



## COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION PLÉNIÈRE DU COREVIH DE BRETAGNE

**Mercredi 5 juillet 2017 10h à 16h**  
**Au Centre Gériatrique des Capucins – St Brieuc**

### Ordre du jour :

#### **MATIN :**

- Informations générales sur la vie du COREVIH Bretagne
- Présentation des données de la file active bretonne des patients suivis pour VIH en 2016
- Plan d'action 2017-2019
  - o Présentation des intitulés des groupes de travail
  - o Réflexion en ateliers (un par groupe de travail)
    - Définition des objectifs du groupe de travail
    - Priorités
    - Modalités d'évaluation

#### **DÉJEUNER**

#### **APRÈS-MIDI :**

- Restitution des ateliers du matin (10 minutes par groupe)
- Fonctionnement pratiques des groupes de travail
- Questions diverses

**Membres présents** : Arvieux Cédric, Catherine Beaugeard, Besse Myriam, Daniel Corinne, Delhayé Béatrice, Drévilhon François-Baptiste, Fouquet Laure, Gagnière Bertrand, Gilois Pascal, Guerdat Gérald, Kaupé Marianne, Labbay Elodie, Lacroix Tiphaine, Lavigne Morgane, Le Mée Antonin, Lenault Céline, Maillard Anne, Marchetti Pascale, Monnier Nathalie, Perfezou Pascale, Poras Jean-Pierre, Porion Romain, Prestel Thierry, Stéphant Mathieu, Valence Marion, Vangoethem Laurence

**Invités** : Briand-Fève Sophie

**Personnel du COREVIH** : Campeaux Halima, Chanvril Hadija, Ducept Myriam, Duthé Jean-Charles, Mouton-Rioux Virginie

**Excusés** : Dumortier Dorianne, Pourade Anne, Poulain Yannick, Fur Fanny, Morin Françoise, Le Gal Glenn, Bronnec Eliane, Tron Isabelle, Rohan Jennifer, Maniscalco Eric, Quemeneur Elisa.

<b>Informations générales sur la vie du COREVIH</b>	<i>C. Arvieux</i>
---	-------------------

DISCUSSION	<p>Tour de table de présentation de l'assemblée présente.</p> <p><b>Objectifs de la journée</b> : Constitution des groupes de travail  <b>Présentation</b> : Cf. diaporama <a href="#">ICI</a></p> <p><b><u>Informations générales sur la vie du COREVIH</u></b></p> <p><b>A – Prochains grands rendez-vous</b></p> <p>Mardi 26 septembre (Rennes – Chambre des métiers)  <i>Journée CeGIDD (matin)</i>  <i>Journée annuelle du COREVIH, thématique : « Ethique et santé » (après-midi)</i></p> <p>18 au 20 octobre (Nice)  <i>JEALS, congrès de la SFLS – Thématique : « Vers un territoire sans SIDA »</i></p> <p>Judi 23 novembre (Soirée, Visio-conférences)  <i>Thématique : « VIH et comorbidités »</i></p> <p>Lundi 18 décembre (Quimper)  <i>Plénière du COREVIH</i></p> <p><b>B – Focus sur les nouveaux textes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><u>Stratégie nationale santé sexuelle / A lire <a href="#">ICI</a></u></b>        Une note de la Direction Générale de la Santé destinée aux directeurs d'ARS vient de paraître. Elle leur indique comment mettre en place la stratégie de santé sexuelle à l'intérieur des Plans Régionaux de Santé (PRS). C'est une déclinaison régionale de la stratégie nationale santé sexuelle.        Certains indicateurs sont atteignables, optimistes pour d'autres (HPV : 75% du couverture vaccinale).        Concernant le VIH, les objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé sont repris mais de façon plus ambitieuse, 90% des personnes séropositives dépistées, 90% d'entre elles en soin, et 90% des personnes sous traitement ayant une charge virale indétectable pour 2020 et 95% en 2030. Les objectifs pour la France le sont encore plus, pour que l'on atteigne les 95% en 2020. Si les deux derniers 90% (lien avec le soin charge virale indétectable sous traitement) sont déjà atteints, le 95% des personnes infectées-dépistées reste un défi important.</li> <li>▪ <b><u>Déclinaison des COREVIH dans les régions</u></b>        Une note va paraître prochainement à destination également des directeurs d'ARS. Un peu tard pour le Corevih Bretagne qui est le premier COREVIH à avoir été renouvelé. Le contenu de la note ne bouleverse pas les façons de faire, elle rappelle les bonnes conduites en terme de démocratie au sein des COREVIH (débat, représentativité...). La note n'est pas sortie car l'instance de gouvernance des COREVIH n'est pas définie. Actuellement, il y a un Groupe Technique National des COREVIH (GTN) qui a été désigné par la DGS, mais une réflexion pour une représentation plus démocratique est en cours.</li> </ul>
------------	---

	<p><b>C – Informations financières</b></p> <p>L'ARS a accepté de financer la base de données des CeGIDD via une dotation globale au COREVIH. Cette base de données permet de faire tout le suivi et l'exploitation des données épidémiologiques et d'élaborer les rapports d'activités. Le budget du COREVIH dans le cadre du Fonds d'Intervention régional (FIR) est de 592 763 € ; il va augmenter cette année de 25 000 € ciblés sur cette partie.</p> <p>Rendez-vous avec l'attaché d'administration en charge du budget du COREVIH au CHU : Année de transition, moins d'activités en début d'année. Moins d'événements, les dépenses de fonctionnement sont moindres. Organisation d'événements, les défraiements des intervenants, les déplacements des membres du bureau représente moins de 10% du budget annuel, le reste étant des dépenses de fonctionnement. Pour mémoire, la présentation des comptes se fait lors de la première plénière de chaque année, mais des mises au point sont réalisées lors de chaque plénière.</p>
CONCLUSION	

	<p><b>Présentation des données de la file active bretonne des patients suivis pour VIH en 2016</b></p>	<p><i>Cédric Arvieux</i></p>
--	--	------------------------------

DISCUSSION	<p><b>Présentation : Cf. diaporama <a href="#">ICI</a></b></p> <p>Depuis 3 ans, afin que le rapport épidémiologique du COREVIH soit plus riche, il est publié en fin d'année pour pouvoir comparer les données régionales du COREVIH avec les données transmises par Santé Publique France au niveau national. Le travail d'analyse pour la Bretagne est mené en collaboration avec la CIRE, l'Observatoire Régional de la Santé en Bretagne (ORSB).</p> <p>La collecte et la consolidation des données se fait tout au long de l'année grâce aux Techniciens d'Etudes Cliniques (TEC) et aux Data manager.</p> <p>Actuellement, on compte 3 398 patients suivis en Bretagne. La répartition ne bouge pas beaucoup au fil des années. 40% de la file active se trouve à Rennes, puis des files actives entre 250 et 420 patients réparties entre les CH de Quimper, St Brieuc, Brest, Vannes et Lorient.</p> <p>Morlaix, St Malo et Pontivy, ont de petites files actives, mais qui augmentent progressivement (en dehors de Pontivy où elle paraît stable, mais nous n'avons pu collecter les données de 2016 pour des raisons techniques.</p> <p><b><u>Ce que l'on peut retenir :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution de la file active : moins de 200 nouvelles personnes ont été accueillies en 2016.</li> <li>- Le travail spécifique auprès des perdus de vue est un succès : seulement 9 perdus de vue sur l'ensemble de la file active.</li> <li>- Un quart des patients sont arrivés un jour au stade SIDA. Ce chiffre baisse très doucement chaque année.</li> <li>- Ancienneté : Répartition homogène au niveau des tranches d'âge. Près de 20% des personnes qui sont suivies le sont maintenant depuis plus de 25 ans.</li> <li>- Age : La tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans. Pour les femmes, la tranche la plus représentée est celle des 40-49 ans. Chaque année la médiane de la file active augmente de quelques points.</li> <li>- Contamination : essentiellement hétérosexuelle, elle représente près de la moitié de la file active, mais la contamination homosexuelle reste très majoritaire chez les hommes.</li> </ul>
------------	---

	<p>- Pays de naissance : le plus grand nombre, après la France, vient d'Afrique de l'Ouest et Centrale, peu de personnes viennent d'Asie ou d'Europe de l'Est.</p> <p>- Efficacité des traitements et du suivi : 94,8% des personnes qui sont sous traitement ont une charge virale indétectable.</p> <p>- 2/3 des patients ont + de 500 CD4/mm<sup>3</sup> ; au fur et à mesure du temps, on a moins d'immunodépression sévère.</p> <p>- Traitements : forte poussée des anti-intégrases au cours des dernières années. L'Eviplera est la première molécule utilisée (et la moins onéreuse !). Un seul comprimé par jour avec 3 molécules représente l'essentiel des traitements. Conforme aux recommandations actuelles.</p> <p>- Hépatites : le projet est qu'au niveau régional, à fin 2018, il n'y ait plus de patients coinfectés. Traitements efficaces à 90% en trois mois de traitements. Pour les 10% d'échec les nouvelles lignes thérapeutiques sont efficaces pour 90% des personnes. Seules 53 personnes n'ont jamais été traitées pour leur VHC dans la file active Bretagne : l'objectif 2018 est que l'on soit en dessous de 10.</p> <p>- Transmission VHC : essentiellement transmission liée à l'usage de drogues ; la transmission sexuelle représente seulement 15%.</p> <p>- PMA : très peu de centres PMA prennent en charge les personnes VIH. Rennes est le seul centre dans l'ouest de la France entre Rouen et Toulouse. Il y a peu de demandes et le constat que ce n'est pas très efficace : seulement 3 naissances pour 157 tentatives en 2015. Il est possible que cela soit lié au fait que les personnes arrivent très tardivement pour la prise en charge. Cela pose la question de l'efficacité du système, de la publicité et de la connaissance de la procédure par les soignants et les centres de PMA ne faisant pas de prise en charge en cas de risque viral.</p> <p><b>T. Prestel</b> : Pour les personnes nouvellement suivies, les profils des personnes ont-elles changé ?</p> <p><b>C. Arvieux</b> : Peu d'évolution. Comparatif à 5 ans : pas une grande évolution. Proportion d'augmentation de profil HSH. Au niveau national, les résultats sont stables, peut être un début d'effet de la prévention. En Bretagne, nette diminution de nouvelles contaminations découvertes en 2016 par rapport à 2015, mais nous sommes sur de petits chiffres et les différences sont finalement peu significatives.</p> <p><b>P. Perfezou</b> : Photo de l'état de santé des patients ?</p> <p><b>C. Arvieux</b> : Le recueil des comorbidités peut être fait que sur les centres qui utilisent NADIS comme dossier patient. Cela demande à ce que l'on se concentre sur des indicateurs bien identifiés. Le thème des comorbidités sera abordé lors de la soirée scientifique du 23 novembre, cela va représenter un travail important pour les TECs pour le dernier quadrimestre 2017.</p> <p>Mission du COREVIH : IST/ dans une approche de santé sexuelle.</p>
<b>CONCLUSION</b>	

	<b>Plan d'action 2017-2019</b>	<b>Cédric Arvieux</b>
--	--------------------------------	-----------------------

<b>DISCUSSION</b>	<p>Deux réunions de bureau les 1<sup>er</sup> et 26 juin ont permis de définir 5 de groupes de travail prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention intégrée (prévention sous tous ses aspects : éducation, stratégie,, outils...)</li> <li>• Qualité de vie, qualité des soins</li> <li>• Addictions</li> <li>• Transidentité</li> <li>• CeGIDD et épidémiologie.</li> </ul> <p>La prévention en milieu scolaire avait aussi été retenue comme axe de travail. L'ARS a décidé que cette question serait travaillée au niveau du groupe « Vie affective et vie sexuelle » de l'ARS et nous avons plusieurs réunions de travail programmées avec l'ARS pour bien se répartir les tâches entre COREVIH,</p>
-------------------	---

Groupe Régional Santé Sexuelle et Pôle régional de Prévention (Myriam Besse).

5 petits groupes sont constitué pour travailler sur les objectifs, les priorités, les modalités d'évaluation, la composition des groupes et la date de la première réunion de ces groupes de travail.

#### RESTITUTION GROUPES DE TRAVAIL (cf. fiches)

- **ADDICTIONS / Fiche**
- **CeGIDD ET ÉPIDÉMIO / Fiche**
- **QUALITÉ DE VIE, QUALITÉ DES SOINS / Fiche**
- **PRÉVENTION INTÉGRÉE / Fiche**
- **TRANSIDENTITÉ / Fiche**

**S. Jaffuel** : un pan de mission d'information et de prévention était fait par les CDAG/CIDDIST en milieu scolaire, il a du être abandonné. C'est vraiment un problème, qui va le faire ? Est-ce dans les missions des CeGIDD, du COREVIH ?

**C. Arvieux** : une réunion avec l'ARS a eu lieu le 22 juin, sur la prévention en milieu scolaire, l'organisation est à revoir avec une partie qui relève de l'ARS. Il y a 3 grands acteurs sur ce sujet : le Corevih, le groupe régional de l'ARS et le Pôle de prévention en santé sexuelle du réseau Louis Guilloux. Une réunion est prévue avec l'ARS courant juillet pour notamment répartir clairement les rôles de chacun.

**T. Prestel** : Le projet éducatif de santé mis en place par la loi de santé et par une circulaire de l'éducation nationale intègre notamment l'éducation à la sexualité ; les établissements scolaires devraient se l'approprier. Cela éviterait que les informations soient transmises de façon séquentielles : la sexualité par le biais du VIH, par le biais de la grossesse... Cela devrait permettre de donner une cohérence sur l'ensemble des sujets de santé abordés en milieu scolaire.

**C. Arvieux** : Forte volonté de l'Etat pour que la prévention commence très tôt à l'école.

**S. Jaffuel** : 1 infirmière pour 3 collèges ne permet pas un travail approfondi. Si l'on veut élargir et approfondir la formation, il ne faut pas que cela passe par les infirmières scolaires.

**T. Prestel** : le rôle des infirmières aujourd'hui n'est pas de faire de la formation en direct, mais de coordonner et d'aider les équipes éducatives avec l'appui d'associations.

**C. Arvieux** : S'il y a une formation à la santé qui est destinée aux équipes éducatives, on peut intervenir en tant que COREVIH auprès des futurs formateurs sur la question de la santé sexuelle.

**R. Porion** : Il serait intéressant de travailler sur la question de l'uniformisation du discours. Notamment sur le thème de l'indétectabilité. Lorsque l'on a une charge virale indétectable, on est moins contaminants sur certains critères. Ce qui est communiqué aujourd'hui c'est « indétectable = non transmissible » (slogan de Aides à la marche des fiertés). On est passé de plusieurs critères à zéro critères. On est passé d'une étude valable pour les hétérosexuels à l'application pour les homosexuels. Cela pose question.

**C. Arvieux** : 6 mois d'indétectabilité, monopartenaire... cela ne repose sur aucune base scientifique. C'est un discours purement médical qui a voulu accompagner la question de la réduction de la transmission. La seule base connue sont les enquêtes PARTNER où l'on peut dire aujourd'hui à une personne infectée par le VIH qui a une charge virale indétectable durable que le risque est inférieur à 7,9/ 100 000 actes hétérosexuels (les données concernant les rapports entre hommes sont identiques, mais la borne inférieure est plus faible car on a moins d'études). Comment adapter ce message au grand public et aux médecins ?

**R. Porion** : Le problème est d'avoir une information qui demande un complément d'informations. La crainte à avoir c'est que le complément d'information ne soit plus communiqué et que l'on passe le message « tout traitement = indétectable ». Il faut être attentif à cela et peut être diffuser cette information sur des petites fiches explicatives afin que les choses soient plus claires.

**C. Arvieux** : la question de la non-transmission, ou très faible risque, est essentielle pour la qualité de vie sexuelle des séropositifs. Cette notion est manifestement très mal connue, notamment chez les femmes

hétérosexuelles. Il y a des efforts à faire. Peut être au niveau de l'ETP.

**E. Labbay** : Souvent on constate que les personnes ont compris le début de la phrase « Charge virale indétectable = pas de contamination » et le reste de la phrase a été oublié. L'information peut être donnée mais pas forcément intégrée.

**S. Jaffuel** : Il faut faire attention au discours, il faut plutôt répondre du cas par cas. Les autres IST continuent de bien se transmettre (retour de la syphilis..).

**E. Labbay** : penser à diffuser l'information par le biais du support papier et pas seulement à l'oral pour que la personne puisse y revenir à tête reposée.

### **Modalités de fonctionnement des groupes de travail**

**Présentation Hadija Chanvril** : Cf. diaporama [ICI](#)

Groupe de travail : pas d'indemnisation auprès de structures professionnelles. Prise en charge des frais de déplacements, de missions liées aux missions. Il faut faire un ordre de mission du COREVIH ou de la structure employeur -> attestation de non prise en charge.

Document récapitulatif envoyé prochainement.

### **Membres du Bureau**

Chaque membre du bureau est référent d'un groupe de travail afin que les informations puissent circuler et les décisions validées.

Addictions : Eric Maniscalco

Transidentité : Bruno le Clézio

Prévention intégrée : Gérald Guerdat

Qualité de vie, qualité des soins : François-Baptiste Drévilon et Morgane Lavigne

CeGIDD : Marianne Kaupe et Cédric Arvieux

Les responsables de chaque groupe reprendront contact avec les membres du groupe afin de fixer la première réunion.

Conseil : première réunion en présentiel, ensuite possibilité de faire des réunions téléphoniques.

Envoi des objectifs des groupes de travail à l'ensemble des membres de la plénière pour que les personnes s'inscrivent en fonction de leur compétence.

CONCLUSION

**Prochaine réunion Plénière : lundi 18 décembre 2017**