Alpes et Auvergne comprenant 3 COREVIH.

Pour accompagner cette réforme importante, des moyens supplémentaires ont été (et seront) alloués par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Ces crédits viendront compléter les moyens préexistants des CISIH.

Compte-tenu des difficultés récurrentes liées au financement des COREVIH qui me sont signalées, ce document a pour objet de vous préciser les modalités et le circuit de financement des COREVIH.

2. Les modalités de financement des COREVIH

Les COREVIH sont financés par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC). La gestion des crédits est confiée à l'établissement de santé siège du COREVIH, ces crédits devant permettre de réaliser les trois missions transversales sur l'ensemble du territoire couvert par le COREVIH.

Il est rappelé que le financement MIGAC attribué à l'établissement siège du COREVIH peut financer des personnels affectés dans des établissements non-sièges de COREVIH dans le cadre de conventions entre établissements de santé.

3. Modélisation du financement des COREVIH

Dans le cadre du programme de travail initié par la DHOS visant à calibrer le financement des MIG, une modélisation du financement des COREVIH a été élaborée en lien avec les professionnels concernés. Cette modélisation figure depuis 2007 dans le guide d'aide à la contractualisation sur les MIGAC et est mise à jour chaque année. Elle prévoit pour chaque COREVIH un financement forfaitaire minimal permettant de couvrir les charges de personnel suivantes :

- 0,3 ETP administratif ou médical de coordination (valorisation d'un ETP médecin : 104 230 € soit 31 270 €),
- 1 ETP de secrétariat (valorisation standard : 31 250 €),
- 2 ETP de techniciens d'études cliniques (valorisation d'un TEC : 50 000 €, soit 100 000 €)
- 1 ETP adjoint des cadres hospitaliers (valorisation : 41 520 €).

NB : La répartition entre catégories de personnels peut être adaptée en fonction de la situation locale pour recruter d'autres catégories de personnels dans le respect de l'enveloppe globale.

À ces charges de personnel est ajouté un montant à hauteur de 30% du total des charges de personnel qui vise à permettre la couverture des frais liés notamment aux locaux, aux matériels, à l'indemnisation des frais de transport des membres du COREVIH...

Le financement forfaitaire minimal de chaque COREVIH devant être couvert par la dotation MIGAC, s'établit ainsi à 265 252 € (coût 2008).

Cette dotation de base pourra être complétée en fonction de :

- la superficie du territoire couvert par chaque COREVIH. En effet, il est admis que les COREVIH couvrant une zone géographique importante, ont des frais de structure et de transports supérieurs aux autres. Au delà des 10 000 premiers km² couverts, il est alloué 51 600 € par tranche de 10 000 km².
- l'importance des files actives suivies par chaque COREVIH. Au-delà de 750 patients suivis, le financement correspondant à l'emploi d'un TEC peut être ajouté par tranche de 500 patients supplémentaires suivis.

Comme l'ensemble des MIG, les financements doivent être revus chaque année lors de la mise à jour de l'avenant MIGAC du CPOM et doivent tenir compte des dernières données connues de files actives. Leur reconduction est subordonnée au respect de l'attribution, par l'établissement siège du COREVIH, des moyens financiers au COREVIH et des objectifs fixés à cette structure tant par le décret, ci-dessus référencé, que par le CPOM notamment en termes de qualité de la prise en charge des patients.

D'autres critères de pondération pour la détermination du montant de la dotation des COREVIH seront définis par le comité de suivi national des COREVIH afin de valoriser les autres missions des COREVIH que sont la coordination des acteurs et la participation à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients. Ces nouveaux critères seront proposés lors d'une prochaine mise à jour du guide d'aide à la contractualisation sur les MIGAC.

4. Les mesures nouvelles accordées en 2008 et 2009

En fonction des arbitrages de campagne rendus chaque année, des financements complémentaires seront alloués en priorité aux régions pour lesquelles la modélisation a mis en évidence un besoin de renforcement. Après un premier renforcement en 2008 à hauteur de 0,83 millions d'euros, des mesures nouvelles à hauteur de 0,42 millions d'euros ont été accordées en 2009

5. Le circuit d'attribution des MIGAC

La répartition des mesures nouvelles est décidée par la DHOS et les crédits sont délégués aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui les délèguent aux établissements de santé sièges des COREVIH.

Dans la mesure où les COREVIH sont labellisés au niveau national, les crédits sont fléchés et ne peuvent donc être affectés à d'autres missions ou attribués à d'autres établissements (à l'exception des personnels remplissant des missions pour le COREVIH pouvant être affectés dans des établissements non-sièges de COREVIH dans le cadre de conventions entre établissements de santé).

Les ARH doivent notamment vérifier que les crédits sont réellement attribués au COREVIH. Leur attention est notamment attirée sur la nécessaire transparence qu'elles doivent exiger de la part des établissements sur le niveau de financement alloué à ces structures, transparence à l'attention en particulier des présidents des COREVIH. Parallèlement, les bureaux des COREVIH doivent être vigilants sur les moyens qui leurs sont attribués et justifier de leur utilisation dans le respect des objectifs fixés. A ce titre, le rapport d'activité des COREVIH doit être considéré comme un outil de visibilité, de lisibilité des structures et un support de dialogue de gestion avec les tutelles.

6. Les évolutions des missions des COREVIH par rapport aux ex-CISIH emportent des conséquences sur les moyens alloués

Les CISIH avaient une mission de soins que n'ont plus les COREVIH. Les financements de postes de soins qui avaient pu être alloués aux CISIH antérieurement à la transformation des CISIH en COREVIH ne doivent donc plus être assurés par la dotation MIGAC mais par l'enveloppe tarifaire via les tarifs de GHS. Or, des financements de personnels soignants continuent à être imputés sur la dotation MIGAC.

Ce financement d'une activité de soins par la dotation MIGAC doit disparaître et les CPOM doivent rendre compte de cette évolution au plus tard fin 2009. Ceci ne doit pour autant pas se traduire par la disparition des postes de soins antérieurement financés par la dotation MIGAC dans la mesure où les tarifs de GHS ont été calibrés afin d'intégrer cette mission de soins jusqu'alors prise en charge par les CISIH.

Ce transfert de charges doit se réaliser en toute transparence avec le bureau du COREVIH (état des lieux de l'utilisation des crédits MIGAC COREVIH, plan du transfert de charges...).

7. L'élaboration du compte d'emploi des COREVIH

Un compte d'emploi est élaboré par le directeur de l'établissement de santé après consultation du président du COREVIH. Selon le règlement intérieur du COREVIH, il est soumis pour avis au bureau du COREVIH ou à son assemblée plénière.

8. Autres sources de financements

Le COREVIH ne dispose pas de la personnalité morale et ne peut donc recevoir directement de dons ou legs. En revanche, rien n'empêche que des dons ou legs soient versés à l'établissement de rattachement au bénéfice d'un COREVIH et visant à financer des projets de ce comité. L'acceptation de ce don ou legs relève de la responsabilité du directeur de l'établissement siège du COREVIH qui, pour éclairer sa décision, peut saisir le bureau du COREVIH. Le cas échéant, une convention est établie entre le financeur privé et l'établissement siège du COREVIH, précisant l'usage des fonds.

Je vous remercie de veiller à la mise en œuvre et au suivi de ce dispositif, et à me faire part sous le présent timbre des difficultés rencontrées.

Pour la Ministre et par délégation
Par empêchement de la Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins,
Le Chef de Service


Fabrice FAUCON