

---

# Journées des coordonnateurs de COREVIH

---

NANCY  
5 et 6 juin 2014



## **1/Introduction :**

Présentation du COREVIH Lorraine Champagne Ardennes par le Pr. May, Président du COREVIH

→ Cf. Journée annuelle CDAG/ CIDDIST/ CPEF qui réunit tous les professionnels de ces structures → voir le programme pour inspiration de la journée annuelle organisée en PDL.

### **GTN**

Fonctionnement:

Pilote DGOS (D. MARTIN)

Activités:

- RA
- Charte ars-COREVIH
- Charte relation industrie - COREVIH
- Recueil des données AES
- Place des COREVIH dans la déclinaison des recco et du plan national

### **COFIL du suivi du plan VIH-IST**

Pilote: DGS

50 membres

Activités:

- Présentation des actions remarquables dans les COREVIH
- Suivi du déploiement du plan en région

## **2/Place des COREVIH dans le rapport MORLAT**

Cf. Diaporama

### **Centre de santé sexuelle:**

Cf. Projet de Toulouse

Cf. Centre à la Réunion (projet d'un 2d centre en cours)

Cf. Projets de différents centres portés par AIDES (Très avancé en PACA)

Cf. Projet en cours à Lyon.

Cf. Projet en cours Nancy.

## **3/PRS, instances de démocratie sanitaire et orientations de la stratégie nationale de Santé**

Cf. Diaporama

### **3.1 PRS**

Permet d'avoir une vision globale au service de la santé.

La politique de santé se décline par territoire de santé (définis juridiquement par chaque ARS)

Enjeux dans le PRS de l'ARS Lorraine : développer une nouvelle approche : la logique de parcours

= on passe d'une logique de structuration de l'offre à une logique de répondre aux réels besoins des personnes

Plan d'actions VIH/SIDA/IST dans le PRS Lorrain mais ce plan d'action n'a pas été concerté avec le COREVIH.

**Rappel :** Un des 1er objectifs de la mise en place des COREVIH était d'avoir une seule tête de réseau, un interlocuteur unique pour les institutionnels, avoir une voix coordonnée, un porte-parole unique pour les institutionnels avec une seule voix, un seul discours concerté en amont au sein du COREVIH.

**Remarques :** constat que les plans d'action VIH / IST sont très majoritairement inscrit dans le schéma prévention des ARS or cela exclu la prise en charge médicale (donc nécessité de transversalité entre les différents services des ARS)

### **3.2 Strategies nationale de santé:**

Constat : système de santé performant mais population vieillissante.

Vocation des axes développés par la SNS = intégrer une loi de santé publique.

Synthèse des contributions régionales sur la SNS par le ministère : juin 2014

#### **Remarque :**

-Interrogations concernant le rôle +++ dans la prévention souhaitée pour les MG

-Questions des passerelles entre l'hôpital et la médecine de ville --> Y a t'il suffisamment de professionnels en ville formés sur les spécialités historiquement prises en charge dans les hôpitaux ?

- Nécessiter d'envisager des reconversions ou évolutions de certains métiers (exp : IDE de coordination, TEC...)

### **3.3 Démocratie sanitaire :**

2 instances de démocratie sanitaire coordonnées par l'ARS :

--> CRSA

--> Conférence de territoire

**CRSA** = parlement régional de la santé : lieu d'expression, recueil des besoins, recueil des avis

-Organisme consultatif, autonome

-8 collègues

-Elue jusqu'en juillet 2014 --> réflexion en cours concernant les modalités de renouvellement des membres

#### **Conférence de territoire :**

-élabore et évalue des projets territoriaux de santé

-diagnostique approfondi sur son territoire

-émet des avis sur les CLS

**+ 2 instances de coordinations** qui réunissent les financeurs : une commission sur la prévention et 1 commission médico-sociale

#### **Questions sur la représentation des COREVIH au sein de ces instances :**

- difficultés liées au fait que les COREVIH n'ont pas de personnalité juridique.

- les structures qui siègent sont parallèlement membres du COREVIH mais siègent au nom de leur structure.

- A nous de trouver d'autres biais pour avoir un lien avec ces instances ou à défaut d'avoir un lien qui assure la démocratie sanitaire avec l'ARS

## **4/Plan VIH/IST 2010-2014 - Bilan à mi-parcours**

**Cf. Diaporama**

### **4.1 Avis du CNS :**

Émet un avis annuel sur le bilan d'avancement du plan.

-résultats à mi-parcours : inégaux ou méconnus

-dynamique relative face aux populations ciblées mais dynamique inégale.

-actions de prévention : maintenues et encouragées mais aucune pérennité envisagée.

-difficultés sur la fusion CDAG-CIDDIST

- leadership de la DGS insuffisant

- pilotage régional différencié mais différences difficilement identifiables;

- visibilité partielle des actions du plan (en raison du manque d'outil d'évaluation)

#### **10 recommandations émis par le CNS :**

- promouvoir des stratégies de prévention auprès des personnes ciblées

- renforcer l'appui aux associations communautaires

- renforcer la stratégie de dépistage ciblé

- centre de santé sexuelle (financement)

- ajuster les indicateurs d'évaluation du plan
- accroître la transparence des interventions de l'Etat.
- renforcer le pilotage du plan au niveau national et régional
- renforcer la mission de Coordination des COREVIH

**Question de l'évaluation du suivi de ces recommandations : via le comité de suivi national du plan ?**

### **Le plan national et les COREVIH :**

- positionner le COREVIH comme acteur stratégique dans la déclinaison du plan, comme référent de l'ARS.
- avoir un tableau de suivi au sein du COREVIH de la déclinaison des actions du plan.

Axes de travail possible :

- élaboration d'une programmation pluriannuelle (= plan d'orientations du COREVIH)

3 freins identifiés :

- Lien avec les ARS
- lien avec les administrations hospitalières
- utilisation de l'enveloppe budgétaire;

### **4.2 Avis d'une association (Sidaction) :**

= point de vue d'un bailleur de fonds national

#### **Points positifs:**

- 1er fois qu'on a un plan aussi visible
- 1er fois qu'on a un plan spécifique DOM
- place donnée à la recherche
- financement donné pour avoir des enquêtes stratégiques pour affiner les données épidémiologiques ( VESPA...)

#### **Points négatifs :**

- Une construction initiale confuse
- absence de point de vue du ministère sur le VIH (pas d'idée initiale du ministère sur ce qu'il souhaitait vraiment)
- des insatisfactions dans les enquêtes initiales portées pour construire le plan.

#### **Limites :**

- l'accompagnement de la déclinaison du plan : pas d'accompagnement des ARS - méconnaissance des acteurs institutionnels de la réalité de l'épidémie.
- le plan cloisonne les associations et les structures sanitaires
- Le plan cantonne le mot association à "association représentant les usagers"
- pas de coût chiffré sur la mise en place des centres de santé sexuelle
- coût chiffré pour les TRODs mais en inadéquation avec les coûts réels

#### **Et les COREVIH ? :**

- Les membres des COREVIH sont-ils bien formés pour assurer cette fonction de déclinaison du plan en région ?
- idée faite au COREVIH IDF Est : séminaire du Bureau (avec l'aide de l'institut Renaudot)
- il faut peut-être que chaque COREVIH réfléchisse au schéma à retenir pour former ses élus.
- Pour rappel : Sidaction finançait une formation auprès des élus du COREVIH au début de leur mise en place. (dispositif porté par la SFLS).

**Question des médiateurs de santé (programme migrants du plan) :** question du financement de ces postes. ?

#### **Question des financements privés au service du Plan :**

- exp : - programme d'accès, maintien, retour, insertion dans l'emploi
- Formation pour les professionnels afro caribéens pour des actions en direction des HSH afro caribéens
- Afro baromètre (= 50% de financement SIDACTION)

**Question concernant le renouvellement des professionnels et des militants associatifs qui partent en retraite :** »  
*Marc Dixneuf : « actuellement nous sommes dans une période un peu molle, sans bataille, sans nervosité, Or le VIH n'a pas changé, il s'aggrave, la prise en charge des migrants est allongées, les discriminations s'accroissent, la situation sur la prostitution est en train de se dégrader. Il faut revenir à une culture de bataille. On paie aujourd'hui le fait d'avoir souhaité des rapports cordiaux entre tous...»*

## **5/Intégration des nouveaux métiers au sein des COREVIH**

### **5.1 Médiateur de santé (public ciblé = migrants)**

#### **Cf. Diaporama**

- Accès insuffisant à la prévention et au dépistage
- Complexité d'accès aux soins
- Isolement face au système de santé

Comment a émergé le besoin d'un recrutement d'un médiateur en santé publique ? :

Constats de difficultés liées à la précarité sociale, liés à la pathologie VIH (incompréhension culturelle)

Comment la prise de poste s'est déroulée ?

- suivi de consultation avec les praticiens, les IDE, les AS
- Consultation avec les patients pour identifier les difficultés des patients
- Actions individuelles et actions collectives avec le patient et son entourage si souhaité par le patient :
  - identifier les besoins d'organiser le parcours du patient
  - mise en place d'ateliers co-animés avec d'autres professionnels
  - joue le rôle d'interface avec les équipes afin de faciliter la compréhension pour le patient
  - mise en place de RCP spécifique migrant
  - consultations conjointe : médecin, médiateur, patient

#### **Activités collectives :**

\*Groupes de réflexion ( en amont travail de mise en confiance) puis évolution vers des séances d'ETP collectives avec un objectif d'apprentissage.

\*Atelier sur la préparation du retour au Pays afin que le patient retourne chez lui en devenant acteur de sa propre santé ici et là-bas

\*Atelier pédagogique sur des thématiques (exp : procréation et VIH, alimentation équilibrée avec les produits alimentaires africains)

#### **Bilan de la médiation :**

- amélioration de la charge virale indétectable
- amélioration de la qualité de vie
- amélioration de la perception de la maladie
- amélioration de la connaissance sur la maladie
- amélioration de la prise en charge globale des patients, meilleure proximité, fluidité du parcours.

#### **Mediation dans le processus de prévention :**

- dépistage au sein des lieux de vie des migrants "l'hôpital se déplace chez vous !"
- ne pas partir avec l'approche VIH, mais partir avec une approche de santé globale" (tension, cholestérol, diabète et dépistage ...)
- suite à ces actions dans les lieux de vie, les personnes viennent tout seules à l'hôpital (car lien de confiance crée).
- nécessité d'une posture éducative spécifique pour les migrants

**Financement du médiateur :** co-financement COREVIH - association SOS hépatites

**Cf. fiche métier médiateur culturel de la fonction publique hospitalière.**

## 5.2 Data Manager en COREVIH

Cf. Diaporama

## 6/Fiche action du rapport d'activité

Cf. Diaporama

### **Pourquoi une fiche action ? :**

Avoir des éléments qualitatifs sur l'activité des COREVIH (seule MIGAC avoir une évaluation qualitative)

**Synthèse nationale des RA :** raisonnablement à avoir dans les 3 mois après la date butoir de rendu des RA par les COREVIH

**Nombre moyen de fiche action par COREVIH : 7**

**Bien travailler l'intitulé des FA**

**Valoriser les journées nationales ( coordo, président, COREVIH)**

NB : case T33 : systématiquement coché alors que normalement on la coche uniquement si l'action est dans un l'objectif du bilan de synthèse annuel.

**Point de vigilance sur le fait que tous nos RA ont vocation à être transmis à l'ATIH**

**ETP mobilisés : tous les acteurs ayant participé à l'action.**

**Question sur l'idée de faire un RA (partie fiches actions) bi-annuel --> préconisation des coordinateurs à faire remonter à la DGOS et DGS**

## 7/ Formation et COREVIH

Cf. Diaporama

**Formation continue en France** = parent pauvre car trop de confiance donnée aux années de formations initiales  
exp : pour bcq de médecin, la formation continue se résumait à lire le quotidien du médecin et à rencontrer les délégués médicaux.

### **Formation professionnelle :**

régie par des textes très généraux identiques et applicables à tous les métiers.

C'est la DIRRECTE qui attribue les N° de formation ( exp : SFLS N° 7233 04724 33)

Ce numéro autorise l'organisme à délivrer des formations.

Attention ce numéro n'est pas un agrément.

### **La Formation médicale continue ( FMC) :**

Cela n'existe plus depuis 2013 . Elle a été remplacée par le DPC (développement professionnel continue)

### **Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) :**

gérée par la HAS qui agrée des programmes des formations

exp : RCP, revues de morbi-mortalité, analyse des données extrait d'une base qui permet de mettre en lumière certaines anomalies qui peuvent être dus à une mauvaise prise en charge par le médecin.

### **Développement professionnel continue :**

Objectifs :

- fusion FMC/EPP

- homogénéiser la formation des soignants ( médicaux et para-médicaux)

- se détacher de l'influence de l'industrie pharmaceutique

**La HAS rédige la méthode de "comment organiser une formation" par exp.**

**Le COREVIH ne peut pas être organisme de formation** : il faut trouver un autre support ( CHU, organisme privé,SIS, AIDES, SFLS)

### **Monter une formation : les étapes**

#### **En amont:**

-Qu'est ce que je veux obtenir à l'issue de la formation ? Quels sont les sujets que je veux aborder?

-Quels sont les intervenants les plus appropriés ?

Cf. tableau construit par la SFLS sur les différentes étapes pour construire une formation.

#### **Avant la formation :**

- visiter les lieux, tester les connexions.

**Pendant la formation** : redonner le programme, distribuer les fiches d'évaluation au début de la formation, ne pas surcharger les programmes, prévoir des temps informels.

Evaluation des intervenants / évaluation de l'organisation générale / Evaluer l'impact des pratiques

Faire une évaluation en différé (quelques mois après la formation).

## **Vendredi 6 juin 2014**

### **1 / Rôle des coordinateurs au sein des différents groupes de travail nationaux**

**Cf. Diaporama**

**Quel devenir souhaitons nous donner à cette représentation ?**

#### **Les remarques formulées :**

-Regret d'aller-retour pas suffisant.

-Ré-interroger la communication entre les coordo.

-Idée : faire un point annuel de l'activité du GTN.

-Ne pas être juste là pour valider les choses mais être force de proposition.

-Attention à ne pas être prisonnier de la démocratie participative.

-Problématique des casquettes multiples : JM informe qu'il arrive à faire la part des choses ( TIC, GTN, SFLS...).

-Question de la représentation des DFA au sein du GTN ?

#### **Objectifs du représentant des coordinateurs :**

-travailler le devenir des COREVIH

- travailler sur les métiers des COREVIH (valorisation, évolution, pérennités)

- réactiver le réseau des coordo / assurer un soutien aux coordo

- actualiser le tableau ressource des coordinateurs.

#### **Durée du mandat : 2 ans**

##### **Election :**

Siège titulaire : 2 candidats = JM et Hadija (élu JM)

Siège suppléant : 2 candidats = Hadija – Audrey (élu Hadija )

NB: Info : 13ème colloque océan Indien - égalité des soins dans l'océan Indien. A la Réunion. 8-9-10 octobre 2014

### **2/Echanges d'expériences sur le métier de coordinateur**

**Cf. Diaporama**

« Recherche action » en cours sur le métier de coordinateur portées par 16 universités pour éditer une fiche métier dans la fonction publique hospitalière.

Un DU de coordination se met en place dans toutes les régions.

#### **Difficultés identifiées :**

- mener de front l'activité de coordinateur de projet ( animation des commissions , porter les projets de santé publique)--> certain COREVIH ont fait le choix de recruter des chargées de mission santé publique = insuffler de la méthodologie de projets au sein des commissions / remobiliser les acteurs --> fiche de poste transmise avec le CR.
- temps sans cesse partager entre les missions purement administratives et les missions de conduite de projets.
- absence de lien hiérarchique avec les TECs : difficile quand il faut quand même impulser des orientations auprès des TECS et suivre leur mission sans légitimité.
- assoir la crédibilité du COREVIH auprès des acteurs / difficultés à imposer le COREVIH.
- Turn-over important au sein de certains COREVIH - les interlocuteurs changent.
- assurer le double rôle de coordo médicale et coordo administrative.
- Difficultés à faire valoir certains indicateurs d'activités.
- difficultés avec les ARS.
- difficultés à mobiliser les acteurs.
- enjeux à apprendre à communiquer dans le conflit
- métier de diplomate
- difficulté de s'extraire des EX-CISIH
- difficulté de coordonner des acteurs qui n'existent plus.
- Les coordo sont un peu « chef d'entreprise ».

#### **Rmq / idées :**

- adosser la journée des coordo à la journée des présidents.
- discuter du fonctionnement concret.
- inscrire à l'ordre du jour de la journée nationale des COREVIH une réflexion sur les métiers du COREVIH

### **3/BAO**

**Cf. Diaporama**

Question de la forme et question du contenu.

- Idée de pouvoir poster des outils sur une plateforme avec une recherche par mots clés.
- Interpeller la société informatique de gestion du site de la SFLS.
- Proposer une gestion par la société informatique.

**Groupe de travail : Christophe, Isabelle, Valérie, Magali, Laurence.**

### **4/Synthèse des JNC 2014 :**

- Plus de peur que de ma sur les conditions matériel.
- Satisfaction des participants sur la richesse des échanges
- volonté quand même d'avoir toujours et encore plus de temps consacré à l'échange de pratiques et moins de temps de présentations orales