



**Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports**

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
 Sous direction de la qualité et du  
 fonctionnement des établissements de santé (SDE)  
 Bureau de la qualité et de la sécurité des soins  
 en établissements de santé (E2)  
 Personne chargée du dossier : Ann PARIENTE-KHAYAT  
 tél. : 01 40 56 77 35  
 fax : 01 40 56 58 30  
[ann.pariente-khayat@sante.gouv.fr](mailto:ann.pariente-khayat@sante.gouv.fr)

Direction générale de la santé  
 Sous-direction Prévention des Risques Infectieux (RI)  
 Bureau des infections par le VIH, IST et hépatites (RI2)  
 Personne chargée du dossier : Khadoudja CHEMLAL  
 tél. : 01 40 56 72 80  
 fax : 01 40 56 40 44  
[khadoudja.chemlal@sante.gouv.fr](mailto:khadoudja.chemlal@sante.gouv.fr)

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports

à

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

Mesdames et Messieurs les préfets de région, Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour attribution)

Mesdames et Messieurs les préfets de département, Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour information)

Comités de coordination de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevh)

**CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/2007/328 du 27 août 2007 relative au rapport d'activité type des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)**

Date d'application : immédiate

NOR :

Classement thématique :

**Résumé** : Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) instaurés par le décret N°2005-1421 du 15 novembre 2005 doivent établir un rapport d'activité chaque année. Cette circulaire vise à apporter des précisions sur les éléments minimaux à faire figurer dans ce rapport ainsi que sur les conditions et modalités de transmission aux différents échelons.

**Mots clés :** COREVIH – infection à VIH - rapport d'activité – missions – coordination – données médico-épidémiologiques (DMI2) – harmonisation et évaluation des pratiques – évaluation

**Textes de référence :**

Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1114-1, L.1411-1 et L.3121-1

Code de la sécurité sociale, notamment son article L.162-22-13

Décret n°2007-438 du 25 mars 2007 modifiant le 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°2005-1421 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 la liste 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 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 27 novembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers modifié par l'arrêté du 22 décembre 2003

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)

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

Textes abrogés ou modifiés : aucun

Annexe : plan type du tronc commun du rapport d'activité du COREVIH

Diffusion : les établissements sous tutelle doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des services déconcentrés, selon le dispositif existant au niveau régional

## 1) Modalités d'élaboration du rapport d'activité

Le rapport d'activité annuel du comité de coordination de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) prévu à l'article D.3121-35 du code de la santé publique et dans la circulaire d'application N°DHOS/DGS/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 est élaboré par le bureau du COREVIH.

Il est établi après une analyse de la situation à partir des données transmises par les partenaires. Ce rapport est présenté et soumis à l'approbation des membres du COREVIH lors de la réunion annuelle associant les principaux partenaires notamment les représentants institutionnels, dont les services déconcentrés de l'Etat et les Agence(s) régionale(s) d'hospitalisation.

Ce rapport signé par le président du COREVIH est transmis par le directeur de l'établissement de santé siège d'implantation du COREVIH, au(x) directeur(s) de l'ARH, aux préfets de région et de département, au directeur du Groupement régional de santé publique (GRSP), au président de la Conférence régionale de santé (CRS), à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et pour information à la Direction générale de la santé avant le 30 avril de l'année N+1.

Il est mis à la disposition de l'ensemble des acteurs concernés par la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le territoire de référence du COREVIH.

## 2) Objectifs

Les objectifs du rapport d'activité sont les suivants :

- Permettre aux membres du COREVIH de mieux identifier leur activité
- Constituer un outil de dialogue et de concertation entre les différents membres du COREVIH et leurs partenaires
- S'assurer que le fonctionnement et l'activité du COREVIH correspondent aux orientations générales et spécifiques fixées
- Contribuer à la réflexion sur son évolution lorsque l'activité n'est plus en cohérence avec les besoins locaux

## 3) Nature du document

Il s'agit d'un document standardisé, comportant un nombre réduit d'indicateurs, à des fins d'évaluation des missions, de valorisation et de communication.

Il comporte un tronc commun de données minimales et une partie variable dont le contenu est fonction des priorités du territoire de référence du Corevih. Il intègre les éléments permettant d'apprécier la réalisation des missions du COREVIH précisées à l'article D.3121-35 du code de la santé publique et dont les objectifs sont précisés dans le cadre du programme de travail annuel.

Il comprend les données spécifiques à chaque mission :

- 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 la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques.

Ce rapport d'activité rend compte de la réalisation des objectifs prévus pour l'année N par le COREVIH dans le cadre de ses missions en prenant en compte les priorités spécifiques du territoire de référence du COREVIH et les priorités nationales de la lutte contre l'épidémie à VIH. Il sert de base pour le choix des priorités et l'élaboration du programme de l'année N+1.

Ce rapport n'exonère pas les établissements de santé et services volontaires, membres des COREVIH, de transmettre les données médico-épidémiologiques anonymisées, selon les standards prévus dans le logiciel DMI2, à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et à l'Inserm (unité 720), tel qu'indiqué dans l'arrêté du 27 novembre 1991 modifié par l'arrêté du 22 décembre 2003, qui reste en vigueur.

Un plan type de rapport d'activité est proposé en annexe. Il est précisé que le rapport d'activité de la première année de fonctionnement du Corevih sera essentiellement constitué des éléments relatifs à l'installation du comité.

Vous voudrez bien nous informer de toute difficulté rencontrée pour l'application de cette circulaire.

Pour la Ministre et par délégation  
Le Directeur général de la santé

Pour la Ministre et par délégation  
La Directrice de l'hospitalisation et  
de l'organisation des soins

Professeur Didier HOUSSIN

Annie PODEUR

<b>Annexe - Plan type du tronc commun du rapport d'activité du COREVIH</b>
--

Il est précisé que le rapport d'activité de la première année de fonctionnement du Corevih est essentiellement constitué des éléments relatifs à l'installation du comité.

Sommaire du rapport d'activité

- 1) Identification du Corevih
- 2) Moyens du Corevih
- 3) Activité de l'année N
- 4) Programme de l'année N+1
- 5) Discussion et conclusion

## **I. Identification du COREVIH**

Région administrative

Territoire de référence du COREVIH

Etablissement de santé siège d'implantation du COREVIH : Nom et N°FINESS

COREVIH : liste des membres (en annexe du rapport), bureau du COREVIH : date d'élection, composition (noms, appartenances, professions), président (nom, appartenance, profession)

En annexe du rapport, le COREVIH publie une mise à jour de l'état des lieux des partenaires impliqués dans le territoire de référence, par rapport à la mise en place du COREVIH.

## **2. Moyens du COREVIH**

Le tableau 1 sera complété pour le premier rapport d'activité. Les années suivantes, seule une mise à jour des données sera présentée.

**Tableau 1. Ressources humaines participant aux missions du COREVIH**

Année N	
	Temps consacré (ETP)
Secrétariat	
Technicien d'étude clinique (TEC) ou assistant de recherche clinique (ARC)	
Coordination médicale et/ou administrative (indiquer la catégorie de personnel)	
Autres (à préciser par exemple, chargé de mission)	

**Tableau 2. Moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH**

Année N	Moyens
<b>Etablissement siège</b>	
<b>Autres établissements</b>	

**Tableau 3 : Outils développés par le COREVIH**

Année N		
Site internet	Adresse du site	Nombre de connexions
Création d'une adresse mel fonctionnelle	Adresse de la boîte aux lettres	
Correspondant Afssaps identifié		
Fichier d'adresses de correspondants	Nombre de correspondants	Nombre d'envoi
Bulletin d'information / Lettre de liaison	Nombre	Modalités de diffusion
Modalités de recueil des données auprès des différents acteurs (établissements de santé, établissements médico-sociaux, réseaux, ...)		
Autre (exemple : chargé de mission...)		

**Tableau 4. Conventions signées entre établissements pour l'organisation et les moyens.**

Conventions signées	Année N
Objet	
Signataires	
Objet	
Signataires	

**Tableau 5 : Indicateurs de fonctionnement**

Année N .....		Réunions (nombre)	Participants (nombre)	Ordre du jour (O/N)	Compte rendu de réunion (O/N)
Séances plénières					
Groupe(s) de travail	thème : ... pilote : ... (compléter nom coordonnées)				
	thème : ... pilote : ... (compléter nom coordonnées)				
	thème : ... pilote : ... (compléter nom coordonnées)				
Autres (par exemple : Inter COREVIH, réunion nationale)					

Commentaires

### **3. Activité de l'année N**

#### **3.1. Mission de coordination des acteurs**

Une ou plusieurs actions particulièrement réussies de coordination des acteurs pourront être détaillées à titre d'exemple en annexe du rapport d'activité.

On peut ainsi citer la coordination autour des personnes vivant avec le VIH dans les domaines suivants : co-infection hépatites et VIH, obstétrique et infectieux, spécialités prenant en charge les effets indésirables (dermatologie, chirurgie réparatrice, endocrinologie, cardiologie), prise en charge psychique, missions de prévention et d'éducation pour la santé.

Tableau 6 - Actions de coordination mises en place dans le cadre du COREVIH

Domaine de coordination (exemples)		Nature	Acteurs (exemple : établissements de santé, établissements médico-sociaux, associations, .... )
Soin	Ex : gynécologie,	Consultation de conseil pré-conceptionnel au niveau régional	Services de gynécologie, maladies infectieuses, médecine libérale, .....
Dépistage	Ex : lien Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)-soins	Procédure d'adressage des patients, ....	CDAG, service de médecine interne, service de maladies infectieuses, ...
Prévention et éducation pour la santé	Ex : migrants	Prévention au sein des couples	Associations, CDAG, établissements de santé, PMI, ...
Recherche clinique			
Soins	Ex : prisons	Continuité des soins à la sortie	UCSA, services cliniques, services sociaux, associations, administration pénitentiaire...

### 3.2.- Mission d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques

Tableau 7 – Amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, d'évaluation de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques

Thématique	Acteurs et partenaires participant à la mission	Recommandations utilisées	Moyens utilisés pour harmoniser les pratiques professionnelles	Indicateurs utilisés pour évaluer les pratiques professionnelles / modalités d'enquête
Ex : prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) des professionnels de santé aux urgences	Ex : Médecins du travail, service des urgences, services cliniques, ...	Ex : circulaire,	Ex : formations répétées	Ex : enquête pour évaluer le % de professionnels de santé ayant consulté hors délais
Ex : continuité des soins	Ex : réseaux, médecins libéraux, ....		Ex : procédure et lettre type de rappel des perdus de vue	Ex : suivi du % de perdus de vue

### 3.3. Analyse des données médico-épidémiologiques

Les principales caractéristiques de l'épidémie dans le territoire de référence du COREVIH sont recueillies de la manière la plus exhaustive possible. Ces données sont issues de la saisie *via* le logiciel DMI2 et/ou d'autres sources transmises par les établissements ne participant pas au recueil dans le cadre du DMI2 telles que les données du PMSI par exemple.

Les données annuelles minimales à recueillir sont les suivantes : nombre de cas de séropositivité au VIH, nombre de cas de sida, sexe, tranches d'âge, mode de transmission, nombre d'hospitalisations complètes, nombre d'hospitalisation de jour, nombre de consultations.

Deux analyses sont effectuées, sur la file active<sup>1</sup> de l'année N et sur les nouveaux patients inclus l'année N. Des données qualitatives peuvent compléter ces données.

Cette analyse est présentée annuellement à l'ensemble des membres du COREVIH.

**Tableau 8 - Analyse globale annuelle des données**

Nombre d'établissements ayant transmis des données anonymisées à l'établissement de santé siège du COREVIH	A partir du logiciel DMI2	A partir d'une autre source

Date de présentation de l'analyse globale aux DDASS/DRASS/ARH : JJ/MM/AAAA

<sup>1</sup> La file active est définie par le nombre de patients ayant eu au moins une consultation ou une hospitalisation dans l'année considérée.

Des données relatives à la file active pourront, par exemple, être obtenues auprès des caisses d'assurance maladie par le nombre de malades du régime général bénéficiaires de l'affection longue durée (ALD 7 : déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

**4. Programme de travail de l'année N+1****Tableau 9 - Détermination des objectifs de l'année suivante**

Objectifs définis (actions prévues, indicateurs de résultats)	Résultats attendus (calendrier)	Moyens	Axes de progrès attendus

Tableau 10 - Exemple d'indicateurs recueillis auprès des partenaires

Domaine d'activité	Indicateur proposé
<b>Dépistage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Précocité</b></li> <li>• <b>Lien Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et soins</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de patients de la file active ayant plus de 500 CD4 au moment du diagnostic</li> <li>• % de séropositifs adressés par les CDAG</li> <li>• délai moyen de prise en charge entre le rendu des résultats biologiques et la prise en charge</li> </ul>
<b>Prévention</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prévention de l'entourage</b></li> <li>• <b>accès au préservatif</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de personnes infectées dont le statut du partenaire est connu</li> <li>• proportion d'établissements de santé du COREVIH ayant au moins un lieu de distribution de préservatifs gratuits en direction des patients VIH</li> </ul>
<b>Education thérapeutique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de patients de la file active ayant bénéficié d'une consultation d'éducation thérapeutique</li> <li>• proportion d'établissements de santé offrant au moins une consultation d'éducation thérapeutique</li> </ul>
<b>Consultation de prévention en direction des séropositifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'établissements de santé offrant au moins une consultation de prévention en direction des séropositifs</li> </ul>
<b>Continuité des soins</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdus de vue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de patients perdus de vue</li> </ul>
<b>Evaluation précoce des AES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de patients ayant consulté hors délais</li> </ul>
<b>Prise en charge des hépatites</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>prise en charge de l'hépatite C :</b></li> <li>• <b>Couverture vaccinale Hépatite B</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de patients ayant eu une évaluation de la fibrose (Ponction biopsie hépatique / Fibroscan / marqueurs sériques) rapporté à la file active de patients coinfectés</li> <li>• % de patients ayant une sérologie VHC inconnue</li> <li>• % de patients de la file active avec Ag Hbs- / Ac anti Hbs – et non vaccinés</li> <li>• % de patients de la file active Ag Hbs inconnu</li> </ul>
<b>Prise en charge de l'échec thérapeutique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mise en place d'une discussion collégiale</b></li> <li>• <b>Accès aux thérapeutiques innovantes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de patients de la file active en échec thérapeutique discutés en staff clinico virologique ou comités des antirétroviraux</li> <li>• % de patients en échec thérapeutique sévère bénéficiant d'un médicament en autorisation temporaire d'utilisation (ATU)</li> </ul>
<b>Accès aux soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de patients ayant obtenu une couverture sociale dans l'année N rapporté au nombre de patients sans couverture sociale de l'année N-1</li> <li>• offre de soins en soins de suite réadaptation (SSR) (cf rapport experts)</li> </ul>
<b>Prise en charge en milieu carcéral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % d'arrêt de traitement en milieu carcéral</li> <li>• % de patient adressé en consultations par le milieu carcéral</li> <li>• existence d'une consultation spécialisée en milieu carcéral</li> </ul>
<b>Prise en charge précoce des femmes enceintes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de femmes enceintes adressées en consultation spécialisée (CS) VIH au 1er trimestre rapporté au nombre de femmes enceintes suivies en CS</li> </ul>

## **5. Discussion et conclusion**

Cette partie du rapport d'activité rend compte de l'avis porté par les membres du COREVIH à partir de leur analyse des données objectives présentées.

Elle doit être le résultat d'une discussion au sein d'une réunion plénière des membres du COREVIH.