

NEWSLETTER | JUIN 2015

INTERVIEWS

| Alain SOBEL |

| Président du COREVIH Ile-de-France Sud



Avec le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM), les Corevih entrent dans une nouvelle modalité de travail. Le lien est renforcé avec l'ARS et les COREVIH franciliens doivent aussi travailler collégialement. Que pensez-vous de cette nouvelle modalité de travail ?

Il s'agit en fait d'une normalisation administrative, cela renforce nécessairement les contraintes administratives. Les structures comme le Corevih sont subventionnées par un Fonds d'intervention régional (FIR), duquel découle la signature d'un COM, c'est-à-dire d'un Contrat d'objectifs et de moyens. Cela existe dans tous les domaines, c'est habituel et cela permet à l'administration de l'État de connaître les objectifs à atteindre et les financements prévus d'abord, puis distribués ensuite. L'ARS a décidé de nous faire fonctionner sur ce modèle de structures dépendant de crédits publics. Les Corevih existant depuis 2007-2008, la mise en place de ces COM est en réalité une normalisation administrative. Il faut donc maintenant préparer les contrats, échanger, corriger, reprendre les textes, et ensuite il faudra rédiger nos rapports d'activités en cohérence avec ces Contrats d'Objectifs et de Moyens.

Comment se traduit cette normalisation dans votre travail ?

Pour les Corevih franciliens, les COM ont fait l'objet de multiples discussions et ont été axés autour de deux versants.

Le premier est inter-Corevih, c'est-à-dire qu'il y a un certain nombre d'actions qui vont être menées par l'ensemble des cinq Corevih d'Ile-de-France, et pilotées dans leur majorité par un ou deux Corevih par action. Il y a eu plusieurs

réunions qui ont permis d'arrêter ces actions et d'en attribuer le pilotage, et enfin, de déterminer qui sera précisément en charge dans chaque Corevih, pour y participer. Pour notre part, au Corevih Sud nous sommes en charge des actions relatives au dépistage et de l'entrée en soin, c'est un travail que nous allons mener avec l'aide des autres Corevih.

Le deuxième versant pose la question de savoir ce que chaque Corevih va proposer individuellement à l'ARS. Ce qui est nouveau, c'est qu'il y a de plus en plus de directives émanant de l'ARS, ce qui n'est pas choquant, c'est la règle de fonctionnement des subventions publiques. Chaque Corevih a ses spécificités, ses personnalités, et recouvre des territoires différents. Le Corevih Centre, c'est trois hôpitaux avec d'énormes files actives, à l'opposé le Corevih Est gère une multitude d'hôpitaux, je crois 27, disséminés dans l'Oise, la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis, l'Essonne, et Paris, avec parfois de petites files actives, et nous, au Corevih Sud, nous avons huit hôpitaux, certains appartenant à l'Assistance publique, d'autres non, comme l'Institut mutualiste de Montsouris, Saint-Camille et Begin, avec des files actives de 200 à 300 patients.

Pour revenir à l'axe de travail que vous allez diriger dans cette forme de mutualisation des missions, pourquoi celui du dépistage et de l'entrée en soin ?

L'ARS a attribué à chaque Corevih le pilotage d'un axe propre, en fonction notamment des travaux antérieurs de chaque Comité. L'axe relatif au dépistage et à l'entrée dans le soin m'intéressait beaucoup parce que les traitements et la prise en charge globale, c'est déjà très bien fait, les recommandations

INTERVIEW... Alain SOBEL

d'experts font plus de 400 pages, on sait parfaitement ce qu'il faut faire. Ce qui pose problème en France, c'est qu'il y a entre 15 000 et 25 000 personnes qui ne connaissent pas leur séropositivité, dont on pense qu'elles seraient « responsables » de 60% des nouvelles contaminations, parce que les gens qui connaissent leur séropositivité, pour la majorité, sont traités, et ne contaminent plus. Il faudrait donc que tout le monde connaisse sa séropositivité, idéalement, pour ne plus contaminer personne. C'est un schéma théorique, la vie réelle ce n'est pas comme ça. Dans la vie réelle, il y a des gens qui sont contaminés aujourd'hui et qui ne l'étaient pas hier, qui ont pris des risques, qui contaminent sans s'en rendre compte... La question est donc de savoir comment faire pour que le dépistage soit plus efficace et comment faire pour que les gens dépistés entrent dans le système de soin. Aujourd'hui, et depuis deux ans, on traite tout le monde, c'est le meilleur moyen de faire diminuer l'épidémie. Si quelqu'un est dépisté, quelque en soit le moyen, il faut qu'il soit traité. Nous nous sommes situés à cette charnière-là. Stratégiquement, c'est un enjeu qui n'est pas facile, mais qui est passionnant.

Plus précisément, pouvez-vous expliquer votre proposition de promouvoir le métier de médiateur de santé dans ce moment charnière entre dépistage et entrée en soin ?

Oui, nous espérons que cela va fonctionner. Cela suppose des crédits pour promouvoir cette activité de médiateur, ou d'accompagnateur, qui puisse répondre à un problème que nous rencontrons. Il s'agirait en effet d'aider au passage entre dépistage et entrée dans les soins. Il faut trouver des gens qui vont prendre en charge le patient dès qu'il est dépisté, même s'il ne parle pas la langue, même s'il est SDF, ou qu'il n'a pas de papiers. Il peut y avoir beaucoup d'obstacles à la prise en charge et le médiateur de santé serait un facilitateur de cette démarche-là.

« La question est donc de savoir comment faire pour que le dépistage soit plus efficace et comment faire pour que les gens dépistés entrent dans le système de soin. (...)

Stratégiquement, c'est un enjeu qui n'est pas facile, mais qui est passionnant. »

À un an de votre fin de mandat, quelles perspectives souhaitez-vous voir se dessiner pour les Corevih franciliens et nationaux ?

Concernant un point de vue national, je ne saurais trop que dire, mais les établissements des Corevih franciliens s'occupent de 50% des patients en France. Notre territoire au Corevih francilien Sud est assez petit mais nous avons 11 000 malades, ce ne sont pas les mêmes enjeux qu'en régions. Nous sommes centrés sur la prise en charge et l'accès aux soins pour des malades nombreux. De mon point de vue, l'enjeu de malades nombreux est très important. Par ailleurs, je m'occupe de maladies rares, où il y a, par exemple, moins de 500 malades en France : ce n'est pas du tout la même logique qu'avec le VIH où la question de la contamination est très importante, et où il n'y a pas de symptômes quand on est contaminé. C'est une maladie épidémique sans symptôme, avec en France 100 000 malades traités, pour un coût entre 500 et 1 000 euros par mois et par personne. On est sur une logique de santé publique, de stratégie

INTERVIEW... Alain SOBEL

« Cet exemple de démocratie sanitaire des Corevih est fondamental. Dans 10 ou 20 ans, ou moins, ce modèle sera étendu à d'autres pathologies chroniques, comme le diabète ou l'hypertension. »

politique, donc des enjeux importants, et l'Ile-de-France est aux premières lignes. Dans ce contexte, les Corevih ont été créés pour pouvoir favoriser les interactions entre les acteurs de soins : les médecins, les infirmier(e)s, les psychologues, les assistantes sociales, les gens qui s'occupent d'hébergement, ou d'aide aux personnes démunies, mais aussi les membres d'associations puisque les Corevih ont cette particularité d'être un exemple assez rare de démocratie sanitaire, c'est-à-dire que dans les instances des Corevih, il y a autant de soignants que de non-soignants. Cela ne signifie pas que les associatifs soient tous malades, ils sont membres de ces associations pour différentes raisons, ils ont envie d'aider, de faire quelque chose pour les autres, dans un esprit de solidarité. Cet exemple de démocratie sanitaire des Corevih est fondamental. Dans 10 ou 20 ans, ou moins, ce modèle sera étendu à d'autres pathologies chroniques, comme le diabète ou l'hypertension. C'est un nouveau rapport, une nouvelle relation entre les soignants et les personnes malades ou leurs proches. Je crois que les Corevih peuvent réellement servir de modèle et d'exemplarité pour d'autres pathologies. Les Corevih vont de plus en plus s'occuper de l'hépatite C, mais c'est une pathologie qui devrait être guérie dans quelques années. A d'autres maintenant de reprendre ce modèle pour le développer autrement dans d'autres pathologies. Je dis cela parce que je trouve que nos collègues sont parfois conservateurs et qu'il y a une grande peur de l'innovation. C'est dommage parce que les structures comme le Corevih sont de vraies innovations. On a travaillé dans la projection d'une médecine moderne. On se heurte à des résistances et à des réticences incroyables.

Pensez-vous que la réforme des régions va entraîner des changements dans le fonctionnement des Corevih ?

Oui, sans doute, mais il faudrait en profiter pour dresser un bilan de ce qui fonctionne ou pas, un des problèmes de la démocratie sanitaire étant que les gens sont élus et ne viennent pas forcément ensuite assumer leurs missions.

Quel bilan pouvez-vous dresser des Corevih ?

L'idée même des Corevih est une idée originale, j'ai moi-même mis un certain temps à comprendre cela ; il y a eu beaucoup d'incrédulité au début, mais c'est en effet un modèle riche et plein d'avenir. Il est peu coûteux, les budgets des Corevih sont à 90% des salaires de gens qui étaient déjà en fonction avant, donc les coûts du Corevih c'est 10% de frais de fonctionnement pour faire mieux dans une épidémie : ce n'est pas cher payé ! Ce qui est intéressant dans les Corevih et ce qui est surtout nouveau avec cette structure, c'est le modèle de démocratie sanitaire et ce qu'il représente symboliquement, et réellement aussi, dans la prise en charge d'une maladie.

| Laurent RICHIER |

| invité permanent du Bureau du corevih idf Est

Technicien d'Etudes Cliniques aux CHI Créteil, CHI Villeneuve St Georges, CH Juvisy

Élu représentant des TEC au Groupe Technique National



Laurent Richier, vous venez d'être élu au Groupe Technique National des Corevih en tant que représentant national des techniciens d'étude clinique d'Ile de France. Pouvez-vous nous expliquer comment s'est mise en place cette élection et quel est son but ?

Suite au départ de notre ancienne représentante, Sylvie LEGAC, qui avait remplacé dans l'urgence notre 1er représentant, Jean-Luc ECOBICHON, on a discuté de la possibilité d'une élection pour valider cette représentation des TEC au niveau national. Nous avons alors décidé de mettre en place un système d'élection où tous les TEC des Corevih pourraient désigner l'un d'entre nous pour qu'il y ait deux TEC au niveau de l'Ile-de-France et deux TEC pour l'ensemble des régions, c'est-à-dire systématiquement un TEC titulaire et un TEC suppléant.

En quoi consiste cette représentation ?

Le but du GTN est de pouvoir assurer un lien entre le Ministère de la Santé et le Corevih, dans le cadre du suivi du plan national du VIH, de garantir que les missions aux seins des Corevih respectent bien la charte ARS-Corevih, et que le rapport d'activités standardisé est bien aux normes de ce que demande l'ARS. Les différents acteurs des Corevih sont représentés dans la composition du GTN : il y a des membres d'associations, des ARS, des administrations telles que la DGOS, la DGS, et l'AP-HP. Les TEC étant des acteurs principaux, puisque ce sont

eux qui fournissent les données concernant les files actives et les activités des hôpitaux, il nous a semblé légitime d'avoir notre place dans la discussion sur le fonctionnement des Corevih, et sur les missions des TEC au sein des Corevih.

Comment procédez-vous pour assurer ce rôle de représentation des TEC ?

Il y a trois réunions par an au GTN depuis 2011. Nous avons accès aux comptes-rendus de ces réunions, nous discutons entre collègues des différents sujets abordés, et nous faisons ensuite remonter nos remarques et avis. Depuis mon élection, j'ai assisté à une première réunion en mars, j'ai fait suivre à mes collègues TEC le compte-rendu et j'ai recueilli ensuite leurs remarques que je pourrai exposer ultérieurement.

Qu'est-ce qui a motivé votre candidature à cette élection ?

Nous sommes 14 TEC dans notre Corevih et j'avais envie de m'impliquer davantage dans la vie du Corevih. On est dans une phase de transition où on demande à faire évoluer nos missions et nos rôles. Je voulais défendre nos points de vue, et également apporter notre expérience comme une forme d'éclairage sur notre rôle précis. Je travaille depuis 1999 en tant que TEC au sein d'un CISH au départ, j'ai donc acquis une certaine expérience que j'avais envie de mettre à contribution dans les discussions pour pouvoir faire évoluer nos missions.

INTERVIEW... Laurent RICHIER

« Nos missions ciblent pour l'instant le VIH, mais évidemment, dans un futur proche, et d'ailleurs certains d'entre nous ont déjà commencé, il faudra élargir nos compétences sur d'autres pathologies, telles que les hépatites. Je pense que nous allons continuer d'évoluer sur d'autres pathologies annexes. »

Quelles sont vos ambitions, quelles évolutions voulez-vous initier dans les rôles et missions de votre corps de métier ?

Nous voulons défendre certaines missions qui existent déjà, telles que l'activité de recherche clinique car aujourd'hui l'ARS nous demande très peu d'informations là-dessus, et à la base, c'est l'une de nos compétences principales. C'est important pour nous de mettre en lumière cette activité qui participe à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Par ailleurs, nous aimerions mettre en avant nos différentes missions et compétences au sein des COREVIH qui permettent d'apporter une plus value de notre fonction dans le parcours de santé.

Enfin, nos missions ciblent pour l'instant le VIH, mais évidemment, dans un futur proche, et d'ailleurs certains d'entre nous ont déjà commencé, il faudra élargir nos compétences sur d'autres pathologies, telles que les hépatites. Je pense que nous allons continuer d'évoluer sur d'autres pathologies annexes, le rôle des TEC sera mis a contribution, notre expérience du VIH intéresse les services d'hépathe-gastro pour pouvoir prendre en compte et gérer les files actives sur les hépatites via notre outil informatique. D'ailleurs des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont déjà mises en place pour certaines pathologies où différents spécialistes se retrouvent pour discuter des dossiers afin d'optimiser la prise en charge des patients. Au delà du travail d'épidémiologiste, de gestionnaire de la base de données et de recherche clinique, on peut voir des

TEC s'impliquer dans des missions annexes tels que la recherche des perdus de vues, la coordination des actions de dépistage ou actions hors les murs, le recueil et saisie des AES ou la participation aux déclarations de pharmacovigilance ainsi qu'une assistance informatique aux utilisateurs NADIS. Cela fait partie des évolutions de l'implication des TEC au sein des Corevih.

Quel sera le thème abordé lors de la prochaine réunion au GTN ?

Parmi les thèmes à l'ordre du jour du GTN on trouvera la territorialisation des régions prévues pour le 1^{er} janvier prochain et les conséquences sur l'organisation des Corevih, ainsi qu'une synthèse du sous-groupe de travail concernant l'évolution des métiers de TEC. Un point sera fait aussi sur l'état d'avancement de l'élaboration et la saisie du rapport d'activité sur PIRAMIG. La question de la passerelle NADIS/DOMEVIH sera sûrement abordée. Ce sont des questions sur lesquelles l'avis des TEC sera sollicité.

PORTRAIT

| **Leslie DION**

| Chargée de mission santé publique



PARCOURS

« Je suis diplômée de Sciences Po Toulouse (2012) et d'un master en éducation à la santé (« éducation et santé publique »).

Je me suis intéressée aux questions de santé publique et de lutte contre le VIH/santé reproductive lors de mon année de mobilité au Brésil en 2009/2010 où j'ai fait un stage dans une ONG de défense des droits des femmes.

Puis je me suis spécialisée dans la lutte contre les discriminations à la fin de mon parcours Sciences Po. J'ai fait mon stage de fin d'études (de Sciences Po) au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie sur la question de la santé scolaire. Mon mémoire portait sur les intervenants en éducation à la vie affective et sexuelle dans les collèges.

J'ai continué à travailler sur cette question lors de mon année de master 2 pour mon mémoire, mais dans le contexte portugais (de par ma maîtrise de la langue acquise au Brésil).

J'ai entamé ma recherche d'emploi à Toulouse à la fin de l'année 2013. J'ai effectué un volontariat en service civique de février à août 2014 à la Croix-Rouge de Toulouse où j'ai enseigné les gestes qui sauvent à différents publics. Je suis venue m'installer à Paris à la fin du mois d'août et ai été recrutée pour le poste au Corevih en janvier. J'ai commencé début mars. »

FONCTIONS AU SEIN DU COREVIH

« Je suis chargée de mission en santé publique. Je viens en appui à la préparation, à l'animation et au suivi des commissions du Corevih Est, pour le moment les commissions ETP et migrants. Mon travail consiste à élaborer les dossiers des projets, à m'assurer de leur suivi, de leur mise en place et de leur évaluation, en collaboration avec les pilotes des commissions et les orientations définies par le Bureau et le Comité.

Je travaille également au développement des partenariats entre les réseaux de santé et le Corevih et à la participation des acteurs locaux de la prise en charge (associations, ambulatoire, structures médico-sociales etc.) aux travaux du Corevih. »

SITE D'AFFECTATION

Avicenne à Bobigny

Service des maladies infectieuses et tropicales du Pr BOUCHAUD.

	DATES	COMMISSIONS	SALLES
SEPT	03 14h 16h	COMMISSION FEMMES, R. DI PALMA	COREVIH
	09 18h 20h	COMMISSION MIGRANTS, O. BOUCHAUD	COREVIH
	10 17h 20h	SÉANCE PLÉNIÈRE	Malte
	11 9h30 12h	BUREAU	COREVIH
	22 15h 17h	COMMISSION PSY, J. Phalip LE BESNERAIS	COREVIH
OCTOBRE	01 17h 19h	RECH. CLINIQUE, JM. MOLINA	Malte
	07 15h 17h	COMMISSION ETP, V. RATHOUIN, A. BONNINEAU	COREVIH
	09 9h30 12h	BUREAU	COREVIH
	15 15h 17h	COMMISSION PRISON, J-L. BOUSSARD	COREVIH
	27 18h 21h	SOIRÉE « MÉDIATION EN SANTÉ »	Halle Pajol
NOVEMBRE	03 16h30 18h	COMMISSION PERDUS DE VUE, N. VIGNIER	COREVIH
	06 9h30 12h	BUREAU	COREVIH
	17 9h 17h	RENCONTRE PSY « POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PVVIH »	Mairie du 10 ^{ème}
	23 17h 20h	SÉANCE PLÉNIÈRE	Malte
	DEC	08 17h 19h	WORKSHOP « OUTILS ET APPUIS POUR DIMINUER LE NOMBRE DE PERDUS DE VUE ? »
11 9h30 12h		BUREAU	COREVIH