



Présents :

Titulaires : F. Brunel-Dalmas – P. Caillon – P. Chiarello – C. Chidiac – C. Coudeyras – MP. Guyard et son collègue remplaçant – C. Kamineski (remplaçant de Sébastien Cambau – C. Julien – J. Lipmann – JM. Livrozet – S. Maes – I. Massonnat-Modolo – A. Pabingui – C. Porot – E. Racamier – MH. Renault – G. Retornaz

Suppléants : D. Authier – M. Casiez – H. Caux – G. De Angéllis – S. Degroodt – Y. Erraiss – A. Fillon – V. Galvan – V. Guéripel – L. Letranchant – S. Levite – AS. Ronnaux-Baron – T. Trevez – F. Faillebin –

Coordination : M. Joliot-Vilain

Excusés : A. Baudry – V. Bourdin – N. Benmakhlouf – L. Cotte – L. Luciani –

Début de séance : 18h10



Le président débute la séance en annonçant la campagne de prévention organisée par le Corevih à l'occasion de la Journée mondiale contre le sida. Il s'agit d'une animation projetée du 24 au 30 novembre sur certains murs du métro lyonnais, ainsi que sur les écrans à l'intérieur des Tram ; puis du 1^{er} au 7 décembre, une affiche reprenant le visuel final de l'animation collée sur les « arrières de bus », 290 bus en seront équipés.

Le rôle des élus de la démocratie sanitaire sur la promotion de la santé et les déterminants de santé

Mr Christophe POROT

Dans le cadre des fonctions ressources financées par l'ARS et portées par l'ADES sur le Rhône, par l'IREPS et l'ADESSA sur les autres départements de la région, l'ADES 69 a été mandatée pour sensibiliser les élus des collectivités locales, mais également

les élus de la démocratie sanitaire, aux enjeux de la Promotion de la santé, Education pour la santé et les déterminants de santé sur les populations. Il s'agit de mettre en avant le rôle qu'ils peuvent jouer par rapport aux déterminants de santé, de leurs places d'élus locaux ou de leurs places d'élus au sein d'une instance comme un corevih, etc.

Christophe Porot propose un temps de sensibilisation et d'échanges ; l'idée est de travailler ces concepts Promotion de la santé, Education pour la santé ; et comment peut-on se positionner en tant qu'acteur d'un corevih dans ces notions-là. Il s'agit enfin de mieux faire connaître le PRS (Programme régional de Santé) à ces élus de la démocratie sanitaire.

⇒ Il demande aux membres du corevih intéressés de s'inscrire auprès de lui.

⇒ Le président indique qu'à l'occasion de la prochaine journée de la Transversalité Inter Corevih (TIC) dont le Corevih-lvdr fait partie, il est prévu d'élaborer un guide des élus des corevih qui seront en phase de renouvellement l'année prochaine : quelles sont leurs missions, leurs obligations, leurs fonctions etc.

Enquête d'opinion sur le parcours de prise en charge de l'infection par le VIH

Mr Thierry VIRICEL - chargé de projets institutionnels pour la région Auvergne-Rhône-Alpes - laboratoire Janssen

Le sens de sa démarche

En préambule Thierry Viricel indique que l'ambition de Jansen institutionnel est de s'inscrire comme étant un acteur de santé aux côtés des professionnels de santé, des institutions, et de contribuer à améliorer l'offre de soin dans toute sa globalité. Le travail réalisé autour des parcours de soins va dans ce sens, essayer de voir ensemble comment en fonction de certaines problématiques, il peut être une ressource pour le corevih.

Pour ce travail Jansen est parti du rapport Morlat. Il s'agit d'une enquête à visée qualitative pour comprendre les problématiques liées au parcours de soins.

Présentation de la démarche et restitution des résultats

☞ 52% des personnes vivant avec le VIH sont suivies et ont une charge virale indétectable... L'objectif est d'aider les professionnels de terrain à améliorer la prise en charge des patients atteints de VIH par des actions concrètes et quantifiables

Résultat :

Point de vue des professionnels de santé et des patients

- 18 corevih ont participé à l'étude
- 240 personnes interrogées, médecins, pharmaciens d'officines et hospitaliers,
- 70 questionnaires remplis par les patients dans la région du Corevih PACA Ouest Corse

Dépistage :

- Le dépistage obtient la note la plus faible
- Les associations sont un relais d'informations pour inciter au dépistage
- Les associations semblent également bien jouer leur rôle dans la promotion des TROD
- Selon une grande partie des praticiens hospitaliers, la politique locale de dépistage pourrait être plus efficace
- Les médecins hospitaliers estiment qu'il est facile de trouver les coordonnées du CDAG
- Les informations mises à disposition par le Corevih sont connues des PDS et de certains patients,
- En revanche, celles de l'ARS semblent être méconnues
- Les pharmaciens d'officines ne participent pas à des actions de dépistage et ne se sentent pas à l'aise avec l'arrivée des autotests dans leur pharmacie (étude faite en juin 2015).
- C'est à l'hôpital et chez le médecin traitant que la majorité des dépistages sont réalisés.

➤ Prise en charge et annonce :

- Selon les praticiens hospitaliers et les patients, le délai entre le dépistage et la première consultation est relativement court (<10jours)
- Pour les deux tiers des spécialistes hospitaliers, les patients ont la possibilité d'intégrer un programme de soutien
- Des supports sont remis dans la majorité des cas, majoritairement sous forme papier, en provenance des associations ou de l'industrie pharmaceutique

➤ Initiation du traitement

- Les pharmaciens hospitaliers et officinaux ne réalisent la conciliation médicale qu'une fois sur deux
- Dans près de 3 cas sur 4, le pharmacien d'officine n'a pas de contact avec l'hôpital.

➤ Suivi du patient

- 3 pharmaciens hospitaliers sur 4 n'ont pas de contact avec l'officine
- Les spécialistes hospitaliers semblent avoir une bonne visibilité de l'observance de leurs patients
- Moins d'un patient sur 2 bénéficie d'une aide à l'observance.
- Quand c'est le cas, le pilulier est l'outil le plus largement utilisé
- Une large majorité des spécialistes estiment qu'ils sont disponibles pour les patients, même hors des consultations, ce que les patients semblent confirmer
- Une large majorité des patients bénéficie aussi d'un suivi en ville réalisé par le médecin traitant

➤ Outils informatiques

- ✓ Les données saisies dans les dossiers ne sont généralement pas partagées avec les professionnels de ville

☞ Se détachent quelques pistes de réflexions :

Au niveau du dépistage

- ✓ Accompagner les Pharmaciens d'officines (formation; vente des autotests)
- ✓ Rôle important des associations (dépistage hors les murs; semaine « flash test »)
- ✓ Bien communiquer sur l'évolution des structures de dépistage (CEGIDD)

Au niveau de l'initiation du traitement

- ✓ *La conciliation médicamenteuse n'est pas systématique, ni en ville, ni à l'hôpital (réseau de pharmacien de ville pro VIH, identifier leurs besoins : outils, formations, contacts.....)*
- ✓ *suivi hospitalier lorsque le patient est de retour au domicile (IDEC, outils connectés)*

Au niveau du suivi du patient

- ✓ *Suivi du patient difficile pour les professionnels de ville et hospitaliers (outil de partage des données entre professionnels Ville-Hôpital)*
- ✓ *Manque d'outils efficaces pour établir un lien ville-hôpital, culture du fax toujours présente en officine*

👉 Présentation d'analyse de données d'activité concernant le VIH réalisée par Pierre Karam conseil-santé Dr Jean-Michel LIVROZET

Les données ne sont pas celles du Corevih : les bases de l'InVS ont été utilisées pour la surveillance du VIH, une base de la Sécurité Sociale avec les affections de longues durées concernant les déficits immunitaires, mais pas seulement le VIH.

Ce que l'on peut dire pour la région Rhône-Alpes, c'est qu'il y a un poids de contamination par le VIH légèrement supérieur à la moyenne française. Rhône-Alpes fait partie des 3 régions métropolitaines les plus touchées et le département du Rhône représente la majorité des patients de la région RA.

Augmentation de la prévalence en France et dans le Rhône (la prévalence : nombre de patients touchés par une maladie par milliers d'habitants) : il y a moins de mortalité par le VIH, mais on note de nouvelles contaminations. Au final, le nombre de personnes contaminées par le VIH augmente.

Pour l'incidence, (nouvelles contaminations) décrochage entre 2005 et 2006.

- En 2011, données uniquement sur les HCL, (car pas encore de données sur les hôpitaux périphériques), il y avait eu 139 nouvelles contaminations aux HCL dont 116 personnes originaires du département du Rhône.
- En 2014, il y a eu 144 nouvelles contaminations suivies aux HCL dont 116 domiciliés dans le département du Rhône.

On parle donc plutôt d'un plateau depuis 2011 plutôt que d'une baisse de l'incidence.

Au niveau du Corevih (les 4 départements) en 2014, 181 contaminations et 123 personnes domiciliées dans le département, donc un delta de 7, dont on pense qu'ils sont dépistés et pris en charge à Villefranche/Saône.

⇒ D'autres indicateurs sont développés dans cette présentation qui est en pièce jointe.

➤ Toutefois, le président souligne qu'il y a 10% de séropositivité au stade sida ; il souhaiterait que le chiffre des 8% de primo-infection augmente, c'est à dire que l'on soit pro-actif dans le dépistage des primo infections.

Fort de notre expérience en semaine de dépistage, il serait peut-être intéressant de prévoir une petite campagne de communication sur la primo-infection.

Christophe Porot demande si l'on a une idée sur les chiffres concernant la précarité ; une idée sur le passage par la Pass.

☞ Il y a bien une entrée dans les soins par la PASS, mais un médecin hospitalier n'a pas la possibilité d'évaluer ces chiffres.

☞ Voir peut-être des données sur la précarité dans les enquêtes Vespa.

Djamila Makhloufi précise que les patients qui ne peuvent pas bénéficier de SSR dans la maison d'Hestia sont pris à la Villa d'Hestia. Il y a une grande population de patients VIH qui ne nécessitent pas beaucoup de soins et qui sont pris en charge à la maison d'Hestia. Le réseau Virages-Santé va s'installer à Villeubanne ainsi que les LAM de l'ORSAC.

☞ **L'avancement de la mise en place des Cegidd** **Mr Gilles DE ANGELIS – Dr Christophe JULIEN (ARS)**

Tout début juillet, sont parus les textes d'application qui permettent de cadrer le fonctionnement des futurs Cegidd, le cahier des charges, un certain nombre de documents nécessaires au lancement d'appel à candidatures par l'ARS et le dépôt des structures candidates.

Les habilitations actuelles des CDAG-CIDDIST s'arrêtent au 31 décembre.

L'ARS a décalé le calendrier au 30 septembre pour les structures qui veulent candidater. La date line de l'arrêté des habilitations étant au 31 décembre.

L'habilitation entraîne un financement sous forme de dotation forfaitaire annuelle. Ce sont des crédits d'assurance maladie qui viennent abonder le FIR de l'ARS et qui permettront de financer les Cegidd via les budgets de prévention de l'ARS.

Au niveau de l'organisation de l'ARS, un certain nombre de réunions ont été réalisées.

L'ARS est donc en phase d'instruction avec les délégations départementales qui doivent se prononcer sur la conformité du dossier et valider les demandes budgétaires formulées par les structures candidates.

Les arrêtés d'habilitation seront proposés à la signature de la Direction générale de l'ARS, ainsi que les propositions budgétaires qui vont avec.

Un point sur les demandes d'habilitation pour la région :

- Dans l'Ain, le CSP de Bourg en Bresse. On note toutefois une particularité, les futurs Cegidd de Savoie et Haute Savoie vont faire des interventions sur l'Ain, donc possibilité d'ouvrir des antennes, peut être ouverture d'une antenne dans le Pays de Gex et une antenne à Bellegarde. L'hôpital d'Oyonnax doit se rapprocher du CSP de Bourg en Bresse.
- Dans le Rhône, les HCL ont déposé une demande pour les Cegidd de la Croix Rousse et d'HEH ; le CH de Villefranche sur Saône également.
 - Pour les HCL, rebasage de la dotation compte tenu des nouvelles missions.

- Pour Villefranche, l'habilitation est conditionnée à une possibilité de mettre en oeuvre des moyens supplémentaires pour satisfaire aux conditions minimales d'ouverture imposées par la réglementation.
- Les interventions en milieu carcéral continueront d'être exercées avec un financement spécifique. A St Quentin-Fallavier, le Conseil général a souhaité se désengager du financement de cette activité et c'est donc l'ARS qui va la reprendre.
- En Ardèche, la situation est un peu compliquée car les files actives en Ardèche ne permettent pas d'habilitier les structures existantes.
Trois candidatures : le CH de Privas, le CH d'Aubenas et le CH d'Annonay, sachant qu'Annonay se positionne comme une antenne du CH de St Etienne. Le dossier est monté par le CH de St Etienne qui serait le Cegidd principal avec une antenne à Roanne et une consultation à Annonay.
- Pour la Drôme, le CH de Valence, avec une montée en charge progressive qui lui permettra d'avoir une activité plus importante car le Conseil Général renonce à son activité de CDAG. Pas de candidature actuellement pour le CH de Montélimar.

Au niveau budgétaire, si les référents de l'ARS sont suivis dans ces propositions, le budget serait de l'ordre de deux millions cinq à trois millions d'euros. Jusqu'ici, le financement Cidag/Ciddist en Rhône-Alpes représentait 6 millions 200 mille euros toutes sources de financement confondu, (les MIG pour les hôpitaux, les crédits de prévention pour les Ciddist, la dotation de décentralisation pour les départements qui avaient gardé la compétence). La décision sera prise rapidement.

► L'ARS a rencontré les trois présidents des Corevih de l'Inter-région Sud Est pour évoquer la question de la coordination des Cegidd, puisque les textes prévoient que les ARS coordonnent l'activité des Cegidd sans préciser ce que l'on met derrière le terme de coordination. Les Corevih étant eux-mêmes investis d'une mission de coordination, et chaque Cegidd devant lui-même désigner un coordinateur pour son activité interne et pour ses relations avec les partenaires sur le territoire, une réflexion est menée : quelle coordination est nécessaire, à quels niveaux, quels moyens, etc.

L'ARS est donc dans une phase de stabilisation du paysage, elle doit étudier les configurations, les Cegidd installés sur le territoire, etc.

Le Dr Julien précise que la modélisation tient compte des activités nouvelles, les Cegidd n'écraseront pas l'ensemble des structures existantes. Les Cegidd n'auront pas vocation à multiplier les consultations spécialisées, ils organiseront l'accès au système et l'accompagnement vers les ressources spécialisées.

Madame Renault demande si il y a aura un échange avec les promoteurs Cegidd pour caler les prévisions budgétaires avant le 31 décembre.

☞ L'ARS voudrait pouvoir donner en même temps que l'habilitation, si ce n'est un budget précis, au moins une enveloppe budgétaire prévisionnelle 2016 dans laquelle on puisse s'inscrire, de manière à ce que, si par la suite il y a une négociation autour de la convention 2016, la marge d'épargne soit minime. L'objectif est d'arriver à mi-décembre à une visibilité sur le niveau des financements.

Madame Renault demande également à propos du recueil de données, si l'ARS va préconiser une harmonisation de ce recueil : un seul logiciel ou bien les Cegidd auront-ils le choix de logiciel.

☞ L'ARS n'y a pas encore réfléchi et ne s'est donc pas encore engagée dans cette démarche de remontée des données des Cegidd. La DGS va établir les indicateurs du rapport d'activité de performance qui seront adressés à l'ARS et à l'InVS. Un texte doit prévoir les données du rapport d'activité et on ne connaît donc pas celles qui seront demandées en routine par les ARS. En fonction des besoins épidémiologiques, il sera peut-être rajoutées des données pertinentes qui seront discutées avec les corevih.

☞ Le président indique qu'il y a deux dossiers différents :

- Un dossier médical informatisé. Dans certaines régions administratives, les ARS ont imposé un dossier pour les Cegidd. Ce n'est pas le cas à Lyon du fait de la diversité des outils informatiques dans les établissements hospitaliers ; aux HCL Easily se prête parfaitement pour être un outil des Cegidd.
- D'autre part, ce qui intéresse la santé publique et entre autre les Corevih, c'est d'avoir des indicateurs fiables de la population qui fréquente les Cdag sur les facteurs de risque, et pouvoir croiser avec les résultats d'examen.
 - Le 5 janvier 2016, Steven Derenger de l'office fédéral de Santé publique de la Confédération helvétique va venir présenter le logiciel BerDa. Il s'agit d'un questionnaire à remplir par les patients en salle d'attente qui permettra de faire des statistiques. La Confédération nous l'offre. Philippe Castets de la DSII est intéressé pour le développer. Il faudra ensuite voir si cela intéresse les acteurs de Rhône-Alpes. D'autres Corevih en France sont intéressés par l'outil et viendront le 5 janvier 2016 à Lyon.

☞ **Changement de locaux du Corevih**

Dr Jean-Michel LIVROZET

Mireille Joliot-Vilain a reçu la visite du secrétaire général des HCL au mois d'octobre accompagnée de la directrice du cabinet du directeur général. Quelques jours après, elle apprenait que le Corevih devait libérer les locaux actuels.

Pas de courrier officiel concernant ce déménagement pour le moment. Dans les textes, il y a obligation d'héberger le Corevih par l'établissement qui reçoit la dotation du Corevih.

Quelques pistes existent par rapport à ce déménagement. A priori, cet hébergement ne serait plus au niveau du siège alors que la coordination a énormément de travail en lien avec la direction des affaires financières, et une localisation à l'extérieur serait une perte de temps et d'outils et des ressources internes.

Madame Renault indique que la Direction Générale a décidé de récupérer les locaux du fait d'un intérêt supérieur estimé par cette dernière. Relocalisation probablement temporaire dans d'autres locaux aux quais des Célestins, en attendant un relogement dans un local du domaine des Hospices. Il faudra transformer ce local actuellement à vocation d'appartement en usage de bureaux, ce qui n'est pas la même réglementation et qui peut donc prendre du temps. Pas d'information aujourd'hui sur cette localisation.

Pourrait-on faire l'économie d'un déménagement en deux temps ?

Madame Renault indique qu'elle ne peut pas répondre car elle n'est pas en capacité de décider de l'aménagement, de la ventilation, de la répartition des locaux du siège.

Elle ajoute l'engagement de la DG pour laisser au Corevih l'accès aux salles de réunion, la connexion sur le réseau intranet des HCL, l'utilisation des outils logistiques, des ressources du siège.

Un courrier officiel de la DG sera adressé au Corevih lorsque le calendrier de relocalisation sera arrêté.

Geneviève Retornaz s'étonne des difficultés pour transformer un appartement en bureau, puisqu'aucun voisin ne peut s'y opposer au sein d'un conseil syndical, l'immeuble appartenant dans son intégralité aux Hospices.

☞ Diffusion du Film « Vivant »

Le président rappelle que le 23 novembre, le film « Vivant » sera diffusé au cinéma « La Fourmi ». Il sera suivi d'un débat par Isabelle Massonnat-Modolo et le Dr Pierre Chiarello.

Fin de séance : 20h05

Prochaine séance plénière

Calendrier non défini à ce jour