

COORDINATION REGIONALE DE LUTTE CONTRE L'INFECTION  
DUE AU VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE



# RAPPORT D'ACTIVITE

# 2013

CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou - Pavillon Le Chartier – 35033 Rennes Cedex 09

Téléphone : 02 99 28 98 75 – Télécopie : 02 99 28 98 76

[corevih-bretagne@chu-rennes.fr](mailto:corevih-bretagne@chu-rennes.fr) - [www.corevih-bretagne.fr](http://www.corevih-bretagne.fr)



# Sommaire

<b>I</b>	<b>PRESENTATION DU COREVIH</b>	<b>1</b>
<b>I.1</b>	<b>Identification du corevih Bretagne</b>	<b>2</b>
I.1.1	Création	2
I.1.2	Région administrative	2
I.1.3	Territoire de référence du COREVIH	2
I.1.4	Etablissement siège	3
I.1.5	Etablissements hospitaliers accueillant du personnel COREVIH	3
I.1.6	Election Bureau	3
I.1.7	Coordonnées : président, vice-président et coordonnateurs	3
I.1.8	Les acteurs du Corevih	4
I.1.9	Nombre d'établissements de santé participant au recueil épidémiologique	4
I.1.10	Les conventions signées entre le COREVIH et les établissements	4
<b>I.2</b>	<b>Les moyens du Corevih</b>	<b>5</b>
I.2.1	Personnel du Corevih	5
I.2.2	Les moyens matériels	5
I.2.3	Budget du Corevih 2013	6
	▪ Produit	6
	▪ Charges	6
	▪ Analyses et commentaires	6
<b>II</b>	<b>ACTIONS DU COREVIH</b>	<b>8</b>
<b>II.1</b>	<b>Animation fonctionnement du Corevih</b>	<b>9</b>
II.1.1	Tableau récapitulatif	9
II.1.2	Bureau	12
II.1.3	Plénière	12
II.1.4	Formation continue organisée en partenariat avec l'industrie pharmaceutique	14
II.1.5	Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)	14
II.1.6	Rencontres ARS/COREVIH	15

<b>II.2</b>	<b>Outils développés par le Corevih .....</b>	<b>16</b>
II.2.1	Le bulletin d'information .....	16
II.2.2	Site internet : www.corevih-bretagne.fr .....	16
II.2.3	Plaquette d'information .....	17
II.2.4	Outils construits dans le cadre des commissions .....	17
II.2.5	Commissions.....	18
	▪ Dépistage.....	18
	▪ Education thérapeutique du patient (ETP).....	21
	▪ Prévention.....	23
	▪ Qualité de soins .....	26
	▪ Recherche clinique.....	28
II.2.6	Autres activités.....	33
	▪ Groupe procréation inter-Corevih Bretagne – Pays de Loire .....	33
	▪ La coopération internationale.....	35
	▪ Dossier médical informatisé : NADIS.....	36
<b>III</b>	<b>DONNEES MEDICALES ET EPIDEMIOLOGIQUES .....</b>	<b>40</b>
III.1	Activités des techniciens d'études cliniques 2013.....	41
III.2	Données du dépistage.....	44
III.3	Analyse des données médico-épidémiologiques du COREVIH-Bretagne .....	44
III.3.1	Répartition géographique de la file active du COREVIH en 2013.....	44
III.3.2	Évolutivité de la file active, perdus de vue .....	45
III.3.3	Caractéristiques de la file active .....	46
	▪ Âge et sex-ratio .....	46
	▪ Répartition des modes de contamination.....	47
	▪ CD4 et charge virale .....	48
	▪ Affections opportunistes.....	50
	▪ Données de mortalité .....	50
	▪ Hépatites .....	52
III.3.4	Patients nouvellement pris en charge .....	55
III.3.5	Activités des services participant au recueil.....	58
	▪ Activité globale .....	58
	▪ Activité des psychologues, assistantes sociales et diététiciennes .....	59
III.3.6	Education thérapeutique .....	60

III.3.7	Traitements antirétroviraux .....	61
▪	Traitements chez les patients de l'ensemble de la file active .....	61
▪	Traitements antirétroviraux en primo-prescription.....	63
III.3.8	Activité en milieu carcéral .....	64
III.3.9	Conceptions, naissances et activité pédiatrique du COREVIH.....	65
▪	Grossesses et naissances .....	65
▪	Aide médicale à la procréation à risque viral .....	66
▪	Suivi des enfants infectés par le VIH .....	67
III.3.10	Accidents d'exposition.....	67
III.3.11	Conclusion concernant les données médico-épidémiologiques .....	68
<b>IV</b>	<b>LEXIQUE .....</b>	<b>70</b>
<b>V</b>	<b>ANNEXES ET LIENS .....</b>	<b>72</b>



## EDITORIAL

Lorsque l'on parcourt le bilan 2013 du COREVIH Bretagne, force est de constater que l'ensemble des acteurs a été productif : que ce soit à travers la nouvelle organisation fonctionnelle du bureau du COREVIH (des réunions plus courtes et plus régulières), des données des groupes de travail et des commissions (chapitre 2) ou en regardant du côté épidémiologique à travers les données recueillies par les techniciens d'études cliniques (chapitre 3), on constate que les acteurs bretons de la lutte contre le sida n'ont pas ménagé leurs efforts.

Cette année 2013 a été une année riche en événements organisés par le COREVIH : première journée annuelle du COREVIH, début des comptes rendus des grands congrès internationaux (grand moment de fréquentation de notre site Internet), finalisation du dossier de l'unité mobile de dépistage, initialisation du processus de formation/action à l'éducation thérapeutique à l'ensemble des sites breton (une première à l'échelon national)... Seule la journée « par et pour les patients » que nous souhaitons organiser fin 2013 a dû être reportée de quelques semaines, pour être organisée début janvier 2014.

Arrivé à mi-mandat de notre seconde assemblée (1<sup>er</sup> mandat de 2007 à 2011, second mandat de 2011 à 2015), le COREVIH entend poursuivre le développement de sa vie démocratique et reste vigilant à la représentation de chaque département. Il se trouve néanmoins confronté à deux difficultés de fonctionnement.

Notre structure bénéficie d'un mandat de coordination et non pas d'un mandat d'action, mais cette frontière

action/coordination est souvent difficile à définir de façon nette, comme cela a souvent été soulevé dans les colonnes de cet éditorial annuel. Elle est d'autant plus difficile à déterminer aujourd'hui **qu'il existe un délitement progressif d'un poids lourd de la lutte contre le VIH : le secteur des associations représentantes d'usagers. La diminution des possibilités d'implication de ce secteur est le premier obstacle au bon fonctionnement de la démocratie sanitaire que le COREVIH essaie de promouvoir**, avec des difficultés pour maintenir certaines activités dans tous les départements, où elles ont pourtant été difficiles à mettre en place comme dans les Côtes d'Armor.

L'ensemble de ces acteurs associatifs fait face à une double crise morale et financière ; morale car l'évolution de l'infection par le VIH d'une pathologie aiguë mortelle en quelques mois ou années vers une pathologie chronique à espérance de vie proche de celle de la population générale s'est faite en quelques années, et il n'est pas facile de s'adapter à ce type de révolution. Alors qu'avec le plaidoyer, l'accompagnement des malades fragilisés était initialement l'un des domaines essentiels du secteur, la réorientation de cette démarche vers les domaines de la prévention ou du dépistage ne va pas forcément de soi pour l'ensemble des acteurs. A cette crise morale s'est ajoutée une crise financière, qui n'est pas spécifique aux associations luttant contre le VIH mais qui les touche de plein fouet, et qui déconstruit le modèle patiemment élaboré des COREVIH, où la représentation des usagers n'est pas que symbolique

- comme dans beaucoup d'autres structures touchant à la santé - mais centrale.

Le second obstacle est lié à la structure même du COREVIH, qui peut facilement acquérir voire démultiplier les vices de fonctionnement de ces acteurs : **d'un côté, la lourdeur d'une administration de l'état**, qui complexifie considérablement la fluidité d'une petite structure comme le COREVIH en son sein. Ces règles sont indispensables (marchés public, appels d'offres, processus d'embauche...) et les expériences difficiles dans le domaine de la corruption ou des conflits d'intérêt chez certains de nos voisins européens montrent que l'on est jamais trop exigeant en la matière. Si l'on peut s'enorgueillir en Bretagne d'une fluidité dans nos rapports avec l'administration, il n'empêche que les règles elles-mêmes peuvent être des obstacles pour avancer à la vitesse nécessaire pour s'adapter au changement permanent que nécessite la lutte contre le VIH. **D'un autre côté, ce besoin important de démocratie sanitaire et la nécessité de bénéficier du plus large consensus lorsque des décisions doivent être prises.** Le nombre et la diversité des acteurs impliqués, la diversité des opinions exprimées, qui font la richesse de cette démocratie sanitaire, sont aussi un facteur de lenteur de décision, et le COREVIH est pris dans un dilemme difficile à résoudre : **prendre certaines décisions de façon un peu tranchées pour qu'enfin les choses avancent, au risque d'être taxé d'autoritarisme, ou laisser un consensus s'établir très doucement, au risque d'être taxé d'immobilisme.**

Mais cette situation n'a pas que des inconvénients. L'un des avantages du domaine de la lutte contre le VIH est de disposer de recommandations claires en

matière de prise en charge, à travers les recommandations d'expert qui ont été réactualisées en 2013<sup>1</sup>. Les experts à la source de ces recommandations sont structurés un peu comme les COREVIH (Médicaux, paramédicaux, techniciens, représentant d'usagers etc...). Le rôle des COREVIH n'y était pas très bien précisé dans les versions antérieures, mais l'édition 2013 place nos structures au centre du dispositif. C'est bien sûr encourageant, car cela signifie entre autre la reconnaissance du travail réalisé par les acteurs des COREVIH, mais également un important défi : quand l'on est mis au centre, on n'a plus le droit de décevoir. Et le centre, c'est parfois l'œil du cyclone...

Cédric Arvieux, président

Isabelle Stéphent, vice-présidente

COREVIH-Bretagne

---

<sup>1</sup> Prise en charge médicale des Personnes vivant avec le VIH  
Recommandations du groupe d'experts - Rapport 2013 sous la direction  
du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. La  
documentation française.



# I PRESENTATION DU COREVIH

---

## I.1 IDENTIFICATION DU COREVIH BRETAGNE

### I.1.1 Création

Créé le 6 novembre 2007, le COREVIH (Comité de COordination REgionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine) est une instance régionale et collégiale dont l'expertise pluridisciplinaire répond aux enjeux locaux de la lutte contre le VIH. Le COREVIH est financé par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

### I.1.2 Région administrative

	Bretagne	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Superficie (km2)	27 208	6 898	6 729	6 783	6 816
Préfecture	Rennes	St Brieuc	Quimper	Rennes	Vannes
Sous-préfecture		Dinan, Guingamp et Lannion	Brest, Châteaulin et Morlaix	St Malo et Redon	Lorient et Pontivy
Population	<b>3 217 767</b>	594 375	<b>899 870</b>	<b>996 439</b>	<b>727 083</b>

### I.1.3 Territoire de référence du COREVIH



#### I.1.4 Etablissement siège

Le siège du COREVIH est situé au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes  
Hôpital Pontchaillou - Pavillon Le Chartier - 2, rue Henri le Guilloux - 35033 Rennes Cedex 09  
N° FINESS (établissement) : 35000741 - UF 9960  
Pôle de rattachement : Médecines Spécialisées

#### I.1.5 Etablissements hospitaliers accueillant du personnel COREVIH

Deux Centres Hospitaliers accueillent du personnel COREVIH :

Département	Ville	Etablissement	Personnel accueilli	Date d'installation
Finistère	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	1 Coordinatrice 1 Technicien d'Etude Clinique	1er janvier 2010 1er octobre 2010
Morbihan	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	1 Technicien d'Etude Clinique	1er juin 2010

#### I.1.6 Election Bureau

Après 4 ans de mandat, le bureau s'est renouvelé le 24 novembre 2011.

**Annexe I0 : Liste des Membres du Bureau**

#### I.1.7 Coordonnées : président, vice-président et coordonnateurs

Présidence – Collège 1

**Dr Cédric Arvieux**

Tel: 02 99 28 98 75

[cedric.arvieux@chu-rennes.fr](mailto:cedric.arvieux@chu-rennes.fr)

Vice-présidence – Collège 3

**Isabelle Stéphant** - Coordinatrice AIDES Bretagne

Tel : 06.80.15.01.58

[istephant@aides.org](mailto:istephant@aides.org)

Coordonnatrice

**Hadija Chanvri**

Tel : 02.98.52.63.34 - 06.42.83.36.87

[hadija.chanvri@chu-rennes.fr](mailto:hadija.chanvri@chu-rennes.fr)

Coordonnateur médical - Collège 1

**Dr Cédric Arvieux**

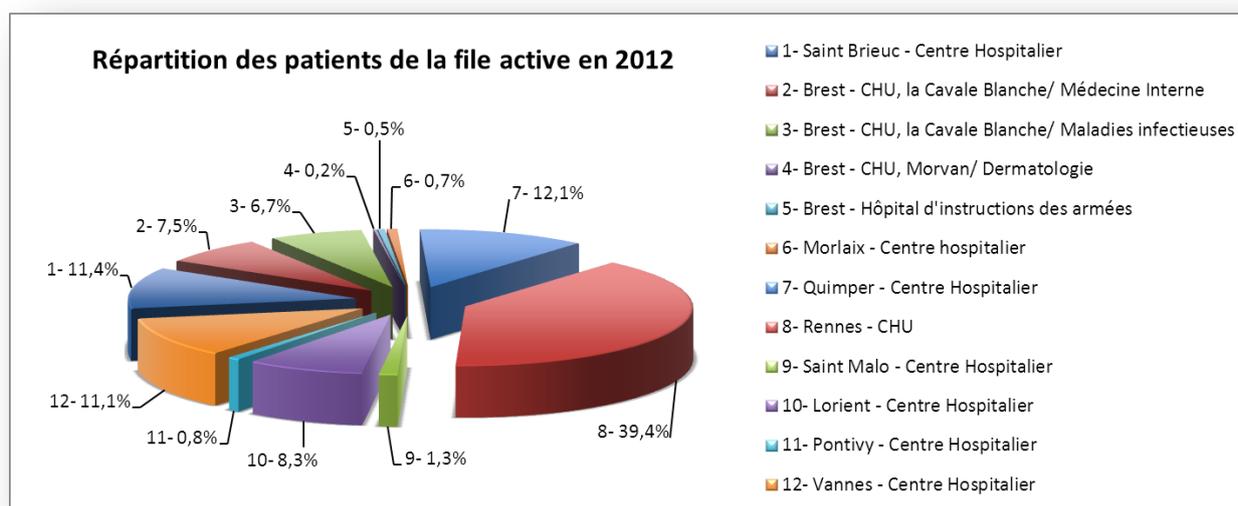
Tel: 02 99 28 98 75

[cedric.arvieux@chu-rennes.fr](mailto:cedric.arvieux@chu-rennes.fr)

### I.1.8 Les acteurs du Corevih

	Nombre d'acteurs	Nombres d'établissements
Hospitaliers	258	17
Associatifs	36	12
De réseau	7	1
CDAG/CIDDIIST	29	10
UCSA	9	3
« Coordination de Collectifs Sida »	6	5
Médecins de ville	8	6
Autres	10	7

### I.1.9 Nombre d'établissements de santé participant au recueil épidémiologique



10 établissements de santé participent au recueil de données épidémiologiques, avec 12 services distincts.

### I.1.10 Les conventions signées entre le COREVIH et les établissements

Etablissements	Date de signature de la convention
Convention N°2009.73 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du <b>Conseil général du Morbihan</b> , membres titulaires ou suppléants du Corevih	6 juillet 2009
Convention N°2009.50 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du <b>CH Bretagne Atlantique</b> , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009
Convention N°2009.51 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du <b>CH Bretagne Sud</b> , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009
Convention N°2009.52 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du <b>CH Saint-Brieuc</b> , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009

Convention N°2009.53 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du <b>CH Quimper</b> , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009
Convention N°2009.54 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du <b>CH Brest</b> , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009
Convention N°198 relative aux modalités de gestion du <b>coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques</b> évoluant au sein du Corevih Bretagne - <b>Brest</b> .	19 décembre 2010
Convention N°198 relative aux modalités de gestion du <b>coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques</b> évoluant au sein du Corevih Bretagne.- <b>St Brieuc</b>	19 décembre 2010
Convention N°198 relative aux modalités de gestion du <b>coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques</b> évoluant au sein du Corevih Bretagne.- <b>Lorient</b>	16 Janvier 2011
Convention N°198 relative aux modalités de gestion du <b>coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques</b> évoluant au sein du Corevih Bretagne.- <b>Vannes</b>	19 décembre 2010

## I.2 LES MOYENS DU COREVIH

### I.2.1 Personnel du Corevih

Assistante Médico-Administrative	Halima Campeaux	0,9 ETP
Coordonnateur médical	Dr Cédric Arvieux	50% ETP Praticien Hospitalier
Coordinatrice	Hadija Chanvriil	1 ETP
Ingénieur gestionnaire de base de données	Jean-Paul Sinteff	50% ETP
Techniciens d'Etudes Cliniques (TECs)	Jean-Charles Duthé	1 ETP
	Pascal Lotton *	1 ETP
	Virginie Mouton-Rioux	1 ETP
	Jennifer Rohan	1 ETP

\* M. Pascal Lotton, dont la prise de poste est effective le 08/02/2013

### I.2.2 Les moyens matériels

Local dans l'établissement siège du COREVIH	4 bureaux, 1 salle de réunion avec visioconférence et mise à disposition de salles pour les réunions
Outils de communication mis à disposition du COREVIH	Visioconférence, 2 stations de conférence téléphonique, 1 photocopieur, 2 fax, 7 téléphones, 4 imprimantes, 4 téléphones portables, 4 clefs 3G, 2 GPS
Local dans les établissements couverts par le COREVIH	2 bureaux, une salle de réunion
Ordinateur dans établissements couverts par le COREVIH	7 PC, 6 ordinateurs portables
Autres	Véhicules (C4 et JUMPY) et utilisation du parc automobile du CHU de Rennes, CHBA et CHIC Quimper

### I.2.3 Budget du Corevih 2013

- **Produit**

Intitulé	Montant
Dotation ARS issue de la MIG	592 763
<b>TOTAL</b>	<b>592 763</b>

- **Charges**

Intitulé	Montant
Personnel de coordination	111 456
Secrétariat	42 455
TEC(s)	192 772
Autres personnels mis à la charge du COREVIH, 50 ETP ingénieur DIM (Rennes)	31 788
Charges à caractère général et hôtelier	111 071
Charges d'amortissement	12 487
Frais de structure	47 421
<b>TOTAL</b>	<b>549 449</b>
<b>BILAN ANNUEL (= Produits - Charges)</b>	<b>+ 43 314</b>

#### Annexe I1 : synthèse – exercice prévisionnel 2013 - COREVIH

- **Analyses et commentaires**

En 2013, le budget du COREVIH reste excédentaire, bien que certains titres de recette de 2013 ne soient pas encore parvenus à la date de rédaction de ce rapport. Les charges en personnels représentent 70 % du budget, les charges de fonctionnement et d'amortissement sont stables par rapport à 2012.

L'excédent budgétaire devrait être de l'ordre de 40 000 €, plus important que le chiffre de 2012. En 2014, le COREVIH prévoit d'anticiper et de financer les projets de coordination qui auront été soumis et acceptés par le bureau du COREVIH ; nous financerons également l'évaluation du fonctionnement du COREVIH.

Afin d'améliorer la lisibilité du financement du COREVIH, le bureau du COREVIH a proposé un outil de suivi des lignes budgétaires sous forme de 8 rubriques, plus « parlantes » que les rubriques de financement habituelles de la comptabilité du CHU. En effet, les documents du CHU regroupent des comptes plutôt que des lignes de dépenses, ce qui complique parfois la lisibilité par les membres du COREVIH.

[Annexe I2: outil de suivi du financement du COREVIH Bretagne](#)

En novembre 2013, le COREVIH Bretagne a proposé aux membres de la plénière de réfléchir à d'éventuels projets qui pourraient être financés en cas d'excédent budgétaire.

Ces projets devaient répondre à deux critères :

- Concerner la coordination de la prévention ou de la prise en charge,
- Avoir pour cible le territoire du COREVIH.

Bilan : 6 projets reçus

[Annexe I3 : Appel à projet du COREVIH](#)

#### Listes des annexes

Annexe I : Liste des Membres du Bureau

Annexe I1 : Synthèse – exercice prévisionnel 2013 – COREVIH et budget prévisionnel 2014

Annexe I2 : Outil de suivi du financement du COREVIH Bretagne

Annexe I3 : Appel à projet du COREVIH



## II ACTIONS DU COREVIH

---

## II.1 ANIMATION FONCTIONNEMENT DU COREVIH

### II.1.1 Tableau récapitulatif

Type de réunion		Nombre de réunions	Nombre de participants	Nombre de membres du COREVIH
POLITIQUE	Réunion du Bureau	10	84	84
	Séances plénières	3	87	77
	Rencontre ARS /COREVIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 réunions président du COREVIH, référent ARS et coordination : 2 avril, 9 août et 4 octobre</li> <li>1 rencontre autour des difficultés des associations bretonnes : 16 janvier</li> <li>2 réunions de préparation de la grille d'entretien enquête CDAG/CIDDIST : 16 janvier et 31 janvier</li> <li>2 réunions du groupe régional VAS : 5 février et 17 octobre</li> <li>1 réunion bilan du PLNS à mi-parcours : 1<sup>er</sup> octobre</li> </ul>	29	18
1 <sup>ère</sup> Journée du COREVIH Bretagne		1 journée : le 18 avril	87	42
COMMISSIONS	Thème : Prévention Pilote : M. Besse	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 réunions de la commission : 21 février, 10 juin et 10 octobre</li> <li>3 réunions « animation territoriale - Côtes d'Armor » : 27 mai, 3 et 10 décembre</li> <li>1 réunion d'organisation d'un colloque « identités sexuelles/identités de genre » : 18 novembre</li> <li>2 visites établissements gays et libertins avec échanges entre le gérant et les acteurs de la lutte contre le sida des départements (22 et 35) : 23 avril et 30 mai</li> </ul>	52	29
	Thème : Dépistage Pilote : Dr F. Souala	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 réunions de la commission : 7 février, 12 avril et 26 septembre</li> <li>1 réunion guide de procédure TRODs : le 28 mai</li> <li>1 réunion préparatoire à l'inter COREVIH avec le COREVIH Pays de la Loire, COREVIH Basse Normandie et COREVIH Haute Normandie : 11 décembre</li> <li>1 formation à l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique par les associations de lutte contre le SIDA : partie théorique le 1<sup>er</sup> juin 2013 et partie pratique au <u>CDAG DE LORIENT et RENNES</u> du 27 avril au 24 juin</li> </ul>	46	39
	Thème : Qualité des soins Pilote : E. Bronnec	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 réunions : 28 février, 20 juin, 15 octobre, 18 octobre, 19 novembre et 12 décembre</li> <li>1 réunion HDJS : 3 décembre 2013 (9 participants dont 6 membres du COREVIH)</li> </ul>	39	30
	Thème : recherche pilote : Pr Tattevin	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 réunions : 16 mai et 7 novembre</li> </ul>	25	16
	Thème : Education Thérapeutique du Patient Pilote : Dr A. Dos Santos	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 réunions : 11 mars, 17 juin et 14 octobre</li> </ul>	20	20

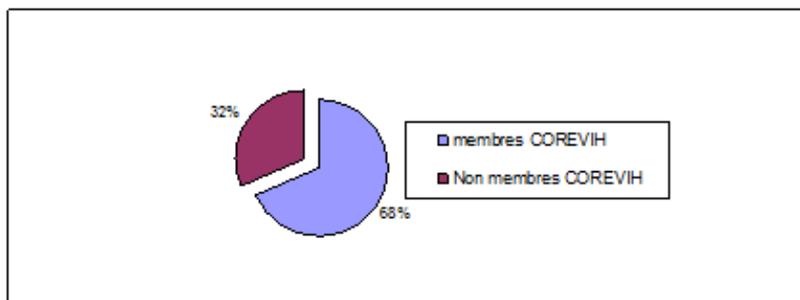
		Formation Myriade : 6 services des Centres Hospitaliers bretons : St Brieuc, Brest (2 services), Rennes, Lorient et Vannes.	88	25
	Thème : Médecine générale Pilote : Dr JM Chapplain	• 1 réunion : 10 septembre	5	4
Réunions de concertation pluridisciplinaire		11 Visioconférence le 3ème mercredi du mois	155	105
Inter COREVIH	Corevih Pays de Loire Groupe procréation Pilotes : Pascale Fialaire et Pascale Perfezou	• 3 réunions : 24 mai, 5 juillet et 4 décembre	29	8
	COREVIH Basse Normandie (Formation continue organisée en partenariat avec l'industrie)	• 14 et 15 février Mont st Michel	30	
Réunion nationale / inter COREVIH		<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation des recommandations CNS sur les autotests</li> <li>Colloque santé sexuelle : 16 mai (COREVIH Ile de France Sud)</li> <li>Journée ESTHER : juin</li> <li>Assemblée générale EPF : avril</li> <li>Journées des coordos à Sète : 6 et 7 juin</li> <li>23 octobre : journée des COREVIH à Poitiers</li> <li>Journées des TECS : 19 juin à Lyon</li> <li>Forum Nadis : 14 décembre à Paris</li> <li>Journée périnatalité : novembre à Paris</li> <li>JOSE: Rennes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>2</li> <li>1</li> <li>4</li> <li>1</li> <li>6</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>2</li> <li>2</li> </ul>
Formations SFLS		<ul style="list-style-type: none"> <li>La sexualité et le soignant dans tous ses états, le 26-27 septembre 2013</li> <li>Congrès Poitiers 24-25/10</li> <li>Ecoute de la sexualité le 22 novembre 2013 à Rennes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>9</li> <li>3</li> </ul>
Réunions Internationales		<ul style="list-style-type: none"> <li>Conference on Retroviruses and opportunistic infections, Atlanta, Mars 2013</li> <li>International AIDS Society, Kuala Lumpur, Juillet 2013</li> <li>International Conference on AIDS in Africa (ICASA), Cape Town, décembre 2013</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>1</li> <li>1</li> </ul>

[cf. Annexe A1 : [Tableau des réunions COREVIH 2013](#)]

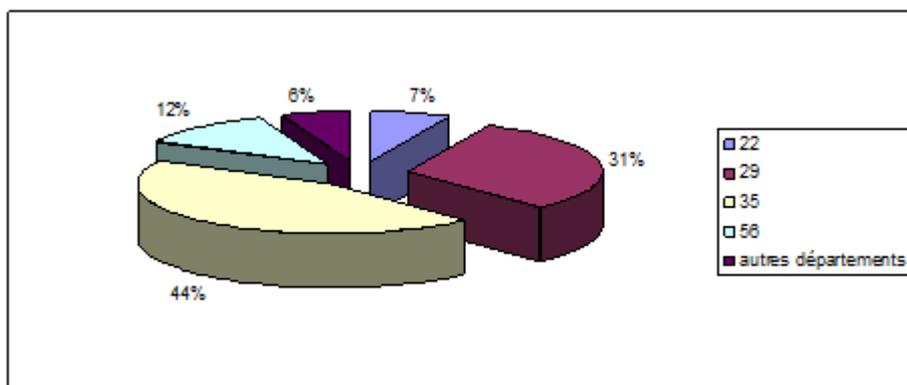
**Analyses et commentaires :**

L'année 2013 est marquée par une forte mobilisation :

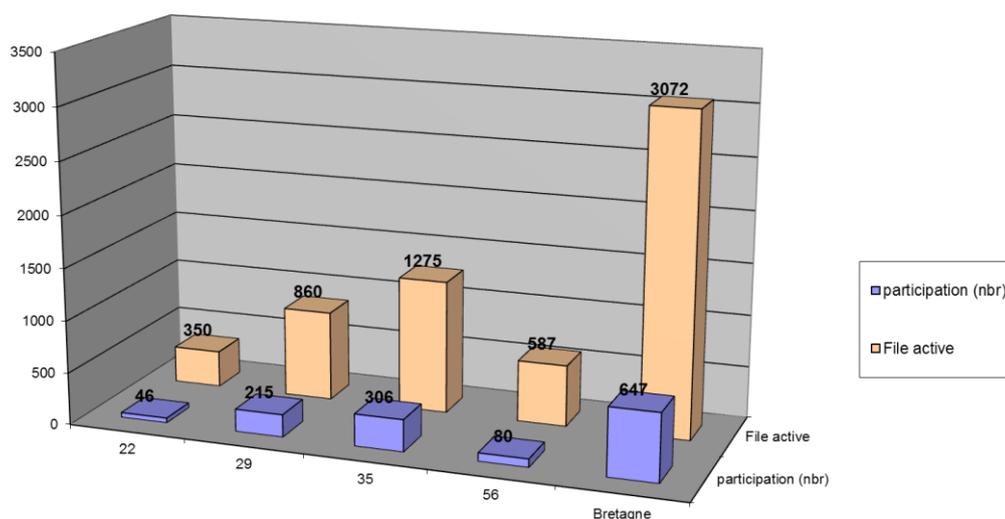
- 695 participations dont 474 par les membres COREVIH Bretagne (cf. graphique n°1)



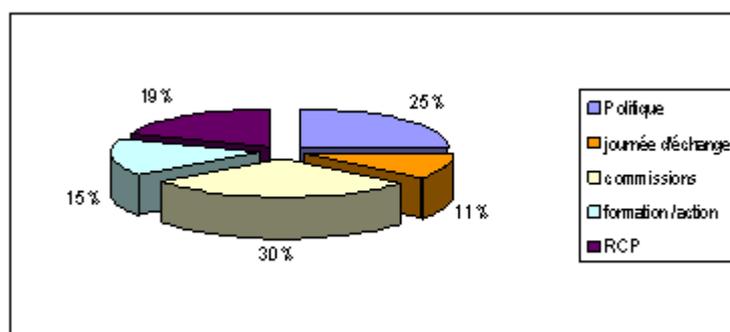
- Répartition géographique de la participation (graphique n°2)



- La répartition géographique de la participation correspondant à la répartition de la file active bretonne (cf. graphique n°3)



- 30% de ces participations concernent les commissions de travail du COREVIH (cf. graphique n°4)

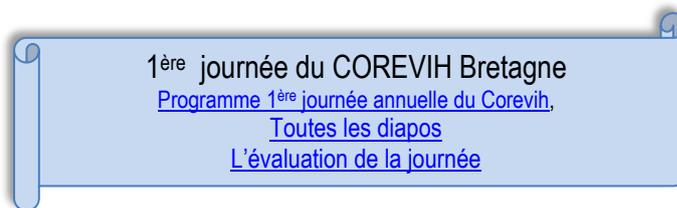


## II.1.2 Bureau

Le bureau se compose de 8 membres élus par le Comité et s'est réuni 10 fois en 2013. A l'occasion de ces réunions, les membres ont eu à aborder notamment les points suivants :

- Accompagnement et suivi de l'avancée des travaux des commissions du COREVIH
- Informations régulières sur le budget et la situation financière
- Organisation des relations COREVIH - ARS
- Planifications de réunions du COREVIH
- Organisation et mise en œuvre de la 1<sup>ère</sup> journée du COREVIH

[Annexe A2 : Comptes rendus réunions Bureau](#)



## II.1.3 Plénière

Trois réunions réunissant 87 participants ont eu lieu en 2013. Ces réunions sont largement ouvertes aux titulaires et aux suppléants ainsi qu'aux personnes intéressées par les thématiques développées. Chaque réunion plénière permet :

- La transmission des informations et actualités relatives aux COREVIH
- Le bilan sur le fonctionnement
- Le vote des orientations du budget

[Annexe A3 : Comptes rendus réunions Plénière](#)

## Mono-infection VHC et COREVIH

### La demande de l'ARS :

Mettre en place une régionalisation de la prise en charge, un peu sur le modèle du COREVIH, afin de disposer de données épidémiologiques pour l'ensemble de la région Bretagne. L'ARS a attribué au CHU de Rennes un financement de 100 000 euros, ciblé pôles de référence hépatites et réseau. 3 missions :

- Identification des patients nécessitant un traitement rapidement et ne pouvant attendre les molécules qui seront commercialisées dans 1 à 3 ans
- S'assurer de la réalité de l'offre et de la qualité de l'éducation thérapeutique à l'échelle de la région
- Evaluation du devenir des patients

**Présentation par le Dr Guyader (CHU Rennes) et Dr Nousbaum (CHU Brest) de la prise en charge dans les services hospitaliers de Brest/Rennes et leurs attentes vis-à-vis du COREVIH afin de mettre en place une régionalisation de la prise en charge VHC lors de la réunion plénière du 12 avril 2013 :**

- Augmentation nette d'activité VHC depuis 1an1/2
- Manque de moyens en personnel (IDE ETP, secrétaire, TECs) à l'échelle de la région.
- Améliorer la qualité de prise en charge des patients en travaillant en réseau et accompagnement par le COREVIH (organisation et logistique)
- La question de la pérennité du budget se pose ? Budget alloué de 100 000 euros en 2013.
- La question de l'identification des patients en fonction de l'urgence à traiter puisqu'il n'y a pas de base de données régionale et de l'organisation des soins (quelle part de l'hospitalière et du libéral) a été posée.
- Des difficultés semblables dans la prise en charge de l'ETP des patients vivants avec le VIH de la région ont été signalées : Manque de personnel, trop de charge de travail pour dégager du temps pour de l'ETP.
- Une des solutions étant de fermer les plages de consultations (organisation du service). La question du lien avec le réseau autour des hépatites qui existe depuis très longtemps a été posée. Une prise de contact est à mettre en place entre associatifs et services.

### Conclusion :

Le COREVIH propose d'apporter un appui sur 3 axes :

- Formation ETP sur la base d'une formation/Action, en complément des actions que mène le COREVIH actuellement avec Myriade dans le domaine de la mono-infection.
- Une aide méthodologique au recueil de données épidémiologiques, avec l'aide des TECs dans les sites concernés
- Une aide à la construction d'une concertation régionale incluant les associatifs par la mise en place d'un groupe de travail

### II.1.4 Formation continue organisée en partenariat avec l'industrie pharmaceutique

Ces réunions remplissent l'une des missions du COREVIH qui est d'informer les acteurs de la prise en charge. La logistique de ces rencontres (location de salle et repas) peut être sponsorisée par des laboratoires pharmaceutiques. Ces réunions disposent d'un comité scientifique. En 2013, 1 rencontre au Mont Saint Michel en partenariat avec VIIV HEALTHCARE.

### II.1.5 Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

En Bretagne, les RCP sont mensuelles et ont lieu par visioconférence. Tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients vivant avec le VIH peuvent y participer (infectiologues, hépatologues, pharmaciens, virologues, psychologues, infirmières...).

Une démarche qualité a été entreprise pour rendre le processus de déroulement de ces RCP conforme à la charte de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et du développement professionnel continu (DPC) de la Société Française de Lutte contre le Sida ; ainsi, en participant à au moins 6 séances annuelles de RCP, les soignants concernés valident une action de DPC.

La dernière étape est un audit de la RCP par la SFLS, qui désignera des experts réalisation de cette finalisation dans le courant de l'année 2014. En 2013, 13 médecins ont ainsi validé une action de DPC grâce à leur participation active aux RCP.

Le registre a permis de réaliser le tableau suivant :

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	File active	Nombre de RCP	Nombre de dossiers présentés	Nb Pts vus en RCP (%/FA)
Côtes d'Armor	St Brieuc	Centre Hospitalier Yves le Foll	350	2	2	0,5
Finistère	Brest	Centre Hospitalier Universitaire la cavale blanche/ Médecine Interne	225	0	0	0
		Centre Hospitalier Universitaire la cavale blanche/ Maladies infectieuses	221			0
		Centre Hospitalier Universitaire Morvan/ Dermatologie	5			0
		Hôpital d'instructions des armées	9			0
	Morlaix	Centre hospitalier de Morlaix	28	8	7	25
Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	372	7	6	1,6	
Ille-et-Vilaine	Rennes	Centre Hospitalier Universitaire Pontchaillou	1 225	11	19	1,6
	St Malo	Centre Hospitalier Broussais	50	10	10	20
Morbihan	Lorient	Centre Hospitalier de Bretagne Sud	223	9	17	7,6
	Pontivy	Centre Hospitalier de Pontivy	29	0	0	0
	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	335	10	16	4,8
<b>Total régional</b>			<b>3 072</b>	<b>57</b>	<b>77</b>	

## II.1.6 Rencontres ARS/COREVIH

- 3 réunions président du COREVIH, référent ARS et coordination : 2 avril, 9 août et 4 octobre
- 1 rencontre autour des difficultés des associations bretonnes (président, vice-président et coordinatrice du COREVIH, Directeur santé publique ARS M. Doki-Thonon, Jean-Pierre Epailard, Jacques Pernès (ARS) : 16 janvier
- 1 réunion de préparation de la grille d'entretien enquête CDAG/CIDDIST (Dr Faouzi Souala, Isabelle Stéphanth (pilotes de la commission), Dr Jean-Pierre Epailard, Dr. Hector Aranda-Grau (MISP stagiaire), coordinatrice COREVIH : 31 janvier
- 2 réunions du groupe régional VAS : 5 février et 17 octobre
- 1 réunion bilan du PLNS à mi-parcours : 1er octobre

Annexe A4 : [Bilan du PNLS](#)

OBJECTIFS	DETAIL DE L'ACTION	PROPOSITIONS D' ACTIONS REGIONALES
<p><u>Action gouvernance (page 155)</u></p> <p>Faire des COREVIH les interlocuteurs privilégiés des ARS dans la déclinaison et la coordination régionale de la mise en œuvre et du suivi des mesures du plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST relatives à la prise en charge des patients.</p> <p>Confirmer le rôle de coordination régionale des COREVIH par leur participation aux instances de définition des politiques de prévention et de prise en charge des patients dans les ARS.</p>	<p>Positionner les missions des COREVIH dans la gouvernance régionale et préciser leur rôle vis-à-vis de leurs nouveaux interlocuteurs, les ARS et les CRSA</p>	<p>Faire participer l'ARS aux activités des Corevih afin d'échanger sur les travaux régionaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convier l'ARS aux assemblées plénières</li> <li>• Convier les référents VIH aux réunions des commissions, rencontres régulières avec le référent COREVIH.</li> <li>• Participation au Groupe régional Vie affective et sexuelle</li> </ul>
	<p>Préciser les missions des COREVIH dans la mise en œuvre et le suivi au niveau régional des mesures du plan qui concernent la prise en charge des patients et/ou les acteurs du territoire.</p>	<p>Veiller à maintenir pour la lutte contre le VIH une place spécifique au sein du Plan régional de santé et être associé à l'écriture du Plan en ce qui concerne le VIH. Répartition des groupes de travail régionaux :</p> <p><u>COREVIH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention (à élargir au milieu scolaire, universitaire)</li> <li>• Dépistage (TROD, CDAG/CIDDIST)</li> <li>• Médecine de ville (dépistage population générale)</li> <li>• ETP</li> <li>• AES non professionnel</li> <li>• Qualités des soins (hôpital de jour annuel de synthèse, codification PMSI)</li> </ul> <p><u>ARS (groupe non pérenne)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau de bord (existant)</li> <li>• Contraception (à constituer)</li> </ul>

### Listes des annexes

Annexe A1 : Tableau des réunions COREVIH 2013  
 Annexe A2 : Comptes rendus de Bureau  
 Annexe A3 : Comptes rendus Plénières  
 Annexe A4 : Bilan du PNLS

## II.2 OUTILS DEVELOPPES PAR LE COREVIH



### II.2.1 Le bulletin d'information

#### Objectifs :

- Informer l'ensemble des correspondants du COREVIH sur des sujets divers, réunions, rapports (recommandations d'experts, rapport de l'inspection générale des affaires sociales...), actions développées en Bretagne.
- Attirer l'attention des acteurs du VIH sur des actions, les formations, les avancées des commissions et tenir les personnes informées de la vie du COREVIH et /ou des événements liés au COREVIH.
- Mettre en avant des initiatives locales comme celles consacrées à l'évènement du 1er Décembre.

Bilan : 2 bulletins dont Novembre 2013 « spécial 1er décembre » travaillé avec l'ensemble des collectifs sida bretons.

#### Perspectives 2014 :

4 bulletins consacrés aux travaux des commissions prévention (x2), dépistage et qualité de soins puis recherche et éducation thérapeutique en coopération avec MYRIADE.

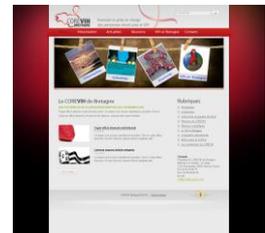
### II.2.2 Site internet : [www.corevih-bretagne.fr](http://www.corevih-bretagne.fr)

#### Objectifs :

- Communication et visibilité du COREVIH
- Outil facilitant le travail des commissions

#### Bilan : données statistiques 2013 :

- 5 104 visites sur le site
- 18 850 pages vues
- Pics de consultations du site lors de la mise en ligne des comptes rendus des grandes réunions internationales.



#### Perspectives 2014 :

Refonte du site et mise en place d'un compte FACEBOOK COREVIH Bretagne, en complément du compte Twitter.

#### **Twitter :**

Nombre d'abonnés : 71

Nombre d'abonnements : 64

Nombres de followers : 127

### II.2.3 Plaquette d'information

Objectifs : Faire connaître le COREVIH aux acteurs et partenaires bretons



### II.2.4 Outils construits dans le cadre des commissions

#### **Commission AES :**

Création d'une affiche d'accompagnement au sondage lancé via le site internet du COREVIH



#### **Commission prévention :**

Plaquettes recensant les adresses de dépistages et d'information sur chaque département.



## II.2.5 Commissions

### ▪ Dépistage

#### PILOTE

Dr Faouzi Souala - PH - CDAG Rennes et Isabelle Stéphan - Coordinatrice régionale AIDES Bretagne

#### RESUME DE L'ACTIVITE EN 2013

- 3 réunions de la commission : 7 février, 12 avril et 26 septembre (**33 participants**)
- Formation à l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique par les associations de lutte contre le SIDA : partie théorique le 1<sup>er</sup> juin 2013 (**8 participants**) et partie pratique au CDAG de Lorient/ Rennes du 27 avril au 24 juin (**9 participants**)
- 1 réunion guide de procédure **TRODs** : 28 mai (**6 participants**)
- 1 réunion préparatoire à l'inter COREVIH avec le COREVIH Pays de la Loire, COREVIH Basse Normandie et COREVIH Haute Normandie : 11 décembre (**3 participants**)

[Annexe D : CR réunions](#)

#### BILAN 2013

Intitulé de l'action	Objectifs	Acteurs concernés	Evaluations	Perspectives
Recueil épidémiologique commun des CDAG – CIDDIST <a href="#">Cf. fiche action annexe D1</a>	- Elaborer un recueil épidémiologique commun des consultants ayant recours à un dépistage, - Harmoniser et améliorer les pratiques de dépistage, - Répondre aux besoins de la population générale et plus spécifiquement des populations les plus exposées.	CDAG/CIDDIST bretons	Construction du cahier des charges du logiciel	En 2014, la procédure d'appel d'offre du logiciel ainsi que le suivi de la prestation sont programmés. L'accent sera porté sur la communication et l'information auprès des équipes CDAG/CIDDIST soignants et administratifs
Elargir la proposition de dépistage Cf. Présentation du projet <a href="#">annexe D2</a>	Elargir l'offre de dépistage sur la région Bretagne Contribuer à améliorer le recours au dépistage des populations vulnérables. Faciliter une connaissance rapide du statut sérologique Les enjeux de ce projet sont donc d'améliorer l'accès au dépistage et au diagnostic précoce de l'infection à VIH.	AIRDDS-PCPPS : portage du projet et coordination régionale du dispositif  CDAG/CIDIST : Lorient/Vannes, Quimper, Rennes, Brest, St Brieuc : réalisation d'actions ayant pour objectifs l'élargissement de l'offre de dépistage en région Bretagne  Les structures associatives : AIDES Bretagne Atlantique, AIDES haute Bretagne, Réseau Ville Hôpital 35, ENIPSE : réalisation d'actions ayant pour objectifs l'élargissement de l'offre de dépistage en région Bretagne	Convention acquisition et fonctionnement AIRRDS/CHU RENNES (COREVIH)  - Nombre de partenaires : 12	Acquisition, mise en place du comité de pilotage (avril/mai) et évaluation du processus de mise en place (février/juin)

Formation TROD  <a href="#">Annexe D3 : rapport de formation SFLS</a>  <a href="#">Annexe D3 bis : bilan formation personnes exerçant ou intervenant dans les associations impliquées en matière de prévention sanitaire en vue de leur habilitation à la réalisation de Test Rapide d'Orientation Diagnostique détectant l'infection à VIH I et II</a>	1. Réactualiser les connaissances des dépisteurs  2. Maîtriser l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique  3. Renforcer la capacité à conduire des entretiens pré et post-test	Centres de dépistage, associations de soignants, associations communautaires désirant pratiquer des tests rapides d'orientation diagnostique.	Rappel dates 2012 : 17 novembre (10 participants), 13 (27 participants), 14 décembre (28 participants) dont 13 acteurs bretons Le 1 <sup>er</sup> juin 2013 (8 participants) Partie pratique au <a href="#">CDAG DE LORIENT et RENNES</a> : du 27 avril au 24 juin (9 participants) 1 réunion guide de procédure <b>TRODs</b> : 28 mai (6 participants) Evaluation des modules de formations par les participants Nombre des participants ayant reçu l'attestation de formation : 6 Elaboration de guide de procédure TRODs	Reconduction de la formation en 2014
---	--	---	---	--------------------------------------

### COMMENTAIRES SUR LE BILAN DE L'ANNEE 2013

Des difficultés de communication entre pilotes concernant autant les modes de communication et une appréciation différente des méthodes de travail ont conduit à la démission d'Isabelle Stéphiant (copilote de la commission) en avril.

Malgré cela, les membres de la commission ont une réelle volonté d'avancer dans les travaux qui sont en cours, qui sont multiples et pour lesquels les enjeux politiques sont importants.

### PERSPECTIVES 2014

#### Actions reconduites :

- **Unité mobile**: acquisition, mise en place du comité de pilotage (avril/mai) et évaluation du processus de mise en place (février/juin)
- **Logiciel commun**: cahier des charges, gestion de la procédure d'appel d'offre d'acquisition (janvier/avril). Suivi de la prestation, prise de contact avec les services informatiques des centres, calendrier du déploiement (mai/septembre). Lien à faire avec ORSB (tableau de bord VAS indicateurs IST) + INVS (CIRE OUEST)
- **Formation des personnes exerçant** ou intervenant dans les associations impliquées en matière de prévention sanitaire en vue de leur habilitation à la réalisation de Test Rapide d'Orientation Diagnostique détectant l'infection à VIH I et II et finalisation du guide de procédure (février) : reconduction

#### Nouvelles actions :

- **Rencontre responsable CDAG /CIDDIST** (juin/juillet) permettra d'aborder :
  - Déploiement du logiciel
  - Conclusion de l'enquête CDAG/CIDDIST ARS et les perspectives en région
  - Unité mobile et fonctionnements
- **Journée INTER COREVIH** (Pays De la Loire, Haute et Basse Normandie) (octobre)
- Bilan enquête ARS (janvier/février)

#### Communication :

- Analyse du processus de mise en place de l'unité mobile, Bilan d'un an ½ d'utilisation du logiciel de recueil de données CDAG Lorient/Vannes (quelles plus-values à la pratique ?), Enquête ARS/COREVIH CDAG/CIDDIST en Bretagne
- Lieux de communication : inter COREVIH, SFLS et journées des COREVIH (octobre).

## CALENDRIER DES REUNIONS 2014

30 janvier 2014

8,10 et 15 avril, 3 juillet et 18 ou 20 novembre

## LISTE DES ANNEXES

Annexe D : CR Réunions

Annexe D1 : [Fiche action recueil épidémiologique commun des CDAG – CIDDIST](#)

Annexe D2 : présentation du projet avec budget

Annexe D3 : rapport de formation SFLS

Annexe D3 bis : bilan formation personnes exerçant ou intervenant dans les associations impliquées en matière de prévention sanitaire en vue de leur habilitation à la réalisation de Test Rapide d'Orientation Diagnostique détectant l'infection à VIH I et II

▪ **Education thérapeutique du patient (ETP)**

**PILOTE**

Dr Anabèle Dos Santos - PH - CHBA Vannes

**RESUME DE L'ACTIVITE EN 2013**

Rencontres/réunions

- 3 réunions : 11 mars, 17 juin et 14 octobre (20 participants tous membres du COREVIH)
- Formation Myriade : 88 participants dont 25 membres du COREVIH

[Annexe E : CR commission ETP](#)

**BILAN 2013**

Intitulé de l'action	Objectifs	Acteurs concernés	Evaluations	Perspectives
Enquête de satisfaction du parcours ETP auprès des patients par le COREVIH Bretagne	<p>- Evaluer le programme d'ETP mis en place dans les services hospitaliers concernés</p> <p>-Vérifier si la proposition actuelle d'ETP correspond aux attentes des patients suivis</p>	<p><b>Centres participants :</b></p> <p>-Rennes (Service de maladies infectieuses)</p> <p>-Brest (Service des de maladies infectieuses et Service de médecine interne)</p> <p>-Vannes (service de médecine interne)</p> <p>-Quimper (Réseau H) : <i>proposition du questionnaire hors délai de l'étude</i></p> <p><b>Critères d'inclusion des patients :</b></p> <p>-Avoir eu au moins 2 recours en ETP en 2011</p>	32 patients ont répondu au questionnaire	Faire cette enquête tous les 2/3 ans
Suivi déploiement formation et audit de l'existant avec l'association Myriade, sur l'ensemble des sites ETP-VIH de la région.	<p>Développer les compétences des soignants pour la structuration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une démarche éducative du patient vivant avec le VIH.</p> <p>Mettre en place, optimiser et intégrer un programme d'éducation thérapeutique du patient dans les services du COREVIH Bretagne spécialisés dans la prise en charge du VIH</p> <p>Soutenir les liens avec les autres structures autour du service, notamment avec les associations de patients</p>	Tous les centres bretons volontaires prenant en charge des patients séropositifs pour le VIH et proposant un programme d'ETP	<p>La liste des référents et correspondants ETP des centres a été réactualisées</p> <p>Un calendrier prévisionnel avec listes des participants</p> <p>88 participants dont 10 associatifs</p> <p>Cf. <a href="#">Annexe E1 : dates et listes des participants</a></p> <p><a href="#">Annexe E2 : objectifs de la formation-action</a></p>	<p>Formations à venir : 5 février à Rennes 4 février et 8 avril 2014 à St Brieuc</p> <p>Effectuer un bilan de la formation avec recensement des projets résultants de la formation.</p>

	Renforcer le réseau ETP au sein du COREVIH Bretagne			
Edition d'une plaquette d'information à destination des patients	Améliorer la communication sur l'ETP et l'accessibilité par les personnes vivant avec le VIH.	Les patients des centres bretons prenant en charge des patients séropositifs pour le VIH et proposant un programme d'ETP	Rédaction du contenu de cette plaquette	Edition et diffusion avril/mai <a href="#">Annexe E3 : texte de la future plaquette</a>

#### COMMENTAIRES SUR LE BILAN DE L'ANNEE 2013

Départ de la pilote en juillet.

L'activité de la commission a été essentiellement le suivi du déploiement de la formation MYRIADE.

#### PERSPECTIVES 2014

- Bilan de la formation - action
- Recensement des projets issus de la formation
- Journée annuelle (septembre 2014) ou 2015
- Edition et diffusion de la plaquette
- Amorcer le travail autour des modalités d'évaluation de l'ETP. Un travail en lien avec l'ARS est souhaité.

#### CALENDRIER DES REUNIONS 2014

A programmer en fonction de Myriade formation.

#### LISTES DES ANNEXES

Annexe E : CR commission ETP

Annexe E1 : dates et listes des participants formations Myriade.

Annexe E2 : objectifs de la formation-action

Annexe E3 : texte de la future plaquette

▪ **Prévention**

**PILOTE**

Myriam Besse, Coordinatrice du Pôle de Coordination Pour la Prévention du Sida en Ile-et-Vilaine

**RESUME DE L'ACTIVITE EN 2013**

Rencontres/réunions :

- 3 réunions de la commission : [21 février](#), [10 juin](#) et 10 octobre (**19** participants tous membres du COREVIH)
- Visite établissements gays et libertins avec échanges entre le gérant et les acteurs de la lutte contre le sida des départements (22 et 35) : 23 avril et 30 mai (**20** participants dont 14 membres du COREVIH)
- 3 réunions « animation territoriale - Côtes d'Armor » : [27 mai](#), [3](#) et [10 décembre](#) (**28** participants dont 8 membres du COREVIH)
- 1 réunion d'organisation d'un colloque « identités sexuelles/identités de genre » prise de contact en 2013 pour une réalisation en 2014 : [18 novembre](#) (4 participants dont 2 membres du COREVIH)
- 1 réunion du groupe régionale VAS : 17 octobre
- Projets autour de la Journée Mondiale de lutte contre le sida : bulletin d'information, création d'un outil de prévention

Activités de diffusion :

Date	Support	Lieux de diffusion	Nombres d'exemplaires
22- 23 et 25 octobre	Poster SFLS <a href="#">[Annexe P1]</a>	Journée des COREVIH et Congrès SFLS	2
Jeudi 21 novembre	Diffusion plaquette "lieux de dépistage en Bretagne"	Région Bretagne (6 000 X 4 départements)	24 000
Vendredi 21 novembre	Diffusion du bulletin d'info 1er décembre 2013 <a href="#">[Annexe P2]</a>	Mailing listes correspondants COREVIH et Site internet	350

**BILAN 2013**

Intitulé de l'action	Objectifs	Acteurs concernés	Evaluations	Perspectives
Animation territoriale du COREVIH	Mobiliser les acteurs de la lutte contre le sida autour des missions du COREVIH - Communiquer et expliquer les missions du COREVIH - Identifier le COREVIH comme un réseau de proximité - Etablir une liste des besoins à l'échelle départementale puis régionale	Public cible : les structures qui interviennent dans le domaine de la vie affective et sexuelle sur les territoires de santé 7 et 8  Les partenaires : IREPS 22 CDAG ARS DT 22 PCPPS	- Mise en place du PRODAPPS : Programme d'Accompagnement de Professionnels en Promotion de la Santé <a href="#">[Annexe P3]</a> - Réalisation d'un état des lieux des acteurs sur les territoires de santé 7 et 8. - Présentation des résultats aux acteurs le 10 décembre 2013. <a href="#">[Annexe P4]</a>	Réaliser un état des lieux des acteurs sur les territoires de santé 1, 2, 3 et 4.

<p>Assurer le renforcement des compétences des professionnels par l'organisation de temps « intervenants » sur cette thématique</p>	<p>Organisation de visites d'établissements commerciaux avec lieu de consommation sexuelle (établissements gays et établissements libertins)</p> <p><u>Objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire tomber les représentations des uns et des autres</li> <li>- Mieux connaître l'équipe du CDAG afin d'améliorer l'orientation des patients vers les structures et/ou dispositifs locaux</li> <li>- Mieux connaître les pratiques, vocabulaire, etc.... et le public</li> </ul>	<p><b>Public cible :</b> Personnels des CDAG/CIDDIST bretons (secrétaire /médecin/IDE), membres des associations de lutte contre le sida, personnel du service promotion santé des villes investies sur cette thématique, TEC COREVIH</p> <p><b>Intervenants :</b> Membres de la commission prévention (Eric Maniscalco/ENIPSE ; Noémie Rimbourg/SIS association)</p> <p><b>Partenaires :</b> Les gérants d'établissements Hot BOX (sauna), le PINK (sauna), Le COSMOS (sex club) et le «logis coquin du gros hibou » (gîte libertin)</p>	<p><u>En Ille et Vilaine :</u> <i>Visite d'établissements gays :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rennes : Visite du sex club Le Cosmos (23 avril 2013, 14h30).</li> <li>- Saint- Malo : action annulée car le sauna a fermé en 2013</li> </ul> <p><u>Côtes d'Armor :</u> <i>Visite d'un établissement libertin :</i> le « logis coquin du gros hibou » à Hénanbihen / 30 mai</p>	<p>Continuer le travail engagé, en favorisant les actions dans le Morbihan.</p>
	<p>Aider à l'organisation d'un colloque sur les transidentités</p> <p><u>Objectif :</u> Améliorer la prise en charge des personnes trans, en favorisant la mise en place d'un réseau de professionnels médicaux.</p>	<p><b>Public cible :</b> Professionnels de la prise en charge</p> <p><b>Groupes de travail :</b> Membres de la commission prévention (Eric Maniscalco/ENIPSE) Associations transidentitaires bretonnes</p>	<p>Travail engagé auprès des associations transidentitaires bretonnes.</p>	<p>Aide à la mise en place du colloque le 28 mai 2014.</p>
<p>Journée mondiale de lutte contre le sida JMS/1<sup>er</sup> décembre</p>	<p>Réalisation et diffusion d'un bulletin d'information « spécial 1<sup>er</sup> décembre »</p> <p>Création de plaquettes adresses de dépistages en Bretagne.</p>	<p><b>Public cible :</b> Grand public</p> <p><b>Intervenants :</b> Membres de la commission prévention et les référents des collectifs sida en Bretagne</p>	<p>Réalisation et diffusion du bulletin d'information « spécial 1<sup>er</sup> décembre »</p> <p>Réalisation et diffusion de 6 000 plaquettes par département sur la région Bretagne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une rencontre des différents collectifs sida.</li> <li>- Réflexion sur la mutualisation de projets en 2014.</li> <li>- Réalisation et diffusion de 2 bulletins d'information : 1 bulletin « bilan des actions JMS 2013 » et 1 « spécial JMS 2014 »</li> </ul>

**COMMENTAIRES SUR LE BILAN DE L'ANNEE 2013**

- Organisation en sous-groupe de travail en fonction des projets
- Lieu de communication et d'échanges régional
- Pluridisciplinarité qui fonctionne
- Actions en lien avec le PNLS
- Objectifs fixés pour l'année 2013 atteints en grande partie : la réalisation des plaquettes d'adresse de dépistage était prévue en 2012, faute de temps ce projet est reporté en 2013.

## PERSPECTIVES 2014

- Organisation de visites d'établissements commerciaux avec lieu de consommation sexuelle (backroom) et lieux échangistes
- Réédition de la plaquette adresses de dépistages en Bretagne
- Réalisation et diffusion de 2 bulletins d'information bilan 1<sup>er</sup> décembre 2013 et un « spécial 1<sup>er</sup> décembre » 2014
- Continuer le travail engagé avec l'ARS dans le groupe régional vie affective et sexuelle
- Organisation d'un colloque « identités sexuelles/identités de genre »
- Animation territoriale du COREVIH : orienter les actions sur les territoires de santé 1, 2, 3 et 4

## CALENDRIER DES REUNIONS 2014

Réunions de la commission : *Sauf mention contraire : toutes les réunions sont programmées à 14h00 et pourront se faire par téléphone.*

- 13 mars, 17 juin et 16 octobre

### Autres réunions :

Animation territoriale du COREVIH :

- Collectifs sida : 18 mars / 10h30 / COREVIH Bretagne
- Groupe Régional ARS « Vie Affective et Sexuelle » : 18 mars / 14h00 / ARS DT35
- Colloque Transidentités : 28 mai / 9h-17h30 / CHU Pontchaillou

## LISTES DES ANNEXES

Annexe P : CR réunions Prévention

Annexe P1 : Poster SFLS

Annexe P2 : Bulletin d'info 1er décembre

Annexe P3 : fiche action PRODAPS

Annexe P4 : état des lieux des acteurs sur les territoires de santé 7 et 8

▪ **Qualité de soins**

**PILOTE**

Eliane Bronnec, Assistante Sociale CHBA Vannes

**RESUME DE L'ACTIVITE EN 2013**

- 6 réunions concernant la journée des Patients : 28 février, 20 juin, 15 octobre, 18 octobre, 19 novembre et 12 décembre (30 participants dont 24 membres du COREVIH)
- 1 réunion HDJS : 3 décembre 2013 (9 participants dont 6 membres du COREVIH)

[Annexe QS : CR réunions](#)

**BILAN 2013**

Intitulé de l'action	Objectifs	Acteurs concernés	Evaluations	Perspectives
Organisation d'une journée des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les besoins et attentes des personnes concernées</li> <li>- Favoriser la participation à chaque étape de la mise en œuvre de cette journée</li> <li>- Réfléchir ensemble sur les moyens de répondre aux besoins relevés.</li> </ul>	<p><u>Acteurs mobilisés au sein du COREVIH :</u></p> <p>Les associations (AIDES – RESONANCE CHRETIENS &amp;SIDA) et les personnels médico - sociaux (PH - IDE des consultations – Assistantes Sociales) et les patients.</p>	<p>Un questionnaire a été l'outil le plus pertinent pour toucher et associer le maximum de personnes sur un temps relativement court (1 mois entre octobre/novembre).</p> <p>Résultat : 158 questionnaires. L'exploitation des réponses reçues, nous a permis de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recevoir 86 demandes de programme</li> <li>- 17 personnes souhaitant s'investir dans l'organisation de la rencontre.</li> <li>- d'élaborer un programme.</li> </ul> <p>Un bilan a été réalisé et envoyé à l'ensemble des personnes ressources des centres et associations accompagné du programme et la fiche d'inscription. Cf. <a href="#">annexe QS1 : CR 12 Décembre</a></p> <p>Un bulletin d'information du mois de septembre cf. <a href="#">annexe QS2 : bulletin d'information septembre 2013</a></p>	<p>Une réunion préparatoire est prévue le 9 janvier 2014</p> <p>Journée le 18 janvier à Vannes</p>

Adapter l'organisation des hôpitaux de jour pour une meilleure accessibilité au bilan de synthèse annuel	- Travailler le système de codification PMSI avec chaque structure hospitalière prenant en charge le VIH pour harmoniser les pratiques. - Communiquer aux patients les modalités de prise en charge en hôpital de jour	Médecins du service : Pascale PERFEZOU Médecin DIM : Christophe BESSAGUET TIM : Stéphanie LE LURON Bureau des entrées : Véronique CARUSO-GUELLEC Secrétaires : TEC : Jean-Charles DUTHE IDE : François-Baptiste DREVILLON, Elisabeth BOITTIN-BARDOT Cadre de Santé : Marianne LE FLOCH	A partir des démarches réalisées à Quimper et à Rennes, construire un « guide d'accompagnement » à la mise en place des HDJS sur deux mois Le COREVIH a souhaité missionner l'ORSB pour évaluer le dispositif des Bilans Annuels de Synthèse.  Cette évaluation n'a pu aboutir en 2013 car : - Coût trop élevé - Parution tardive du rapport Morlat et des nouvelles recommandations (septembre/octobre)	Mener à terme l'évaluation HDJS répartie sur une période pouvant aller jusqu'à 2 mois
--	---	---	---	---

### COMMENTAIRES SUR LE BILAN DE L'ANNEE 2013

L'année 2013 a été essentiellement consacrée à l'organisation de la journée patients. L'objectif de cette journée a été de recenser les besoins et attentes des personnes concernées, de les inciter à participer à cette journée, afin de réfléchir ensemble sur les moyens d'y répondre.

### PERSPECTIVES 2014

Organisation de la 1ère journée des patients du 18 janvier 2014 : le recensement des problèmes permettra de pouvoir éventuellement intervenir auprès des organismes de tutelle, voire être force de propositions par la mise en place d'une commission du COREVIH Bretagne. Pour se faire, un appel sera lancé aux acteurs de la prise en charge mais aussi aux personnes concernées directement par ce parcours.

Mise en place d'une évaluation des HDJS sur Quimper

La fiche de signalement du COREVIH ([Annexe QS3](#)) : faire le point sur les fiches reçues, les réponses apportées (ou non) et améliorer la diffusion de cet outil.

### CALENDRIER DES REUNIONS 2014

9 janvier, 18 janvier et autres dates en fonction du bilan de la journée patients

HDJS : date à prévoir

### LISTES DES ANNEXES

Annexe QS : CR réunions

Annexe QS1 : CR 12 Décembre

[Annexe QS2 : bulletin d'information septembre 2013](#)

Annexe QS3 : fiche de signalement du COREVIH

▪ Recherche clinique

**PILOTE**

Pr Pierre TATTEVIN - PU-PH - CHU Pontchaillou - 35000 Rennes

**RESUME DE L'ACTIVITE EN 2013**

Rencontres/réunions :

2 réunions : 16 mai et 7 novembre (25 participants dont 16 membres du COREVIH)

**BILAN 2013**

Intitulé de l'action	Objectifs	Acteurs concernés	Evaluations	Perspectives
Amélioration de la recherche clinique à l'échelle régionale à travers le montage de projets régionaux	<p>Initier des projets de recherche</p> <p>1. Etude du risque fracturaire chez les patients suivis aux COREVIH Bretagne</p> <p>2. Etude du risque d'échec lors de l'initiation d'un traitement comportant la rilpivirine en relais d'un traitement efficace</p> <p>3. Étude prospective des événements indésirables survenant au cours de la prise en charge des cancers chez les patients VIH</p> <p>4. Étude 'lithiases biliaires et VIH'</p> <p>5. Étude de prévalence des lithiases biliaires dans la population VIH</p> <p>6. Etude de la couverture vaccinale anti-grippe et de ses déterminants chez les patients suivis au COREVIH</p>	<p>PH des centres hospitaliers et TECs COREVIH des 4 départements</p> <p><u>Groupes de travail :</u></p> <p>1. L. de Saint Martin, JC Duthé</p> <p>2. A. Maillard, S. Vallet</p> <p>3. E. Polard, P. Perfezou</p> <p>4. Y. Poinignon</p> <p>5. JM. Chapplain M. Ratajczak</p> <p>6. M Revest, C. Boisseleau</p>	<p>1. Etudes transversales lors de semaines ciblées en 2013 - Objectif, 600 patients</p> <p>2. Poursuite inclusions 2013-2014 - Objectif 150 patients</p> <p>3. Etude prospective pilote sur quelques dossiers en 2013</p> <p>4. et 5. Projet rédigé et soumis à 2 reprises =&gt; Refus de financement à l'ANRS et au SIDACTION =&gt; thématique probablement dépassée (atazanavir de moins en moins prescrit)</p> <p>6. A la date du 7/03/2014, 139 patients ont été inclus sur Rennes</p> <p>Cf. <a href="#">annexe R1 : CR commission Recherche</a></p> <p>Aucune publication au nom du COREVIH Bretagne en 2013</p>	<p>1. Analyse finale et communication des résultats en 2014 (ordre du jour de la prochaine réunion de la commission recherche)</p> <p>2. Communication au <i>12th European Meeting on HIV &amp; Hepatitis</i> (Barcelone, 2014)</p> <p>Article à rédiger en fonction des retombées</p> <p>3. et 6. Etudes prospectives en cours</p> <p>4. et 5. Thématique probablement dépassée (atazanavir de moins en moins prescrit)</p>

Organisation de la déclinaison de la recherche nationale à l'échelle de la région Bretagne	-Établir un état des lieux de la recherche clinique dans les différents centres  -Favoriser la circulation des informations à tous les médecins des centres concernés	Pour 2012 : Sept centres hospitaliers ont participé activement dans les protocoles cliniques courant l'année 2012.+ A Rennes  Cf. <a href="#">annexe R2 : Bilan de recherche clinique dans les centres bretons</a>	Au total, 40 patients ont été suivis dans une des cohortes ANRS, 3 patients dans un protocole clinique, 9 patients dans un observatoire (ANRS ou privé) et enfin 14 patients ont participé à l'enquête SFLS « Parcours des soins ». A Rennes, vingt-et-un protocoles cliniques ont été actifs au cours de l'année 2012 (dont 16 ANRS). Cinq nouveaux protocoles ont été ouverts.	
Création d'outils communs	Proposer, sous l'égide du Corevih, une simplification des démarches par des procédures permettant de satisfaire aux exigences réglementaires	Groupe de travail	- Accord CPP CHU Rennes valide pour la participation des patients à la recherche non interventionnelle (analyse de données) pour tous les centres du COREVIH - Homogénéisation des feuilles de consentement signées pour le recueil de données dans NADIS et pour les projets de recherche	

#### COMMENTAIRES SUR LE BILAN DE L'ANNEE 2013

Année décevante en ce qui concerne la recherche menée par le COREVIH Bretagne (refus financements des projets 'lithiases biliaires', retard au démarrage du projet 'ELICA', pas de publication).

#### PERSPECTIVES 2014

Le manque de disponibilités des membres de la commission limite les perspectives : la commission va s'efforcer de rentabiliser les efforts fournis en menant à leurs termes les projets en cours (risque fracturaire, ELICA, Rilpivirine).

#### CALENDRIER DES REUNIONS 2014

Prévoir 2 réunions, comme en 2013 (printemps et automne).

#### LISTES DES ANNEXES

Annexe R1 : Compte-rendu du 16/05/2013 et 07/11/2013

1. Ratajczak-Enselme M, Chapplain J-M, Maillard A, Souala MF, [Tattevin P](#), Arvieux C, Revest M, Patrat-Delon S, Michelet C. Once Daily Single Tablet of TDF/FTC/RPV in antiretroviral treatment (ART)-Experienced Adults. **12th European Meeting on HIV & Hepatitis, Barcelona, Spain 2014.**

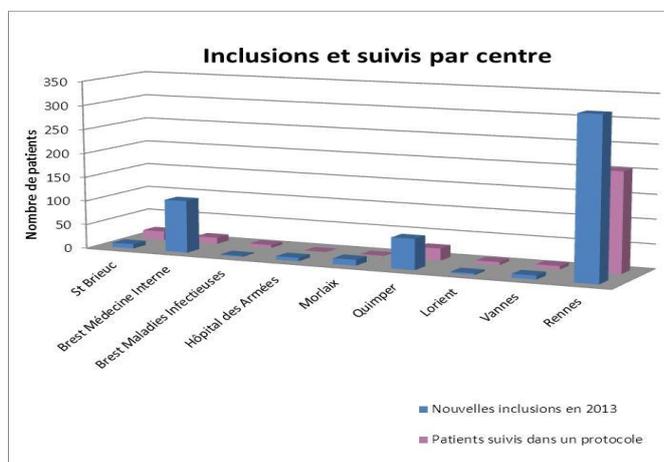
Au cours de l'année 2013, les efforts ont été poursuivis en termes d'inclusions et de suivis dans un protocole clinique. Les neuf centres hospitaliers ont participé encore plus activement que l'année précédente dans des protocoles nationaux (ANRS et firmes pharmaceutiques) et régionaux pilotés par la commission de la recherche clinique COREVIH.

Tous ces projets ont été menés avec l'aide du personnel dédié à la recherche composé de quatre techniciens d'études cliniques du COREVIH et d'un coordinateur d'études cliniques ANRS à mi-temps.

			Côtes d'Armor		Finistère			Morbihan		Ille et Vilaine		Total régional
			St Brieuc		Brest	Morlaix	Quimper	Lorient	Vannes	Rennes		
	Nom de l'étude	2013	CH Yves le Fol	CHU Médecine Interne	CHU Maladies infectieuses	Hôpital des Armées	Centre hospitalier de Morlaix	Centre Hospitalier de Comouaille	Centre Hospitalier de Bretagne Sud	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	CHU Rennes	
PROTOCOLES	ANRS 144 / Inter-ACTIV	Patients inclus en 2013	0									0
		Patients suivis en 2013	2									2
	ANRS HB04 / B-Boost	Patients inclus en 2013			0					0	0	0
		Patients suivis en 2013			0					0	1	1
	LENAKAP	Patients inclus en 2013									0	0
		Patients suivis en 2013									1	1
	QUADRIH	Patients inclus en 2013									1	1
		Patients suivis en 2013									1	1
	OPTIMAL	Patients inclus en 2013									1	1
		Patients suivis en 2013									2	2
TELAPEWH	Patients inclus en 2013									0	0	
	Patients suivis en 2013									1	1	
NEAT	Patients inclus en 2013									0	0	
	Patients suivis en 2013									7	7	
THV-01-11-01	Patients inclus en 2013									5	5	
	Patients suivis en 2013									5	5	
OPTIPRIM	Patients inclus en 2013									0	0	
	Patients suivis en 2013									3	3	
COHORTES	ANRS CO16 - Lymphovir	Patients inclus en 2013	0								0	0
		Patients suivis en 2013	0								3	3
	PREHEMIC	Patients inclus en 2013									0	0
		Patients suivis en 2013									1	1
	COVERTE	Patients inclus en 2013							ouverture en 2013		1	1
		Patients suivis en 2013							0		12	12
	ANRS CO6 / Cohorte nationale VIH2	Patients inclus en 2013	0				0	0		0	1	1
	Patients suivis en 2013					1	1		2	3	7	
ANRS / Primo	Patients inclus en 2013	0						0	1	6	7	
	Patients suivis en 2013	6						1	2	41	50	
ANRS CO21 / CODEX	Patients inclus en 2013		1				0	1		2	4	
	Patients suivis en 2013		1				1	1		7	10	
AUTRES ESSAIS	SToRy	Patients inclus en 2013									19	19
		Patients suivis en 2013									22	22
	ANRS CO11 - EPF	Patients inclus en 2013	3	2	2			5	2	7	13	34
		Patients suivis en 2013	9	4	6			15	4	3	20	61
	ANRS CO10 - EPF	Patients inclus en 2013						0				0
		Patients suivis en 2013						1				1
	ANRS-EP50 / ORVIO	Patients inclus en 2013						0			0	0
		Patients suivis en 2013						3			1	4
	POEM Pfizer	Patients inclus en 2013									0	0
		Patients suivis en 2013									2	2
PREVIC 2013	Patients inclus en 2013									48	48	
	Patients suivis en 2013									48	48	
Enquête un jour donné "Perception de génériques"	Patients inclus en 2013		8				5				23	36
	Patients suivis en 2013		8				5				23	36
Commission Recherche	OPVH1 : Fracture et VIH	Patients inclus en 2013		89	7	7	12	28			113	256
	RILPI	Patients inclus en 2013	5		8	0	0	25			95	133
Etude LABO	ATAZAREXIST	Patients inclus en 2013			2						5	7
	Etude ANRS AC11	Patients suivis en 2013			NA : pas de suivi						NA: pas de suivi	0
	RALTEGRAVIR	Patients inclus en 2013			2						7	9
	2ème phase Etude ANRS AC11	Patients suivis en 2013			NA : pas de suivi						NA: pas de suivi	0
	RESISTANCE LCR VIH-1	Patients inclus en 2013			1						2	3
Etude ANRS AC11	Patients suivis en 2013			NA : pas de suivi						NA: pas de suivi	0	
L'étude Primorésistance	Patients inclus en 2013						1	1	2		7	11
	Patients suivis en 2013						NA: pas de suivi	NA: pas de suivi	NA: pas de suivi	NA: pas de suivi	NA: pas de suivi	0
Total inclusions par centre			8	108	9	7	12	63	3	8	328	
Total de patients suivis par centre			17	13	6	0	1	25	6	7	204	

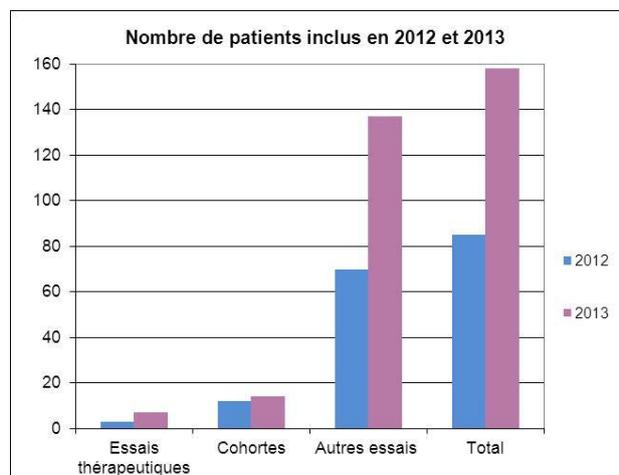
Tableau 1. Liste des protocoles cliniques actifs en 2013 dans les centres de COREVIH Bretagne.

Au total, 546 patients ont accepté la participation dans une nouvelle étude (principalement pour répondre à un questionnaire, mais également pour participer à une étude thérapeutique (7 patients) ou à une cohorte nationale (14 patients)). 279 patients ont continué cette année à être suivis dans un essai clinique : dont 23 patients dans un protocole thérapeutique et 84 dans une cohorte. Les détails des inclusions sont présentés dans la Fig. 1 et dans le Tableau 1.

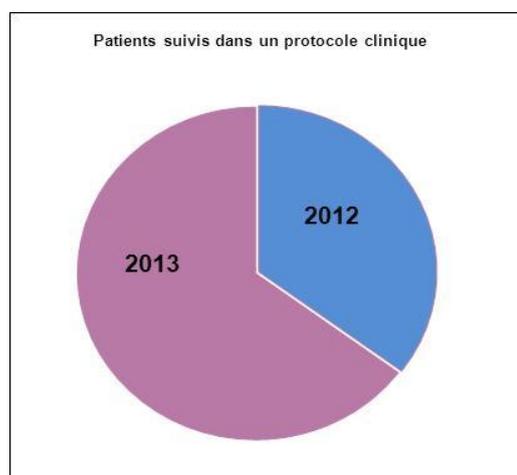


**Fig. 1.** Répartition des inclusions par centre hospitalier de COREVIH Bretagne.

Dans l'ensemble des centres de COREVIH, les nouvelles inclusions et donc le nombre de patients suivis dans un protocole clinique ont globalement augmenté dans toutes les catégories d'études cliniques. Les Figures 2 et 3 représentent cette augmentation. L'écart le plus important concerne la classe des « autres essais » qui comprennent des enquêtes, des questionnaires et des observatoires. Les études régionales de la commission de la recherche de COREVIH Bretagne ne sont pas prises en compte dans ces graphiques. Toutefois il faut souligner une forte participation à ces protocoles qui a permis l'inclusion de 256 patients dans l'étude du risque fracturaire et 133 patients dans l'étude du risque d'échec lors de l'initiation d'un traitement comportant la rilpivirine en relais d'un traitement efficace (Tableau 1).

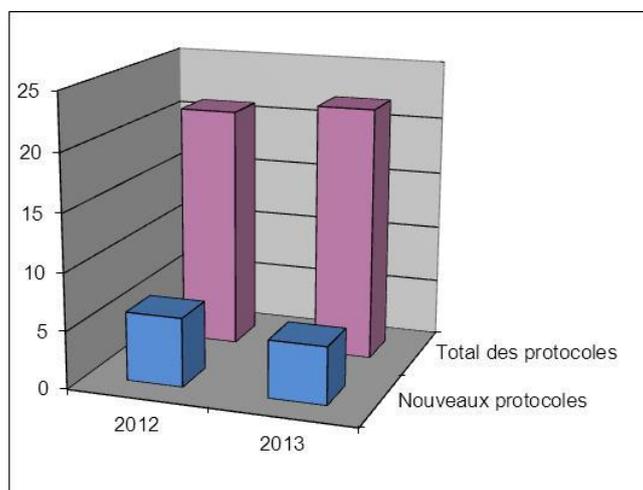


**Fig. 2.** Nombre de nouveaux patients inclus dans différents catégories des études cliniques.



**Fig. 3.** Nombre total de patients suivis dans une étude clinique.

Concernant le nombre de protocoles en cours et des ouvertures de nouveaux protocoles en 2013, ces chiffres sont stables par rapport à l'année 2012 (Fig. 4).



**Fig. 4.** Nombre total des ouvertures de protocoles cliniques dans les centres de COREVIH Bretagne.

Enfin, concernant les protocoles nationaux, les efforts de TECs de COREVIH Bretagne commencent à se ressentir avec ouverture cette année de 2 cohortes nationales ANRS dans les centres à Lorient et à Brest (Tableau 2).

Ouvertures des centres pour de nouveaux protocoles		
	2012	2013
essais thérapeutiques	3	1
autres essais	2	2
cohortes	1	2
nombre total	6	5

**Tableau 2.** Ouvertures des centres selon la catégorie du protocole clinique.

## II.2.6 Autres activités

### ▪ Groupe procréation inter-Corevih Bretagne – Pays de Loire

#### PILOTE

Dr Pascale Fialaire - PH - CHU d'Angers et Dr Pascale Perfezou - PH - CHIC Quimper

#### RESUME DE L'ACTIVITE EN 2013

3 réunions : 24 mai, 5 juillet et 4 décembre (29 participants dont 11 acteurs bretons incluant 8 membres du COREVIH)

Annexe PR1 : [CR réunions du groupe de travail](#)

#### BILAN 2013

Intitulé de l'action	Objectifs	Acteurs concernés	Evaluations	Perspectives
Rédaction de recommandations concernant la procréation à destination des professionnels de santé  2 plaquettes : guide pratique et fiche conseils à destination des Praticiens	- Harmonisation régionale sur la prise en charge médicale des couples souhaitant accéder à la parentalité  - Améliorer les bonnes pratiques  - Harmoniser les pratiques et les protocoles concernant le désir de grossesse  - Fluidifier l'orientation et prise en charge des patients	Professionnels de soins hospitaliers (infectiologue, gynécologues, pédiatres), professionnels médico-social  <u>Référents</u> : P Fialaire, C Morinière et L Sentihles	Réactualisation avec le rapport Morlat	Edition et diffusion
Rédaction d'une lettre d'information à destination des patients « AMP à risque virale » : Recommandations, harmonisation de la prise en charge	Améliorer la prise en charge	Patients « AMP à risque virale » autour du désir d'enfant  <u>Référent</u> : S Jaffuel	La lettre a été réalisée.	Mise en forme et diffusion 1 <sup>er</sup> trimestre 2014

#### COMMENTAIRES SUR LE BILAN DE L'ANNEE 2013

- Organisation en sous-groupe de travail en fonction des projets
- Lieu de communication et d'échanges inter - régional
- Une pluridisciplinarité médicale qui fonctionne
- Absence de représentants associatifs
- Actions en lien avec le PNLS
- Objectifs fixés pour l'année 2013 atteints en grande partie

#### **PERSPECTIVES 2014**

- Réalisation des plaquettes et de la lettre d'information sur les territoires des 2 COREVIH
- Organisation de réunions d'information et de présentation de ces outils sur chaque territoire afin d'accompagner la diffusion de ces outils.
- Projet inter-régional d'observatoire procréation et VIH (outil d'évaluation)

#### **CALENDRIER DES REUNIONS 2014**

3 à 4 réunions dans l'année

#### **LISTES DES ANNEXES**

Annexe PR1 : CR réunions du groupe de travail

## ▪ La coopération internationale

### Support à la gestion de bases de données consacrées au VIH dans les Pays en développement

#### CONTEXTE DU PROJET

La coordination de la coopération internationale dans le domaine du VIH fait partie des objectifs princeps des COREVIH. Le COREVIH-Bretagne disposait lors de sa création en 2008 du support de plusieurs projets au sein des équipes hospitalières participant à l'activité du COREVIH : Jumelages Brest/Siem Reap (Cambodge), Saint Brieu/Agadez (Niger), Vannes/Dabou (Côte d'Ivoire) et Rennes/Burundi et Rennes/Libéria. Ces projets avaient pour cadre l'initiative « Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau » (ESTHER), soutenu par le ministère de la Santé et le ministère des Affaires Etrangères.

En 2013, seuls les projets Rennes/Burundi, Rennes/Libéria et à un moindre degré Saint-Brieuc /Agadez, du fait des difficultés politiques locales actuelles, restent actifs dans le cadre ESTHER.

Il existe une forte demande du Burundi pour une aide dans l'utilisation de sa principale base de données nationale en matière de suivi VIH (SIDA-INFO), ainsi qu'une demande des services hospitaliers et du secteur associatif pour la mise en place de petites bases de données très opérationnelles sur les sites. Des missions exploratoires ont été menées en 2010-2011 et la première mission opérationnelle mise en place en 2012.

#### OBJECTIFS

- Améliorer la formation des personnels des sites de coopération ESTHER dans le domaine de l'utilisation de la base SIDA info, en rendant intelligible le travail réalisé.
- Créer les bases de données nécessaires au fonctionnement des services partenaires

#### DEROULEMENT

Etape 1 : identifier les besoins des sites ESTHER

Etape 2 : faire remonter les besoins à l'ensemble des acteurs intéressés par le projet en Bretagne

Etape 3 :

- Proposer des solutions
- Actions de formation
- Création de bases locales et aide à leur mise en place

Etape 4 : Accompagner les utilisateurs au Burundi.

#### MOYENS

Co-financement des missions des TECs du COREVIH Bretagne avec le programme ESTHER. En 2013, le montant engagé par le COREVIH Bretagne est de 4 058,00 € pour une mission de 6 jours pour deux personnes.

#### EVALUATION

- Rapport de mission (annexe)
- Evaluation globale effectuée dans le cadre du programme ESTHER

#### LISTES DES ANNEXES :

Annexe CO : CR réunions Coopération internationale

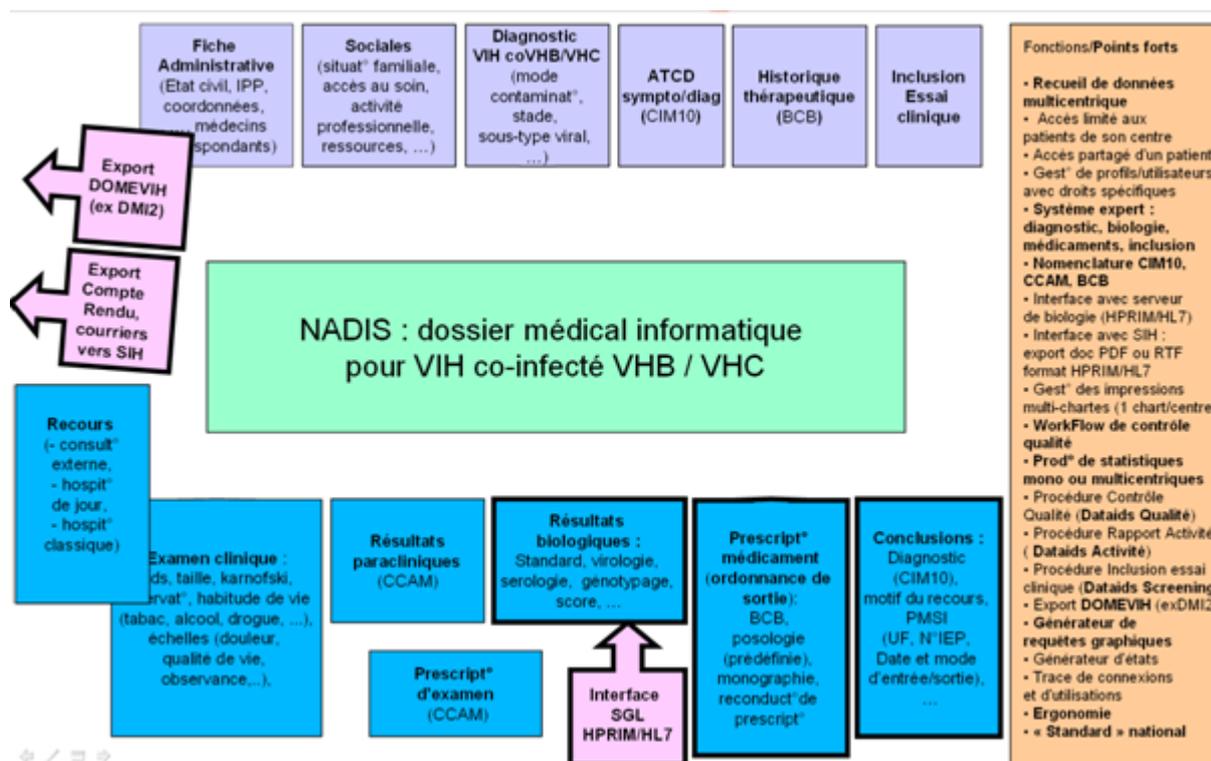
Annexe CO1 : Poster SFLS : TEC et coopération internationale

▪ **Dossier médical informatisé : NADIS**

**Logiciel et sécurité :**

Une des missions du COREVIH Bretagne est de proposer aux centres bretons un outil informatique permettant (1) la constitution d'un dossier médical informatisé pour la prise en charge des patients atteints du VIH, du VHB et VHC, (2) l'analyse des données médico-épidémiologiques bretonnes.

Pour l'acquisition d'un tel logiciel, compte tenu des montants en jeu, le COREVIH a été dans l'obligation de **passer un marché à procédure adaptée (MAPA)** dans le respect des dispositions du Code des Marchés Publics. Le COREVIH a donc : (1) rédigé un cahier des charges (CCP), (2) publié le marché, (3) évalué les propositions, et (4) fait un choix parmi les offres. Le choix s'est porté sur le logiciel e-NADIS de la société Fédialis Medica dont les fonctionnalités sont décrites dans le schéma suivant :



Le Code de la Santé Publique (à la suite du « décret hébergement » de janvier 2006) prévoit que les organismes hébergeant des données de santé à caractère nominatif soient soumis à un agrément préalable (arrêté du Ministre de la Santé, après avis de la CNIL). Cet agrément vise à s'assurer que les hébergeurs répondent à un cahier des charges strict, permettant d'assurer la sécurité (intégrité, pérennité...) et surtout la confidentialité des données médicales.

Une procédure de sélection d'un hébergeur a donc été engagée sous la forme d'une mise en concurrence de prestataires. Le choix final s'est porté sur le CHU de Nice dont l'agrément a été obtenu en décembre 2010.

### Procédure de déploiement :

Une procédure générale de déploiement de NADIS a été mise en place. Elle est décrite ci-dessous. Les différentes étapes du déploiement sont les suivantes :

Etapes	Explications
01-Contrat Coordinateur Nadis Rennes	Ce contrat ne concerne que le centre coordinateur du COREVIH c'est à dire RENNES
02-Contrat Utilisateur Nadis	Ce contrat propre à chaque centre spécifie les contraintes d'utilisation de Nadis et les limites de Fedialis Medica.
03-Contrat hébergeur	Ce contrat propre à chaque centre spécifie le cadre de l'hébergement des données de Nadis au CHU de Nice, hébergeur agréé santé.
04- Dossier CNIL	Une déclaration CNIL est indispensable dès lors que des données médicales sont colligées dans un fichier (base de données) nominatif ou non. Il faut une déclaration (Demande d'Autorisation) par centre.
05- Fiche de paramétrage de Nadis pour votre centre	Cette fiche permet de paramétrer Nadis pour chaque centre. On y précise l'identité du centre, la liste des UF, ...
06- Papier à entête du ou des service(s) d'un centre	Ce document sert pour la partie impression des documents depuis Nadis (Compte Rendu, Prescription, Courriers...)
07- Liste des utilisateurs	Cette liste d'utilisateurs sert à deux choses : 1- Initialiser les comptes de connexion à la plateforme du CHU de Nice 2- Définir les utilisateurs dans Nadis avec leurs profils et donc leurs droits d'accès aux données.
08- Données de laboratoire – Tableau de transcodage	Il est possible d'intégrer les données biologiques directement dans Nadis (sans saisie manuelle). L'intégration automatique se fait à partir de fichiers HPRIM générés à partir du serveur biologie (SGL). La première étape va consister à valider le format HPRIM exporté, la seconde à constituer une table de transcodage de codes SGL vers les codes Nadis. Ce processus est relativement lourd et ne sera mis en place que pour les centres ayant une cohorte de patients relativement importante.
09- Configuration d'un accès FTP avec le CHU de Nice pour envoi des données biologie et récupération des comptes-rendus	L'accès VPN sert à transférer des données sécurisées entre le CHU de Nice (hébergeur) et le centre. Les fichiers HPRIM et les comptes rendus PDF transiteront par ce tunnel (FTP).
10-Reprise de données	La reprise de données est une étape très importante puisqu'elle permet de réinitialiser les données de la cohorte dans NADIS. La question est de savoir ce qui est le plus rentable : - partir de zéro et tout ressaisir - partir des bases de données existantes dans les centres (Excel, Access, DMI2, ...) et faire soit un import partiel ou global des données, avec dans le second cas, une saisie manuelle du complément.  Pour le CHU de Rennes, la file active a été constituée à partir de la base de données DMI2 mis en place sur Rennes depuis plus de 20 ans. Le processus de reprise de données a pris plus d'un an.

### **Point sur le déploiement de NADIS en Bretagne :**

8 centres sont déployés : Rennes, Quimper, St Malo, St Brieuc, Vannes, Lorient, Pontivy, Morlaix.  
Brest a donné son aval pour un déploiement sur 2014.

#### **Les chantiers réalisés en 2013 :**

- Les tests et validation de la version V5 de Nadis
- La migration vers la version V5 de Nadis
- Les formations à la V5
- La migration vers Dat'aids V5
- La mise en place des interfaces biologie pour les sites de Vannes et Quimper.
- La mise en place d'une procédure qualité des données (Dat'aids) : requêtes programmées pour le contrôle de données : recherche d'incohérence, incomplétude, ...
- Un travail avec l'hébergeur sur la fiabilité du service d'hébergement
- Mise en place d'un espace de partage documentaire
- La maintenance de l'ensemble.

#### **Les chantiers prévus pour 2014 :**

- Une migration de version Nadis comprenant des évolutions demandées en 2013
- La mise en place des interfaces biologie sur Lorient et St Malo.
- Le déploiement de NADIS et des interfaces sur Brest
- La mise en place des interfaces comptes rendus avec les différents Systèmes d'Information Hospitaliers bretons (Crossway, Dxcare, ...).





## **III DONNEES MEDICALES ET EPIDEMIOLOGIQUES**

---

### III.1 ACTIVITES DES TECHNICIENS D'ETUDES CLINIQUES 2013

- **NADIS**

1) Mise en place de la Base de Données dans les centres Bretons

**a) Présentation du logiciel aux différentes équipes**

**b) Organisation des rencontres entre les intervenants** (informatique, DIM, labo,...)

- Signature des conventions
- Mise en place de l'informatique / recensement du personnel à former, des postes à équiper
- Organisation de la formation du personnel (réservation des salles informatiques, planning des différents personnels à former à gérer...)
- Animation de réunions et rédaction de compte-rendu

**c) Récupération des données**

- Participation à la récupération des données (envoi fichiers Excel, DMI2, ressaisie d'une partie des données)
- Validation de l'import des données

**d) Organisation de l'utilisation NADIS dans le centre**

- Logistique et organisation du travail de l'équipe (Rédaction de procédures, etc...)
- Paramétrage (bilans...), Mise en place d'espaces de partage de documents NADIS (CST, Différentes procédures, Compte-rendu réunions)

2) Gestion de NADIS au quotidien après la phase d'installation

- Saisie des données de l'année en cours
- Récupération des consentements et recensement
- Contrôle qualité des données
- Saisie de nouvelles données non récupérées ou non exhaustives (ex: les hépatites)
- Administration de la base (gestion des mots de passe, des profils utilisateurs, screening, requêtes, paramétrages des bilans...)
- Organisation et animation de réunions « bilans » à 6 mois, 1 an, etc....
- Sollicitation par les utilisateurs pour toute question ou problème

Le TEC est le lien entre les différents intervenants et utilisateurs sur chaque centre.

- **RAPPORT D'ACTIVITE**

1) Mise à jour des bases de données autres que NADIS (Base Excel ETP, AEV, Suivi des patients)

2) Recueil des données auprès des différents acteurs

- Assistant(e) Social(e), Psychologue, Diététicien(ne), Médecin du DIM, Médecins de la PMA, Infirmières d'ETP, Médecin du travail et médecin référent des AEV.

3) Synthèse des données recueillies pour le rapport d'activité

- La totalité de la file active bretonne / Les nouveaux patients
- La procréation

- La mortalité
- L'activité du service
- Les activités paramédicales (ETP/ AS/ Diet., AEV...)

#### 4) Élaboration des graphiques

#### 5) Organisation d'une réunion de présentation des données dans les centres et présentation (support power point)

Le rapport d'activité se fait à l'échelle départementale et régionale.

#### • RECHERCHE CLINIQUE

- Mise en place de protocole de recherche clinique (Ex : L'Enquête Périnatale Française (EPF) mise en place dans la quasi-totalité des centres Bretons, HIV Controller (CODEX), COVERTE, Cohorte VIH-2, ORIVAO, Cohorte PRIMO, enquête de qualité des soins COREVIH Auvergne-Loire, etc...)
- Suivi des patients dans les protocoles (Organisation des visites, remplissage des cahiers d'observation,...)
- Participation à la commission recherche clinique (environ 3 réunions par an)  
-Projet Fracture et VIH (questionnaire Patients), Projet Cancer et VIH, etc...

#### • PARTICIPATION AUX COMMISSIONS

- Participation aux réunions des commissions : médecine de ville et dépistage
- Mise en place et suivi des différentes activités : sondages (AES), questionnaires (ETP), mise en place d'un parcours et modélisation (HdJs)
- Analyse des données recueillies et Présentation des résultats

#### • COOPERATION INTERNATIONALE

Mission à Bujumbura (Burundi) autour de la base de données SIDA-INFO

- Etat des lieux de l'existant
- Visites sur site auprès des équipes et recueil des demandes et attentes
- Travail sur une base de données de gestion des résultats d'examen
- Travail en partenariat avec Nantes
- Rapport d'activité de la mission
- Réflexion sur une base de données de virologie permettant le recueil des données de géotypages réalisés au Burundi

#### • LES « A COTE »

- Les requêtes ponctuelles des différents acteurs du Corevih (médecins, virologues, secrétaires, ...) et personnels de chaque site
- Recensement et envoi des DO VIH et Sida à l'INVS
- Suivi des RCP (nombre de participants, dossiers présentés)
- Création de bases de données annexes
- Réunions, congrès, formations, visioconférences, nombreux déplacements
- Partie logistique

(Envoi de courriers, organisation de réunions, envoi d'invitations, organisation de pause-goûters, commandes de matériels, contact avec les directions dans le cadre de la convention inter-établissement, relances téléphoniques dans le cadre d'enquêtes...)

- **Activité des TECs par Département**

	<b>Côtes d'Armor</b>	<b>Finistère</b>	<b>Ille-Et-Vilaine</b>	<b>Morbihan</b>
<b>Temps TEC</b>	20%	100%	100% 80%	100%

	<b>Jean-Charles Duthé</b>	<b>Pascal Lotton</b>	<b>Virginie Mouton-Rioux</b>	<b>Jennifer Rohan</b>
<b>NADIS</b>	25%	50%	40%	40%
<b>Rapport d'activité</b>	30%	5%	30%	30%
<b>Recherche Clinique</b>	15%	20%	10%	15%
<b>Participation aux commissions</b>	10%	5%	0%	5%
<b>Coopération internationale</b>	15%	10%	0%	0%
<b>Les « A côté »</b>	5%	10%	20%	10%

- **Formation des TECs**

Logiciel ACCESS	7, 8, 14, 15, 21 et 22 janvier 2013
DAT'AIDS	10 juillet 2013
NADIS V5	25 juin 2013

- **Déplacements des TECs**

	<b>Jean-Charles Duthé</b>	<b>Pascal Lotton</b>	<b>Virginie Mouton-Rioux</b>	<b>Jennifer Rohan</b>
Journée JANSSEN (Paris) – 24 janvier 2013	X			
Assemblée Générale EPF (ANRS) – 05 avril 2013	X	X	X	X
Formation des TECs SFLS (Lyon) – 6 et 7 juin 2013		X	X	
Burundi (Coopération internationale) – 30 août au 07 septembre 2013	X	X		
Congrès SFLS (Poitiers) – 24 et 25 octobre 2013	X	X		
Journée Périnatalité (Paris) – 29 novembre 2013		X	X	
Forum NADIS (Paris) – 14 décembre 2013	X	X		

## III.2 DONNEES DU DEPISTAGE

Le COREVIH Bretagne et l'Observatoire Régional de la Santé en Bretagne collaborent dans le domaine de la surveillance épidémiologique. Les données 2013 n'étant disponibles qu'au 1<sup>er</sup> décembre de l'année suivante, les données chiffrées 2012 concernant le dépistage du VIH en Bretagne, ainsi que l'analyse de ces chiffres, sont disponibles en ligne : [http://orsbretagne.typepad.fr/ors\\_bretagne/vih\\_vhc\\_syphilis/](http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/vih_vhc_syphilis/)

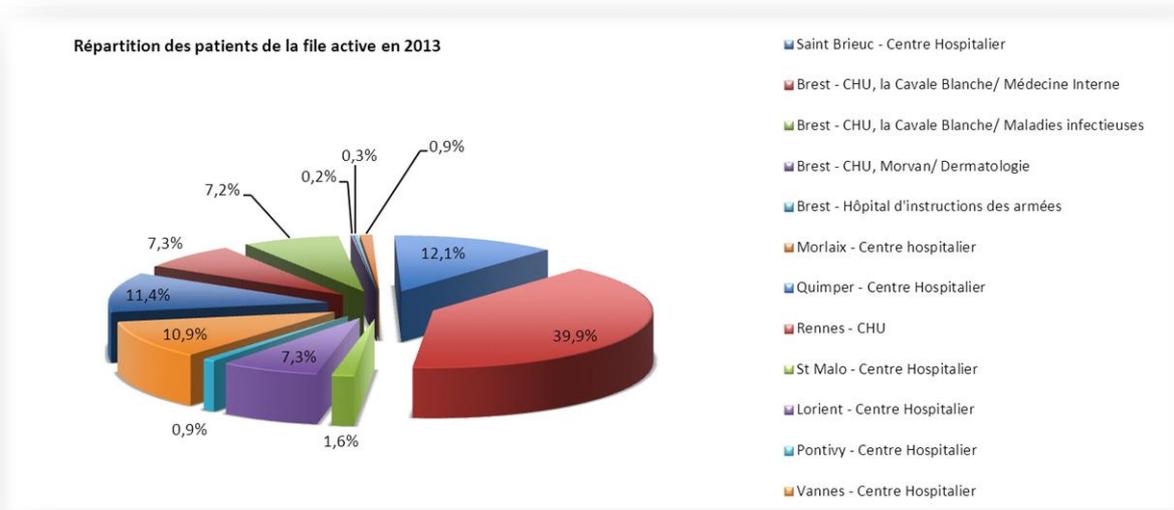
## III.3 ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES DU COREVIH-BRETAGNE

### III.3.1 Répartition géographique de la file active du COREVIH en 2013

Les 12 services hospitaliers participant au recueil de l'activité du COREVIH Bretagne ont suivis en 2013 plus de 3 000 patients (3 072 patients ont consulté au moins une fois dans les structures concernées), soit l'augmentation habituelle que l'on constate au cours des dernières années (+3,6 % en 2013, +2,5% en 2012). Le nombre de décès reste très faible, (0,8 % en 2013, 1,3% en 2012) et la file active reste « dynamique ». Cette « file active » garde un aspect dynamique : parmi ces patients, 253 sont nouvellement suivis en Bretagne, et 102 ont découvert leur séropositivité dans l'année.

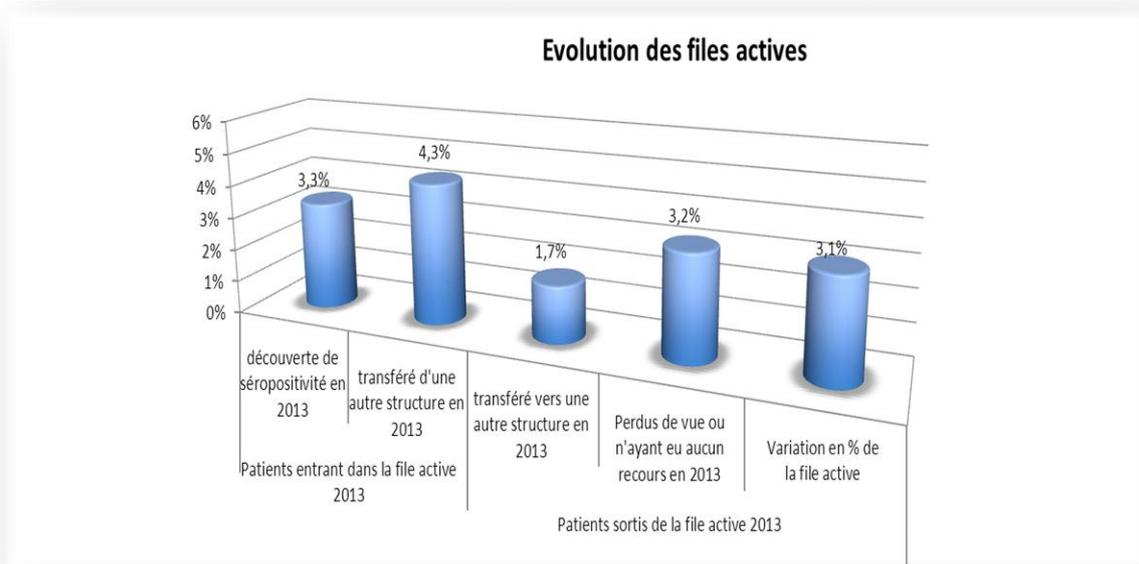
Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nombre de patients/ File active	Nombre de nouvelles prises en charge 2013	Nombre de nouveaux séropositifs	Nombre de décès	% file active du service / file active totale
Côtes d'Armor	St Brieuc	Saint Brieuc - Centre Hospitalier	350	44	11	2	11,4%
Finistère	Brest	Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Médecine Interne	225	12	3	4	7,3%
		Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Maladies infectieuses	221	31	7	0	7,2%
		Brest - CHU, Morvan/ Dermatologie	5	1	2	0	0,2%
		Brest - Hôpital d'instructions des armées	9	1	0	0	0,3%
	Morlaix	Morlaix - Centre hospitalier	28	7	3	0	0,9%
	Quimper	Quimper - Centre Hospitalier	372	23	10	6	12,1%
Ille-et-Vilaine	Rennes	Rennes - CHU	1 225	85	40	9	39,9%
	St Malo	St Malo - Centre Hospitalier	50	7	3	1	1,6%
Morbihan	Lorient	Lorient - Centre Hospitalier	223	12	5	1	7,3%
	Pontivy	Pontivy - Centre Hospitalier	29	4	2	0	0,9%
	Vannes	Vannes - Centre Hospitalier	335	26	16	3	10,9%
<b>Total Régional</b>			<b>3 072</b>	<b>253</b>	<b>102</b>	<b>26</b>	<b>100,0%</b>

En terme de volume, quatre types de files actives peuvent être identifiées : avec 1225 patients ayant eu au moins un recours dans l'année, le service de maladies infectieuses du CHU de Rennes suit un peu plus du tiers des patients bretons. Six services ont des files actives de 200 à 400 patients, et 3 services des files actives entre 10 et 50 patients. Les petites files actives (Morlaix, Saint Malo), sont celles qui augmentent le plus rapidement au cours du temps. Deux services ont une file active très faible (<10 patients), qui a de plus beaucoup diminuée entre 2012 et 2013, posant la question de la pertinence de conserver ces éléments comme des entités isolées.



### III.3.2 Évolutivité de la file active, perdus de vue

En 2013, le COREVIH ne dispose toujours pas de protocole commun de recherche des perdus de vue pour l'ensemble de tous les sites de prise en charge. D'un site à l'autre, la recherche de ces perdus de vue est plus ou moins active. Or le fait de disposer d'une base de données moderne nous permet d'avoir rapidement une idée des patients qui ont dépassé les délais de rendez-vous habituels, et permettrait une recherche rapide. Dans la mesure où les rendez-vous hospitaliers sont de plus en plus espacés, cette recherche active des perdus de vue prend toute son importance. Les données issues de nos bases retrouvent 3,2% de perdus de vue (patients n'ayant eu aucun recours en 2013 et non considérés comme des transferts vers d'autres structures ou des décès). C'est mieux que les 5% de 2012, mais il est important que les services rattachés au COREVIH poursuivent une politique active de recherche des perdus de vue.

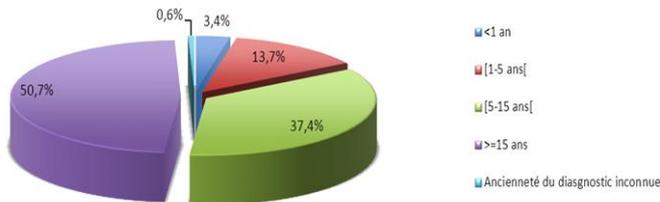


### III.3.3 Caractéristiques de la file active

Les patients du COREVIH Bretagne sont suivis depuis longtemps... Pour la première fois en 2013, plus de 50% de

la file active est suivie depuis plus de 15 ans et près de 90% sont suivis depuis plus de 5 ans : on peut attester sans difficultés que nous sommes bien dans la prise en charge de patients porteurs d'une maladie chronique.

Répartition des patients en fonction de l'ancienneté du diagnostic

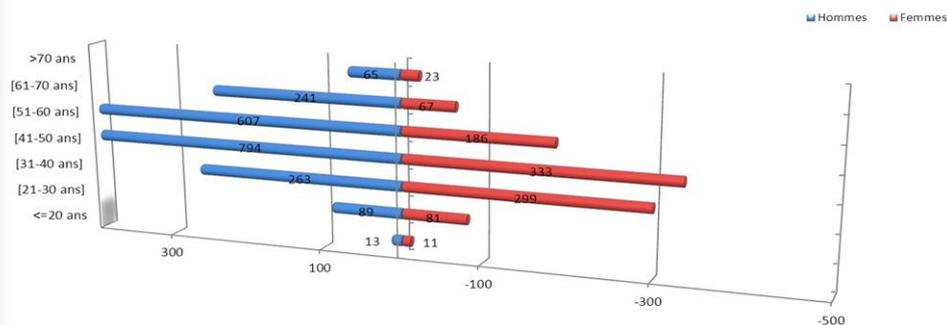


#### ■ Âge et sex-ratio

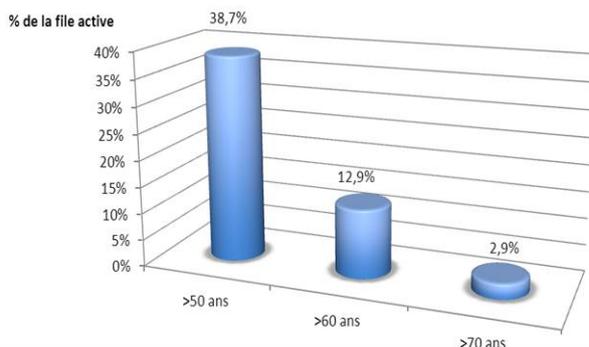
La file active « vieillit » progressivement et la tranche d'âge la plus représentée est aujourd'hui celle des

41-50 ans. Près de 90 patients (3%) ont plus de 70 ans, et près de 400 (13%) ont plus de 60 ans ; la proportion de plus de 50 ans est passée de 30,8% en 2011 à 36% en 2012 et 39% en 2013

Pyramide des âges de la file active



Répartition des patients âgés de + de 50 ans



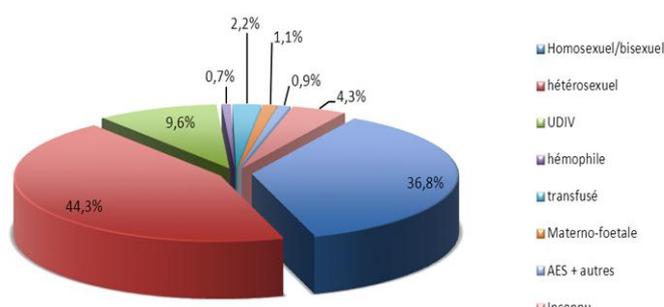
Le sex-ratio reste assez stable d'une année à l'autre, avec 2/3 d'hommes (2072 patients) et 1/3 de femmes (1000 patientes).

▪ **Répartition des modes de contamination**

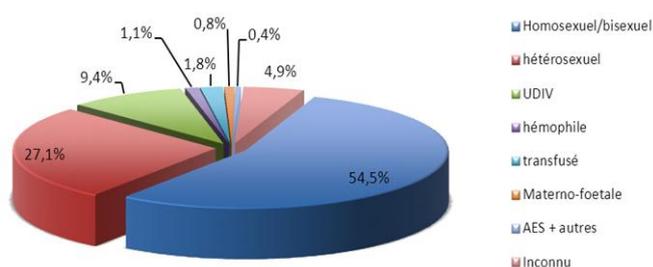
La proportion de contamination homo/bisexuelle chez les hommes continue à augmenter progressivement, avec toujours un peu plus de la moitié des hommes suivis dans la file active. Il persiste très peu d'hommes et de femmes contaminés suite à l'usage de drogue (moins de 10%), ceci étant lié à la quasi-absence de nouveaux cas liés à ce mode de contamination.

On reste donc dans une dynamique épidémique très concentrée sur les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, groupe épidémiologique qui doit rester la cible des actions de prévention. On rappelle que les taux d'incidence dans cette population, à l'échelle nationale, sont 200 fois plus élevés que chez les personnes ayant des relations hétérosexuelles exclusivement<sup>1</sup>.

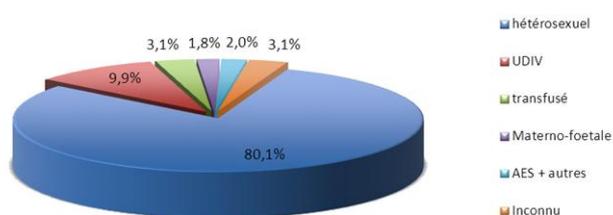
**Répartition par mode de contamination, hommes et femmes**



**Répartition par mode de contamination, hommes**



**Répartition par mode de contamination, femmes**



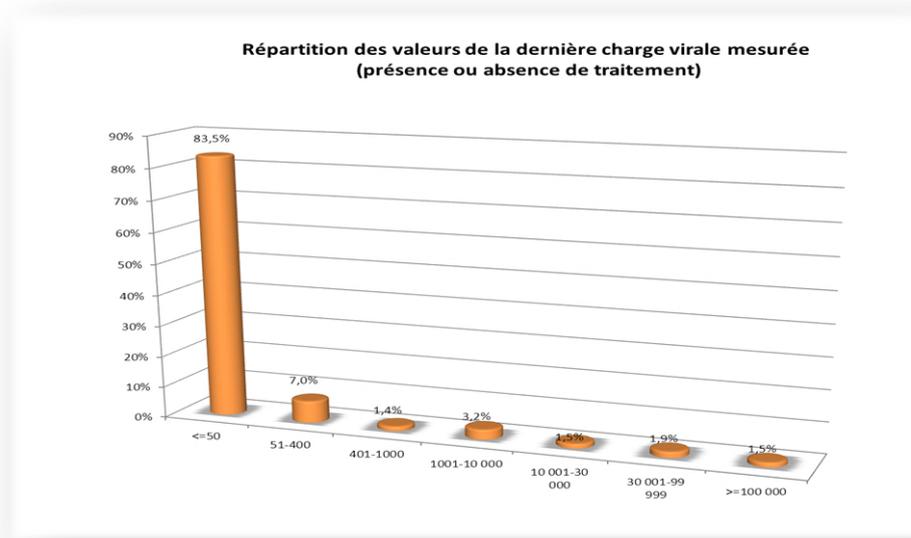
<sup>1</sup> BEH, novembre 2010

## ▪ CD4 et charge virale

### Tous les patients

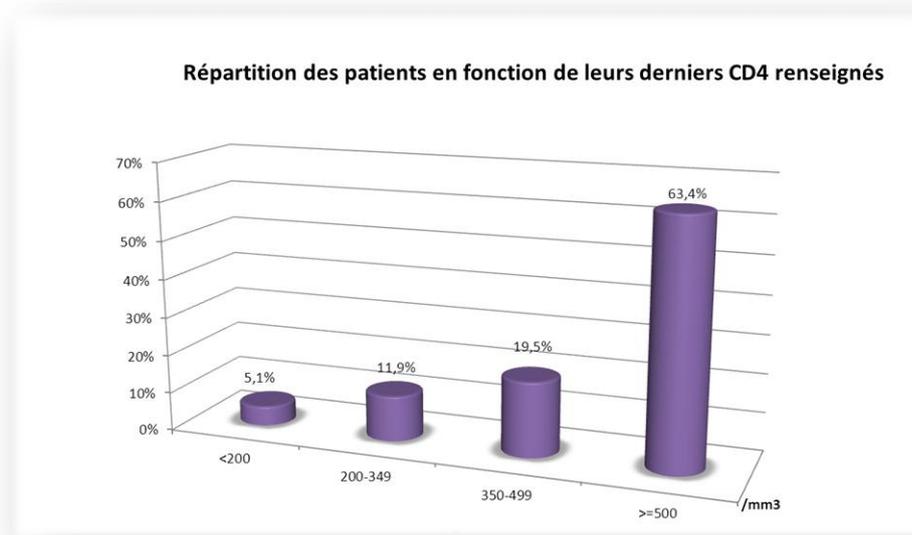
Le pourcentage de patients suivis ayant une charge virale indétectable et un nombre de CD4 supérieurs à 500/mm<sup>3</sup> est toujours à la hausse.

Plus de 80% des patients de la file active ont une charge virale indétectable, qu'ils soient ou non sous traitement et quelle que soit la durée antérieure de celui-ci. Ce chiffre, à la lumière des dernières données concernant les risques de transmission, donnent une idée approximative du nombre de personnes potentiellement contaminantes en Bretagne : un peu moins de 500 personnes parmi les 3072 patients suivis. On estime à l'échelle nationale que le nombre de séropositifs non dépistés et de l'ordre de 20%, soit environ 600 personnes supplémentaires. Très



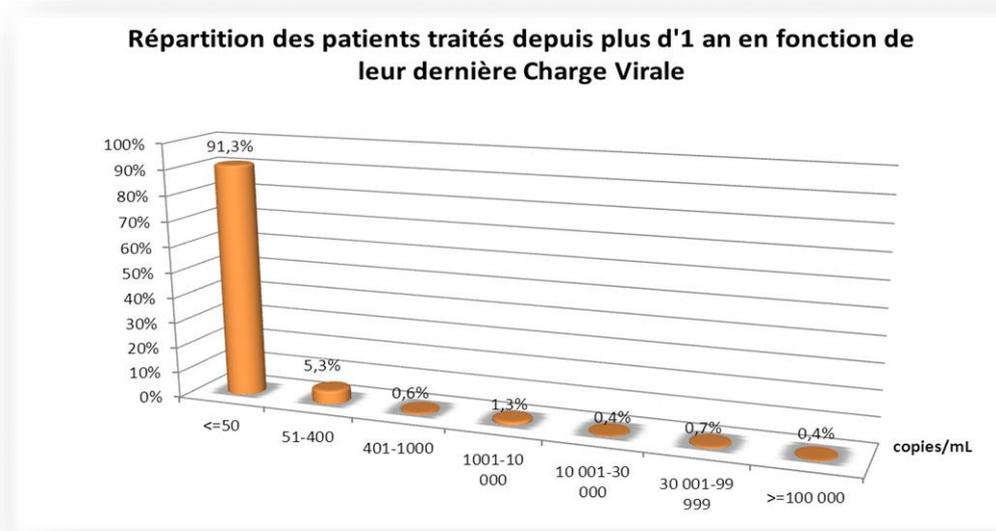
approximativement, il y a environ 1100 personnes en Bretagne susceptibles de transmettre le VIH.

Les patients suivis ont une immunité qui s'améliore au fil du temps, avec chaque année 1,5 à 2% de patients supplémentaires ayant des CD4 > 500/mm<sup>3</sup> (62,1% en 2012, 63,4% en 2013).

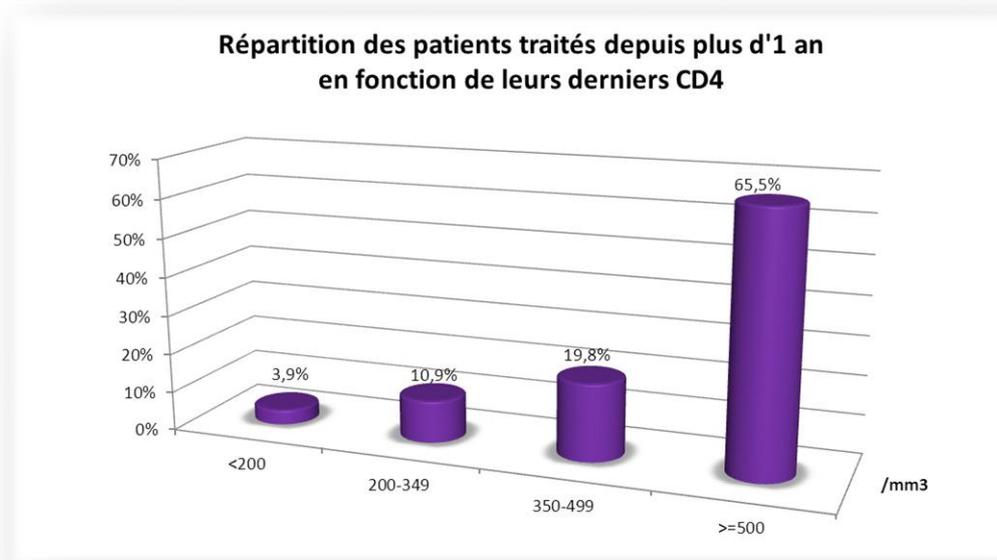


### Patients sous traitement antirétroviral

Qu'ils soient traités depuis plus de 6 mois ou plus d'un an, la charge virale est indétectable dans 90 à 91% des cas. Cette absence de différence entre les résultats à 6 et 12 mois illustre probablement la plus rapide diminution de charge virale que l'on obtient avec les trithérapies utilisées au cours des dernières années. Les charges virales sont rapidement indétectables, et ce malgré l'utilisation majoritaire des antiprotéases en 1<sup>ère</sup> ligne (dont on sait que comparativement aux inhibiteurs non nucléosidiques et aux anti-intégrases, ce sont les molécules qui font baisser la charge virale le plus lentement).

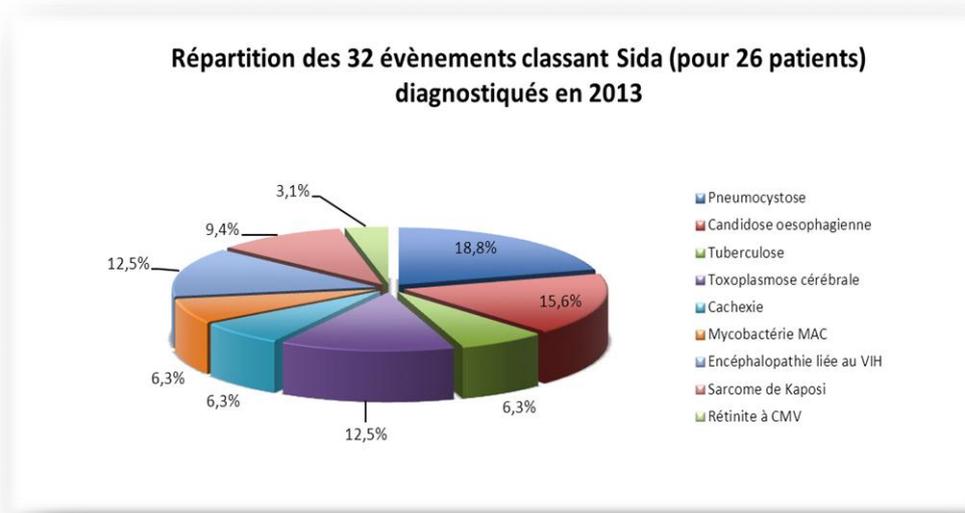


De façon non surprenante, la proportion de patients ayant des CD4 > 500 sous traitement est plus importante quand on prend l'ensemble des patients traités depuis plus d'un an (65,5 %) par rapport aux patients traités depuis plus de 6 mois (60,9%), et qui inclut donc en plus les patients traités depuis plus de 6 mois mais moins d'un an.



### ▪ Affections opportunistes

Le nombre d'événements opportunistes et classant sida reste très faible (32 événements en tout, au cours d'une année, concernant 26 patients (identique à 2012)). La proportion de tuberculose a baissé par rapport à 2012, la proportion de candidose œsophagienne augmente, mais il est impossible de dire si ces évolutions sont significatives, du fait du très faible nombre d'événements.

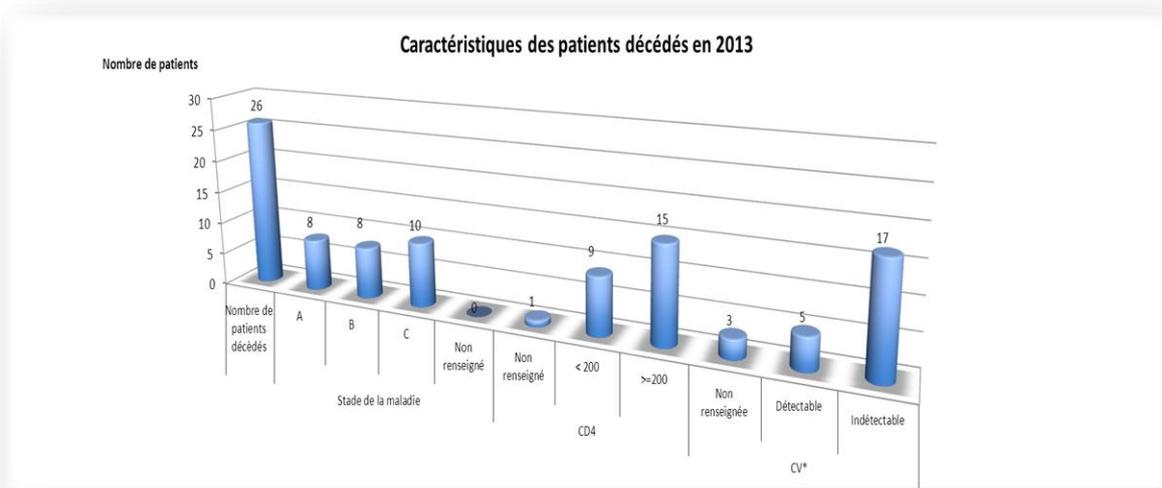


Moins d'un quart des patients de la file active a un jour atteint le stade sida (quelle que soit l'ancienneté), et ce chiffre est en baisse constante au cours des dernières années.

### ▪ Données de mortalité

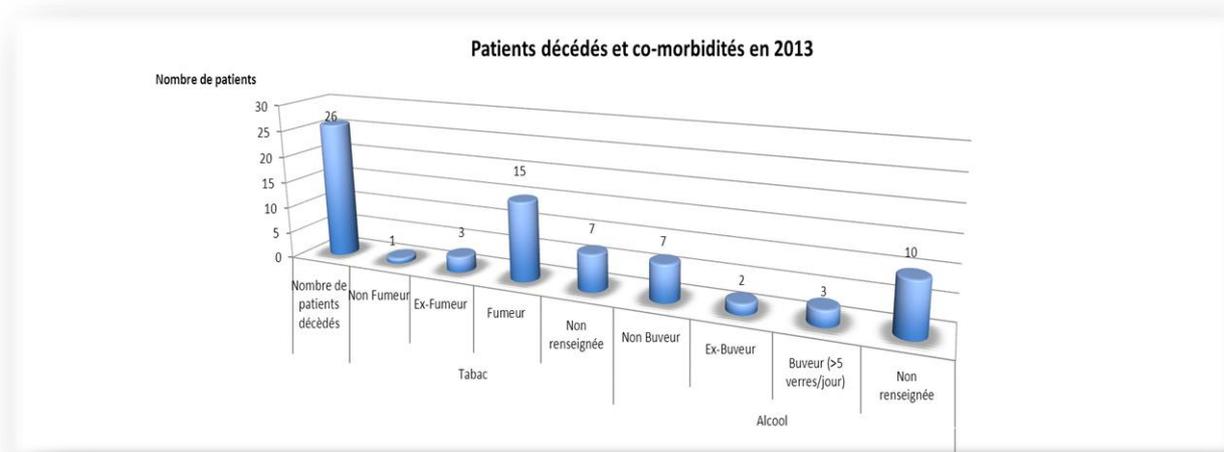
Avec 26 décès pour 3072 patients suivis, la mortalité de la file active du COREVIH est encore en baisse (39 décès en 2012, pour 2979 patients suivis), soit une mortalité en baisse de 1,3 à 0,8% de la file active.

Ces décès surviennent en majorité chez des patients dont l'infection virale est maîtrisée (pour 65%, la dernière



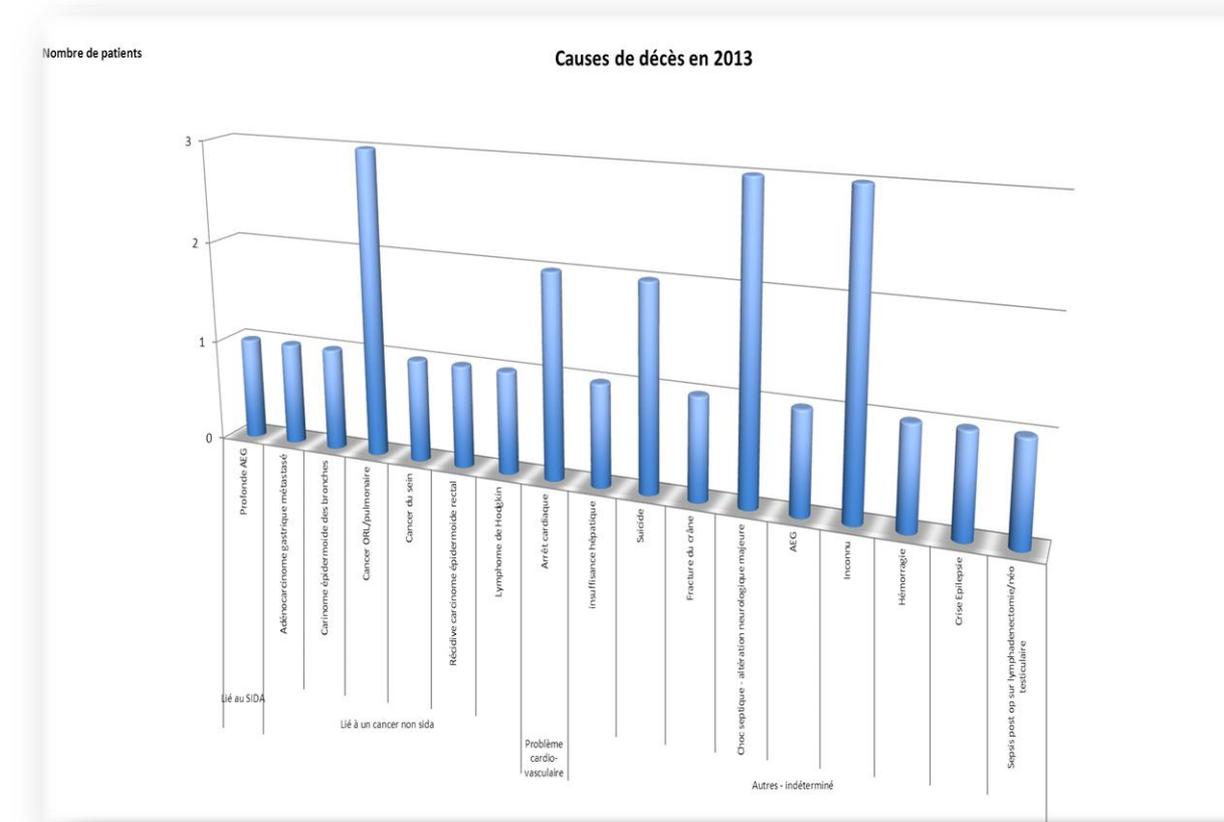
charge virale mesurée avant le décès est indétectable), ou dont le déficit immunitaire est de sévérité moyenne (58% ont plus de 200 CD4, et 10 patients sur 26 ont un antécédent de sida).

Le poids des comorbidités reste élevé, le nombre de patients fumeurs ou ex-fumeurs approche 70% (alors que le



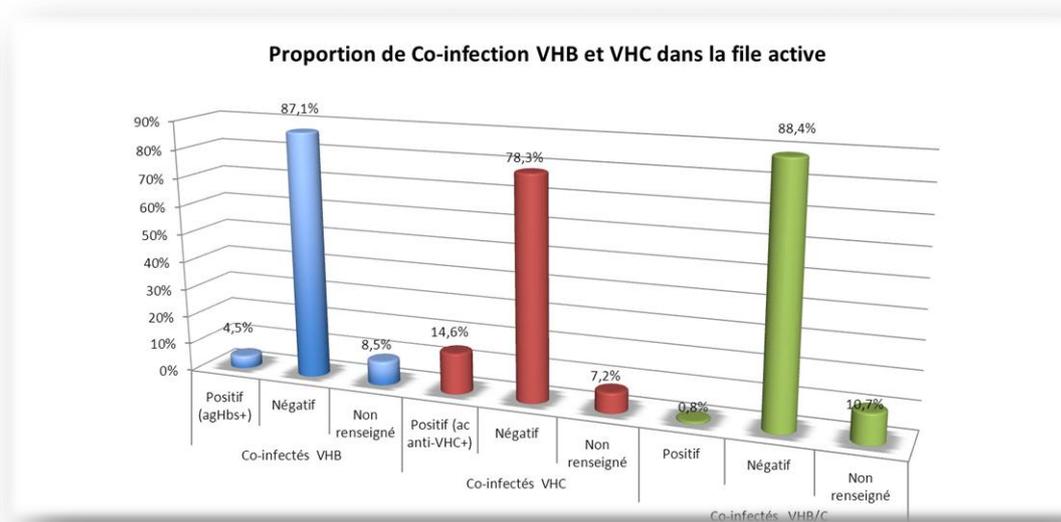
renseignement n'est pas disponible pour 28%...).

Les causes de décès sont variées, mais une seule (altération profonde de l'état général) est rapportée au sida, toutes les autres causes de décès étant « non-sida », dont 8 cancers.



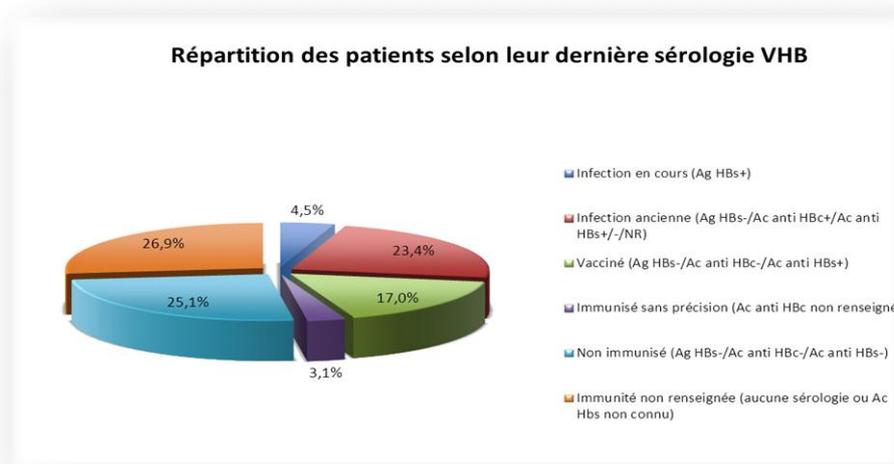
## ▪ Hépatites

Depuis plusieurs années, les techniciens d'étude clinique ont priorisé le renseignement des statuts VHB et VHC des patients de la file active du COREVIH-Bretagne, statut qui était très souvent non renseigné jusqu'à la fin des années 2000. Même si, pour un certain nombre de patient, cette donnée est accessible dans le dossier papier du patient, elle n'est pas « immédiatement » connue par les cliniciens et il est donc souvent impossible de statuer au cours de la consultation quant à la nécessité d'une vaccination pour le VHB ou du type de contrôle (charge virale ou sérologie) nécessaire pour le VHC. En 2012, nous avons pour la première fois moins de 10% de statuts « non-renseigné » dans la file active. En 2013, les chiffres sont identiques : il reste donc des efforts à faire, l'objectif étant d'atteindre 100% de statuts renseignés. A noter qu'il y a tout de même de fortes disparités en fonction des marqueurs recherchés : si le statut concernant l'AgHBs est connu chez 91,6% des patients, il en va autrement de leur statut sérologique complet : pour près de 30% des patients, on ne connaît pas le statut de protection (AcHBs inconnu)...

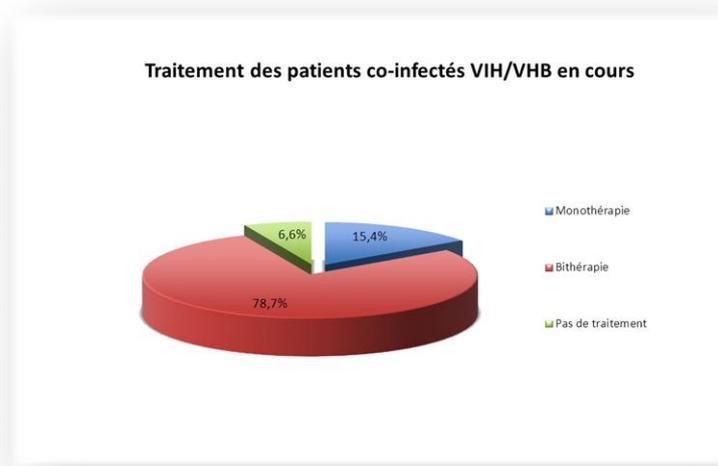


## Hépatites B

La proportion de patients ayant été en contact avec le virus B est très élevée : 27,9% des patients de la file active sont AgHBs+ ou AcHBc+. Cela illustre le très fort déficit en vaccination VHB dans l'enfance en France et à l'étranger. Enfin, il y a toujours ¼ des patients qui n'ont aucune immunité vis-à-vis du VHB. De nouvelles modalités de



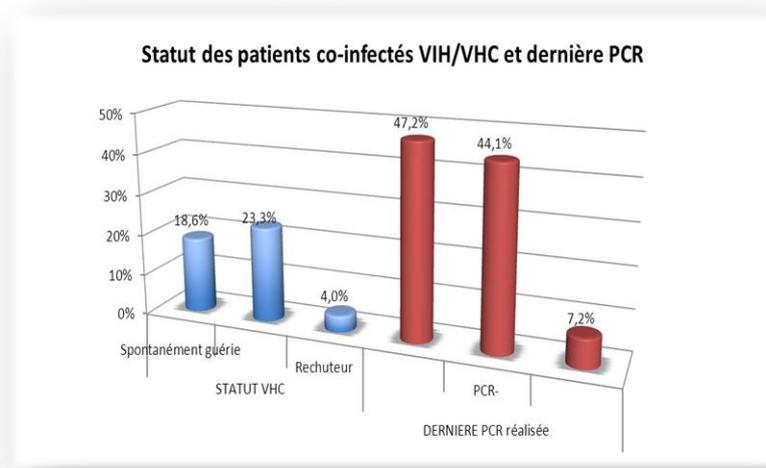
vaccination ayant été proposées en 2013<sup>1</sup>, il est temps de proposer une vaste opération de rattrapage auprès des patients suivis en Bretagne. Pour les patients co-infectés VIH et VHB, la bithérapie reste l'option de loin la plus fréquente (78% des patients).



### Hépatites C

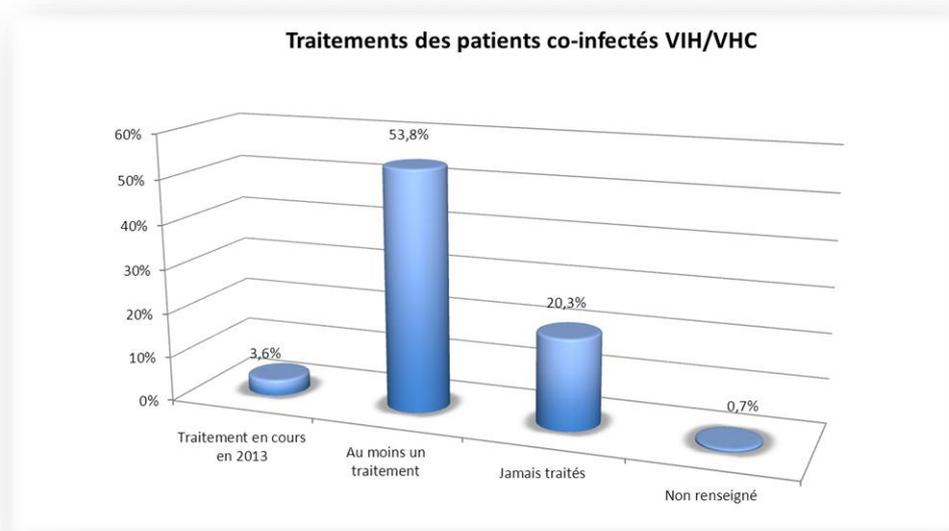
Dans la mesure où nous vivons une période « révolutionnaire » en terme de traitement contre le virus de l'hépatite C, il est particulièrement important aujourd'hui que nous connaissions le statut de nos patients, afin de leur proposer les meilleures options possibles. La question essentielle qui est posée est de savoir si les patients ayant une hépatite C active aujourd'hui peuvent encore attendre quelques mois à quelques années pour disposer de tout le panel des nouvelles molécules en cours de commercialisation, ou si leur état nécessite un traitement rapide avec les options disponibles dès aujourd'hui.

Près de 15% des patients de la file active ont, ou ont eu, une hépatite C, ce qui se traduit par une sérologie VHC positive.



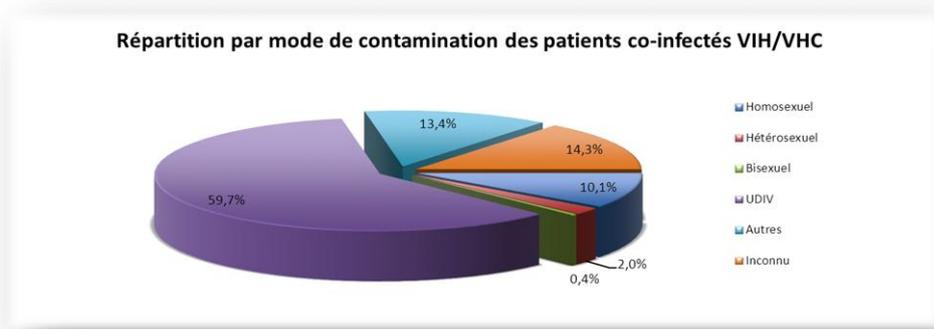
<sup>1</sup> Rapport d'expert 2013 : La vaccination contre l'hépatite B est recommandée également chez toutes les personnes adultes infectées par le VIH sans marqueur sérologique du VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs et anti-HBc négatifs). La réponse au schéma vaccinal standard (trois doses intramusculaires (IM)) est inférieure à celle de la population non infectée par le VIH, un schéma vaccinal renforcé (quatre doubles doses (soit 40 microgrammes) IM administrées à J0, M1, M2 et M6) est recommandé chez l'adulte, en particulier chez les patients ayant des facteurs de mauvaise réponse (sexe masculin, âge > 40 ans, fumeurs, charge virale VIH détectable).

Un peu moins de 20% des patients infectés par le VHC a spontanément guéri, ce qui illustre le moins bon chiffre de guérison que dans la population générale. Lors du dernier contrôle réalisé, encore près de 50% des patients ayant une sérologie VHC positive ont également un ARN VHC positif : ce chiffre a un peu baissé entre 2012 et 2013, passant de 54,2 à 47,2%. Un peu plus de 20% des patients qui devraient pouvoir bénéficier d'un traitement (sérologie VHC positive et non spontanément guéris) n'ont jamais reçu de traitement de l'hépatite C. Ce chiffre est en baisse de 10% par rapport à 2012, ce qui est une bonne nouvelle.



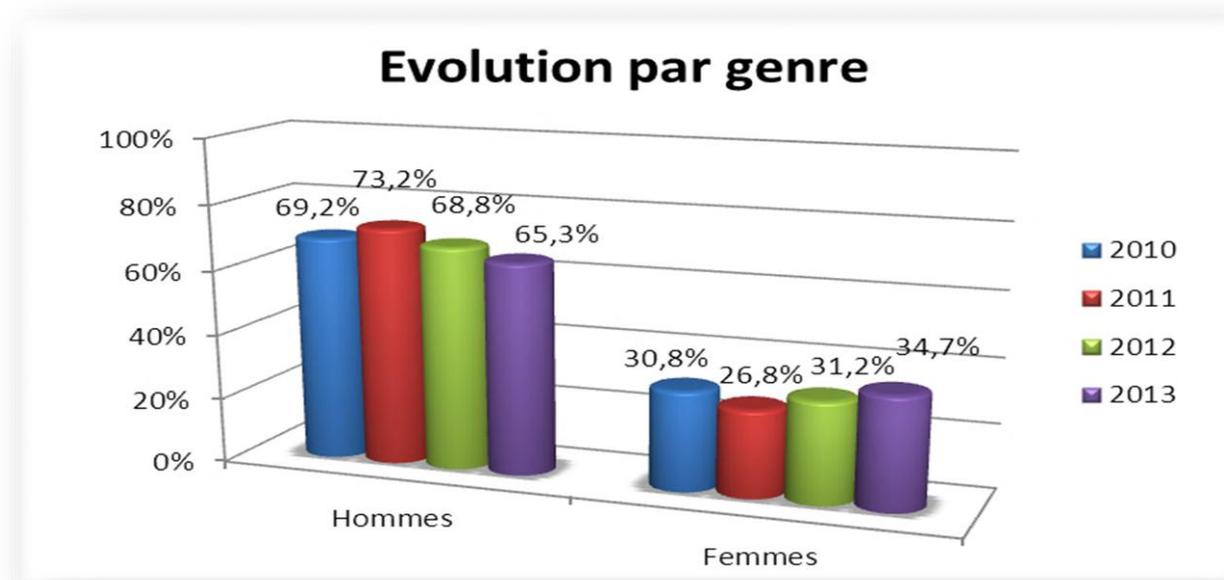
Les données dont dispose le COREVIH concernant les stades de fibrose sont trop parcellaires pour être exposées, mais celles-ci devraient pouvoir être analysées en 2014, au moins pour un certain nombre de sites sélectionnés bénéficiant de la base Nadis depuis plus de 2 ans.

Le COREVIH ne dispose pas de données fiables au cours des années précédentes concernant les modalités d'acquisition de l'hépatite C, mais ces données sont actuellement recueillies de façon prospective, ce qui nous permettra de réaliser les comparaisons pour les années ultérieures ; nous serons particulièrement vigilants sur la proportion de nouvelles infections dans le groupe des hommes ayant des relations avec d'autres hommes, qui semble être le nouveau « noyau » épidémique dans les enquêtes nationales de séro-incidence chez les co-infectés.

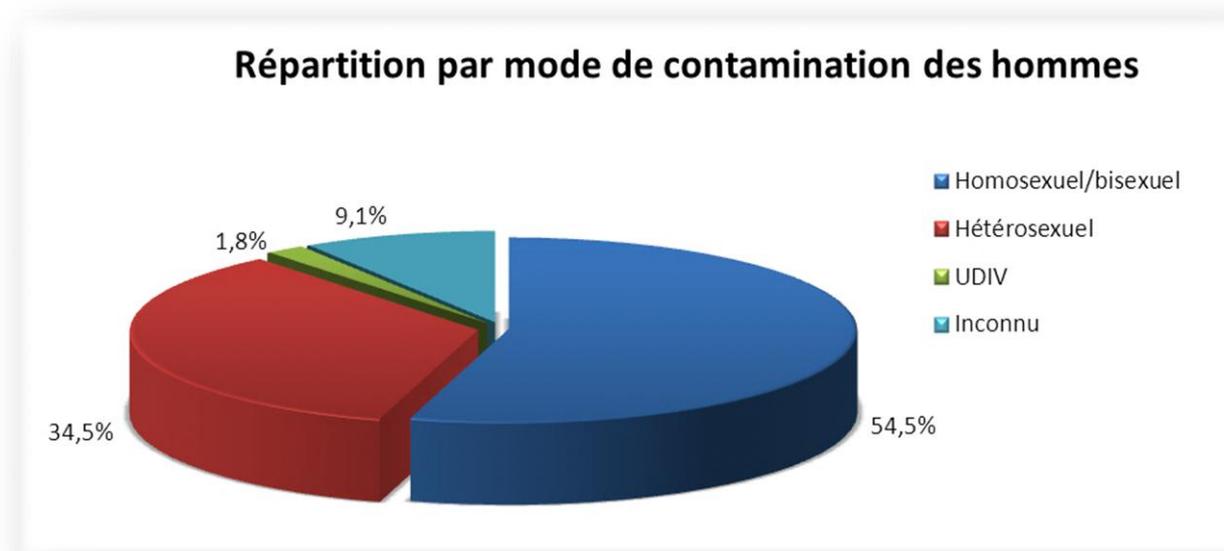


### III.3.4 Patients nouvellement pris en charge

Le nombre de patients découvrant leur séropositivité et pris en charge en Bretagne est très stable au cours des quatre dernières années : 91 en 2010, 112 en 2011, 109 en 2012 et 102 en 2013. Par contre la proportion de femmes augmente régulièrement depuis 2011, passant de 26,8 à 34,7%.

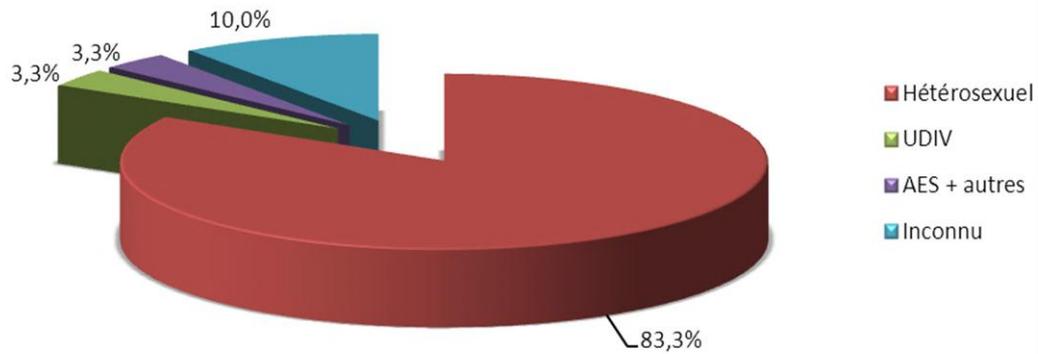


Chez les hommes, le mode de transmission reste majoritairement homo/bisexuel (plus de 54%),



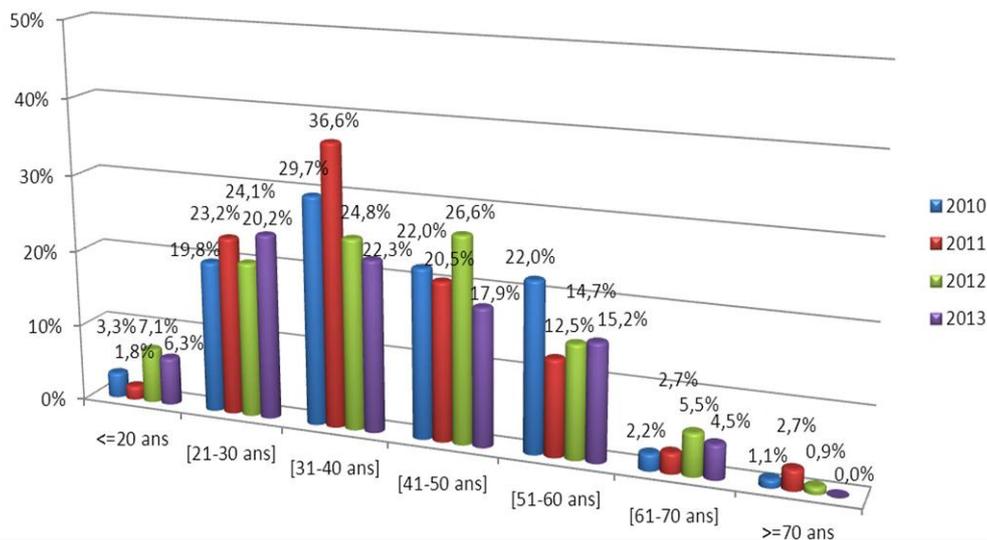
et hétérosexuel chez la grande majorité des femmes : près de 85%, en sachant que 10% supplémentaires ne sont pas renseignés, ce qui laisse peu de place pour les autres modes de contamination !

### Répartition par mode de contamination des femmes



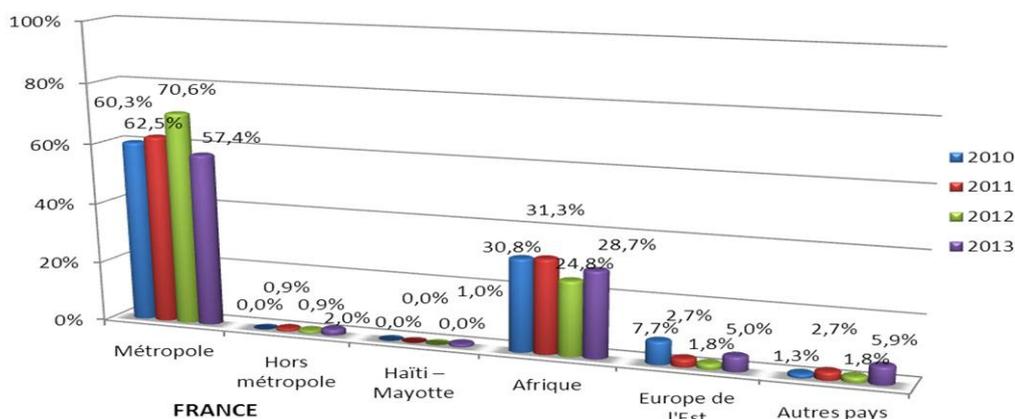
L'âge moyen et médian de découverte de l'infection semble assez stable, les analyses par tranche d'âge montrant assez peu d'évolution d'une année à l'autre.

### Evolution par tranche d'âge



L'origine des patients découvrant leur séropositivité est également stable au cours des 4 dernières années, avec environ 30% des patients migrants d'Afrique subsaharienne, même si l'on note entre 2012 et 2013 une diminution de la proportion des patients originaires de métropole, partiellement au profit de l'Afrique, mais également de l'Europe de l'Est et d'autres pays.

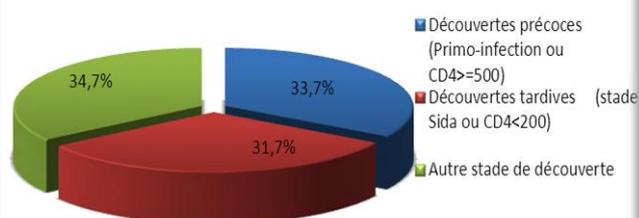
## Evolution 2010/2011/2012/2013 selon l'origine des patients



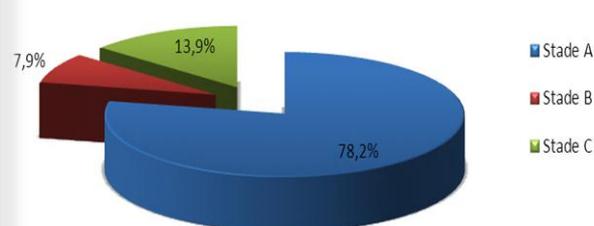
La proportion de découvertes tardives<sup>1</sup> est stable, proche de 30% (28,2% en 2012, 31,7% en 2013) et illustre encore nos carences en terme de politique de dépistage, même si le COREVIH Bretagne est plutôt bien placé par rapport à l'ensemble des 28 COREVIH nationaux en terme de patients diagnostiqués à un stade précoce.

Si cette analyse est faite en fonction des CD4 uniquement, on constate qu'un peu plus de 30% des patients découvrant leur séropositivité ont moins de 200 CD4/mm<sup>3</sup>, et la clinique prise isolément retrouve qu'un peu moins de 14% des patients découvrent leur séropositivité au stade de SIDA. Globalement en 2013, les découvertes ont été un peu plus tardives qu'en 2011 et 2012.

## Répartition des patients par stade de découverte



## Répartition des nouvelles découvertes en fonction des stades cliniques



<sup>1</sup> On entend par diagnostic tardif les patients dont la séropositivité est découverte en dessous de 200 CD4/mm<sup>3</sup> ou au stade SIDA, et précoce lorsque les CD4 sont ≥ 500 /mm<sup>3</sup> ou au stade de primo-infection.



# Diagnostics précoces et tardifs\* d'infection VIH en 2012, par Corevih

Corevih	Découvertes de séropositivité			Corevih	Découvertes de séropositivité		
	N	% diagnostic précoce*	% diagnostic tardif*		N	% diagnostic précoce*	% diagnostic tardif*
Alsace**	107	41%	20%	IdF Sud	624	36%	26%
Aquitaine	218	42%	24%	Sud-est Clermont-Ferrand	79	46%	27%
Basse-Normandie	64	38%	23%	Sud-est Grenoble	149	35%	29%
Bourgogne	44	35%	39%	Sud-est Lyon	220	36%	29%
<b>Bretagne</b>	<b>141</b>	<b>43%</b>	<b>28%</b>	Languedoc-Roussillon	204	44%	24%
Centre & Poitou Charentes	252	35%	29%	Lorraine & Champagne Ardennes**	171	41%	25%
Franche-Comté	46	35%	19%	Martinique	69	49%	18%
Guadeloupe	198	28%	43%	Midi Pyrénées & Limousin**	242	40%	26%
Guyane	207	32%	32%	Nord Pas-de-Calais**	160	42%	20%
Haute-Normandie	89	41%	31%	Pays-de-la-Loire	196	36%	29%
IdF Centre	643	43%	25%	Picardie	83	26%	37%
IdF Est	981	38%	26%	Paca Marseille	328	49%	17%
IdF Nord	352	34%	32%	Paca Nice**	235	43%	24%
IdF Ouest	248	37%	33%	Réunion	43	19%	35%

\* Diagnostic précoce / tardif défini comme indiqué diapositive 22

\*\* Faible exhaustivité de la DO VIH en 2012 : valeurs à interpréter avec précautions



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2012 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

## III.3.5 Activités des services participant au recueil

### ■ Activité globale

Il existe toujours une assez grande disparité de pratiques entre les différents centres de prise en charge participant au recueil d'activité du COREVIH. Une tendance se dégage néanmoins : la diminution constante du recours à l'hospitalisation de jour, en dehors du site de Pontivy ou ce chiffre est très élevé (près de 2.5 HDJ/patient/an) mais correspond à une anomalie de cotation.

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nb pts	Nbre total de CS	Nbre de CS/patient	Nbre d'HDJ	Nbre d'HDJ/patient	Moy de recours/patient
Côtes d'Armor	StBrieuc	Centre Hospitalier Yves le Foll	350	999	2,85	126	0,36	3,21
Finistère	Brest	Centre Hospitalier Universitaire la cavale blanche/ Médecine Interne	225	488	2,17	65	0,29	2,46
		Centre Hospitalier Universitaire la cavale blanche/ Maladies infectieuses	221	792	3,58	47	0,21	3,80
		Centre Hospitalier Universitaire Morvan/ Dermatologie	5	8	1,60	2	0,40	2,00
		Hôpital d'instructions des armées	NON RENSEIGNE					
	Morlaix	Centre hospitalier de Morlaix	28	65	2,32	2	0,07	2,39
	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	372	1333	3,58	89	0,24	3,82
Ille-et-Vilaine	Rennes	Centre Hospitalier Universitaire Pontchaillou	1225	3789	3,09	100	0,08	3,17
	StMalo	Centre Hospitalier Broussais	50	232	4,64	1	0,02	4,66
Morbihan	Lorient	Centre Hospitalier de Bretagne Sud	223	392	1,7	17	0,07	1,83
	Pontivy	Centre Hospitalier de Pontivy	29	65	2,24	69	2,37	4,62
	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	335	847	2,5	35	0,1	2,63
Total régional			2985	8713	2,9	550	0,18	3,15

Le nombre de recours annuels (incluant consultations et hospitalisations de jour) par patient est en moyenne de 3.15, avec des variations importantes : de 1.83 à Lorient à 4.66 à St Malo. Le nombre de personnes hospitalisées (en dehors des hôpitaux de jour) est également variable d'un site à l'autre, de l'ordre de 5% [3-17%].

▪ **Activité des psychologues, assistantes sociales et diététiciennes**

Le recueil de l'activité des infirmières (pour l'éducation thérapeutique), diététiciennes, psychologues et assistantes sociales est complexe, et variable d'un site à l'autre. La plupart de ces personnels n'ont pas qu'une activité « dédiée » VIH, et produisent des statistiques assez complètes sur leur activité, mais sans que l'on puisse distinguer, le plus souvent, le VIH des autres pathologies qu'ils ont en charge.

Pour les 4 psychologues dont on dispose des données d'activité pour 2013 (St Brieuc, Brest, Quimper et Vannes), 189 patients sont pris en charge, avec 1448 entretiens réalisés et une moyenne de 7,7 entretiens/patients [4.1 – 19].

Nous disposons des données quantitatives partielles concernant les assistantes sociales pour quatre des 12 centres de prise en charge du COREVIH. On remarque que le nombre moyen d'entretiens par patients est homogène dans les 4 structures, légèrement inférieur à 2/an. Proportionnellement, ce sont plus souvent les femmes qui ont recours aux services sociaux, puisqu'elles représentent 50% des personnes vues en entretien, alors qu'elles représentent moins d'un tiers de la file active totale du COREVIH Bretagne.

En attendant que le COREVIH dispose de données homogènes dans le domaine, nous vous proposons en annexe les rapports des services sociaux de Quimper et de Rennes ; qui ne concernent pas que des patients infectés par le VIH mais donnent une bonne idée des populations prises en charge.

**Annexes :**

[Bilan AS – Réseau H – Quimper](#)

[Bilan AS – Maladies Infectieuses - Rennes](#)

### III.3.6 Education thérapeutique

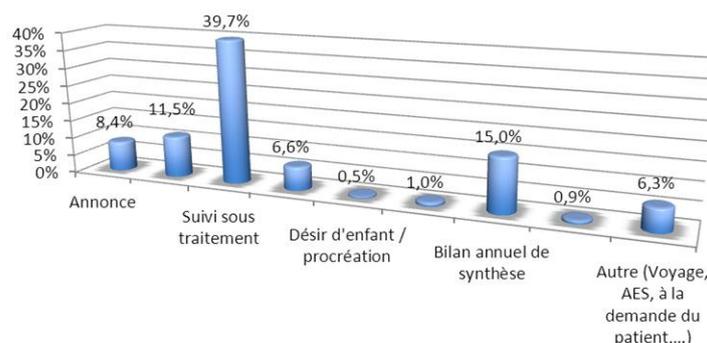
En 2013, le COREVIH a investi de façon importante dans l'objectif de proposer à tous les centres qui le souhaitent une formation/action en éducation thérapeutique du patient (ETP). Ce programme se poursuivra en 2014.

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	File active	Nombre de patients vus en ET	Nombre de séances réalisées	Nombre de séances / patient	% de patients vus en E.T. / file active
Côtes d'Armor	St Brieuc	Centre Hospitalier Yves le Foll	Pas d'ETP formalisée				
Finistère	Brest	Centre Hospitalier Universitaire la cavale blanche/ Médecine Interne	225	60	89	1,48	26,7%
		Centre Hospitalier Universitaire la cavale blanche/ Maladies infectieuses	221	66	98	1,48	29,9%
		Centre Hospitalier Universitaire Morvan/ Dermatologie	Pas d'ETP formalisée				
		Hôpital d'instructions des armées	Pas d'ETP formalisée				
	Morlaix	Centre hospitalier de Morlaix	Pas d'ETP formalisée				
	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	372	37	100	2,7	9,9%
Ille-et-Vilaine	Rennes	Centre Hospitalier Universitaire Pontchaillou	1225	41	57	1,39	1,8%
	St Malo	Centre Hospitalier Broussais	Pas d'ETP formalisée				
Morbihan	Lorient	Centre Hospitalier de Bretagne Sud	223	11	19	17	4,9%
	Pontivy	Centre Hospitalier de Pontivy	Pas d'ETP formalisée				
	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	335	53	113	2,1	15,8%
<b>Total régional</b>			<b>2601</b>	<b>268</b>	<b>476</b>	<b>1,78</b>	<b>10,3%</b>

Six services annoncent une ETP formalisée, qui représente une accessibilité de l'ETP sur leur site de prise en charge à 85% des patients de la file active du COREVIH. Mais la proportion de patients bénéficiant effectivement de cette prise en charge est assez variable, allant de 2 à 30% de la file active. Cela illustre probablement à la fois des différences de pratiques mais également de modalités de recueil et de définitions de termes : le programme régional d'ETP-VIH devrait nous permettre d'avoir une proposition de meilleure qualité, plus accessible et plus homogène dans les années à venir.

Le sex-ratio des consultants en ETP est le même que celui de la file active globale (2/3 d'hommes, 1/3 de femmes) ; les motifs de consultations sont variés, mais tournent autour du traitement dans plus de 50% des cas. A noter que si le motif « annonce » ne représente que 8.4% des recours à l'ETP, 48 patients ont bénéficié de cette procédure formalisée, sur les 102 découvertes de nouvelles séropositivités vues en 2013, soit près d'un patient sur deux. Il nous reste une marge de progression importante, mais ce résultat est très encourageant. Ce chiffre sera attentivement suivi au COREVIH.

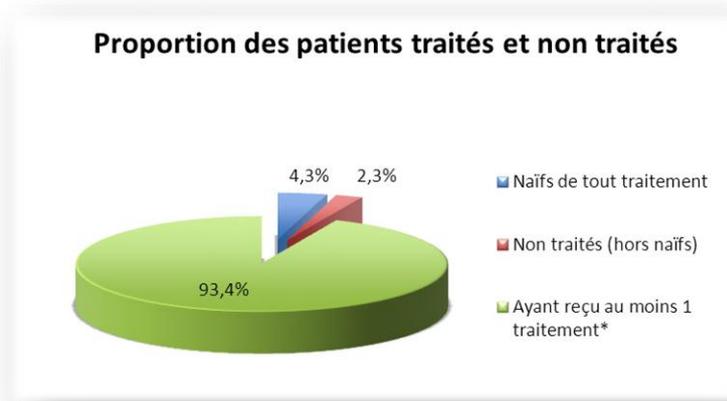
**Motifs de consultation des patients vus en ETP 2013**



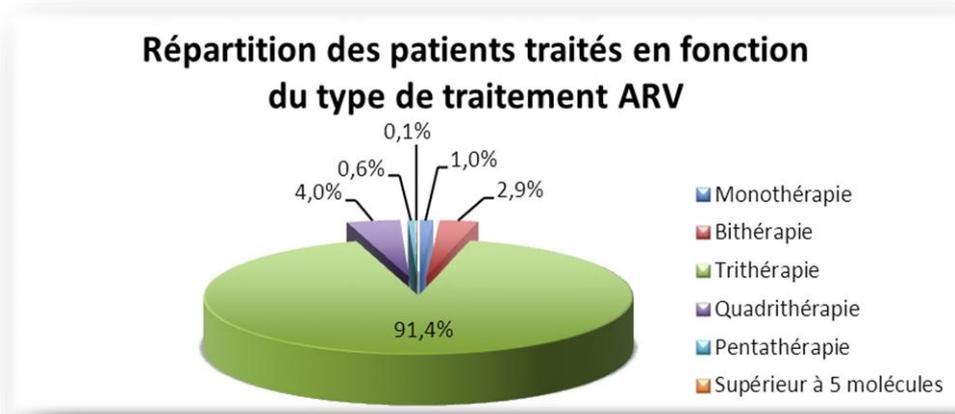
### III.3.7 Traitements antirétroviraux

#### ▪ Traitements chez les patients de l'ensemble de la file active

La proportion de patient recevant ou ayant déjà reçu un traitement reste très importante et continue à augmenter : 93,4% des patients sont concernés, et seulement 4,3% des patients de la file active du COREVIH Bretagne n'ont jamais reçu de traitement antirétroviral.



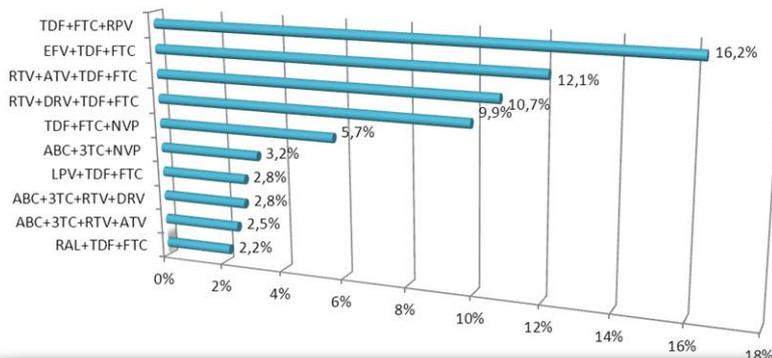
De façon non surprenante, la trithérapie<sup>1</sup> est la forme très prédominante de traitement, avec plus de 90% des régimes thérapeutiques.



Un peu moins de 5% des patients reçoivent de 4 à 6 molécules. La mise à disposition en 2014 de nouvelles molécules (dolutegravir, elvitegravir) et de nouvelles combinaisons en mono-comprimés devrait nous inciter à revoir les régimes de traitement de ces patients, dans le cadre des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) : en effet, ces anciens régimes de traitement complexes ont permis de trouver des équilibres parfois difficiles, et la décision de les modifier doit être prise de façon collégiale.

<sup>1</sup> Le ritonavir ou le cobicistat ne sont pas comptés lors de l'énumération du nombre de molécules. Une association Darunavir/ritonavir/ténofovir/emtricitabine est comptée comme une trithérapie.

### Les 10 associations de traitements les plus prescrites



A l'inverse, une certaine de patients reçoivent une mono (29 patients) ou une bithérapie (83 patients) et l'analyse de ces dossiers pourrait également être riche d'enseignements.

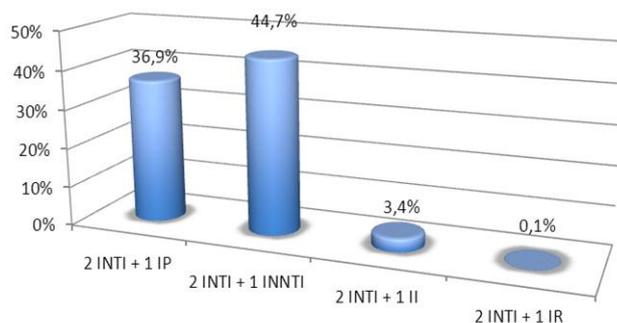
Les régimes de traitements sont toujours aussi variés : pas moins de

270 combinaisons différentes sont recensées eu sein du COREVIH, dont 163 sont des combinaisons « uniques » prises par un seul patient !

L'association ténofovir, emtricitabine et rilpivirine, que l'on retrouve sous la forme du mono-comprimé d'eviplera® réalise une très importante poussée : cette combinaison apparue en septembre 2012 représente aujourd'hui la combinaison la plus prescrite, avec 16.2% des prescriptions, talonné par son régime quasi jumeau, ténofovir, emtricitabine et efavirenz, qui représente encore 12.1% des traitements.

Les régimes contenant des non nucléosidiques sont majoritaires (44.7%) puis viennent les inhibiteurs de protéases (36.9%) et très loin derrière, les inhibiteurs d'intégrase (3.4%).

### Les types de trithérapies



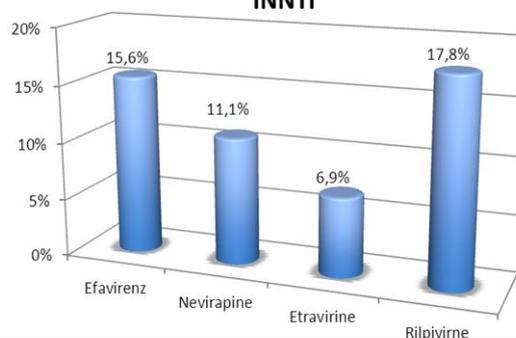
Les habitudes sont assez variables d'un service à l'autre et ne reflètent probablement pas uniquement des différences dans les caractéristiques des patients pris en charge : si l'on ne tient pas compte des files actives < 20 patients, la proportion de patients sous un régime associant deux NRTI et une antiprotéase varie de 66% (Maladies infectieuses, Brest) à 32% (Maladies infectieuses, Vannes), et il est en moyenne de 37% pour l'ensemble de la file active traitée.

Trithérapie	Nombre de patients	% de patients de la file active traitée
<b>2 INTI + 1 IP</b>	1059	36,9%
<b>2 INTI + 1 INNT</b>	1281	44,7%
<b>2 INTI + 1 II</b>	98	3,4%
<b>2 INTI + 1 IR</b>	2	0,1%

Dans la famille des antiprotéases, le darunavir est la molécule la plus prescrite (646 prescriptions, 22.5% de la file active traitée) suivie par l'atazanavir (16.8%) et de plus en plus loin, le lopinavir, qui représente 6.2% en 2013 (contre encore 9.6% en 2012).

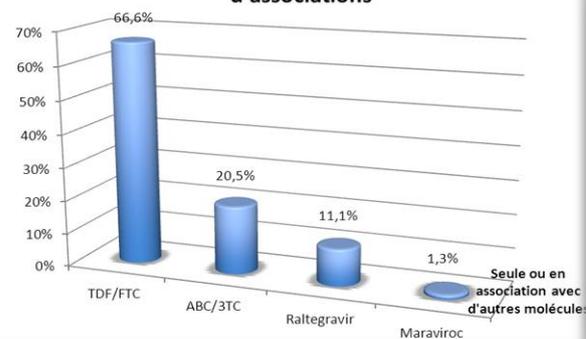
Pour les non-analogues nucléosidiques, la rilpivirine prend la tête du classement dès sa première année de commercialisation (17.8% de la file active traitée). Le nombre encore important de patients sous névirapine (317, 11.1%), qui n'est plus prescrite en initiation de traitement depuis plusieurs années du fait des risques allergiques et qui ne bénéficie d'aucune promotion, montre l'excellente tolérance de ce traitement à long terme.

Répartition des patients sous les 3 principaux INNTI



La combinaison de nucléosides utilisée reste de loin ténofovir/emtricitabine, puisqu'elle est présente dans les 4 premiers régimes de traitement : avec la rilpivirine comme cité plus haut (16.2% de la file active traitée), l'efavirenz (12.1%), l'atazanavir /r (10.7%) et le darunavir/r (9.9%). Sur l'ensemble de la file active, 2/3 des patients reçoivent la combinaison ténofovir/emtricitabine.

Répartition des patients selon différents types d'associations



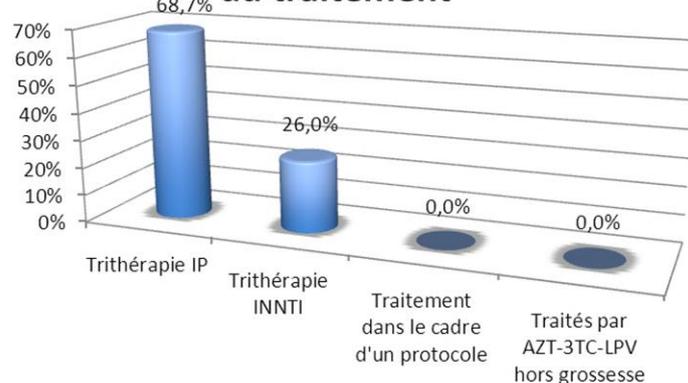
Le raltégravir, qui était encore la seule anti-intégrase disponible en 2013, est présent chez 11% des patients traités.

#### ▪ Traitements antirétroviraux en primo-prescription.

La trithérapie par darunavir/r, emtricitabine et ténofovir est la plus prescrite en initiation de traitement, chez plus d'un 1/3 (37.3%) des 158 patients de la file active débutant un traitement en 2013. Mais l'association rilpivirine, emtricitabine et ténofovir arrive tout juste derrière (32.3%), suivie loin derrière d'une autre association avec

antiprotéase à base d'atazanavir (8.9%). Ainsi, dans le COREVIH Bretagne, plus de deux patients sur trois (68.7%) débutant leur traitement en 2013 le font avec un régime à base d'antiprotéase, ce qui est très stable par rapport à 2012 (69.5%).

### Types de trithérapies lors de l'initiation du traitement



Les régimes de traitement initiés ont tendance à s'uniformiser au fil des années : en 2010, 5 régimes différents représentaient 60% des initiations de traitements<sup>1</sup>, il n'y en avait plus que 3<sup>2</sup> en 2011 et 2012 et plus que 2 en 2013<sup>3</sup> !

Mais le traitement « individualisé » semble rester la règle, puisque malgré cette tendance à l'uniformisation, il n'y a tout de même pas moins de 17 régimes différents, ces variations étant proportionnelles à la file active (et aux nombre de prescripteurs ?) de nouveaux patients mis sous traitements : 10 régimes différents à Rennes, 8 à St Brieuc, 5 à Vannes et Brest, 4 à Quimper. Ce chiffre dépend également du nombre de patients inclus dans les protocoles de recherches, qui testent le plus souvent des combinaisons nouvelles.

### III.3.8 Activité en milieu carcéral

Nous avons recensé en Bretagne sept lieux de privation de liberté (hors centres de rétention) ; quatre d'entre eux bénéficient soit d'une consultation sur place au sein du lieu de privation de liberté, soit formalisée dans le service de maladies infectieuses du CH correspondant. Pour des raisons de changements de bases de données et d'organisation, les données 2013 ne sont pas disponibles ou sont trop parcellaires pour pouvoir être exploitées. Il semble néanmoins ressortir des données dont on dispose que l'activité est en net recul, avec une diminution du nombre de personnes séropositives pour le VIH incarcérées en Bretagne.

<sup>1</sup> TDF/FTC/DRV-r, TDF/FTC/ATV-r, TDF/FTC/EFV, TDF/FTC/LPV-r et AZT/3TC/LPV-r

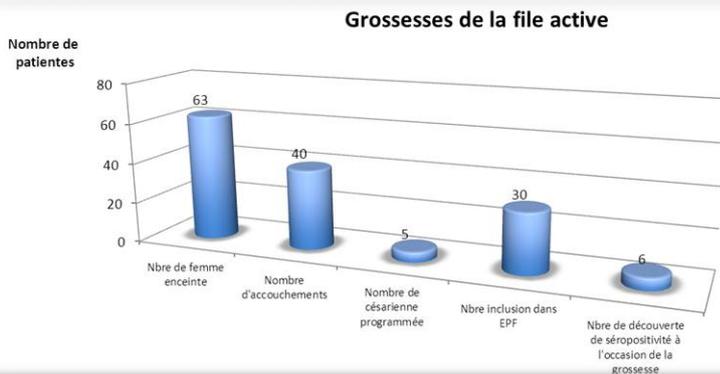
<sup>2</sup> TDF/FTC/DRV-r, TDF/FTC/EFV et TDF/FTC/ATV-r

<sup>3</sup> TDF/FTC/DRV-r, TDF/FTC/RPV

### III.3.9 Conceptions, naissances et activité pédiatrique du COREVIH

#### ▪ Grossesses et naissances

En 2013, le nombre de grossesse continue d'augmenter (40 en 2011, 48 en 2012 et 63 en 2013), soit une augmentation de plus de 50% en trois ans ! Les données concernant les grossesses sont importantes à recueillir, notamment dans le cadre de la cohorte EPF (cf. chapitre recherche), celles-ci nous permettant d'adapter nos attitudes thérapeutiques à l'évolution des connaissances scientifiques dans le domaine. En 2013, les  $\frac{3}{4}$  des femmes ayant accouché ont pu participer à la cohorte, ce qui est un chiffre satisfaisant (il était un peu meilleur en 2012, avec 85% d'inclusions).

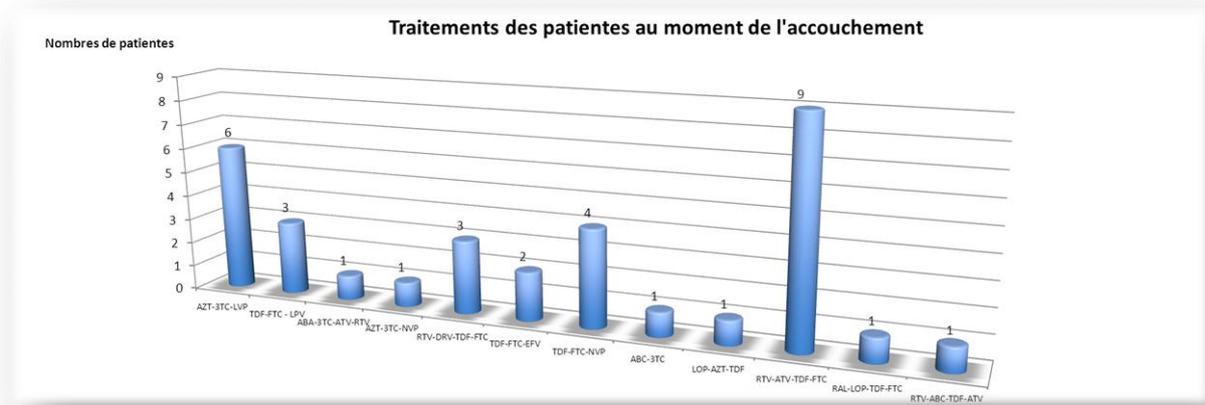


Six femmes (10% des grossesses de 2013) ont découvert leur séropositivité à l'occasion du dépistage réalisé au cours de la grossesse.

On sait aujourd'hui

que la précocité du traitement est un élément essentiel dans la diminution du risque de transmission à l'enfant, mais ceci ne concerne essentiellement que les femmes découvrant leur séropositivité au moment de la grossesse. La grande majorité des femmes enceintes sont déjà sous traitement au moment de la conception, et la question essentielle aujourd'hui est de savoir quels sont les traitements que l'on peut maintenir et ceux que l'on doit modifier. Les données disponibles en cette fin d'année 2013 ne sont pas faciles à analyser : si l'augmentation du risque de prématurité lié aux antiprotéases semble être une donnée sûre mais ayant finalement peu d'impact sur les prescriptions aujourd'hui, la toxicité potentielle du ténofovir, la toxicité avérée de l'AZT, les interrogations concernant l'efavirenz au premier trimestre rendent les choix difficiles.

L'analyse des données de la file active du COREVIH concernant les traitements présents au moment de l'accouchement semble montrer que l'AZT est en voie d'abandon (présent chez huit patientes sur 40), et que la toxicité potentielle du ténofovir n'empêche pas les médecins de le prescrire pendant les grossesses (24 fois sur 40).



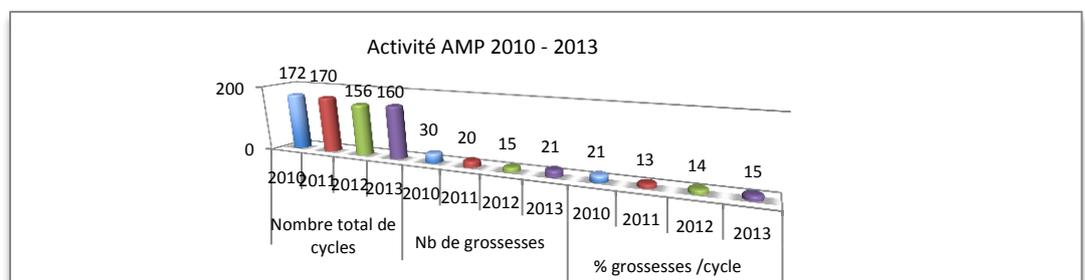
L'efficacité de ces traitements est bonne, la charge virale est indétectable dans 34 cas, non renseignée dans 2, entre 50 et 400 cop/mL pour 3 patientes et entre 10 000 et 30 000 cop/mL une fois. Une seule femme ayant accouché sous raltegravir, molécule dont la particularité est de faire baisser la charge virale très rapidement, il serait intéressant de savoir pourquoi les trois femmes ayant une charge virale non indétectable à la naissance n'ont pas bénéficié d'une stratégie de renforcement.

#### ▪ Aide médicale à la procréation à risque viral

Le centre d'aide médicale à la procréation à risque viral du CHU de Rennes reste toujours la seule structure du nord-ouest de la France, bien qu'il semble que personne ne tienne de liste nationale à jour, les dernières données disponibles par l'agence de biomédecine<sup>1</sup> remontant à 2005. L'évolution des connaissances dans le domaine du risque de transmission au conjoint en cas de charge virale indétectable, bien matérialisé par l'étude HPTN 052<sup>2</sup>, incite un certain nombre de couples à se tourner vers la procréation naturelle. De fait, l'activité d'AMP à risque viral aujourd'hui concerne essentiellement des couples ayant des problèmes de fertilité, et n'est quasiment plus réalisée dans le cadre de la diminution du risque de transmission (bien que la possibilité en soit toujours offerte).

L'activité est globalement stable au cours des 4 dernières années. Le nombre total de cycles de fécondation oscille entre 156 et 172 cycles, toutes

méthodes  
confondues :  
inséminations  
intra-utérines,



<sup>1</sup> <http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/l-amp-a-risque-viral.pdf>

<sup>2</sup> Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. (August 2011). "Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy". *N. Engl. J. Med.* 365 (6): 493–505 et <http://www.sciencemag.org/content/334/6063/1628.full>

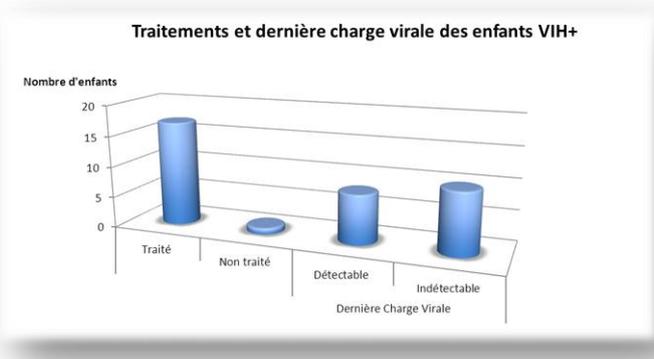
fécondation in vitro, injections cytoplasmiques et transferts d'embryons congelés. En 2013, ces prises en charges ont résulté en 21 grossesses.

▪ **Suivi des enfants infectés par le VIH**

En 2013, 18 enfants ou jeunes adultes infectés par le VIH, âgés de 3 à 20 ans, sont pris en charge dans les services de pédiatrie de la région. Le nombre de nouveaux enfants suivis (soit en raison d'une rare contamination périnatale en France, soit enfants nés à l'étranger et suivis en France), est stable au cours des toutes dernières années (il étaient 18 en 2012); le nombre de passage des services de pédiatrie vers les services adultes est nul en 2013, ce qui illustre probablement, vu l'âge des plus grands, une certaine difficulté à faire le pas, de la part des « enfants » comme de leur médecin !

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nombre d'enfants VIH+	Age		Passage du service enfant au service adulte	
				minimum	maximum	Nombre de jeunes adultes passés dans le service adulte	Nombre de jeunes adultes inclus dans coverte en 2013
Finistère	Brest	Centre Hospitalier Universitaire Morvan	2	8	14	0	0
	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	4	9	13	0	0
Ille-et-Vilaine	Rennes	Centre Hospitalier Universitaire Pontchaillou	12	3	20	0	1
<b>Total régional</b>			<b>18</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Il y a 9 régimes de traitements différents ; l'inhibiteur de protéase le plus prescrit reste le lopinavir (présent 8 fois sur 18), et, pour le non-nucléosidique, l'efavirenz (5/18). FTC ou 3TC sont présentes 15 fois sur 18. Près de la moitié de ces jeunes (8 sur 18) ont une charge virale détectable, alors qu'un seul est non traité. Cette différence en terme d'indéteçtabilité mériterait d'être analysée de façon



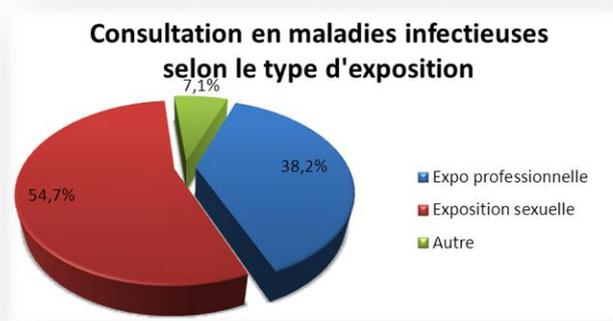
plus complète, puisque chez l'adulte, plus de 90% des patients traités depuis plus de 6 mois ont une charge virale indéteçtable.

**III.3.10 Accidents d'exposition**

Le COREVIH rencontre toujours d'importantes difficultés, malgré la mise en place de la base régionale Nadis™, pour évaluer l'activité liée aux accidents d'exposition. Cela est en particulier dû au fait qu'une partie de la prise en charge se fait en service d'urgences, une partie en secteur de médecine du travail et une dernière partie dans les services cliniques en charge de la prise en charge du VIH. Il est donc ainsi impossible de connaître le nombre de personnes

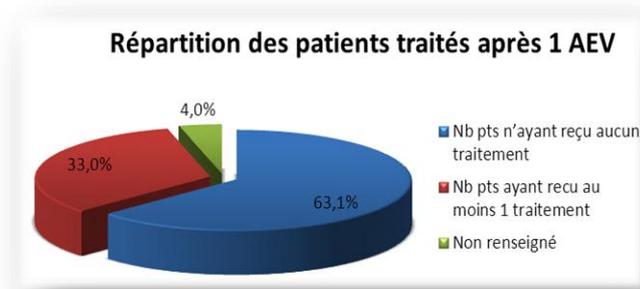
ayant consulté pour AES dans un service d'urgences, n'étant recensés que ceux qui sont ensuite réadressés vers les services de suivi.

Sept services cliniques ont pu renseigner leur activité liée aux AES en 2013, totalisant 450 expositions, dont 38% dans un cadre professionnel et 55% dans un cadre d'exposition sexuelle.



Les femmes sont bien sûr beaucoup plus représentées au cours des accidents professionnels (77%, ce qui est représentatif de la proportion de femmes exerçant en milieu de soins) ; les hommes sont surreprésentés sans les expositions d'origine sexuelle (58%).

Un tiers des patients vus dans les services cliniques a bénéficié d'un traitement antirétroviral, plus de 9 fois sur 10 à base de kaletra-truvada. Nous ne disposons ni des données de tolérance, ni des données d'observance et de complétion des traitements. Ces données devraient pouvoir commencer à être exploitées en 2014 pour les services enregistrant la totalité de leur activité d'AES dans la base Nadis™.



### III.3.11 Conclusion concernant les données médico-épidémiologiques

Comme attendu, la progression de la file active, résultante de la diminution de mortalité et de la persistance de nouvelles infections, se fait progressivement vers le haut... Le COREVIH a pu déterminer sa file active pour la première fois en 2010, avec un chiffre de 2860 patients suivis dans les 12 centres participant au recueil. Le seul site identifié comme non participant est le CH de Lannion, ce qui devrait être corrigé en 2014. Avec 3072 patients suivis en 2013, la file active bretonne a augmenté de 7% en 3 ans.

Concernant le suivi des patients infectés par le VIH, l'analyse de ces données nous permet d'avoir quelques pistes concernant l'amélioration de la prise en charge : mieux connaître le statut de co-infection de nos patients, et mieux proposer l'immunisation vis-à-vis du virus de l'hépatite B ; que les patients bénéficient d'une meilleure offre en terme d'éducation thérapeutique, avec notamment pour chaque patient découvrant sa séropositivité, la possibilité d'être inclus dans un programme d'ETP ; pousser la réflexion concernant les meilleures modalités de suivi, puisque l'on voit que le nombre de consultations annuelles peut varier d'un facteur 2 à 3 en fonction du centre où l'on est suivi ; rationaliser le recours aux hôpitaux de jour de synthèse, en s'aidant des modèles qui fonctionnent ; réévaluer, à l'occasion de la mise sur le marché, de nouvelles molécules puissantes et de combinaisons plus simples, les traitements des patients recevant plus de 4 molécules actives ; disposer d'un protocole simple de suivi des femmes enceintes et définir une attitude commune concernant celles qui ont encore une charge virale détectable en fin de grossesse ; et enfin, mieux comprendre pourquoi le nombre de charges virales détectables est si élevé chez les enfants, et proposer les mesures qui permettraient de réduire ce chiffre. En bref, du pain sur la planche en 2014...



## IV LEXIQUE

---

**AES/AEV**: Accident d'Exposition au Sang / Accidents d'Exposition aux Virus

**AMP** : Assistance Médicale à la Procréation

**ANRS** : Agence Nationale de Recherches sur le VIH/Sida

**ARS**: Agence Régionale de Santé

**CDAG**: Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

**CIDDIST**: Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

**CISIH** : Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine

**CNIL**: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CNS**: Conseil National du Sida

**CROI** : Conférence sur les Rétrovirus et les Infections Opportunistes

**CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

**DIM**: Département d'Information Médicale

**DM12**: Dossier Médical Informatisé, deuxième version, de la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH

**DSIO** : Direction du Système d'Information et d'Organisation

**ESTHER** : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**HAS**: Haute Autorité de Santé

**HDJS** : Hôpitaux de Jours de Synthèse

**HSH** : Hommes qui ont des relations Sexuelles avec d'autres Hommes

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**INVS**: Institut National de Veille Sanitaire

**IST**: Infections Sexuellement Transmissibles

**MIG** : Mission d'Intérêt Générale

**ORSB** : Observatoire Régional Santé Bretagne

**PCPPS** : Pôle de Coordination Pour la Prévention Sida

**PMA** : Procréation Médicalement Assistée

**PMSI** : programme de médicalisation des systèmes informatiques

**PNLS** : Plan National de Lutte contre le Sida

**SFLS** : Société Française de Lutte contre le Sida

**TROD** : Test Rapide d'Orientation de Diagnostique

**PPVIH** : Personnes vivant avec le VIH

**RDR** : Réduction Des Risques

**SNEG**: Syndicat National des Etablissements Gaies

**TPE**: Traitement Post-Exposition



## **V ANNEXES ET LIENS**

---

## Liste des Annexes

---

### Chapitre I - PRESENTATION DU COREVIH

#### I.1 Identification

Annexe I : Liste des Membres du Bureau

#### I.2 Les moyens du Corevih

Annexe I1 : Synthèse – exercice prévisionnel 2013 – COREVIH et budget prévisionnel 2014

### Chapitre II - ACTION DU COREVIH

#### II.2.6 Autres activités – Coopération internationale

Annexe CO : CR réunions Coopération internationale

Annexe CO1 : Poster SFLS : TEC et coopération internationale

## Liste des liens hypertextes

---

Retrouvez les liens de toutes les annexes sur le site du Corevih : **ICI**  
ou à l'adresse : <http://corevih-bretagne.fr/presentation-du-corevih-bretagne/?p=146>

## Liste du Bureau du Corevih Bretagne

**Dr Cédric ARVIEUX****Président**

PH - Maladies Infectieuses  
C.H.U. Pontchaillou  
2 rue Henri Le Guilloux  
35033 RENNES Cedex 09  
[cedric.arvieux@chu-rennes.fr](mailto:cedric.arvieux@chu-rennes.fr)

**Isabelle STEPHANT****Vice-Présidente**

Coordinatrice – AIDES Bretagne  
7 Rue de la 2ème DB 29200 Brest  
[istephant@aides.org](mailto:istephant@aides.org)

**Elisabeth BOITTIN-BARDOT**

IDE - CHIC Quimper  
CHIC 14 Av Yves Thépot 29000 Quimper  
[eboittinbardot@orange.fr](mailto:eboittinbardot@orange.fr)

**Eric MANISCALCO**

Chargé de prévention VIH/IST - SNEG  
Lieu dit Saint Séliac - 35190 Québriac  
[ouest@sneg.org](mailto:ouest@sneg.org)

**Dr Corinne DANIEL**

PH - Maladies Infectieuses  
Hôpital Yves Le Foll  
10 rue Marcel Proust  
22027 SAINT BRIEUC CEDEX  
[corinne.daniel@stbrieuc.fr](mailto:corinne.daniel@stbrieuc.fr)

**Françoise MORIN**

IDE - CHU de Rennes  
2 rue Henri Le Guillou  
35033 Rennes Cedex 09  
[ide-hdj.ide-hdj@chu-rennes.fr](mailto:ide-hdj.ide-hdj@chu-rennes.fr)

**Marie-Christine DERRIEN**

IDE - C.H.U. La Cavale Blanche  
Boulevard Tanguy Prigent  
29609 BREST Cedex  
[marie-christine.derrien@chu-brest.fr](mailto:marie-christine.derrien@chu-brest.fr)

**Dr Luc DE SAINT MARTIN**

PH - Maladies Infectieuses  
CHU Brest La Cavale Blanche  
Avenue Tanguy Prigent 29609 Brest cedex  
[luc.desaintmartin@chu-brest.fr](mailto:luc.desaintmartin@chu-brest.fr)

**SYNTHESE FINANCIERE - EXERCICE PREVISIONNEL 2013 - COREVIH**

**COREVIH : UF 9960**

DEPENSES	Prévisionnel 2013 détail charges Indirectes	Réalisé à fin décembre 2013	RECETTES	Prévisionnel 2013	Prévisionnel à fin décembre 2013
<b>▲ DEPENSES PERENNES (Titre 1 + Charges Indirectes)</b>	<b>583 469</b>	<b>549 449</b>	<b>▲ RECETTES PERENNES</b>	<b>592 763</b>	<b>592 763</b>
■ Titre 1 : Charges de personnel	378 470	378 470	● MIG FIR	592 763	
● 0,50 PH Titulaire - basé à Rennes	62 940	62 940			
● 0,90 ETP Secrétaire Médicale - basé à Rennes	42 455	42 455			
● 1 ETP IDE - basé à Rennes (à compter du 08/02/2013 - année pleine 49 164€)	44 248	44 248			
● 1 ETP TEC - basé à Quimper	48 516	48 516			
● 1 ETP TEC - basé à St Brieuc	48 516	48 516			
● 1 ETP TEC Labo - basé à Vannes	51 492	51 492			
● 1 ETP Coordinateur - basé à Quimper	48 516	48 516			
● 0,50 ETP ingénieur DIM (Rennes)	31 788	31 788			
<b>Charges Indirectes (cf guide méthodologique MIG) (30% du Titre 1)</b>	<b>204 998</b>	<b>170 979</b>			
■ Titre 2 : Charges à caractère médical					
■ Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	145 091	111 071			
✓ Loyer (110,89€/m² par an) (superficie = 135m²) - à revoir	14 951	14 951			
✓ Nettoyage des locaux (15min d'ASH/sem par 10m² - 19,9896€/h) (135 m²) - à revoir	3 508	3 508			
✓ Eau froide (5m3 /an et par occupant) (PU 2,2570€) - à revoir	39	39			
✓ Eau chaude (1m3 / an et par occupant) (PU 2,5955€) - à revoir	9	9			
✓ Electricité (250 Kwh/an et par occupant) (PU 0,0939€) - à revoir	82	82			
✓ Chauffage (surface des pièces*hauteur plafond (PU 5,8859€) - à revoir	1 984	1 984			
✓ Véhicule C4 HDI92 Confort (6CV) (24 000 km à fin octobre)	19 901	12 017			
# Coût kilométrique (0,39€ du km)	15 600	9 350			
# Carburant (gazole : 1,40€/l - conso moyenne 7l/100km)	3 920	2 350			
# Assurance	381	317			
✓ Autres véhicules (Jumpy, Saxo, Clio...)	7 320	5 809			
# Coût kilométrique (0,39€ du km)	5 850	4 643			
# Carburant (gazole : 1,40€/l - conso moyenne 7l/100km)	1 470	1 167			
✓ Hébergement NADIS (CHU Nice)	3 450	0			
✓ Maintenance NADIS (FEDIALIS) - Prévisionnel 2013 : 3 000€	7 000	5 941			
✓ Site internet (redevance annuelle) (2 792€)	2 792	1 949			
✓ Informatique & Télécom (exploitation, maintenance, logiciel, amortissements...) (2 313€/PC - 7 pc)	16 191	16 191			
✓ Abonnements téléphone et 3G	1 727	1 727			
# 4 lignes téléphoniques (17,70€/mois)	850	850			
# 3 Clé 3G (TCO 24,37€)	877	877			
✓ Fournitures de bureau (papier, piles, cartouches imprimantes, affranchissement...) (basé sur réalisé 2012)	2 000	5 092			
✓ Formations (1,8% de la masse salariale PNM)	5 680	5 680			
✓ Frais de déplacement // Frais convention // Formation personnel et membres du comité (info Mr Arvieux)	32 000	18 213			
✓ Frais de communication (sérigraphie & impression de cartes AIRDDS Bretagne 3 815€)	3 815	0			
✓ Réceptions (basé sur réalisé 2012)(dont frais de conférence)	6 200	6 201			
✓ Acquisitions diverses	10 375	7 618			
# Matériel Informatique extérieur (Vannes, Quimper...)		0			
# Documentation		5 544			
# Mobilier extérieur		0			
# Matériel informatique et téléphonique		2 073			
✓ Coopération Internationale	6 066	4 058			
# Missions TECs - avion (1 500€*5) à fin octobre : 2 missions TEC	3 500	2 378			
# Per diem (2 personnes 140€*6*5)	2 566	1 680			
<b>▲ Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financière et exceptionnelles</b>	<b>12 487</b>	<b>12 487</b>			
✓ Frais d'amortissements ( mobilier, équipement...)	5 154	5 154			
✓ Frais d'amortissements travaux (sur 10 ans à compter de 2011)	6 400	6 400			
✓ Frais d'amortissements d'un mac (sur 5 ans à partir de 2013)	932	932			
<b>▲ Frais de gestion : 8 % des crédits pérennes alloués</b>	<b>47 421</b>	<b>47 421</b>			
- Gestion du personnel					
- Divers administration logistique et technique (Gestion hôtelière : commande, approvisionnement, magasin...)					
- Restauration - blanchisserie - transport					
- Surveillance - sécurité / Diverses autres prestations					
- Assurances Multirisques (dommages divers - incendie...)					
<b>Résultat Prévisionnel</b>	<b>9 294</b>	<b>43 314</b>			
<b>▲ DEPENSES NON PERENNES</b>	<b>232 296</b>	<b>29 605</b>	<b>▲ RECETTES NON PERENNES</b>	<b>232 296</b>	<b>29 605</b>
■ Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	232 296	29 605	● Reprise sur provisions 2009 (solde)	54 795	29 605
● Contribution achat à l'unité mobile de dépistage VIH - crédits versés à l'AIRDDS JANV 2014	84 695	0			
● Avenant NADIS - nouvelles fonctionnalités (Interface Biologie - Compte rendu) - 41 262€	35 800	0			
● Convention Myriade (Quimper, Vannes) - 6 000€ déjà réalisé	21 420	29 605	● Reprise sur provisions 2010	100 000	0
● Projet Brest/Cambodge (délibération 2011) NON REALISE	15 000	0			
● Projet Côte d'Ivoire/Vannes (délibération 2011) NON REALISE	15 000	0	● Reprise sur provisions 2011	77 501	0
Financement pour 3 ans du fonctionnement de l'unité mobile de dépistage-crédits versés à l'AIRDDS	60 381	0			
<b>TOTAL DEPENSES</b>	<b>825 059</b>	<b>579 054</b>	<b>TOTAL RECETTES</b>	<b>825 059</b>	<b>622 368</b>
<b>PROVISIONS</b>					
<b>Solde provisions, avant reprises sur provision prévisionnelles 2013 :</b>					
- Solde provision 2009 pour financement non pérenne d'une mission d'ingénieur DIM, après reprise sur l'exercice 2012 =>				54 795,00 €	
- Solde provision de la notification ARS Octobre 2010 - MIG Qualité des Soins (Renforcement du fonctionnement) =>				50 000,00 €	
- Solde provision pour réalisation de projets à venir et à définir par le bureau du COREVIH (correspondant écart recettes/ dépenses =>				50 000,00 €	
- Plan national de lutte contre VIH/ SIDA et les IST 2010-2014 (du 20/09/2011) provisions 2011				100 000,00 €	
<b>TOTAL AVANT REPRISE SUR PROVISIONS</b>				<b>254 795,00 €</b>	
<b>REPRISE SUR PROVISIONS 2013</b>				<b>29 604,80 €</b>	
<b>SOLDE PREVISIONNEL APRES REPRISE SUR PROVISIONS 2013</b>				<b>225 190,20 €</b>	

Dépenses reconductibles

Dépenses variables

Annexes et liens

**SYNTHESE FINANCIERE - EXERCICE PREVISIONNEL 2014 - COREVIH**

**COREVIH : UF 9960**

DEPENSES	Prévisionnel 2014	RECETTES	Prévisionnel 2013
<b>▲ DEPENSES PERENNES (Titre 1 + Charges Indirectes)</b>	<b>592 763</b>	<b>▲ RECETTES PERENNES</b>	<b>592 763</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Titre 1 : Charges de personnel</b> 368 267                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● 0,50 PH Titulaire - basé à Rennes 64 188</li> <li>● 1 ETP Secrétaire Médicale - basé à Rennes 47 820</li> <li>● 1 ETP IDE - basé à Rennes 39 725</li> <li>● 1 ETP TEC - basé à Quimper 48 372</li> <li>● 1 ETP TEC - basé à St Brieuc 48 372</li> <li>● 1 ETP TEC Labo - basé à Vannes 51 744</li> <li>● 1 ETP Coordonnateur - basé à Quimper 48 372</li> <li>● 0,30 ETP ingénieur DIM (Rennes) 19 674</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Charges Indirectes (cf guide méthodologique MIG) (30% du Titre 1)</b> 224 496                             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Titre 2 : Charges à caractère médical</b></li> <li>■ <b>Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général</b> 164 033                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Loyer (110,89€/m² par an) (superficie = 135m²) - à revoir 14 951</li> <li>✓ Nettoyage des locaux (15min d'ASH/sem par 10m² - 19,9896€/h) (135 m²) - à revoir 3 508</li> <li>✓ Eau froide (5m3 /an et par occupant) (PU 2,2570€) - à revoir 39</li> <li>✓ Eau chaude (1m3 / an et par occupant) (PU 2,5955€) - à revoir 9</li> <li>✓ Electricité (250 Kwh/an et par occupant) (PU 0,0939€) - à revoir 82</li> <li>✓ Chauffage (surface des pièces*hauteur plafond (PU 5,8858€) - à revoir 1 984</li> <li>✓ Véhicule C4 HDI 92 Confort (6CV) (40 000 km?) 19 901   <ul style="list-style-type: none"> <li># Coût kilométrique (0,39€ du km) 15 600</li> <li># Carburant (gazole : 1,40€/l - conso moyenne 7l/100km) 3 920</li> <li># Assurance 381</li> </ul> </li> <li>✓ Autres véhicules (Jumpy, Saxo, Clio...) (15 000km?) 6 832   <ul style="list-style-type: none"> <li># Coût kilométrique (0,39€ du km) 5 460</li> <li># Carburant (gazole : 1,40€/l - conso moyenne 7l/100km) 1 372</li> </ul> </li> <li>✓ Hébergement NADIS (CHU Nice) 3 450</li> <li>✓ Maintenance NADIS (FEDIALIS) 7 000</li> <li>✓ Prestation datamangement de la base 20 160</li> <li>✓ Site internet (redevance annuelle) (2 792€) 2 792</li> <li>✓ Informatique &amp; Télécom (exploitation, maintenance, logiciel, amortissements...) (2 313€/PC - 7 pc) 16 191</li> <li>✓ Abonnements téléphone et 3G 1 727   <ul style="list-style-type: none"> <li># 4 lignes téléphoniques (17,70€/mois) 850</li> <li># 3 Clé 3G (TCO 24,37€) 877</li> </ul> </li> <li>✓ Fournitures de bureau (papier, piles, cartouches imprimantes, affranchissement...) (basé sur réalisé 2012) 2 000</li> <li>✓ Formations (1,8% de la masse salariale PNM) 5 473</li> <li>✓ Frais de déplacement // Frais convention // Formation personnel et membres du comité (info Mr Arnieux) 2 600</li> <li>✓ Frais de communication (sérigraphie &amp; impression de cartes AIRDDS Bretagne) 27 132</li> <li>✓ Réceptions (basé sur réalisé 2012)(dont frais de conférence) 6 500</li> <li>✓ Acquisitions diverses 10 000   <ul style="list-style-type: none"> <li># Matériel Informatique extérieur (Vannes, Quimper...) 10 000</li> <li># Documentation</li> <li># Mobilier extérieur</li> </ul> </li> <li>✓ Coopération Internationale 11 700   <ul style="list-style-type: none"> <li># Missions TECs - avion (1 500€*5) 7 500</li> <li># Per diem (140€*6*5) 4 200</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■ <b>Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financière et exceptionnelles</b> 13 043                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Frais d'amortissements ( mobilier, équipement...) 5 710</li> <li>✓ Frais d'amortissements travaux (sur 10 ans à compter de 2011) 6 400</li> <li>✓ Frais d'amortissements serveur wifi et satation de travail apple (sur 5 ans à partir de 2013) 932</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▲ <b>Frais de gestion : 8 % des crédits pérennes alloués</b> 47 421                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion du personnel</li> <li>- Divers administration logistique et technique (Gestion hôtelière : commande, approvisionnement, magasin...)</li> <li>- Restauration - blanchisserie - transport</li> <li>- Surveillance - sécurité / Diverses autres prestations</li> <li>- Assurances Multirisques (dommages divers - incendie...)</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>MIG</b> 592 763</li> </ul>	
<b>Résultat Prévisionnel</b>	<b>0</b>		
<b>▲ DEPENSES NON PERENNES</b>	<b>210 876</b>	<b>▲ RECETTES NON PERENNES</b>	<b>210 876</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général</b> 210 876                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Contribution achat à l'unité mobile de dépistage VIH 84 695</li> <li>● Avenant NADIS - nouvelles fonctionnalités (Interface Biologie - Compte rendu) 35 800</li> <li>● Projet Brest/Cambodge (délibération 2011) 15 000</li> <li>● Projet Côte d'Ivoire/Vannes (délibération 2011) 15 000</li> <li>● Budget de fonctionnement unité mobile de dépistage 60 381</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reprise sur provisions 2009 (solde) 25 190</li> <li>● Reprise sur provisions 2010 (solde) 100 000</li> <li>● Reprise sur provisions 2011 85 686</li> </ul>	
<b>TOTAL DEPENSES</b>	<b>803 639</b>	<b>TOTAL RECETTES</b>	<b>803 639</b>
<b>PROVISIONS</b>			
<b>Solde provisions, avant reprises sur provision prévisionnelles 2013 :</b>			
- Solde provision 2009 pour financement non perenne d'une mission d'ingénieur DIM, après reprise sur l'exercice 2012 =>			25 190,00 €
- Solde provision de la notification ARS Octobre 2010 - MIG Qualité des Soins (Renforcement du fonctionnement) =>			50 000,00 €
- Solde provision pour réalisation de projets à venir et à définir par le bureau du COREVIH (correspondant écart recettes/ dépenses =>			50 000,00 €
- Plan national de lutte contre VIH/ SIDA et les IST 2010-2014 (du 20/09/2011)			100 000,00 €
	<b>76</b>	<b>TOTAL AVANT REPRISE SUR PROVISIONS</b>	<b>225 190,00 €</b>
		<b>REPRISE SUR PROVISIONS 2014</b>	<b>210 876,00 €</b>
		<b>SOLDE PREVISIONNEL APRES REPRISE SUR PROVISIONS</b>	<b>14 314,00 €</b>

Annexes et liens

Dépenses reproductibles

Dépenses variables

# RAPPORT DE MISSION AU BURUNDI

## TEC – COREVIH BRETAGNE

### 31 AOÛT AU 6 SEPTEMBRE 2013

#### FINANCEMENT ET COÛT DE LA MISSION

---

COREVIH Bretagne  
Coût<sup>1</sup>: 4058,00 €

#### CADRE DE COOPÉRATION: STRUCTURES PARTENAIRES AU COURS DE CETTE MISSION

---

##### Au Burundi

- Centre de médecine communautaire de Buyenzi (CMC-Buyenzi)
- CHU Kamenge de Bujumbura (CHUK)
- Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)
- Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)
- Centre National de Référence du VIH au Burundi (CNR)
- Institut National de Santé Publique (INSP)

##### En France

- CHU de Rennes
- ESTHER

#### PARTICIPANT

---

Bases de données : Pascal Lotton et Jean Charles Duthé, techniciens d'études cliniques du COREVIH-Bretagne

#### TERMES DE RÉFÉRENCES DE LA MISSION

---

Cette mission fait suite à celle de Juin 2012. Elle avait pour objectif principal d'évaluer les actions mises en place. A savoir en objectif principal :

- Accompagner sur site les personnels du CHUK qui vont utiliser Sida Info
- Assister à la formation générale de personnels sur la base Sida Info
- Faire le bilan des améliorations de la base Sida Info apportées par le data manager
- Contrôler la méthode de saisie des données
- Travailler sur un début de contrôle qualité

De plus, elle avait pour objectif secondaire de mettre en place de nouvelles bases à la demande des utilisateurs

- Base de donnée de suivi d'accouchement avec les Dr Hélène Leroy, Infectiologue au CHU de Rennes, Béatrice, assistante sociale et le Dr Scolastique en salle d'accouchement à l'HPRC

---

<sup>1</sup> Billets d'avion, per diem, visa pour les deux participants

- Evaluer la manipulation du fichier Excel mis en place à l'INSP par le Dr Anne Maillard, Virologue à Rennes
- Rencontrer l'équipe de pédiatrie (SI Néonatalogie) du CHUK pour collecter les items à compléter pour leur fournir une base de données
- Création manuel utilisateur base Sida Info
- Faire liaison entre les bases CMC Buyenzi et SIDA INFO

## PRINCIPAUX CONTACTS AU COURS DE LA MISSION

---

- Dr Jérémie Biziragusenyuka, coordonnateur ESTHER
- Dr Hélène Bukuru, pédiatrie service de Soins Intensifs CHUK
- Dr Thierry Ntabayagirna, assistant du Dr Hélène Bukuru, Service de Soins Intensifs CHUK
- Dr Thierry, médecin CPAMP CHUK
- Marie Bizimana, chef de poste – Pédiatrie service de Soins Intensifs CHUK
- Appoline, chef de poste CPAMP CHUK
- Jocelyne, secrétaire, en charge de la base de données SIDA INFO au CPAMP CHUK
- Chantal, collègue Jocelyne CPAMP CHUK
- Evelyne, médiatrice de santé Bururi
- Agathonique Baragunewa, psychologue CPAMP CHUK
- Gloria Ingabire, assistante sociale CPAMP CHUK
- Dr Scholastique Manuyndo-Risase médecin CPAMP HPRC
- Cyril, médiateur de santé, en charge de la base de données SIDA INFO au CPAMP à l'HPRC
- Béatrice, assistante sociale, médiatrice à la salle de naissance HPRC
- Sylvie, collègue de Béatrice salle de naissance HPRC
- Désiré, technicien du laboratoire de biologie moléculaire INSP
- Valentin Nitereka, responsable du programme SIDA INFO CNLS
- Liliane, collègue de Valentin CNLS
- Patrik Gateretse, chargé du contrôle qualité leDEA, CNR
- Emmanuel Nindagiye, statisticien au CNR
- Seconde, médiatrice CMC Buyenzi
- Lucie Ndabniwe, infirmière CMC Buyenzi

## **COMPTE RENDU DE LA MISSION OBJECTIF PRINCIPAL SITUATION DE SIDA INFO DEPUIS JUIN 2012**

---

Il y a une nette amélioration de l'organisation autour du logiciel SIDA-INFO depuis la mission de juin 2012. Les tâches autour du logiciel sont beaucoup mieux définies.

En effet, Valentin, responsable de la base de données au CNLS, travaille maintenant avec sa collègue Liliane sur cette dernière, notamment au niveau des formations et des améliorations apportées.

Beaucoup d'améliorations vont être apportées au logiciel et nous avons durant cette semaine fait une liste de notre côté que nous allons remettre à Valentin (liste qui avait été débutée en juin 2012). Malheureusement, nous n'avons pas pu récupérer de version en cours de modification. Un point sera à refaire avec Valentin lors de la prochaine mission sur la nouvelle version de SIDA-INFO.

Par ailleurs, le Burundi participe maintenant au projet du DEA depuis mars 2013 (International Epidemiologic Database to Evaluate AIDS). Le réseau DEA a été créé en 2005 afin de fournir une ressource précieuse sur les données VIH / sida dans le monde. Des Sites dans diverses régions du monde collaborent à recueillir et à définir des variables clés, harmoniser les données et mettre en œuvre une méthodologie pour répondre efficacement aux données. Cela constitue un moyen de produire de grands ensembles de données pour répondre aux questions de recherche prioritaires et de simplifier la recherche sur le VIH / sida (Plus d'infos sur <http://www.iedea.org/>).

Cette participation a apporté beaucoup depuis le début de l'année au niveau du recueil de données, des données demandées et du contrôle qualité au moins pour les 3 plus grands centres suivants des personnes VIH (CHUK, HPRC, ANSS). Patrick, basé au CNR, est depuis mars 2013 responsable de ce volet. Des financements du projet sont également versés sous forme de prime aux agents de saisie (secrétaire, infirmières, médecins). Dans le cadre de ce projet, de nouvelles données ont été intégrées faisant évoluer SIDA-INFO de façon importante. Le contrôle qualité est donc en cours de construction. Un regard sur le contrôle qualité sera à réaliser lors de la prochaine mission.

### **ACCOMPAGNEMENT DU PERSONNEL SUR SITE CONCERNANT SIDA-INFO ET FORMATION**

Au cours de cette mission, malheureusement aucune formation n'a pu être programmée comme il était prévu au départ. Plusieurs difficultés ont été rencontrées :

- Niveau très différent d'une personne à l'autre (pour certaines personnes formation très approfondie avec un volet bureautique, pour d'autres personnes répondre aux diverses questions)
- Budget formation limité

Lors de la mission prochaine il pourrait être intéressant d'assister à une formation déjà programmée et réalisée par Valentin ou Patrick.

Un des objectifs pour cette mission avait été d'accompagner sur site le CHUK à la saisie. Cela a été fait sur une demi-journée avec tous les profils du personnel médical du CPAMP du CHUK (Psychologue, Assistante sociale, secrétaire, infirmière, médecin). Mais nous avons été plus loin en proposant une nouvelle fois la restructuration de la saisie dans ce centre, le but étant de copier le fonctionnement de l'HPRC (à chaque utilisateur sa partie de recueil). Après plusieurs discussions avec tous les utilisateurs et avec Jérémie, coordonnateur d'ESTHER, il a été décidé que la restructuration aurait lieu très prochainement après formation du personnel restant à former.

L'avantage de cette organisation c'est qu'elle permet à des agents comme Jocelyne (qui faisait la saisie de toutes les données dans SIDA-INFO) de se libérer du temps pour apporter les corrections dans la base suite au contrôle qualité réalisé par Patrick (fiches de demandes de correction envoyées par Patrick dans les centres).

Par ailleurs, il a été décidé avec Patrick et Valentin la création d'un manuel utilisateur assez succinct à partir de celui créé en 2011 (environ 100 pages) mais non diffusé car trop long (Il n'aurait pas été lu). Une version pourra être traduite en kirundi. Le CHU de Rennes pourrait prendre en charge sur la ligne coopération internationale les frais d'impression couleur du manuel.

*En pratique pour prochaine mission : Une évaluation de la nouvelle organisation au CPAMP CHUK, manuel utilisateur « allégé » et en kirundi, assisté à une formation du personnel par CNLS, reprendre contrôle qualité, point sur la nouvelle version SIDA INFO*

## OBJECTIFS SECONDAIRES

Un volet « Bases de données complémentaires » a également été un des objectifs de cette mission. En effet des demandes annexes ont permis de commencer à développer 3 bases de données et une base à relier à SIDA INFO.

### ✓ **Base de données pour les accouchements en salle de naissance à l'HPRC**

Il s'agit d'un projet du Dr Hélène Leroy, Infectiologue à Rennes, du Dr Scholastique à l'HPRC et de Béatrice, Médiatrice de Santé à l'HPRC. Avant le départ pour cette mission, nous avons fait le point avec Hélène Leroy sur les items à faire apparaître dans la base, qu'elle avait recueilli suite à sa mission de juillet 2013 (cf rapport de mission). Un début de base avait donc été créé. Nous avons à notre tour rencontré Dr Scholastique et Béatrice pour refaire le point sur les demandes exactes et présenter une ébauche de base de données. La base de données sera finalisée à Rennes à notre retour. Un PC sera installé à l'HPRC pour Béatrice (s'assurer avant la prochaine mission de son installation).

### ✓ **Base de données pour la biologie à l'INSP**

Il s'agit d'un projet que nous avons débuté lors de la mission de juin 2012. Après avoir recueilli les demandes de Désiré, technicien de labo et Francine, responsable labo, nous avons créé une base de données ACCESS, basée sur leur formulaire papier, reprenant 2 volets :

- Diagnostic du VIH chez l'enfant exposé au VIH
- Mesure de la charge virale

Cette base, déposée en juin 2012, n'a jamais été utilisée sans raison retrouvée. Dr Anne Maillard, Virologue au CHU de Rennes, venue en mission en mars 2013, a à son tour proposé une base de données Excel pour le recueil du résultat des charges virales (après légères modifications des formulaires papier utilisés dans le cadre de leur registre). Lors de notre mission nous avons pu constater que cette base est bien utilisée mais il resterait un contrôle qualité à faire sur cette dernière. Faute de temps, cela pourrait être réalisé sur la prochaine mission. L'idée peut également être de repartir sur une base ACCESS reprenant en compte toutes les modifications et la base Excel de Anne Maillard. Cela restera à valider avec Dr Anne Maillard.

### ✓ **Base de données de Néonatalogie au CHUK**

Lors de cette mission, nous avons rencontré Dr Hélène Bukuru, Pédiatre, Dr Thierry, Pédiatre, et Marie, chef de poste en Soins Intensifs de Néonatalogie au CHUK dans le but de créer une base de suivi du nouveau-né. Les items ont été recueillis et une base de données sera créée suite à cette mission et validée avec Dr BETREMIEUX à Rennes.

### ✓ **Base de données CMC Buyenzi**

Demande du Dr Hélène Leroy de relier la base de suivi des mères avec SIDA INFO au CMC de Buyenzi. La base qui est utilisée à CMC Buyenzi a été créée par Emmanuel, statisticien au CNR. Nous l'avons rencontré et, il n'y a pas de problème pour lui au niveau de la faisabilité. Une copie de la base a été remise à Valentin au CNLS et il se mettra en lien avec Emmanuel pour faire la liaison des 2 bases.

*En pratique pour prochaine mission : installer les nouvelles bases créées et finalisées à Rennes, Formation du personnel aux nouvelles bases, vérifier la liaison entre bases à CMC Buyenzi*

## CONCLUSION

---

En conclusion, il apparaît nécessaire de rapprocher les délais entre cette mission et la prochaine. En effet, la restructuration du CHUK autour de la saisie dans SIDA-INFO doit être évaluée assez rapidement afin de pouvoir rectifier les choses assez rapidement si besoin. Par ailleurs, le fait d'avoir un délai qui n'est pas trop long entre 2 missions permet de garder les personnes sollicitées au cours des missions mobilisées sur les projets.

### Objectifs de la prochaine mission :

#### ✓ **Liés au logiciel SIDA-INFO**

- Assister à une formation SIDA-INFO sur sites avec Valentin ou Patrick (normalement envoi du planning de formation en amont) – caller les dates de la mission sur le planning.
- Suivre le contrôle qualité de près sur SIDA-INFO dans le cadre du projet du DEA. Peut-être contrôler sur quelques dossiers patients les données saisies dans SIDA-INFO, améliorer la traçabilité des connexions avec code unique par utilisateur.
- Création d'un manuel utilisateur allégé avec Valentin (CNLS) et Patrick (CNR) pour les sites n'ayant pas été formé à SIDA-INFO mais qui l'utilisent (90 sites environ qui utilisent SIDA-INFO) - Créer un patient, saisir une CS, etc....
- Emmener les équipes du CHUK à l'HPRC pour voir comment se passe l'organisation de l'équipe autour du logiciel SIDA-INFO.
- Faire un point sur l'utilisation de la partie PECPS du logiciel SIDA-INFO (Prise En Charge Psycho-Sociale) au CHUK. Même chose pour l'HPRC

#### ✓ **liés au volet « Nouvelles Bases de données »**

- Installation des bases de données finalisées à l'INSP, l'HPRC (salle de naissance) et au CHUK (la Pédiatrie) et formation du personnel utilisateur le lundi et mardi sur demi-journée ou journée entière. Saisie de cas concrets et des patients du jour.
  - Jeudi et Vendredi : bilan de l'utilisation sur les 2-3 jours (réponses à apporter aux interrogations restantes)
- Suivre de près la demande d'un PC portable pour Béatrice au CHUK (salle de naissance). L'installation de la base dépendra de ce PC.
- Contrôle qualité à réaliser sur le fichier Excel déposé par Anne Maillard à l'INSP (comparer les dossiers papiers avec la base).
- Préparer un petit manuel utilisateur allégé pour les diverses bases de données qui seront installées lors de la mission.
- Objectifs à plus long terme : Evaluer l'utilisation des nouvelles bases de données annexes (INSP, Salle de naissance HPRC, Pédiatrie SI au CHUK) quelques mois après leurs installations et de procéder à un contrôle qualité

Tâches à effectuer entre les 2 missions :

✓ **Liées au logiciel SIDA-INFO**

- Récupérer le planning des formations au logiciel SIDA-INFO de Valentin (CNLS) pour caler la date de la prochaine mission.
- Envoyer à Valentin et Liliane (CNLS) la liste des modifications à apporter à SIDA-INFO (en cours de reconstruction).

✓ **Liées au volet « Nouvelles bases de données »**

- Finaliser la base de données de la salle de naissance HPRC et programmer un rendez-vous avec Dr Hélène LEROY pour validation
- Créer la base de données Pédiatrie (SI) du CHUK avec les items recueillis et programmer un rendez-vous avec Dr BETREMIEUX, Pédiatre au CHU de Rennes pour validation. (RDV du 11/09/2013 : rencontre avec Dr BETREMIEUX pour une mise au point sur les items recueillis pendant la mission – Cela sera de nouveau abordé avec l'équipe Pédiatrie SI du CHUK lors de la mission du Dr BETREMIEUX du 22 au 29 septembre 2013).
- Organiser une rencontre avec Dr Anne Maillard pour faire un bilan de la base de données à l'INSP. Doit-on poursuivre la construction de la base ACCESS ? (Si oui, items à valider avec elle)

## LISTE DES ACRONYMES HABITUELLEMENT UTILISÉS DANS LES RAPPORTS DE MISSION

<b>ANSS:</b>	Association Nationale de soutien aux séropositifs
<b>APRODIS</b>	Appui aux Programmes de Décentralisation et d'Intensification de la lutte contre le Sida
<b>ARV:</b>	Antirétroviraux
<b>BAD:</b>	Banque Africaine de Développement
<b>BM :</b>	Banque Mondiale
<b>CAMEBU:</b>	Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
<b>CDS:</b>	Centre De Santé
<b>CDV:</b>	Centre de Dépistage Volontaire
<b>CHUK:</b>	Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
<b>CMC:</b>	Centre de Médecine Communautaire
<b>CNLS:</b>	Conseil National de Lutte contre le Sida
<b>CNR:</b>	Centre National de Référence en matière du VIH au Burundi
<b>COREVIH-Bretagne :</b>	Coordination Régionale de la lutte contre le VIH en Bretagne
<b>CPN:</b>	Consultation Pré Natale
<b>CPAMP:</b>	Centre de Prise en charge Ambulatoire Multidisciplinaire des Personnes vivant avec le VIH
<b>CTB</b>	Coopération Technique Belge
<b>CV:</b>	Charge Virale
<b>DGOS :</b>	Direction Générale de l'Organisation des Soins (Ministère de la santé, France)
<b>DIU :</b>	Diplôme Inter Universitaire
<b>ETP:</b>	Education Thérapeutique
<b>FM :</b>	Fonds Mondial
<b>FVS:</b>	Famille pour Vaincre le Sida
<b>HPRC:</b>	Hôpital Prince Régent Charles
<b>INSP:</b>	Institut National de Santé Publique
<b>IO:</b>	Infections Opportunistes
<b>IST:</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MAE :</b>	Ministère des Affaires Etrangères (France)
<b>MIG :</b>	Mission d'Intérêt Général
<b>MSPLS:</b>	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le sida (Burundi)
<b>OMS:</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG :</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA :</b>	Organisation des Nations Unies contre le SIDA
<b>PVVIH:</b>	Personnes Vivant avec le VIH
<b>PTME:</b>	Prévention Transmission Mère à l'Enfant
<b>RAF :</b>	Réseau Africain des Formations sur le VIH-SIDA
<b>RBP+:</b>	Réseau Burundais des séropositifs
<b>SHA :</b>	Solution Hydro-Alcoolique
<b>SI :</b>	Soins Intensifs
<b>SWAA:</b>	Society for Women against AIDS in Africa
<b>TB:</b>	Tuberculose
<b>USAID:</b>	United States Agency for International Development
<b>UNICEF:</b>	United Nations Children's Emergency Fund
<b>UE:</b>	Union Européenne
<b>VHB :</b>	Virus de l'hépatite B
<b>VHC:</b>	Virus d'Hépatite C
<b>VIH:</b>	Virus d'Immunodéficience Humaine
<b>VAD:</b>	Visite à Domicile

## Pays et population

Le Burundi, état africain de 9 863 117 habitants [en 2010], est très touché par le VIH-sida. La prévalence nationale de la maladie est estimée à 4,2% chez les adultes âgés entre 15 et 49 ans [Irin, 2008], le mode principal de contamination se faisant par voie hétérosexuelle.

Le sida en est la première cause de décès chez l'adulte et l'une des premières causes de mortalité infantile.



## Actions de lutte contre le SIDA

En 2001, les autorités nationales ont décidé de mettre en place le CNLS (Comité National de Lutte contre le Sida) pour faire de la lutte contre le VIH-sida une priorité nationale.

Un plan stratégique national 2012-2016 a été mis en place visant à accélérer les efforts dans la réponse face à la maladie.

Dans le domaine de la prévention des nouvelles infections, les impacts majeurs attendus sont les suivants :

- Réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle dans la population générale et parmi les groupes à haut risque.
- Éliminer la transmission verticale du VIH (de 29,3% en 2010 à 4% d'ici 2016) et réduire de moitié la mortalité maternelle liée au sida. :

En ce qui concerne la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, le résultat d'impact attendu est la diminution de moitié de la mortalité. Pour cela, le taux de mortalité passerait de 7,8% à 3,9% d'ici 2016.



## Programme de coopération internationale

Dans ce contexte, le CHU de Rennes, impliqué depuis plusieurs années sur des missions de coopération internationale avec le Burundi, rejoint en 2006, les programmes ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau).

Depuis 2012, 2 missions ont été effectuées pour travailler sur «SIDA-INFO» (logiciel national de suivi des PVVIH), utilisé par près de 80 sites au Burundi. Les rencontres avec les équipes ont permis d'observer les pratiques, de recenser les besoins et apporter des outils spécifiques.

## Objectif général

- Améliorer le recueil de données sur la prise en charge des PVVIH et la qualité des indicateurs recueillis

## Objectifs spécifiques

- Former le personnel à l'utilisation du logiciel «SIDA-INFO»
- Proposer de nouvelles organisations de services, et désigner un responsable local en lui attribuant des droits
- Améliorer l'outil par l'homogénéisation des versions de «SIDA-INFO»
- Informatiser et améliorer l'exhaustivité du recueil par la mise en place de bases de données annexes (ex : biologie, pédiatrie et salle de naissance...) avec formation des utilisateurs
- Ebauche d'un contrôle qualité
- Harmoniser les pratiques et améliorer l'exploitation des données

## Perspectives

- Liées au logiciel de prise en charge des patients et au volet « nouvelles bases de données »
- formation «SIDA-INFO» sur sites
- contrôle qualité «SIDA-INFO»
- amélioration de la traçabilité des connexions avec code unique par utilisateur
- Création d'un manuel utilisateur allégé
- Echanges entre les différents sites et/ou services concernant l'utilisation du logiciel
- Installation des bases de données finalisées et formation du personnel
- Contrôle qualité
- Objectifs à plus long terme :
- Evaluation, et remontée des remarques et/ou difficultés liées à l'utilisation des nouvelles bases de données

## Résultats

- Nette amélioration de l'organisation autour de «SIDA-INFO» depuis la mission de 2012, les tâches autour du logiciel étant beaucoup mieux définies
- Aucune formation programmée comme prévu au départ : Niveau très différent d'une personne à l'autre et budget formation limité.
- Adhésion du personnel à «SIDA-INFO» par une meilleure compréhension de la saisie
- Répercussions sur la qualité des données dans les 3 grands centres (répartition des tâches, implication médicale)
- Gain de temps pour l'édition des rapports mensuels via les bases de données annexes
- Utilisation des données pour justifier des investissements hospitaliers pour les services

Ces 2 missions ont permis, outre quelques difficultés rencontrées (multiples interlocuteurs, appréhension du fonctionnement et de la logistique existants...) de construire un partenariat multidisciplinaire autour de partages et d'échanges humains très riches.

Un projet commun de gestion de bases de données a vu le jour, grâce à une mise en commun de compétences variées.

Ainsi de nouvelles perspectives et axes de travail sont apparus au fil du temps, amenant cette collaboration à se pérenniser et s'étendre à d'autres services, et servir de modèle à d'autres actions de coopération inter hospitalières.

Remerciements : CHU Rennes, ESTHER, GOREVIH Bretagne, Thomas JOVELIN (Data Manager CHU Nantes), Partenaires burundais dont Hôpital Prince Régent Charles, CHU Kamenge, CNLS, Centre National de Référence (CNR)