Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Solidarités

DHOS
Sous-direction de la qualité et du
fonctionnement des établissements de santé
Bureau de la qualité et sécurité des
soins en établissements de santé
Suivi du dossier : Véronique TIRARD-FLEURY
Tél. : 01 40 56 77 35
Télécopie : 01 40 56 58 30

DGS
Sous-direction santé et société
Bureau de la lutte contre le VIH
Suivi du dossier : Khadoudja CHEMLAL
Tél. : 01 40 56 72 80
Télécopie : 01 40 56 40 44

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation
(pour exécution)

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

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

Mesdames et Messieurs les représentants légaux des établissements de santé
(pour information)

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
Date d'application : immédiate
NOR : SANH0530595C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique : Protection sanitaire

Résumé : Afin d'adapter l'organisation des soins des patients infectés par le VIH aux caractéristiques actuelles de l'épidémie et au contexte dans lequel elle s'inscrit, une évolution de l'actuel dispositif des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) est réalisée par l'instauration des coordinations régionales de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).

La coordination des acteurs concernés répond aux objectifs de faciliter la prise en charge globale du patient infecté par le VIH, de contribuer à l'équité des soins sur tout le territoire, tant pour la qualité des pratiques professionnelles que pour l'accessibilité aux soins. Des orientations sont données pour rapprocher les domaines

de la prévention, du dépistage de ceux du soin, de la recherche clinique, le secteur hospitalier et extra hospitalier et favoriser l'implication des malades et usagers du système de santé.

Cette circulaire apporte des précisions sur les modalités de mise en place, le territoire de référence, les missions, les modalités de fonctionnement, les membres et les partenaires des COREVIH instaurés par le décret N°2005-1421 du 15 novembre 2005.

Mots-clés : COREVIH - prise en charge des patients infectés par le VIH - organisation de référence - coordination des acteurs - implication des associations de malades et des usagers du système de santé - prise en charge globale et partagée - continuité des soins et lien entre le secteur hospitalier et libéral - équité d'accès aux soins, à la prévention et à la recherche - analyse des données médico-épidémiologiques (DMI2) - recherche clinique - harmonisation et évaluation des pratiques professionnelles

Textes de référence :

Loi n°2004 806 du 9 août 2004 relative à la politiq ue de santé publique.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits d es malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assuran ce maladie.

Décret COREVIH n°2005-1421 du 15 novembre 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 la sécurité sociale.

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 CISIH, modifié par l'arrêté…2003

Textes abrogés ou modifiés : lettre DH/QSPE N°7223 - 2 juin 1988 relative à l' instauration des CISIH

Annexes :

- Annexe 1 relative aux missions des COREVIH
- Annexe 2 relative à l'implantation actuelle des CISIH
- Annexe 3 relative aux acteurs représentés dans les COREVIH et au circuit d'information

1. Le contexte et les objectifs de la mise en place des COREVIH

Depuis la création des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) en 1988 (lettre DH /SPE N°7223-2 juin 1988), les caractéristiques d e l'épidémie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le contexte dans lequel elle s'inscrit se sont profondément modifiés.

Faisant suite au constat porté sur l'organisation des soins lors du rapport d'experts en 2002 relatif aux recommandations sur la prise en charge des patients infectés par le VIH, et à l'avis du Conseil national du SIDA (17 mars 2005), l'instauration des COREVIH doit :

- permettre une meilleure continuité des soins en améliorant le lien entre le secteur hospitalier et extrahospitalier
- favoriser l'implication des associations de malades et d'usagers du système de santé.

Plus précisément, les COREVIH répondent à trois enjeux actuels de la lutte contre l'épidémie à VIH :

- adapter l'organisation de la prise en charge aux caractéristiques de l'épidémie en l'inscrivant dans le contexte actuel de santé,

- favoriser une équité de la prise en charge sur le territoire,
- améliorer la prise en charge des patients infectés.

Cette évolution devrait également positionner les COREVIH comme un des acteurs importants pour l'élaboration et la mise en œuvre régionale de la lutte contre l'épidémie à VIH.

La mise en œuvre de cette évolution doit s'attacher à préserver les atouts antérieurement développés par les CISIH, en particulier leur apport sur le traitement et l'analyse des données médico-épidémiologiques et sur la recherche clinique.

2. Définition et missions du COREVIH

Le COREVIH est une organisation territoriale de référence pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients infectés par le VIH et à la lutte contre l'infection à VIH en général.

En 1988, les CISIH, crées par la lettre DH/SPE/juin 1988, associaient les acteurs impliqués dans la lutte contre l'épidémie et favorisaient une prise en charge globale et transversale des patients avec un accent mis sur l'association des unités de soins, des unités medico-techniques, de recherche et d'épidémiologie.

Les missions du COREVIH reposent sur le même principe de coordination, tout en l'actualisant, compte tenu des nombreux enjeux de l'épidémie et acteurs à impliquer.

Les trois missions des COREVIH sont de :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique, paraclinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, des actions de coopération internationale, de la formation et de l'information, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;

- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques ;

- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte DMI2).

L'annexe 1 apporte des précisions sur les missions des COREVIH.

2.1. La mission de coordination

La réussite de la mission de coordination repose sur le respect des principes suivants :

- Le COREVIH doit représenter équitablement l'ensemble du territoire de référence et l'ensemble des catégories de membres sans se résumer ni se substituer à l'un ou l'autre de ceux-ci.
- Le COREVIH n'est pas un opérateur direct. Les missions coordonnées par les COREVIH sont réalisées par les acteurs qui en ont la charge, le COREVIH étant chargé d'en améliorer la complémentarité, la cohérence et la diffusion.
- Il ne doit pas y avoir de positionnement hiérarchique d'un ou de l'autre des acteurs.

Cette mission s'attache à favoriser l'information et à mettre en cohérence les actions respectives des acteurs, à partir de la détermination d'objectifs communs et transversaux aux différents membres représentés dans le COREVIH (annexe 1).

2.2. Participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques

La plupart des actuels CISIH effectuent déjà cette mission. Il en est ainsi pour la mise en place de procédures et de protocoles de prise en charge (par exemple pour les accidents d'exposition au sang ou sexuelle - AES - ou les co-infections hépatites - VIH), et lors des activités de recherche. La mise en cohérence avec l'organisation de la prise

en charge portant sur d'autres pathologies, comme par exemple, celle de l'hépatite C, constituera un des facteurs d'amélioration de la prise en charge des patients.

Pour réaliser cette mission, le COREVIH s'appuiera sur :

- les recommandations sur la prise en charge élaborées dans le rapport d'experts régulièrement actualisé (Rapports d'experts sur les recommandations sur la prise en charge des patients infectes par le VIH - 2004). Le COREVIH participera à la diffusion et à l'appropriation par les acteurs de ces recommandations ;

- les travaux produits par les différentes agences : l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), la Haute autorité de santé (HAS) et des partenaires comme le GIP Esther ;

- les données épidémiologiques et les différentes études concernant le territoire de référence du COREVIH et en particulier, les données médico-épidémiologiques issues du logiciel DMI2.

Les COREVIH favorisent l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles mais le respect de celles-ci et la conformité aux recommandations ou réglementations en vigueur restent de la responsabilité des professionnels, des institutions et structures qui en ont la charge.

2.3. Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques

La saisie et l'analyse des données médico-épidémiologiques sur l'infection à VIH sont faites à partir des établissements de santé, notamment par les techniciens d'études cliniques (TEC), financés par l'enveloppe missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé du COREVIH. Pour mémoire, les TEC sont financés à mi-temps pour le recueil de ces données dans le cadre de l'utilisation du DMI2 et à mi-temps pour des activités de recherche clinique.

Les techniciens recueillent dans le logiciel DMI2 les données issues de la prise en charge des patients infectés par le VIH dans les différents ES participant au COREVIH, les anonymisent et les analysent. Ces données et analyses sont transmises à l'établissement de santé (ES), siège d'implantation du COREVIH, en vue d'une analyse globale par les membres du COREVIH. Le bureau du COREVIH présentera cette analyse annuellement à l'ensemble des membres du COREVIH.

En dehors de cette analyse menée au sein du COREVIH, des analyses sont transmises par l'établissement de santé, siège du COREVIH en lien avec le président du COREVIH aux ARH, aux DRASS et DDASS, aux Groupements régionaux de santé publique (GRSP) et aux conférences régionales de santé.

D'autre part et selon ce que prévoit l'arrêté du 27 novembre 1991, l'envoi des données anonymisées est fait à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Des extractions de la base nationale seront faites par l'ATIH et adressés à sa demande à l'Institut de veille sanitaire (InVS) dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte et dans le respect des consignes de la commission nationale informatique et libertés (CNIL).

Au niveau régional, il est souhaitable que l'analyse de ces données, associées notamment à celles des données produites par l'InVS, constitue un des éléments d'aide à la décision pour les ARH et les services déconcentrés dans leur politique de lutte contre l'infection aux virus de l'immunodéficience humaine.

L'ensemble de ces trois missions placent le COREVIH comme un interlocuteur privilégié des ARH et services déconcentrés, dans leur mission d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de lutte contre l'épidémie à VIH dans le territoire concerné. Au cours des réunions que vous organiserez avec le COREVIH, ce dernier contribuera au diagnostic partagé et à la nature des réponses à apporter, en adéquation avec les différents dispositifs existants.

3. Territoire de référence

La région est le plus souvent le territoire pertinent de référence.

Les objectifs de la définition d'un territoire de référence sont :

- d'une part, que l'ensemble des unités ou services prenant en charge des patients infectés par le VIH puissent se référer à un COREVIH, ce qui n'est pas complètement le cas pour les actuels CISIH ;
- d'autre part, que le nombre d'acteurs concernés et la file active des patients soient compatibles avec les missions des COREVIH, notamment celle de coordination.

Une réflexion sur la définition et la représentation du territoire devra être menée conjointement par vos services respectifs, avec une étape de concertation locale devant impliquer les coordinateurs des actuels CISIH. Elle tiendra compte de la situation historique, des besoins, des contraintes et de la taille de la région considérée, des synergies existantes, des files actives de patients suivis. Ces éléments seront pris en compte, en particulier et de façon non exclusive, pour les départements d'outre-mer, la région Ile-de-France et celle de Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), en lien avec les services déconcentrés, veilleront à ce que les objectifs de la territorialisation soient atteints, en permettant le plus possible que chaque région soit pourvue d'un COREVIH en propre et ne soit rattachée à une région voisine qu'en cas de nécessité. Cette réflexion sera conduite en lien avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

L'annexe 2 précise l'implantation et la territorialisation actuelle des CISIH. Comme le décret l'indique, un arrêté sera pris, précisant l'ES siège d'implantation et le territoire de référence de chaque COREVIH, après avis donné par les préfets de région et les ARH.

4. Les membres

Les membres sollicités pour participer à cette organisation de référence, mentionnés à l'article D3121-37 du code de la santé publique (CSP) concernent :
1.des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux ;
2.des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale ;
3.des représentants des malades et des usagers du système de santé ;
4.des personnalités qualifiées.

Les modalités de composition du COREVIH sont précisées dans un arrêté à paraître prochainement. Le nombre des membres est limité à 30.
Ces membres ont un double rôle : celui de porte parole et celui de relais d'information des acteurs qu'ils représentent. Cette faculté est primordiale et doit être un facteur pris en compte dans la composition des membres du COREVIH.
Ces membres sont des personnes nommées en leur nom propre afin de favoriser leur connaissance mutuelle. Lors de leur désignation, deux suppléants sont systématiquement désignés.

De la composition du COREVIH dépendra sa capacité à réaliser ses missions et la participation effective de ses acteurs. De ce fait, il est utile d'apporter d'ores et déjà des précisions pour les catégories d'acteurs stipulées à l'article D3121-37 du code de la santé publique (CSP).

Tous les établissements de santé prenant en charge des patients infectés par le VIH sont membres du « COREVIH » ou y sont représentés. Tous les personnels concourant à la prise en charge directe ou indirecte des patients peuvent être membres du « COREVIH » ou y être représentés (médicaux, infirmiers, techniciens d'études cliniques, psychologues, assistantes sociales, …).

En effet, pour être opérationnel, la composition d'un COREVIH doit intégrer des représentants des domaines suivants : soin, dépistage, prévention et éducation pour la santé, soutien et accompagnement, provenant tant du secteur hospitalier que de celui extra hospitalier, et d'origine géographique diverse. Les acteurs, dont la représentation est particulièrement utile au sein du COREVIH, sont les suivants : les établissements de santé (CHU, CH, PSPH et établissements psychiatriques) avec la participation de représentants médico-soignants et administratifs, les réseaux de santé, les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), les acteurs de la réduction de risques liés à l'usage de drogues intraveineuses, les associations d'insertions et de soutien ainsi que des associations gestionnaires d'hébergement.

L'annexe 3 précise les acteurs participant directement ou indirectement au COREVIH et donne des éléments sur le circuit d'information à mettre en place.

La durée du mandat d'un COREVIH sera de 4 ans renouvelable. Cette durée permettra d'assurer une bonne connaissance des acteurs et des problèmes, et favorisera l'alternance utile à ce type de coordination.

Au cours de la phase d'identification des acteurs, ces derniers auront la possibilité d'exprimer leur volonté soit d'exercer une fonction de représentation soit d'être informé des actions menées par le COREVIH. Ces informations seront transmises au bureau du COREVIH qui en établira une liste tenue à jour.

5. Le fonctionnement

Au delà des diversités souhaitées et choisies localement, le fonctionnement minimum commun entre les COREVIH est le suivant :

- Création d'un bureau :

La composition du bureau doit obligatoirement intégrer une personne au minimum de chacune des trois catégories d'acteurs mentionnées à l'article 3121-37 du CSP, et intégrer à la fois des membres du secteur hospitalier et de celui extra hospitalier.

Elu par les membres du COREVIH lors de leur première réunion, le bureau est constitué de neuf membres au maximum, dont un président et un vice-président. Il est chargé d'élaborer et de proposer aux membres du COREVIH le programme et le rapport type annuels d'activités.

L'élaboration du programme de travail doit tenir compte des priorités définies au niveau local mais également de celles envisagées au plan régional.

Chaque renouvellement de COREVIH donne lieu à une nouvelle élection d'un bureau.

Le bureau du COREVIH doit être identifié, localisé et disposer d'un secrétariat. Il organise les modalités de collaboration entre les différents membres et formalise ses relations au travers du règlement intérieur et de protocoles.

- **Organisation de trois réunions plénières par an dont une réunion de l'ensemble des membres du COREVIH en présence des services déconcentrés et du (ou des) ARH concernés.**

A l'occasion de ces réunions, sont discutés et validés le rapport type annuel ainsi que le programme d'activité de l'année N+1, présenté par le bureau du COREVIH. Seront également évoqués les freins et leviers à la prise en charge des patients dans le territoire de référence.

Ces réunions sont l'occasion de présenter l'actualisation des données épidémiologiques pour le territoire du COREVIH, les modalités de prévention, de dépistage et de prise en charge des patients. Ces réunions doivent être organisées en lien et en cohérence avec les réunions départementales organisées par les services déconcentrés quand elles existent. Elles permettent d'apporter des informations utiles aux décisions relatives à la prise en charge de cette pathologie dans le plan régional de santé publique (PRSP), le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS), le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), et aux travaux de la conférence régionale de santé. Il en est de même pour la prise en compte de cette pathologie dans les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM) des établissements de santé (ES) concernés.

Au cours de la réunion avec les services déconcentrés et l'(es) ARH, ceux-ci pourront présenter les actualités, qu'elles soient réglementaires, financières ou organisationnelles et en débattre avec les partenaires.

- **Détermination d'un circuit de l'information**

Le fonctionnement du COREVIH nécessite l'identification des acteurs et la mise en place d'outils d'information. De la **qualité de l'identification de l'ensemble des acteurs** qui sont représentés aux COREVIH **et du circuit d'information** mis en place dépendra, en partie, l'efficacité du COREVIH au regard de ses missions (annexe 3).

- Le COREVIH peut s'organiser, s'il le juge nécessaire, en **commissions thématiques** de travail sous l'égide de certains de ses membres, en plus des trois réunions plénières.

- En fonction des possibilités locales, **des réunions regroupant l'ensemble des acteurs** du territoire de référence peuvent être organisées avec développement de moyens nécessaires à la concertation et à la transmission d'information (site Internet, liste de diffusion privée, réunions inter-CISIH, …).

- Ponctuellement et selon les thèmes de travail retenus, il peut être fait **appel à des membres invités**, notamment lorsque sont abordées les questions de formation, de prévention, de recherche, d'épidémiologie ou relatives à la qualité de la prise en charge.

- **Des réunions « inter-COREVIH** » peuvent être réalisées à l'initiative des COREVIH concernés pour des territoires dont la proximité géographique, notamment, le justifie.

6. Les principaux partenaires du COREVIH

- **Niveau local**

Les correspondants locaux des agences (cellule interrégionale d'épidémiologie - CIRE - ; antennes régionales de l'INVS ; centres régionaux de pharmacovigilance - CRPV)

Les membres du COREVIH rencontreront les correspondants des agences et des services hospitaliers avec lesquels ils ont des champs d'activité communs (données épidémiologiques, surveillance des AES, données de pharmacovigilance, …), dans le respect des priorités, des missions et des possibilités organisationnelles de ces derniers. Il est important d'identifier au sein des COREVIH un interlocuteur défini afin de faciliter les échanges avec ces différents partenaires.

Les conseils généraux, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) sont également des partenaires des **COREVIH** notamment pour le partage d'informations, comme relais d'informations ou en tant que co-financeurs potentiels d'actions.

Les observatoires régionaux de la santé (ORS), le réseau d'éducation pour la santé et les centres régionaux d'information et de prévention du sida (CRIPS) **dont les missions propres présentent des complémentarités avec celles coordonnées par les COREVIH**.

Selon le contexte local, ces partenaires peuvent être membres du COREVIH.

- **Niveau national**

Un comité de suivi national de la mise en place des COREVIH permettra de suivre la dynamique de mise en œuvre.

Ce comité de suivi constituera également un lieu de concertation pour l'amélioration de la prise en charge des patients, à partir des problèmes rencontrés au sein des COREVIH et des éventuelles solutions trouvées dans certains COREVIH et des transpositions possibles.

Il constitue un outil de pilotage facilitant le suivi et la mise en œuvre, au niveau national, de la politique de lutte contre l'épidémie en général et de l'organisation des soins et de la qualité de la prise en charge des patients.

En dehors de ce comité national de suivi, des outils de communication, tels que l'organisation de journées nationales et des échanges Internet, sont envisagés.

7. Le suivi de l'activité

Le rapport type annuel d'activité du COREVIH, qui fera l'objet d'une circulaire, comportera deux parties : une partie commune et pérenne et une seconde au contenu variable, en fonction des priorités nationales et régionales. Les données issues du logiciel DMI2 contribueront de façon majeure à l'analyse sur une base standardisée.

Le rapport d'activité annuel est réalisé par le bureau du COREVIH.

Les objectifs de ce rapport d'activité sont multiples :

- 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 à celles spécifiques qu'il s'est fixé ;
- contribuer à la réflexion sur son évolution lorsque l'activité n'est plus en cohérence avec les besoins locaux.

Au niveau local, les ARH et les services déconcentrés en sont destinataires. Il sera présenté aux membres du COREVIH lors d'une réunion annuelle.

Ce rapport sera localement transmis aux autorités de tutelle du territoire concerné.

La circulaire relative au rapport type annuel précise les conditions et modalités de transmission au niveau national.

8. Cadre structurel

Les COREVIH s'inscrivent dans les évolutions générales des établissements de santé et notamment celles relatives à la gouvernance.
Il est recommandé aux directeurs des établissements de santé notamment l'ES siège du COREVIH, en tant que bénéficiaires des moyens de financement des COREVIH, de signer, dans la mesure du possible, une convention de collaboration avec l'ensemble des acteurs. En particulier, cette convention précisera les mises à disposition en temps et modalités des personnels (TEC ou autre) pour le fonctionnement des COREVIH.

Pour favoriser le rôle transversal de référence des COREVIH, il est souhaitable que les ARH, en lien avec les services déconcentrés, évoquent l'inscription du COREVIH dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements.

9. Les moyens de mise en œuvre

Pour répondre aux missions qui lui sont confiées, un COREVIH doit bénéficier au minimum, d'un local identifié, d'un temps de secrétariat, d'un temps administratif et/ou médical de coordination, de temps de technicien d'études cliniques.

Des crédits fléchés ont été attribués aux CISIH en 1987 et les années suivantes, soit pour les soins (des vacations et des postes médicaux), soit à visée structurelle (du temps de secrétariat, des postes d'assistants ou de coordinateurs administratifs, des postes de TEC et des moyens pour les unités médico-techniques,…). Dans certains sites, des temps spécifiques de coordination ont été attribués. Le financement des actuels CISIH est intégré aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de l'ensemble des ES du CISIH. Les COREVIH se substituant aux actuels CISIH, il en est de même pour les modalités de financement.

Le financement de la plupart des activités, pour lesquelles le COREVIH favorisera la coordination (soin, dépistage, prévention, ...), ont et gardent leur mécanisme de financement propre, que ce soit par la tarification à l'activité ou qu'il s'agisse de subventions via les services déconcentrés.

Vous veillerez à la mise en œuvre et au suivi de ce dispositif, et à nous faire part des difficultés rencontrées.

Pour le Ministre et par délégation,

Le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

Jean CASTEX

Le Directeur Général de la Santé,

Didier HOUSSIN