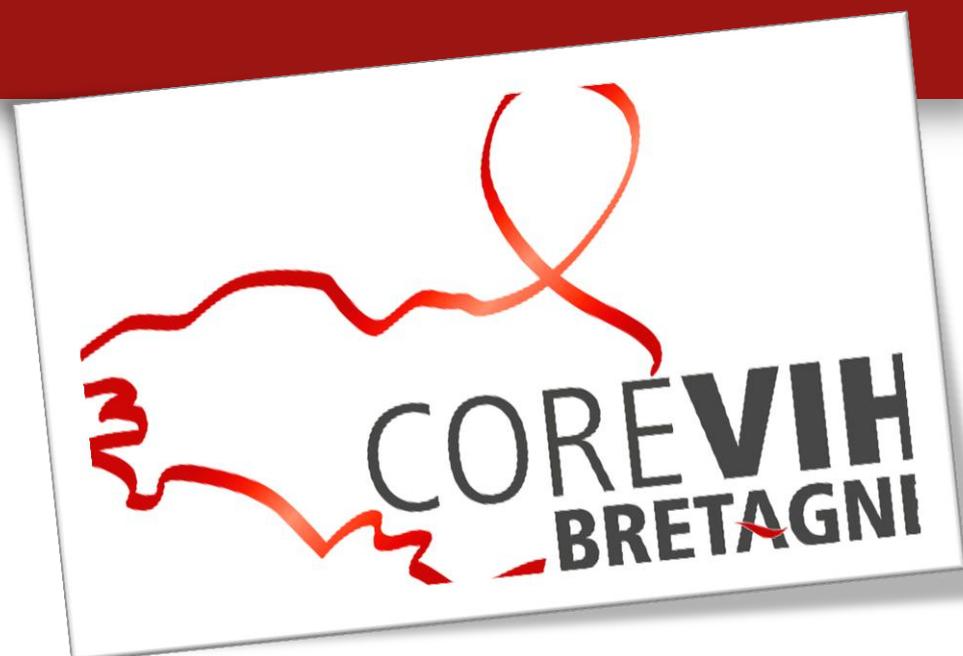


COORDINATION REGIONALE DE LUTTE CONTRE L'INFECTION
DUE AU VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE



RAPPORT D'ACTIVITE 2011

RELOOKE EN 2012

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 - www.corevih-bretagne.fr

Sommaire

I	PRESENTATION DU COREVIH.....	1
I.1	Identification du Corevih Bretagne	2
I.1.1	Région administrative.....	2
I.1.2	Territoire de référence du COREVIH	2
I.1.3	Établissement siège.....	2
I.1.4	Établissements hospitaliers accueillant du personnel COREVIH	3
I.2	Les Instances du Corevih Bretagne.....	4
I.2.1	Plénière	5
I.2.2	Bureau.....	6
I.3	Moyens du Corevih Bretagne	8
I.3.1	Le personnel du COREVIH	8
I.3.2	Les moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH.....	8
I.3.3	Les conventions signées entre les établissements et les moyens.....	9
I.3.4	Les moyens financiers	10
▪	Budget 2011.....	10
▪	Relation et analyse du budget.....	11
I.3.5	Activité des Techniciens d'Études Cliniques (TEC)	12
▪	Nadis	12
▪	Rapport d'activité 2011	12
▪	Recherche clinique.....	13
▪	Formation	13
I.3.6	Moyens de communication	14
▪	Le bulletin d'information	14
▪	Site Internet.....	14
▪	Plaquette d'information	15
I.4	Les acteurs du Corevih Bretagne	15
I.4.1	Relation COREVIH – ARS	15
I.4.2	Hôpitaux	16
I.4.3	CDAG et/ou CIDDIST	17
I.4.4	Structures de soins non hospitalières	18
I.4.5	Associations	19

II	ACTIONS DU COREVIH	23
II.1	Les actions du Corevih Bretagne (1/2)	24
II.1.1	Réunions et groupes de travail	24
II.2	Les actions du Corevih Bretagne (2/2)	25
II.2.1	Réunions scientifiques	25
II.2.2	Réunions de Concertation Pluridisciplinaire du Comité des Médicaments du Sida	25
II.2.3	Commissions.....	26
▪	Commission Dépistage	27
▪	Commission Prévention	30
▪	Commission AES	32
▪	Commission Education Thérapeutique	34
▪	Commission Médecine de ville.....	37
▪	Commission qualité des soins.....	40
▪	Commission recherche clinique	43
▪	Dossier Médical Informatisé : NADIS.....	45
III	DONNEES MEDICALES ET EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS SUIVIS DANS LES CENTRES HOSPITALIERS PARTICIPANT A L'ACTIVITE DU COREVIH BRETAGNE	49
III.1	Données du dépistage (INVS/ORSB)	50
III.2	Analyse des données médico-épidémiologiques du Corevih Bretagne	53
III.2.1	La file active du COREVIH en 2011.....	53
III.2.2	Caractéristiques de la file active bretonne	56
▪	Âge et sex-ratio	56
▪	Répartition des modes de contamination.....	56
▪	Co-infections par les virus des hépatites	58
▪	Affections opportunistes.....	61
▪	CD4 et charge virale VIH	63
▪	Données de mortalités	64
III.2.3	Les patients nouvellement pris en charge en 2011.....	67
▪	Précocité des découvertes d'infection par le VIH.....	69
III.2.4	Données d'activité.....	70
▪	Activité déclarée des services hospitaliers rattachés au COREVIH Bretagne	72
III.2.5	Les accidents d'exposition (AES).....	73
III.2.6	Les traitements antirétroviraux.....	76
▪	Ensemble des traitements.....	76
▪	Traitements initiés en 2011	79

III.2.7	Activité en milieu carcéral	84
III.2.8	Procréation	85
▪	Grossesses et naissances au COREVIH Bretagne	85
▪	Activité d'aide médicale à la procréation	86
▪	Suivis des enfants infectés par le VIH	88
▪	Suivis des enfants nés de mère séropositive	88
III.2.9	La Recherche clinique	89
▪	La Recherche clinique dans le domaine du VIH en Bretagne – Données	90
▪	Recherche clinique VIH au CHU de Rennes	91
III.2.10	Autres activités cliniques	94
III.2.11	Conclusion concernant les données médico-épidémiologiques	94
IV	LEXIQUE	95
V	ANNEXES.....	97

EDITORIAL

Déjà 4 ans !

L'année 2011 a vu le COREVIH Bretagne se renouveler, avec près de 50% de membres siégeant pour la 1^{ère} fois parmi les 90 titulaires et suppléants que compte le Comité. Nous espérons tous que ce bon taux de renouvellement va insuffler une nouvelle dynamique, tout en gardant l'excellente ambiance de travail mise en place au cours des dernières années ! La structuration du COREVIH est maintenant bien établie, basée sur un modèle très opérationnel que sont les commissions de travail, auxquelles se renouvellement va sans doute apporter dynamisme et renouvellement d'idées.

Néanmoins, une difficulté importante persiste pour le COREVIH, et celle-ci est soulevée tous les ans depuis que celui-ci dispose de moyens financiers lui permettant la réalisation de ses missions : en tant que coordinateur des actions, le COREVIH est parfois tenté de se substituer aux acteurs, du fait de ses moyens d'interventions qui font parfois défaut à ceux qui doivent mettre en place les actions opérationnelles. Un bon exemple en est la mise en place d'une Unité Régionale Mobile de Dépistage, à la disposition des acteurs bretons du dépistage et de la prévention. L'idée a émergé dès 2008, le COREVIH mettant d'une part en œuvre la coordination des différents acteurs, et d'autre part une partie de ses moyens financiers à disposition pour le projet ; mais il s'est rapidement révélé difficile de trouver un acteur ayant la volonté, les moyens et le temps de gérer une unité de ce type, et le projet a ainsi pris deux ans de retard. Entre-temps, le COREVIH a proposé une majoration de son financement sur des ressources non pérennes, tout en associant le message qu'il ne pouvait être l'opérateur complet du projet. En 2011, après trois ans de travail important pour les membres du COREVIH, le dossier d'acquisition et de gestion de cette Unité Mobile de Dépistage n'est toujours pas bouclé...

Or il eut été tentant de se substituer aux acteurs de terrain et d'acquiescer cet équipement au nom du COREVIH : nous nous éloignerions alors de notre travail de coordination... ou de se placer en simple observateur, au risque que le COREVIH se retrouve, à l'instar de l'âne de Buridan, incapable de choisir entre action et coordination...

Depuis quelques mois, les différents COREVIH ont soit été sollicités, soit ont pris les devants, pour une extension de leurs missions : ici, on parle d'élargir le champ de compétence du COREVIH aux hépatites virales (en plus des co-infections, où nous sommes déjà très impliqués) ; ailleurs, de réseau de santé sexuelle. On peut imaginer que les besoins d'extension d'une structure comme le COREVIH puissent être très différents d'une région à l'autre : il sera donc important pour le COREVIH Bretagne, en 2012, de réfléchir avec l'Agence Régionale de la Santé sur le champ de compétences du COREVIH, et en quoi le modèle mis en place peut être appliqué à d'autres domaines. La situation du COREVIH doit aider à améliorer la coordination autour de grands thèmes de santé publique, sans pour autant que ses missions ne soient diluées, ce qui ferait perdre une grande partie de son originalité à la structure. Dans son champ de compétence, le COREVIH a déjà pris en compte les remarques d'un certain nombre de rapports, et devra notamment être force de proposition dans le domaine de la santé sexuelle, où la coordination des très nombreux acteurs concernés est actuellement balbutiante, mais néanmoins essentielle.

La stagnation ou la diminution des ressources des acteurs de la lutte contre le VIH et donc finalement leur capacité à mettre en œuvre les projets, tant dans le domaine associatif qu'hospitalier, est une réelle difficulté que le COREVIH doit prendre en compte lorsqu'il envisage de coordonner un projet de grande ampleur. Dans le cadre de l'accompagnement du plan de lutte contre le VIH 2011-2014, il est nécessaire d'avoir une vision claire de cette dimension particulière afin de fixer les priorités d'action. L'une de ces priorités, pour le COREVIH, est de tout mettre en œuvre pour faciliter l'accès aux soins et à la prévention aux populations les plus démunies, les plus éloignées des systèmes de santé ou les moins à même de trouver une réponse à leurs problématiques de santé au sein du système actuel. Cela a été rappelé lors de la réunion de mise en place du nouveau Comité en Novembre 2011. Ceci se fait dans un contexte difficile, en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie de l'activité des assistants sociaux et des psychologues hospitaliers, dans une ambiance de réduction de l'accès aux soins : forfait financier d'accès à l'Aide Médicale Etat à la charge des patients, restriction de l'accès au droit au séjour pour soins pour les étrangers malades.

Cette facilitation de l'accès aux soins est particulièrement importante dans le contexte scientifique actuel : nous savons tous comment réduire le nombre de nouvelles contaminations par le VIH, par un modèle associant dépistage élargi – il pourrait être plus judicieux de parler de diagnostic précoce – et traitement précoce, d'autant plus précoce qu'il existe un risque de transmission à autrui. Or notre stratégie de dépistage est actuellement mise à rude épreuve : il reste encore beaucoup d'efforts à faire pour banaliser le dépistage auprès de la population générale (dont l'un des axes clés passe par les médecins traitants) tout en ayant des actions très ciblées auprès des populations à haut risque, ce volet reposant sur la conjonction des efforts des centres « spécialisés » dans le dépistage et des associations communautaires.

C'est grâce aux efforts des associations et des professionnels de santé que nous pouvons défendre ce que nous estimons être la meilleure qualité possible : il est important que nous montrions la pertinence de l'utilisation des moyens qui nous sont accordés pour défendre ces objectifs, que nous défendions le modèle de la qualité des soins et de la démocratie sanitaire, tel qu'il a été porté par tous les acteurs de la lutte contre le VIH.

Dr Cédric Arvieux
Président du COREVIH Bretagne

Pierre Olivier Le Clanche
Vice-président du COREVIH Bretagne



I PRESENTATION DU COREVIH

I.1 IDENTIFICATION DU COREVIH BRETAGNE

Créé en 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.1.1 Région administrative

	Bretagne	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Superficie (km ²)	27 208	6 898	6 729	6 783	6 816
Préfecture	Rennes	St Brieuc	Quimper	Rennes	Vannes
Sous-préfecture		Dinan, Guingamp Lannion	Brest, Châteaulin Morlaix	St Malo Redon	Lorient Pontivy
Population	2,9 millions	542 373	852 400	866 848	643 900

I.1.2 Territoire de référence du COREVIH



I.1.3 Établissement 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

Le COREVIH est rattaché au pôle « Médecines spécialisées », son n° d'Unité Fonctionnelle est « UF 9960 »

I.1.4 Établissements hospitaliers accueillant du personnel COREVIH

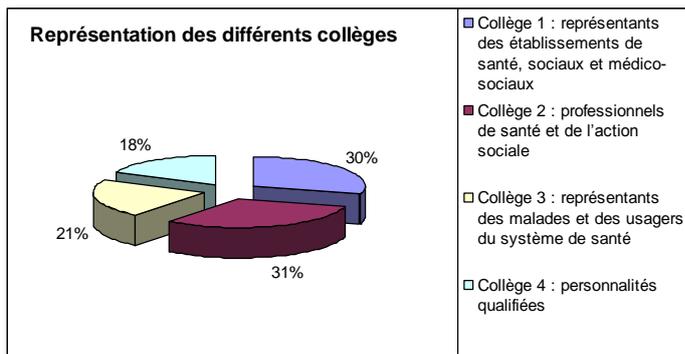
Deux centres Hospitaliers accueillent du personnel COREVIH :

Département	Ville	Établissement	Nombre de personnes accueillies	Dates d'installation
Finistère	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	1 Coordinatrice 1 Technicien d'Étude Clinique	1er janvier 2010 1er octobre 2010
Morbihan	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	1 Technicien d'Étude Clinique	1er juin 2010

Retrouvez tous les renseignements concernant le COREVIH Bretagne sur le site Internet : www.corevih-bretagne.fr

I.2 LES INSTANCES DU COREVIH BRETAGNE

Le Comité de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine de Bretagne a été renouvelé par arrêté 18 novembre 2011. Les membres sont nommés par le Préfet de région pour un mandat de 4 ans. Il est composé de 4 collèges soit 30 membres titulaires et 54 suppléants. Les candidatures pour le mandat 2011-2015 ont été reçues au COREVIH Bretagne et validées par l'ARS.

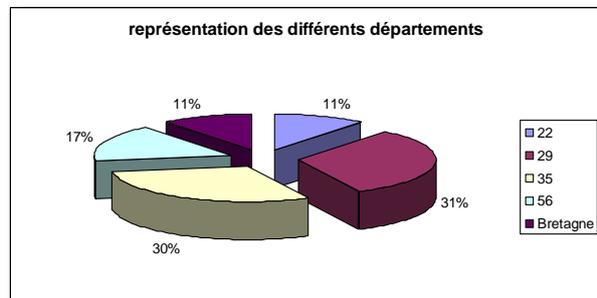


Le taux de renouvellement est proche de 50% par rapport à la mandature 2008-2011. De nouvelles personnes et de nouvelles compétences (IREPS, élus santé Lorient, St Brieuc et Brest) font leur entrée au sein du COREVIH. Une diversification des représentants des usagers se met également en place (CISS, pour l'élargissement des thématiques).

Le Comité est un lieu de débat et d'exercice de la démocratie sanitaire : il s'agit d'une instance délibérative. Celui-ci se rassemble en réunions plénières organisées au moins 3 fois par an.

Les missions du comité (liste non exhaustive)

- ✓ procéder à l'élection du Président, du Vice-président et des autres membres du Bureau
- ✓ voter le règlement intérieur
- ✓ discuter et approuver le budget et le rapport d'activité
- ✓ discuter des axes stratégiques à défendre sur le territoire pour améliorer la prise en charge des personnes infectées par le VIH
- ✓ discuter les grands axes de la lutte contre le VIH, tant dans ses aspects de prévention que d'amélioration de la qualité d'organisation des soins et fixer les priorités d'action des acteurs du COREVIH
- ✓ arrêter le programme d'activité et être garant de sa réalisation en tenant compte des particularités locales.



Le nouveau comité nommé en 2011 se réunira pour sa première réunion plénière de travail le mercredi 8 février 2012.

I.2.1 Plénière

L'année 2011 a été marquée par un bilan de 4 années d'existence du COREVIH Bretagne à l'occasion du renouvellement des membres du comité.

Quatre réunions réunissant 92 participants ont eu lieu en 2011. Ces réunions sont largement ouvertes aux titulaires, à leurs 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

Lieux/dates		Nombre de participants
Vannes	9/02	19
Quimper	5/04	17
Rennes	19/10	31
Rennes	24/11	25
TOTAL		92

Deux réunions plénières et une réunion des associations ont été consacrées au renouvellement du COREVIH.

Une attention particulière concernait le collège 3.

En effet, une des innovations mise en œuvre dans la transformation des CISIH en COREVIH réside dans la place accordée aux représentants des usagers.

Une réunion organisée le 16 avril 2011 a permis de réunir l'ensemble des associations sur le territoire afin de préparer le renouvellement. En conséquence le collège 3 a reçu plus de candidatures que de sièges disponibles, ce qui est une bonne image de la dynamique existante.

Une réunion des préfigureurs du COREVIH, destinée à l'ensemble des personnes ayant candidaté à la mandature 2011-2015, a été organisée le 19 octobre 2011 ; un temps a été consacré à la question de la place des représentants associatifs au sein du COREVIH après 4 ans d'activité et a permis à chacun de s'exprimer sur le rôle qu'il entendait jouer au sein du COREVIH ainsi que ses attentes vis-à-vis de la structure.

I.2.2 Bureau

Le bureau se compose de 9 membres élus par le Comité ; sa composition reflète la diversité des collèges. Le Bureau se réunit régulièrement pour suivre la mise en œuvre des orientations définies par le Comité et organise les modalités de collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge des patients vivant avec le VIH.

Nouveau bureau au 24 novembre 2011 :

COLLEGE 1	COLLEGE 2	COLLEGE 3	COLLEGE 4
Cédric ARVIEUX <u>Président</u> Praticien hospitalier CHU 2 rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES	Marie-Christine DERRIEN Infirmière CHU Boulevard Tanguy Prigent 29609 BREST	Pierre-Olivier LE CLANCHE <u>Vice-président</u> Coordinateur du territoire d'Action Haute-Bretagne AIDES 43 Rue Saint Hélier 35000 RENNES	Eric MANISCALCO Chargé de prévention VIH/IST - SNEG Lieu dit Saint Séliac 35190 QUEBRIAC
Corinne DANIEL Praticien hospitalier Hôpital Yves Le Foll 10 rue Marcel Proust 22027 SAINT BRIEUC	Elisabeth BOITTIN- BARDOT Infirmière Centre hospitalier CHIC 14 Av Yves Thépot 29000 QUIMPER	Isabelle STEPHANT Coordinatrice du territoire Bretagne Atlantique - AIDES 7 Rue de la 2ème DB 29200 BREST	
Luc DE SAINT MARTIN Praticien hospitalier CHU Avenue Tanguy Prigent 29609 BREST	Françoise MORIN Infirmière CHU 2 rue Henri Le Guillou 35033 RENNES		

Le Bureau s'est réuni 6 fois en 2011. 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 de travail
- ✓ informations régulières sur le budget et la situation financière
- ✓ organisation des relations COREVIH - ARS
- ✓ planifications de réunions du COREVIH

Lieux/dates	Nombre de participants
Visio 4/01	5
Visio 14/03	5
Saint-Brieuc 22/06	5
Visio 27/09	6
Rennes 23/11	4
Visio 16/12	7
TOTAL	32

Liste des annexes

I.1 Arrêté préfectoral (en annexe chapitre V)

I.2 Méthode renouvellement

I.3 Compte-rendu des réunions plénières

I.4 Compte-rendu de la réunion « association et renouvellement » 16 avril 2011

I.5 Compte-rendu des réunions de bureau

I.3 MOYENS DU COREVIH BRETAGNE

Le budget du COREVIH est versé au CHU de Rennes sous forme de MIG (Mission d'Intérêt Général) au profit du COREVIH Bretagne. Les règles qui définissent le volume budgétaire sont redéfinies régulièrement dans un guide d'aide à la contractualisation et aux missions d'intérêt général. Le budget actuel est défini selon les règles de 2007 qui prennent en compte une activité de base, majorée en fonction de :

- ✓ la surface du territoire
- ✓ le nombre de patients suivis en Bretagne (file active)

I.3.1 Le personnel du COREVIH

Secrétaire	Halima Campeaux	1 ETP
Techniciens d'Études Cliniques (TECs)	Ghislaine Cotten	1 ETP
	Jean-Charles Duthé	1 ETP
	Virginie Mouton-Rioux	1 ETP
	Jennifer Rohan	1 ETP
Coordination médicale	Dr Cédric Arvieux	50% ETP Praticien Hospitalier
Coordination	Hadija Chanvrlil	1 ETP
Ingénieur DIM	Jean-Paul Sinteff	50% ETP

Pour 2012, le COREVIH souhaite renforcer l'équipe opérationnelle en pérennisant la poste d'ingénieur DIM, notamment pour améliorer le recueil des données épidémiologiques sur l'ensemble des sites.

I.3.2 Les moyens matériels mis à disposition pour le fonctionnement du COREVIH

Année 2011	Moyens
<u>Établissement siège</u> CHU de Rennes – Hôpital Pontchaillou Pavillon Le Chartier - 2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09 Tel : 02 99 28 98 75 Fax : 02 99 28 98 76 corevih.bretagne@chu-rennes.fr www.corevih-bretagne.fr	4 bureaux : chaque salarié du COREVIH est équipé d'un ordinateur portable ou fixe en fonction de ses besoins, 1 photocopieur, 1 fax, 4 téléphones, 1 clé 3G, 2 imprimantes, 1 salle de réunions avec visioconférence et mise à disposition de salles pour les réunions
Autres établissements / structures	3 bureaux, 4 PC, téléphones, téléphones portables, 2 clés 3G, 2 GPS et mise à disposition de la visioconférence et de salles pour les réunions

I.3.3 Les conventions signées entre les établissements et les moyens

Conventions signées	2011	Montants des remboursements
Objet :	Convention N°2009.73 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du Conseil général du Morbihan , membres titulaires ou suppléants du Corevih	625 €
signataires	Entre CHU Rennes et Président du conseil général du Morbihan	
Objet :	Convention N°2009.50 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Bretagne Atlantique , membres titulaires ou suppléants du Corevih	0 €
signataires	Entre CHU Rennes et directeur centre hospitalier Bretagne Atlantique	
Objet :	Convention N°2009.51 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Bretagne Sud , membres titulaires ou suppléants du Corevih	0 €
signataires	Entre A. Fritz - CHU Rennes et Directeur CH Bretagne Sud	
Objet :	Convention N°2009.52 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Saint-Brieuc , membres titulaires ou suppléants du Corevih	0 €
Signataires :	Entre CHU Rennes et Directeur CH Saint-Brieuc	
Objet :	Convention N°2009.53 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Quimper , membres titulaires ou suppléants du Corevih	Payé en 2011 Frais 2010 : 668 € Frais 2011 : 614 €
Signataires :	Entre CHU Rennes et Directeur CH Quimper	
Objet :	Convention N°2009.54 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Brest , membres titulaires ou suppléants du Corevih	133 €
Objet :	Convention N°198 relative aux modalités de gestion du coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques évoluant au sein du Corevih Bretagne.	Frais 2011 Vannes 2928 € Quimper 3808 €
Signataires :	Entre André Fritz CHU Rennes et Alain Latinier Directeur - CH Bretagne Atlantique; Thierry Gamond-Rius – Lorient ; Jean-Roger Pautonnier – Quimper; Jean-Yves Briant – Saint-Brieuc	

Le faible montant des remboursements en 2011 s'explique par un décalage de réception des facturations des établissements partenaires : la plupart de celles-ci seront imputées sur le budget 2012.

I.3.4 Les moyens financiers

▪ Budget 2011

DEPENSES		RECETTES	
Dépenses sur budget pérenne	479 986	MIG initiale	482 556
Dépenses sur budget non pérenne	56 279	Reprises sur provisions	56 279
TOTAL	536 265	TOTAL	538 835
		Résultat excédentaire	2 570

PROVISIONS

Solde provisions, après reprises sur provision réalisées en 2011 :

-Solde provision 2008 pour acquisition base de données NADIS, après reprise sur l'exercice 2011 =>	4 884,00 €
-Solde provision 2009 pour financement non perenne d'une mission d'ingénieur DIM, après reprise sur l'exercice 2011 =>	58 837,00 €
-Solde provision de la notification ARS Octobre 2010 - MIG Qualité des Soins (Renforcement du fonctionnement 2010) =>	50 000,00 €
-Solde provision pour réalisation de projets à venir et à définir par le bureau du COREVIH (correspondant écart recettes/ dépenses 2010) =>	50 000,00 €
- Plan national de lutte contre VIH/ SIDA et les IST 2010-2014 (Notification du 20/09/2011)	100 000,00 €
	<hr/>
	263 721,00 €

Annexe

M.1 synthèse financière – exercice 2011 et Budget Prévisionnel 2012 (en annexe chapitre V)

- **Relation et analyse du budget**

Les relations entre le CHU et le COREVIH sont bonnes et permettent une utilisation des moyens de la structure en toute autonomie.

Deux éléments amènent le COREVIH à disposer de « réserves » budgétaires

- Les modalités de notification : les nouveaux crédits disponibles sont souvent notifiés en fin d'année à l'administration hospitalière, ne permettant pas d'engager ses sommes pour l'année en cours. Ce mécanisme se renouvelle lors de chaque augmentation budgétaire. Ainsi, le COREVIH a bénéficié en 2011 d'une augmentation de son budget d'un volume de 100 000 €, notifié en novembre 2011. Une partie de cette somme sera engagée à la pérennisation du poste d'ingénieur en charge des bases de données à partir de 2012, mais aucune dépense n'a été effectuée sur le budget de 100 000 de 2011.
- Le COREVIH disposent en pratique de deux budgets
 - Les sommes pérennes
 - l'essentiel est consacré aux salaires et charges des personnels
 - L'autre partie est le budget de fonctionnement courant et les charges administratives payées au CHU de Rennes
 - Les sommes non pérennes
 - une partie avait dès 2008 été provisionnée pour la mise en place des bases de données nécessaires à l'activité de recueil épidémio-clinique du COREVIH (Nadis, futures bases de des centres de dépistage)
 - L'autre partie doit être engagée sur des projets, les règles administratives de gestion du financement et les contraintes actuelles pesant sur les budgets de la santé ne permettant pas de provisionner ces sommes « indéfiniment ».

PROPOSITION POUR L'UTILISATION DE CES FONDS DISPONIBLES :

- Finalisation du dossier « unité mobile de dépistage » de la commission dépistage.
- Aide Médicale à la Procréation à risque viral : financement d'un temps de gynécologue médical pour coordonner le groupe de travail et assurer transitoirement les consultations régionales d'AMP à risque viral.
- Ingénieur biomédical pour « l'Ouest du COREVIH »
 - 30 % ETP ingénieur à Brest pendant 2 ans, à réévaluer courant 2014.
- Education Thérapeutique du Patient
 - Mettre en place un suivi/évaluation pour l'ensemble des équipes et des associations à l'échelle de la région, pour 3 ans.
- Coopération Internationale
 - Financer pendant 2 ans la finalisation des projets ESTHER Vannes/Dabou et Brest/Siem Reap
 - Mettre en place une coopération internationale à l'échelle du COREVIH.

I.3.5 Activité des Techniciens d'Etudes Cliniques (TEC)

Quatre TECs sont en charge du territoire du COREVIH Bretagne. Ils sont basés à Quimper, Rennes, Saint Brieuc et Vannes ; ils recueillent les données biologiques, médicales et épidémiologiques des hôpitaux de Brest, Lorient, Morlaix, Pontivy, Quimper, Rennes, Saint-Brieuc, Saint-Malo et Vannes.

Ces données sont essentielles pour décrire l'épidémiologie de l'infection par le VIH en Bretagne, décrire les modalités de prise en charge et fixer les objectifs d'amélioration de la prise en charge et de la prévention. Ces données sont un axe essentiel de la recherche clinique et épidémiologique, puisqu'elles sont la base des nombreuses requêtes nécessaires à la mise en place des protocoles de recherche.

Les données recueillies par les TECs font l'objet d'un chapitre spécifique au sein du rapport d'activité, permettant ainsi l'analyse de la file active du COREVIH à l'échelle de la région. Des données plus spécifiques, centrées sur chaque service, hôpital ou département, sont disponibles sur le site du COREVIH. Pour chaque service hospitalier pour lequel ils recueillent l'activité, les TECs proposent de faire une présentation commentée des résultats une fois ceux-ci consolidés.

Les TECs recensent également les déclarations obligatoires d'infection VIH et les déclarations SIDA auprès de l'ARS.

- **Nadis**

La base Nadis a été mise en place à Rennes. La récupération des données présentes dans l'ancienne base « DMI2 » et la saisie des données 2011 ont été réalisées en parallèle à l'installation de la base dans les services. Elle est utilisée en routine depuis fin 2011. Cette année aura été une année de transition où les TECs ont été confrontés à plusieurs problématiques :

Il leur a fallu tout d'abord contrôler les données récupérées lors de l'export du DMI2 vers NADIS

S'en est suivi la création d'une base temporaire pour les nouveaux patients pris en charge.

Une fois la base validée, les 2 TECs continuent les contrôles de son exhaustivité et y effectuent les corrections nécessaires. Un accent particulier a été mis sur la récupération de données précises concernant les coinfections par les virus des hépatites B, C ainsi que celles des autres IST.

Par ailleurs, le CH de Quimper est entré dans la phase de mise en place de la base de données pour l'ensemble des patients suivis, qui suivra une phase de récupération des données présentes dans la base actuelle.

Le travail du TEC a été de rencontrer les différents acteurs impliqués via l'organisation de la réunion de mise en place et la formation du personnel en fin d'année 2011.

Les TECs travaillent en collaboration étroite avec le gestionnaire de bases de données du Corevih.

- **Rapport d'activité 2011**

Chaque centre a colligé ses données de façon identique permettant de disposer, sur le site Internet du COREVIH d'un rapport d'activité départemental et régional.

Les TECs sont en constante relation avec tous les professionnels paramédicaux (infirmières, psychologues, diététiciennes, assistants sociaux) afin de les épauler dans le bilan d'activité (Accidents d'exposition

au liquides biologiques, Education Thérapeutique du Patient...). Ils restent en contact permanent avec les équipes soignantes et les services du département d'informatique médicale et du département des systèmes d'information, qui les aident dans le recueil des indicateurs divers.

- **Recherche clinique**

Voir également le chapitre « Recherche clinique » page 101

Les techniciens participent aux réunions de mise en place et au suivi des études cliniques.

Les requêtes ponctuelles des médecins et virologues au sujet des protocoles de recherche clinique trouvent réponse auprès d'eux.

Suite à la volonté du COREVIH de permettre à tous les sites de prise en charge de Bretagne de participer aux activités de recherche, les TECs ont particulièrement travaillé à la mise en place de l'enquête périnatale française (observatoire national des enfants nés de mères séropositives) : les hôpitaux de Brest, Quimper, Rennes, Saint-Brieuc et Vannes ont pu participer et la quasi-totalité des enfants nés en 2011 a été incluse.

Dans les centres de Quimper, Rennes et Vannes, les TECs ont directement participé à l'enquête VESPA (enquête sociale auprès des personnes vivant avec le VIH) ; à Rennes, les inclusions dans la cohorte COVERTE (jeunes adultes infectés par le VIH) se sont poursuivies en 2011 et continueront pour l'année 2012 car les jeunes gens sont intéressés et se sentent concernés.

Le centre a participé aux protocoles REVIR (insuffisance rénale, ANRS), IDM (Infarctus Du Myocarde, ANRS), et a assuré une collaboration avec le service de gastro-entérologie dans l'enquête HPV sur les lésions de dysplasie du canal anal.

Commission de recherche Clinique :

La commission de recherche clinique a vu le jour en Octobre 2011. Les quatre TECs y participent et sont fortement impliqués.

Leur rôle consiste à faciliter le recrutement de patients pour la recherche clinique nationale et à aider au développement de la recherche régionale.

D'ores et déjà, ils participent à l'élaboration de protocoles régionaux et apportent leur aide au recueil de données pour les études en cours.

- **Formation**

Les TECs assistent aux staffs des services, aux réunions de recherche clinique, aux visioconférences des Réunions de Concertations Pluridisciplinaire (RCP) du Comité des Médicaments du Sida (CMS).

Ils ont participé aux rencontres scientifiques du Mont Saint-Michel, à la journée de formation des TECs organisée par la Société Française de Lutte contre le SIDA (SFLS), au congrès de la SFLS, au colloque sur la périnatalité et à l'assemblée générale de la cohorte EPF (Enquête Périnatale Française).

Afin de suivre l'évolution de la base de données, ils ont assisté au forum Nadis.

Une formation SFLS a été mise en place pour une meilleure maîtrise des fonctionnalités de recherche et de contrôle qualité de Nadis (DAT'AIDS).

L'INSERM a également délivré une formation aux techniciens sur la base de données DOMEVIH.

I.3.6 Moyens de communication

▪ Le bulletin d'information

C'est un outil vivant et de proximité avec l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH en Bretagne.

Objectifs :

Il permet d'informer l'ensemble des correspondants du COREVIH sur des sujets divers, réunions, rapports nationaux et internationaux (Rapport d'experts dirigés par le Pr Patrick Yéni, Rapport de l'Inspection des Affaires Sociales, Rapport ONUSIDA ...), ou sur des actions développées en Bretagne.

Ce bulletin est nécessaire pour attirer l'attention des acteurs de la lutte contre le VIH sur les actions, les formations, les avancées des commissions et tenir les personnes informées de la vie du COREVIH et /ou des événements liés au COREVIH.

Il permet aussi de mettre en avant des initiatives locales comme celles consacrées à l'évènement du 1^{er} Décembre.

En 2011, il fait office de Newsletter pour le site Internet du COREVIH.

Bilan :

3 bulletins 2011 (janvier, septembre et novembre) dont un « spécial 1^{er} décembre » travaillé avec l'ensemble des collectifs sida bretons.

Les difficultés principales sont les parties : « les initiatives locales » et « l'édito »

Axe de progrès :

- Augmenter le nombre de bulletins à 1 par trimestre (4 à l'année)
- Mettre à disposition des acteurs via le site du COREVIH, une fiche de renseignements « initiatives locales »
- Mobilisation des membres du bureau autour de l'éditorial

▪ Site Internet

www.corevih-bretagne.fr

Objectifs :

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

Bilan :

Les données qui suivent concernent le second semestre 2011.

- Nombre de pages vues : 5 405 (moyenne = 30 pages vues / jour)
- Nombre de visiteurs : 1 140 (moyenne = 6.25 visiteurs/par jour)
- Temps moyen de navigation par visite : 5'51 minutes



- *Accès au site :*

L'accès au site se partage en trois types :

- Accès par moteur de recherche (58%)
- Accès par lien externe (24%)
- Accès direct au site (17%)

- Horaires de consultation du site : il apparaît que le volume principal de visite est généré dans la tranche horaire de 9h à 18h. Ceci indique que le site est majoritairement consulté par des professionnels dans le cadre de leur travail (contrairement à une large majorité de sites à thème médical consultés massivement par des patients en horaires creux).

Axe de progrès :

- Fichier « correspondants » à développer
- Authentification pour la partie accès privé au site (espace de partage de documents)
- Guide de fonctionnement de l'espace de partage de documents
- Réactivation les liens dans la rubrique commissions
- Fonctionnement :
 - Actualisation du site une fois par semaine (définir le jour)
 - Développer la rubrique VIH en Bretagne avec les données des Centres Hospitaliers bretons par les TECs
- **Plaquette d'information**



Objectifs : Faire connaître le COREVIH aux acteurs et partenaires bretons

Bilan : 200 plaquettes diffusées

Axe de progrès : envoi aux structures sollicitées pour la mise en place de nouvelles actions.

I.4 LES ACTEURS DU COREVIH BRETAGNE

I.4.1 Relation COREVIH – ARS

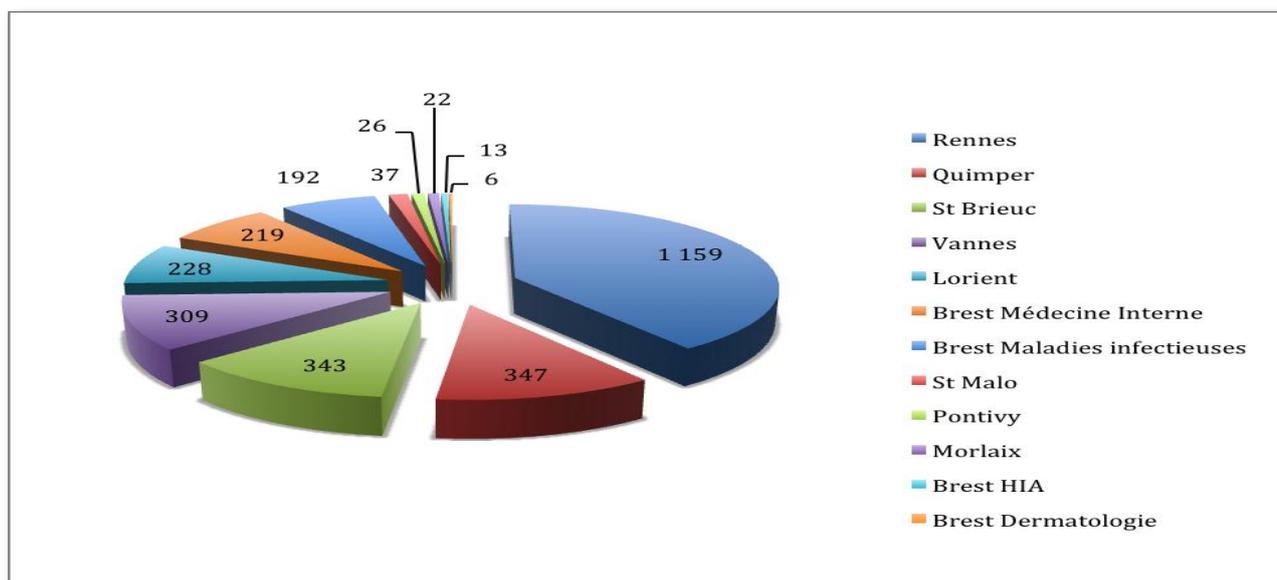
- Identification d'un référent à l'ARS : Docteur Jean-Pierre EPAILLARD
- Participation du référent aux réunions plénières du COREVIH, voire aux groupes de travail selon le sujet.
- Définition des relations entre le COREVIH et la CRSA : intégration dans les travaux des commissions selon les thématiques abordées. Par ailleurs, un groupe de travail est constitué au niveau national pour formaliser les relations ARS-COREVIH.

- L'ARS peut s'appuyer sur le COREVIH pour l'évaluation de la mise en œuvre des plans (VIH, Hépatites...)
- Formalisation du COREVIH dans sa mission régionale de coordination des acteurs et de formation pour l'implémentation locale des mesures du plan 2011-2014 de lutte contre le VIH.
- Appui du COREVIH aux réseaux d'acteurs dans la mise en œuvre des actions au niveau des territoires de santé (voire lien avec les conférences de territoires).

La diversité des acteurs du COREVIH permet de faire connaître les situations de l'infection à VIH dans la région, allant de la prévention à la prise en charge, en passant par le repérage des mécanismes de discrimination et d'identifier les bonnes pratiques. Elle présente l'avantage d'établir un constat partagé Cette mobilisation devrait permettre un changement des pratiques au moyen d'un dialogue constructif et participatif avec les partenaires.

I.4.2 Hôpitaux

Département	Ville	Centre Hospitalier	Services	File active
Côtes d'Armor	St Brieuc	Centre Hospitalier Yves le Foll	Médecine interne	343
Finistère	Brest	Centre Hospitalier Universitaire la Cavale Blanche	Médecine interne	219
		Centre Hospitalier Universitaire la Cavale Blanche	Maladies infectieuses	192
		Centre Hospitalier Universitaire Morvan	Dermatologie	6
		Hôpital d'Instruction des Armés	Médecine interne	13
	Morlaix	Centre Hospitalier de Morlaix	Médecine interne	22
	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	Médecine interne et Pneumologie	347
Ille-et-Vilaine	Rennes	Centre Hospitalier Universitaire - Pontchaillou	Maladies infectieuses	1 159
	St Malo	Centre Hospitalier Broussais	Médecine interne et Pneumologie	37
Morbihan	Lorient	Centre Hospitalier de Bretagne Sud	Hématologie	228
	Pontivy	Centre Hospitalier du Centre Bretagne	Médecine polyvalente	26
	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	Médecine interne	309



I.4.3 CDAG et/ou CIDDIST

COTES D'ARMOR :

Centre Hospitalier Yves-le-Foll

Hôpital de Jour des Maladies Infectieuses
10 rue Marcel-Proust - 22000 Saint-Brieuc
Dr Corinne Daniel

Centre Hospitalier Pierre-le-Damany

Laboratoire de Biologie
Rue Kergomar -22300 Lannion
Dr Catherine Corre, Chef de service

FINISTERE :

Centre Hospitalier de Cornouaille

Hôpital Laennec - 14 bis avenue Yves-Thépot - 29000 Quimper
Dr Pascale Perfezou

CHU de Brest

Hôpital Morvan
5 avenue Foch 29200 Brest
Dr Laurent Misery

Hôpital La Cavale-Blanche
Bd T. Prigent 29200 Brest
Dr Luc De Saint-Martin

Hôpital La Cavale-Blanche
Bd T. Prigent 29200 Brest
Pr Michel Garré

ILLE ET VILAINE :

CHU de Rennes

CDAG
Hôpital Pontchaillou
2 rue Henri-Le-Guilloux 35000 Rennes
Dr Faouzi Souala

Hôpital Broussais

Consultations externes
1 rue de la Marne
35400 Saint-Malo
Dr Bernard Weyl, Chef de service

MORBIHAN :

CDAG Vannes

Centre médico-social
26 Bd de la Paix 56000 Vannes
Dr Marie-Claire Le Martelot

CDAG Lorient

Centre médico-social
11 q. de Rohan 56100 Lorient
Dr Marie-Claire Le Martelot

CDAG Pontivy

Centre Hubert-Jegourel
Place E.-Jan 56300 Pontivy
Dr Jean-Michel Le Roux

I.4.4 Structures de soins non hospitalières

Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)



Les membres des Unions sont élus tous les six ans par l'ensemble des médecins libéraux conventionnés de chacune des 26 régions de France.

Objectifs :

Les Unions Régionales des Médecins Libéraux ont été créées par la loi 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Elles contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Leurs missions définies par la loi sont les suivantes

:

- Analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux
- Évaluation des comportements et des pratiques
- Organisation et régulation du système de santé
- Prévention et actions de santé publique
- Coordination avec les autres professionnels de santé
- Information et formation des médecins et des usagers

Le Réseau Ville Hôpital 35



Le Réseau Ville Hôpital 35 (RVH35) est une association loi 1901, créée en 1993 pour servir d'interface entre l'hôpital et la médecine de ville dans la prise en charge des patients VIH+.

Depuis plusieurs années, le champ d'intervention du RVH35 s'est élargi et il est aujourd'hui constitué de 5 pôles d'activité.

- La prise en charge médico-sociale des migrants
- La lutte antituberculeuse
- Les appartements de Coordination Thérapeutique
- Le pôle VIH
- Le pôle interprétariat

I.4.5 Associations



Membre de la Coalition Internationale Sida  **AIDES**

Créée en 1984 et reconnue d'utilité publique en 1990, AIDES est la première association française de lutte contre le sida.

Dès son origine, l'objectif de l'association a été de réunir les personnes touchées directement ou indirectement par le sida afin de leur permettre de s'organiser face à ce nouveau fléau.

La philosophie est de dire que les personnes infectées ou affectées ne sont pas là pour faire de la figuration, elles sont là pour initier et mener des actions, participer de façon active aux systèmes de santé et être associées aux grandes décisions de santé publique qui les concernent. Et c'est l'union qui fait la force.

[Site Internet](#)



Chrétiens et Sida

Accompagnement des PVVIH, prévention, intervention en milieu scolaire et participation à des réseaux collectifs. Chrétiens & sida est actif en France (métropole et outre mer), en Belgique et en Afrique.

- 30 groupes locaux avec des actions de terrain spécifiques
- des partenariats avec des associations de lutte contre le sida en Afrique
- des actions de sensibilisation auprès de communautés de migrants
- des formations auprès de larges publics (responsables religieux, jeunes, familles, ...)
- des moyens de communication et d'information :
 - »» Un journal de réflexion trimestriel et un supplément Afrique annuel



ACTIF Santé

ACTIF Santé est un réseau national de Personnes Vivant Avec le VIH ou le Virus d'une Hépatite. La philosophie est :

- Re-mobiliser les malades en les aidants à sortir de l'isolement
- appliquer la déclaration de Denver pour que les personnes atteintes soient respectées, puissent consulter et participer aux décisions qui les concernent.
- favoriser l'éducation par les pairs parce que l'expérience de la vie avec le virus fait acquérir une « expertise »
- informer sur les traitements, les effets secondaires, la recherche thérapeutique.

[Site Internet](#)

- »» Une lettre interne régulière
- »» Des manifestations locales et nationales
- »» Un portail Internet « Chrétiens & sida » est actif en France (métropole et outre mer) en Belgique et en Afrique.

[Site Internet](#)



Le Collectif Inter associatif Sur la

Santé de Bretagne a pour objectifs :

- Informer les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (assurance maladies et mutuelles ou assurances complémentaires).

- Former des représentants d'usagers afin de les aider à jouer un rôle actif dans les instances où ils siègent, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente
- Observer en continu les transformations du système de santé, analyser les points posant problème et définir des stratégies communes pour obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise

en charge des personnes et ce quelle que soit la structure

- Communiquer ces constats et nos revendications pour confronter le CISS en tant qu'interlocuteur privilégié et représentatif des usagers du système de santé, afin de toujours porter avec plus de force la défense d'une prise en charge optimale de ces derniers [Site Internet](#)



RESONANCE/ KERFLEAU

Le collectif de Kerfléau comprend dix associations fédérées autour d'une démarche à la fois diversifiée et cohérente de développement local. C'est à travers un ensemble d'activités porté par ses associations adhérentes que le Collectif mettra en place sa démarche. Nous nous reconnaissons dans une démarche d'éducation populaire et d'économie sociale solidaire qui a pour but de faciliter une dynamique collective autour du site de Kerfléau. Pour nous, le développement durable doit être capable d'intégrer les facteurs économiques, sociaux, techniques et de protection de l'environnement, en posant l'humain au centre de toute démarche.

Programme Résonance/Sidaction

Les événements

Résonance organise des événements autour de la thématique du VIH

- le Sidaction (en mars de chaque année),
- le 1er décembre dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le SIDA.

Ces journées permettent d'informer et de sensibiliser le grand public sur cette thématique

[Site Internet](#)



Depuis 1990, le SNEG (Syndicat National des Entreprises Gaies) est une association loi 1901, comprenant 15 administrateurs élus, répartis sur tout le territoire. Il est composé de deux axes distincts dans leur financement mais souvent complémentaires dans leurs actions :

SNEG SYNDICAT : Le SNEG Syndicat, financé par les adhésions de ses affiliés est l'interlocuteur exclusif des quelques 600 entreprises adhérentes pour les informer et les conseiller.

SNEG PRÉVENTION

Le SNEG Prévention, financé par des bailleurs publics, s'adresse à toutes les entreprises volontaires, adhérentes comme non adhérentes. Il a fait de la lutte contre le sida, les autres IST et la toxicomanie, sa raison d'être. Via son équipe de dix délégués régionaux et ses outils, il maintient un état de vigilance permanent en impliquant les exploitants des établissements. Il crée et diffuse chaque année plus d'un million de documents de prévention dans les établissements festifs. A travers sa centrale d'achats, il revend aux exploitants préservatifs et gels à des prix très bas. Le SNEG est aujourd'hui un des plus importants diffuseurs de matériel de prévention en France.

<http://sneg.org/prevention>



Les missions de l'association sont :

- informations sur le VIH et le VHC en milieu scolaire et professionnel
- Accueil anonyme
- Ecoute attentive des patients
- Conseils
- Distribution gratuite de préservatifs
- Salle de soin

Infirmierie : Ouverte le mardi de 9h30 à 12h30 et le jeudi de 14h à 17h30

La structure est également CAARUD avec accueil de jour et épicerie sociale

[Site Internet](#)



ORSB

L'Observatoire Régional de Santé de Bretagne contribue à une meilleure connaissance de l'état de santé de la population bretonne et des facteurs qui le déterminent. Il est engagé dans la réalisation d'études avec de nombreux partenaires : services déconcentrés de l'état, établissements de santé, collectivités territoriales ...

Missions - Activités : L'ORSB s'est donné pour mission de contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé au niveau régional :

- Recensement, diffusion des informations sur l'état de santé de la population et son environnement : en 1985, l'ORSB a publié un répertoire des organismes du domaine sanitaire et social et un catalogue de références bibliographiques en santé publique.
- Promotion des études épidémiologiques ; deux publications sont prévues pour 1986 : réalisation d'un

enregistrement des tumeurs digestives ; étude sur l'incidence, la perception et la résolution des problèmes de santé dans un canton du Morbihan.

- Participation à l'élaboration de la politique de santé au niveau régional : mise à disposition d'informations, aide méthodologique, avis technique, formation.



IREPS

L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la santé (IREPS) Bretagne est une association loi 1901 à but non lucratif.

Elle a pour objet la promotion de la santé et de la qualité de vie en Bretagne par l'action auprès : des publics prioritaires, des professionnels et des bénévoles des secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et éducatifs et dans tous les domaines favorisant l'accès à la prévention, aux soins et à la qualité de vie de la population bretonne.

[...] De façon à connaître l'ensemble des besoins des territoires de santé de la région Bretagne, elle intervient tant sur le plan départemental que sur le plan régional. (*Statuts, 2011*)



Liberté Couleurs

Liberté Couleurs intervient dans le domaine de la prévention des conduites et comportements à risques chez les jeunes.

[Site Internet](#)



PCPPS

Le Pôle de Coordination Pour la Prévention du Sida s'adresse aux professionnels, aux acteurs de terrain dans les domaines de la voie affective et sexuelle plus précisément la contraception, la prévention du sida, des hépatites et des IST.

Il favorise l'organisation et la coordination des réponses possibles à la prévention VIH par l'apport de conseils techniques et méthodologiques, à l'élaboration de projets et actions, l'information sur les outils pédagogiques et les intervenants potentiels et l'organisation de rencontres formatives.



II ACTIONS DU COREVIH

II.1 LES ACTIONS DU COREVIH BRETAGNE (1/2)

II.1.1 Réunions et groupes de travail

¹ Participant régulièrement aux RCP les sites de Saint-Malo, Saint Brieuc, Quimper, Vannes, Morlaix, Rennes et Lorient

Type de réunion	Thèmes	Nombre de réunions	Nombre de participants	Ordre du jour (O/N)	C .R. (O/N)	Emargement (O/N)
Réunion du Bureau		6	32 participants soit 5 / séance	0	0	0
Séances plénières		4	92 participants soit 23 / séance	0	0	0
Réunions scientifiques	Pilote : Dr Cédric Arvieux	2	64 participants (Soit 32 / séance)	0	N	0
Groupes de travail	Thème : dépistage Pilote : Dr Marie-Claire Le Martelot	4	104 participants 26/ séance	0	0	0
	Thème : AES Pilote : Pierre Gautier et Frédéric Dezé	2	8 participants 4/séance	0	0	0
	Thème : Médecine générale Pilote : Jean-Marc Chapplain	1	8/séance	0	0	0
	Thème : Prévention Pilote : Myriam Besse	2	9 participants 4 /séance	0	0	0
	Thème : recherche clinique Pilote : Pr Pierre Tattevin	2	30 participants 15 / séance	0	0	0
Réunions de concertation pluridisciplinaire	Visioconférence régionale du Comité des médicaments du Sida	9	10 participants/visioconférence	0	0	0
Réunion nationale inter COREVIH	1 ^{ère} journée des coordonnateurs	1		0	0	0
	Congrès SFLS de LYON	1		0	0	0

II.2 LES ACTIONS DU COREVIH BRETAGNE (2/2)

II.2.1 Réunions scientifiques

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 l'industrie pharmaceutique, plusieurs de ces rendez-vous étant renouvelés annuellement depuis une période antérieure à la création des COREVIH. Les thèmes sont choisis en réunion de bureau et / ou en réunion plénière. Une réunion permettant de réaliser un compte-rendu du congrès américain sur le VIH (CROI) a été réalisée en partenariat avec l'industriel GILEAD le 31 mars 2011 (34 participants) ; les 13 et 14 Janvier 2011 se sont tenues les VIII^{ème} Rencontres du Mont Saint-Michel, en partenariat avec VIIV-Healthcare (30 participants), journées centrées autour de la méthodologie, de l'analyse critique d'article et l'anthropologie.

13 et 14 Janvier 2011 - VII^{èmes} Rencontres du Mont Saint-Michel et Réunion Post croi 2011 – Rennes

II.2.2 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire du Comité des Médicaments du Sida

Cette réunion (RCP) a lieu une fois par mois et réunit l'ensemble des médecins des services spécialisés dans la prise en charge de l'infection à VIH des 4 départements (Côtes d'Armor, Finistère, Ille et Vilaine et Morbihan). Cette réunion permet de discuter des cas difficiles qui posent des difficultés de décisions thérapeutiques ou de stratégie d'investigation clinique et biologique. Ces réunions existent depuis la création du CISIH, il y a une vingtaine d'années et ont permis l'homogénéisation de la prise en charge de l'infection à VIH dans notre région ainsi qu'une formation continue des différents acteurs. Elles se poursuivront sur le même modèle en 2012, avec une formalisation permettant d'obtenir un label d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) délivré par la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) après audit par des experts.

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	File active	Nombre de RCP
Côtes d'Armor	Saint-Brieuc	Centre Hospitalier Yves le Foll	343	1
Finistère	Brest	CHU la cavale blanche/ Médecine Interne	219	1
		CHU la cavale blanche/ Maladies infectieuses	192	0
		CHU Morvan/ Dermatologie	6	0
		Hôpital d'instructions des armées	13	0
	Morlaix	Centre Hospitalier de Morlaix	22	6
	Quimper	Centre Hospitalier de Cornouaille	347	5
Ille-et-Vilaine	Rennes	Centre Hospitalier Universitaire Pontchaillou	1159	9
	St Malo	Centre Hospitalier Broussais	37	2
Morbihan	Lorient	Centre Hospitalier de Bretagne Sud	228	9
	Pontivy	Centre Hospitalier de Pontivy	26	0
	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	309	8
Total régional			2901	41

II.2.3 Commissions

Les commissions sont les bras effecteurs du COREVIH. La création des commissions est décidée en plénière. Elles réunissent les acteurs bretons concernés par la thématique et l'une de leurs missions préalables est de recenser l'existant avec une approche transversale (structures sanitaires intra ou extra hospitalières, structures sociales, structures associatives...) sur l'ensemble du territoire couvert par le COREVIH. Elles doivent identifier les forces et les faiblesses de la thématique et proposer des solutions de coordination permettant une amélioration globale du champ concerné.

Elles ont pour finalité de définir un programme de travail, de mettre en place des projets d'actions et d'émettre des avis tendant à améliorer l'offre de soins et les pratiques.

La composition des commissions fait intervenir des personnes ayant un lien direct ou indirect avec le thème de travail. Ces personnes sont des membres ou des acteurs du COREVIH. La représentativité des territoires, des institutions, des collèges ainsi que des catégories professionnelles est privilégiée autant que possible dans la composition des commissions. Un responsable a pour rôle de piloter la commission.

Méthodologie :

- Construction du guide de fonctionnement : juillet/aout 2011
- Proposition au bureau du 27 septembre
- Présentation en réunion plénière 19 octobre
- Réunion de l'ensemble des pilotes des Corevih Bretagne avec le président, le vice-président et la coordination le 27 janvier 2012 pour validation.

Afin d'améliorer le travail des commissions, un guide de fonctionnement a été mis en place.

Il s'agit d'un guide de fonctionnement des commissions. L'objectif étant un meilleur suivi des actions de celles-ci.

Une fiche de suivi de la commission permet de faire le point assez rapidement, de voir la répartition des tâches et de faire le rapport d'activité qui vient compléter ce guide. Cela permet comme lors de la réunion plénière du 8 février 2012 que chaque pilote présente sa commission et les travaux engagés.

▪ **Commission Dépistage**

Pilote

Dr Marie-Claire Le Martelot

DGISS- Service PMI - Actions de Santé

Centre Médico-Social – 11 quai de Rohan – 56100 Lorient

NOM Prénom	Fonction	Structure
BESSE Myriam	Coordinatrice	Pôle de Coordination pour la Prévention du Sida en Ille et Vilaine
BOITTIN-BARDOT Elisabeth	IDE	CHIC Quimper
DERRIEN Marie-Christine	IDE	CHU La Cavale Brest
GUEVEL Jocelyne	IDE	CHU La Cavale Brest
GUIILEMOT Vincent	Animateur d'actions de prévention	AIDES Haute Bretagne
LABBAY Elodie	IDE	CDAG Rennes
LE NEZET Fabienne	IDE	CDAG Lorient
MANISCALCO Eric	Délégué régional	Syndicat National des Etablissements Gay - SNEG
MANNEVILLE Claire	Chargée de mission	Sida info Service - SIS
MINOUI-TRAN Adissa	PH	CHU La Cavale Brest
MORENO Gaël	Présidente	Sid'Armor
MORIN Françoise	IDE	CDAG Rennes
MUFFRAGI Julien	Moniteur éducateur	Sid'Armor
PLEMEVEAU Joëlle	Directrice	REVIH 35
POTIN Jacky	Président	Chrétiens et Sida
ROHAN Jennifer	TEC	Corevih Bretagne
SOUALA Faouzi	PH	CHU Pontchaillou
SOULARD Carine	Déléguée régionale	Sida info Service - SIS
STEPHANT Isabelle	Coordinatrice	AIDES Bretagne Atlantique

Bilan 2011

Élargir l'offre de dépistage : mettre à disposition des acteurs une unité régionale mobile de dépistage, développer la pratique des TRODs.	<ul style="list-style-type: none"> - Devis réalisé - Ecriture états de lieux-convention-argumentaire pour les demandes de subventions, - L'identification des financeurs est effectuée <p><u>Nombreux freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à obtenir l'adhésion des partenaires - Manque de transparence sur les positionnements - Long blocage concernant le déploiement des TRODs en Bretagne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dossier « cosa » : argumentaire à partir du questionnaire inter COREVIH Pays De La Loire et Bretagne - Rencontrer les financeurs - Adhésion des structures partenaires.
<u>Formation/mutualisation</u> Le SNEG propose aux équipes qui le souhaitent de l'accompagner dans les établissements afin de rencontrer les patrons ainsi que les équipes	Calendrier du SNEG pour les rencontres avec les établissements	Suite à la réunion du 27 avril, la commission a vécu une période de blocage ; cet objectif a été transféré à la commission prévention.
Recensement des acteurs du dépistage Rencontre inter COREVIH	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Questionnaire rédigé par les commissions dépistage des 2 COREVIH Pays De la Loire et Bretagne. ➤ 1 TEC PDL et 1TEC pour la Bretagne se sont chargées de la diffuser et de récupérer les informations et d'en faire une synthèse. ➤ Rencontre inter COREVIH du 20 octobre 2011 avec présentation de l'état des lieux ayant réunit 68 acteurs des deux régions. 	Deuxième rencontre en Pays De la Loire.
Logiciel commun	Installation d'une base de données au CDAG Lorient/Vannes	A partir des éléments (visite au CDAG qui possède déjà une base de données, devis, rapport IGAS,), de faire une grille de comparaison afin d'avancer sur ce point
TRODs (Test Rapide d'Orientation et de Diagnostics)	Outils de suivi des actions menées en Bretagne	

Perspectives 2012-2013

OBJECTIFS DEFINIS (actions prévues, indicateurs de résultats)	RESULTATS ATTENDUS (Calendrier)	MOYENS	AXES DE PROGRES ATTENDUS
Recueil épidémiologique commun des CDAG - CIDDIST	Saisie informatisée opérationnelle fin 2012	- Mise en place d'un logiciel commun avec fiche épidémiologique commune - Prévoir budget	Mieux connaître la population ayant recours au dépistage
Elargir la proposition de dépistage	Dépistage par le biais d'actions extérieures «hors murs»	- Aide à l'acquisition d'une unité mobile de dépistage - Utilisation des tests-rapides - Partenariat avec les différentes structures.	Elargir la typologie des personnes ayant recours au dépistage.
Améliorer l'accueil par les structures spécifiques	- Augmentation des personnes informées et dépistées (particulièrement les populations les plus exposées) - Proposer des traitements post- exposition au public dans les CDAG dès 2009	- Formation du personnel - Diffusion auprès du public de l'existence des structures (plaquettes...) - Soutenir la notion d'élargissement des horaires d'ouvertures - Promouvoir dans tous les CDAG l'intérêt et la mise en place de traitement post- exposition	Satisfaction des usagers Augmentation de la fréquentation
Formation	Formation initiale et continue du personnel intervenant dans le dépistage dès 2010	- Recueil des besoins des personnes intervenant déjà sur le terrain - Mise en place de sessions de formations adaptées au besoin (TROD, sexologie, counseling, biologie, psychologie, sociologie)	Optimiser les pratiques de dépistage

Calendrier des réunions 2012

5 avril et deuxième journée dépistage à déterminer

Listes des annexes

D1 Mesures dépistage du PNL

D2 Projet Régional de Santé (PRS)

D3 Programme inter-COREVIH Bretagne / Pays de la Loire

D4 Etat des lieux offre de dépistage en Bretagne et Pays de la Loire

▪ **Commission Prévention**

Pilote

Myriam Besse - Coordinatrice du Pôle de Coordination Pour la prévention du Sida en Ille et Vilaine

1, place du Maréchal Juin - 35000 Rennes

Membres

NOM Prénom	Fonction	Structure
BOITTIN-BARDOT Elisabeth	IDE	CHIC Quimper
COATLEVEN Aude	Animatrice territoriale de santé	Ville de Rennes
FILY Fabien	PH	Hôpital Saint Malo
MANISCALCO Eric	Chargé de prévention	SNEG
MANNEVILLE Claire	Chargée de mission	Sida Info Service - SIS
POULAIN Yannick	Directeur	Association Liberté Couleurs
QUIVIGER Gérard	Délégué départemental	Actif santé / délégation 29
RONDEAU Karine	Animatrice territoriale de santé	Ville de St Brieuc
SOUALA Fauzi	PH	CHU Pontchaillou - Rennes
SOULARD Carine	Déléguée régionale	Sida Info Service
STRILKA Hervé	Directeur	IREPS 56/22

L'année 2011 a été l'occasion de sensibiliser des professionnels aux objectifs de la commission prévention et de les solliciter pour y participer. Aujourd'hui, la commission se compose donc de professionnels des champs associatifs et médicaux, représentant les quatre départements, certains ayant une fonction au niveau régional.

Bilan 2011

Objectifs	Bilan	Perspectives
Animation territoriale du COREVIH		
Département des Côtes d'Armor	En 2011, deux rencontres ont été proposées, celles-ci ont du être annulées faute de participants. Afin de mobiliser les acteurs du département, ceux-ci ont été recensés et un fichier ressources antérieurement inexistant a été créé et beaucoup de temps a dû y être consacré. Ce travail a tout de même permis d'entrer en contact avec les acteurs du département. Il en ressort que de plus en plus de professionnels sont intéressés par cette rencontre, un nouveau temps leur sera donc proposé en 2012.	Mettre le listing des acteurs en ligne via le site Internet. Faire passer cette action par une décision politique en sollicitant la présence d'un des membres du bureau.
Département de l'Ille et Vilaine	Aucune démarche n'a été engagée en 2011. Les acteurs du département sont régulièrement sollicités pour différents temps de travail auxquels le COREVIH peut également être associé. Nous devons donc avant tout, évaluer la pertinence de la mise en place d'un temps de présentation de cette instance.	
Organisation de la journée mondiale de lutte contre le sida (JMS)		
Identification des correspondants « collectif Sida » bretons et recensement des actions	22 (St Brieuc) : Karine Rondeau / Dépistage hors les murs - Corinne Daniel 29 (Quimper) : Nolwenn Sonn 29 (Brest) : Esther Nohé 35 (Rennes): Myriam Besse et Aude Coatleven/organisation de la Journée Mondiale Sida en lien avec les Transmusicales 56 (Vannes) : Anabelle Dos Santos/ théâtre forum Résonnance 56 (Lorient) : Marie-Claire Le Martelot, dépistage à Groix Les différents groupes de travail ayant des timings différents, le recensement « en temps et en heure » a été assez difficile.	Définir un visuel et un thème commun Mettre en place un temps de formation en lien avec le thème, en amont de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida.
Définir un thème régional	En 2011 le thème « VIH et tabou » avait été retenu. Celui-ci n'a été décliné	Reprendre contact avec l'école des Beaux Arts

	que dans le Finistère (VIH, art et tabou) Le choix avait été fait de définir un thème régional car le thème national est souvent annoncé trop tard pour pouvoir s'en emparer. Or, il s'avère que définir un thème régional n'est pas simple non plus, en effet nous devons prendre en compte les besoins différents en fonction des territoires.	pour réamorcer un projet en 2012.
Partenariat avec les écoles des Beaux arts qui se sont régionalisées : mise en lien avec les collectifs Sida	Le collectif sida de la ville de Rennes a réussi à mettre en place un partenariat avec l'école des Beaux arts de Rennes. Un groupe d'étudiants a donc réalisé des visuels qui ont été imprimés sur des pochettes de préservatifs. La réalisation de l'ensemble des outils de communication et une régionalisation du projet n'ont pas été possible en 2011 car ce projet n'a pu être mis en place qu'à partir de septembre (date de rentrée scolaire).	

Perspectives 2012-2013

Objectifs	Axes de travail	Groupes de travail proposés
Identifier les acteurs régionaux, les thématiques abordées et les territoires d'intervention	Etat des lieux régional des acteurs : identité des acteurs, quels sont les thèmes d'intervention ? Quels sont les territoires d'intervention ?	Travail déjà engagé en Ille et Vilaine, à faire dans le Finistère, les Côtes d'Armor et le Morbihan
Dégager des principes d'intervention en matière de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la vie affective et sexuelle	Régionalisation du guide Vie Affective et Sexuelle	
	Création d'une charte éthique régionale	Hervé Strilka Yannick Poulain Carine Soulard Myriam Besse
Assurer le renforcement des compétences des professionnels intervenants sur cette thématique par l'organisation de temps de formation et de temps d'échange de pratique	Ecoute à la sexualité Formation action rencontre établissements gays bretons	
Animation territoriale du COREVIH	Ordre du jour et courrier pour les Côtes d'Armor	Fabien Fily Hadija Chanvriil Myriam Besse Corinne Daniel
Organisation de la journée mondiale de lutte contre le sida	Définir un visuel et un thème commun	
	Mettre en place un temps de formation en lien avec le thème, en amont de la JMS.	Eric Maniscalco Elisabeth Boittin-Bardot Hadija Chanvriil Myriam Besse
	Reprendre contact avec l'école des Beaux Arts pour réamorcer un projet en 2012.	

Calendrier des réunions 2012

27 janvier, 3 avril et 9 octobre

Listes des annexes

P1 Animation territoriale

P2 Bulletin Décembre

P3 Projet Régional de Santé (PRS)

▪ **Commission AES**

Pilote

Dr Frédéric Dezé - Urgences / SMUR - CHT de Saint-Malo - 1 rue Marne 35400 St Malo

Pierre Gautier - Chrétien et Sida - 121 Vieille route de Briec 29000 Quimper

Membres

NOM Prénom	Fonction	Structure
BEUSCART Claude	PH	CH Saint Briec
MANISCALCO Eric	Délégué régional	SNEG
NIAULT Mathilde	PH	CHBS Lorient
PERFZOU Pascale	PH	CHIC Quimper
SOUALA Faouzi	PH	CHU Rennes

Les 4 départements bretons sont représentés dans la commission, assurant une bonne représentation du territoire. Composée essentiellement de médecins, le milieu associatif est également représenté, permettant de faire valoir la parole de l'utilisateur, souvent exclu d'un thème très médical. Il serait souhaitable d'élargir cependant la commission à au moins un médecin urgentiste supplémentaire afin de mieux percevoir les demandes des 1er acteurs de la prise en charge des traitements post-exposition.

Bilan 2011

Objectifs	Bilan	Perspectives
Accompagnement de la mise en place du protocole régional dans les centres Quimper : validation par le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) Lorient réunion de présentation en juin aux urgences et partenaires	Diffusion du protocole régional sur le site du COREVIH Changement de poste et de structure du pilote n'a pas permis à la commission d'avancer en 2011	Voir la mise en place dans les autres centres

La réalisation de l'étude régionale « TPE et Urgences », en 2010 a permis de relever les difficultés rencontrées par les services d'urgence. Une trame organisationnelle a pu être proposée à l'ensemble des services concernés et un accompagnement sera organisé. La poursuite du bilan est en cours, tant envers les services référents que envers les usagers. C'est d'ailleurs la perception de l'utilisateur qui sera le principal sujet de 2012, par le biais de 2 actions :

- une enquête par questionnaire via site identitaire
- l'organisation de testings dans les services d'urgence.

Perspectives 2012-2013

Le projet de la commission se décline en 3 étapes :

- un état des lieux de la prise en charge des AES de ville en région Bretagne en s'intéressant à l'ensemble des acteurs : services d'urgence réalisant la prise en charge initiale, médecins référents poursuivant celle-ci et garant des bonnes pratiques, mais également les usagers représentés par le milieu associatif. Chaque acteur est d'égale importance
- une phase active avec propositions de protocoles, d'outils et de formations aux acteurs permettant une prise en charge simplifiée mais complète des accidents d'exposition. Cette phase doit également favoriser l'accès à la prévention et à l'information des personnes en situation de vulnérabilité spécifique par rapport aux situations d'exposition et à l'accès aux TPE
- une phase d'évaluation permettant un retour sur les actions entreprises

Calendrier des réunions 2012

- 22 février
- 23 mai
- Fin octobre/début novembre : journée régionale autour des AES

Listes des annexes

- A1 Synthèse TPE sida info service
- A2 Données régionales des AES

OBJECTIFS DEFINIS (actions prévues, indicateurs de résultats)	MOYENS	AXES DE PROGRES ATTENDUS
État des lieux de la procédure AES en Bretagne	Enquête par le biais de questionnaires, de testing et accompagnement d'une structure dans la mise en place ou la réforme de sa procédure AES (circulaire du 13/03/2008).	Meilleure connaissance des procédures AES en Bretagne
Création d'outils d'amélioration des procédures (formations, ...)	- Coordinateur COREVIH - Commission - Echanges avec commission AES des autres COREVIH - Evaluation de ces outils dans l'établissement « Test »	Amélioration de la prise en charge en Bretagne
Harmoniser les messages de prévention	- Coordinateur COREVIH en lien avec les acteurs de terrain - Proposer des formations communes et des temps d'échange de pratiques aux acteurs de la prévention	- Harmonisation des messages de prévention - Travail/échange entre les différents acteurs de prévention
Favoriser l'accès à la prévention des populations en situation de vulnérabilité spécifique (personnes prostituées, usagers de drogues, détenus, homosexuels/bisexuels masculins, hétérosexuels multipartenaires, échangistes...)	- Coordinateur COREVIH en lien avec les acteurs de terrain - Recensement des différents états des lieux réalisés par certains départements - Création/recensement et diffusion d'outils adaptés - Mise en place de formations	- Valorisation des actions menées - Amélioration de l'accès au message de prévention des publics ciblés - Mutualisation/partage des outils et savoir-faire - Travail/échange entre les différents acteurs de prévention

- **Commission Education Thérapeutique**

Pilote

Anabèle Dos Santos – Médecin. Centre Hospitalier Bretagne Atlantique - 20 Bd Guillaudot - 56017 Vannes

Marie-Christine Derrien – Infirmière – CHU, La Cavale Blanche - Boulevard Tanguy Prigent - 29200 Brest

La commission réunit des associatifs et des professionnels de Santé des 4 départements bretons. Un élargissement de la commission est envisagé en 2012 afin d'avoir une meilleure vision régionale et diversifier des acteurs.

NOM Prénom	Fonction	Structure
BOITTIN-BARDOT Elisabeth	IDE	CHIC Quimper
DAEL Thierry	Président	CISS Bretagne
GAHINET Fabienne	Coordinatrice de programme	AIDES Haute Bretagne
GUEVEL Jocelyne	IDE	CHU La Cavale Brest
HERAULT Myriam	Coordinatrice	ACT Les Nouelles St Brieuc
LABBAY Elodie	IDE	CHU Pontchaillou Rennes
LE MABEC Bernadette	IDE	CHBA Vannes
MAILFERT Marie- Christine	Cadre de santé	CHIC Quimper
MORENO Gaël	Présidente	Sid'Armor
MORIN Françoise	IDE	CHU Pontchaillou Rennes
MOUTON-RIOUX Virginie	TEC	COREVIH Bretagne
MUFFRAGI Julien	Moniteur éducateur	Sid'Armor
QUINTIN Aimé	Délégué départemental	Actif santé / délégation 56

Objectifs	Bilan	Perspectives
<p>- Connaître l'existant sur les différents sites de Bretagne - Questionnaire « états des lieux ETP en Bretagne »</p> <p>- Journée du 8 novembre 2010 : bilan du questionnaire <u>But</u> : faire un premier bilan de l'état des lieux, des demandes d'autorisation et définir les objectifs de la commission.</p>	<p>Un état des lieux de l'activité d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) infecté par le VIH sur les différents sites de Bretagne au travers d'une enquête a été réalisé au 1er trimestre 2010</p> <p>Cette rencontre a réuni 10 personnes. Tous les centres demandeurs ont obtenus l'autorisation par l'ARS</p>	<p>Valorisation des travaux de cette commission par la présentation en réunion plénière le 19 octobre 2011</p>
<p>Constitution d'un dossier régional proposé à tous les centres en vue de la procédure de demande d'autorisation auprès de l'ARS <u>But</u> : remplir sa mission de mutualisation</p>	<p>Quatre textes publiés au JORF: le décret du 2 août 2010 ont incité le bureau du COREVIH à missionner la commission ETP du COREVIH dans la constitution d'un dossier régional <u>Méthode</u> : A partir du dossier de demande du service de Maladies Infectieuses du CHU de Rennes, une base de dossier a été construite accompagnée de modèles adaptables d'une plaquette d'information patients (Rennes) et d'un contrat patient (Vannes)</p> <p>Envoi comme support à tous les centres hospitaliers bretons prenant en charge les patients vivant avec le VIH</p>	
<p>Faire reconnaître l'ETP auprès des institutions comme une activité de soin à part entière pour permettre sa valorisation en organisant une journée régionale de l'ETP avec état des lieux et partage d'expériences. Journée du 26 mai 2011 : Les enjeux de l'ETP en Bretagne (PROGRAMME)</p>	<p>Un bilan positif : - Cette rencontre a réuni 50 personnes - Projets dans la région : depuis cette journée deux projets de formation s'appuyant sur l'association MYRIADE (Quimper et Rennes), un projet de co-construction AIDES 35 avec l'équipe de Maladies Infectieuses du CHU de Rennes</p>	

Perspectives 2012-2013

OBJECTIFS DEFINIS (actions prévues, indicateurs de résultats)	MOYENS	AXES DE PROGRES ATTENDUS
Mettre en place un recueil régional uniforme de données en attendant la mise en place du logiciel Nadis	- Commission - Tecs	Meilleure connaissance de la prise en charge
Organiser une journée régionale en 2013	- Coordinateur COREVIH - Commission - Echanges avec commission ETP des autres COREVIH	Amélioration de la prise en charge en Bretagne
Travailler sur une plaquette d'information à destination des patients, à partir de la brochure de Vannes	A partir de la brochure de Vannes, travailler sur un guide de l'ETP à adapter localement	Améliorer la communication sur l'ETP et l'accessibilité par les personnes vivant avec le VIH.
Favoriser la complémentarité entre associations et professionnels de santé dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes éducatifs	Travail autour de la co-construction (soignants/association) - formation des équipes - échanges de pratique	- Valorisation des actions menées - Mutualisation/partage des outils et savoir-faire - Travail/échange entre les différents acteurs
Evaluation régionale de l'ETP par MYRIADE	Construction d'un cahier des charges	Pistes concrètes d'amélioration adaptées localement

Calendrier des réunions 2012

16 Janvier, 2 avril et 17 septembre

Listes des annexes

E1 Dossier ETP

E2 Programme du 26 mai 2011

E3 Projet de co-construction AIDES Haute Bretagne/ CHU Pontchaillou

E4 Projet de formation MYRIADE au CHIC Quimper

E5 Plaquette Myriade

- **Commission Médecine de ville**

Pilote

Dr Jean-Marc CHAPPLAIN

Centre Hospitalier Universitaire - Service des maladies infectieuses et réanimation médicale - 2, rue Henri le Guilloux - 35000 Rennes

Membres

NOM Prénom	Fonction	Structure
BEASSE Jonathan	Médecin généraliste	Cabinet médical
DAEL Thierry	Président	CISS
DELAMARE Bénédicte	Médecin généraliste	URML Bretagne
DUTHE Jean-Charles	TEC	Corevih Bretagne
JANTZEM Hélène	PH	CHU La Cavale Brest
JARNO Pascal	PH	CHU Rennes
KERVRAN Laëtitia	Délégué départemental	Actif santé / délégation 56
LE CLANCHE Pierre-Olivier	Coordinateur	AIDES Haute Bretagne
QUINTIN Aimé	Délégué départemental	Actif santé / délégation 29
QUINTRIC Yann	PH	CHU La Cavale Brest
QUIVIGER Gérard	Délégué départemental	Actif santé / délégation 56
SOUALA Faouzi	PH	CHU Rennes
TRON Isabelle	Directrice	ORS Bretagne

Bilan 2011

Objectifs	Bilan	Perspectives
Enquête régionale sur les occasions manquées de dépistage (cibler géographiquement pour l'incitation au dépistage)	1 ^{ère} commission en avril	Rencontre avec un étudiant qui réalise une thèse

Perspectives 2012-2013

OBJECTIFS DEFINIS	RESULTATS ATTENDUS (Calendrier)	MOYENS*	AXES DE PROGRES ATTENDUS
<p>Promotion du dépistage VIH en médecine de ville</p> <p>Sensibiliser et former les médecins généralistes à la pratique généralisée du dépistage</p>	<p>Le résultat est clairement d'arriver à une forme de banalisation du test de dépistage. Il paraît certain que les résultats seront très hétérogènes en fonction des professionnels formés ou impliqués dans ce travail.</p> <p>Un effet est attendu sur les deux indicateurs relevés par l'institut de veille sanitaire chaque année en Bretagne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de sérologies réalisées pour mille habitants - Le pourcentage de patient dépistés à un stade tardif de l'infection par le VIH <p>Ces indicateurs pourraient être complétés par des entretiens auprès des médecins généralistes</p>	<p>Informers sur les données épidémiologiques et cliniques sur l'infection par le VIH au plus près du lieu d'exercice.</p> <p>Etudier la nécessité de formation en sexologie adaptée en médecine générale</p> <p>Mettre en place une mesure de ces formations par le suivi d'indicateurs quantitatifs (nombre de sérologies prescrites) et qualitatifs (entretien avec les médecins)</p> <p>Mettre en place une formation à destination des médecins généralistes impliqués ou souhaitant s'impliquer dans le suivi des patients infectés par le VIH</p>	<p>La finalité de la commission est d'impliquer la médecine générale dans tous les aspects de la prise en charge de l'infection par le VIH, préventif, thérapeutique, individuel (pour le patient) comme collectif (groupes exposés). Cette finalité s'articule autour de deux actions prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promotion du dépistage (plan national 2010): action de sensibilisation à l'ouverture d'un CDAG à Morlaix, action exploratoire de réalisation du dépistage systématique en cabinet de médecin générale dans la région de Saint-Malo - Module de formation à destination des médecins généralistes à partir de l'étude exploratoire de réalisation systématique du test et associant un module de prise en charge du diagnostic et du suivi des patients.

*La réalisation de ces objectifs se précisera avec le contenu de la campagne nationale (en cours de « gestation »). Il est possible, d'ores et déjà, d'anticiper les actions que l'on pourrait réaliser en deux temps.

Phase d'étude dans le contexte :

A l'occasion d'un travail de thèse en médecine générale, le sujet serait d'évaluer avant puis après l'intervention (à définir en fonction du contenu de la campagne nationale et de son calendrier), l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage du VIH.

En dehors du programme national, il semblait opportun de proposer une approche sur la proposition du test de dépistage en consultation. En effet, si dans certaines situations il paraît naturel de proposer le test (évocation d'une situation à risque), d'autres s'y prêtent moins et pourraient être mal interprétées par le patient. Ainsi, soit dans le cadre d'une campagne, on promeut la réalisation du test et le médecin propose systématiquement le test à ces patients (avec affiche en salle d'attente, prospectus, méthode « opt out »), soit on fournit au médecin une formation en sexologie permettant d'aborder plus régulièrement ce thème en abordant les situations à risques vécues éventuelles afin d'améliorer l'acceptation du test de dépistage (consultation prévention, plus longue, basée sur le consentement « éclairé », méthode « opt in »).

Phase de généralisation :

Cette phase s'appuiera sur les résultats de la précédente étude afin de généraliser la pratique avec l'une ou l'autre des approches. Cette généralisation pourrait se faire par des réunions d'informations, de formations et animées par le COREVIH.

Après deux années « latentes » pour l'activité de la commission « médecine générale », l'adhésion et l'enrichissement par plusieurs membres du COREVIH vont permettre de dynamiser et de mettre en place plusieurs projets.

Il a été cependant nécessaire de réfléchir à partir de l'orientation initiale de la commission et de trouver un axe de travail cohérent non seulement avec la pratique de la médecine générale mais aussi avec les données épidémiologiques de l'infection à VIH/SIDA et notamment de ces particularités bretonnes.

Il est en effet difficile, dans un premier temps, de mobiliser les médecins généralistes dans la prise en charge et le suivi des patients séropositifs. Ce constat est propre à l'organisation très « hospitalo-centrée » du suivi des patients depuis le début de l'épidémie et par la relative rareté des personnes infectées rapportée au nombre de médecins généralistes (Pour l'Ille-et-Vilaine, 2000 patients suivis pour 900 médecins généralistes). Ceci étant, des médecins généralistes sont d'ores et déjà impliqués dans le suivi et la prise en charge des patients (jusqu'à 40 patients suivis). Pour ces médecins, un module de formation actualisant les données nécessaires au suivi des patients pourraient leur être proposé.

Outre l'évidente nécessité d'une implication du médecin généraliste dans l'ensemble des pathologies présentées par ses patients, la place de la prévention et du dépistage peut là trouver une place beaucoup plus large car pouvant concerner une part plus importante de la file active du médecin. Ainsi le médecin soignant peut encourager et promouvoir la santé par sa position de première ligne, de contact direct avec la population. Cependant, cette proximité peut aussi être un inconvénient pour aborder des questions relatives à la sexualité.

Les données épidémiologiques et les textes d'engagement¹ de l'état vont dans le sens d'un élargissement du dépistage dans la population française avec l'idée de pouvoir banaliser ce test afin de prendre en charge les patients de façon plus précoce, d'une part pour améliorer le pronostic de la maladie mais aussi pour réduire les risques de transmissions plus importants chez les personnes méconnaissant leur statut sérologique.

La Bretagne se distingue avec un nombre faible de nouvelles découvertes d'infection par le VIH (42/millions d'habitant contre 167/millions d'habitants pour la France entière) mais aussi avec un faible recours au dépistage (53 tests sérologiques pour mille habitants versus 77 pour mille habitants en Bretagne et pour la France respectivement)².

Par ailleurs, la plupart des sérologies, dont celles qui reviennent positives sont réalisées en ville^{id}.

Enfin, près de 30% des découvertes en Bretagne le sont à un stade tardif de la maladie.

Il apparaît donc deux évidences à la lecture de ces données, la première c'est le rôle majeur joué par la médecine de ville dans le dépistage de l'infection par le VIH (entre autres) et la seconde est la nécessaire approche par « opportunité » consistant à multiplier les « chances » de dépistage dans la population générale notamment à la faveur ou à l'occasion d'une consultation en médecine générale.

Il est à noter, qu'une importante campagne nationale d'incitation au dépistage en médecine de ville aura lieu dans le courant de l'année, il s'agira donc, pour la commission d'intégrer ses travaux dans ce cadre.

Calendrier des réunions 2012

6 mars, 29 mai

¹ Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA et des IST 2010-2014. Ministère de la Santé-2010

² Données Epidémiologiques du VIH/SIDA. Unité VIH-IST-VHB-VHC. Institut de Veille Sanitaire Décembre 2011

- **Commission qualité des soins**

Pilote

LE BERRE Rozenn – Médecin. CHU - La Cavale Blanche - Boulevard Tanguy Prigent – 29 200 Brest

Membres

OM Prénom	Fonction	Structure
BLOUIN Gireg	Animateur	Résonnance
BRONEC Eliane	AS	CHBA Vannes
DELHAYE Béatrice	Bénévole	Chrétiens et Sida
DREVILLON François-Baptiste	IDE	CHIC Quimper
KERVAN Laëtitia	Bénévole	ACTIF Santé
MICHELET Christian	Professeur	CHU Pontchaillou Rennes
QUINTIN Aimé	Bénévole	ACTIF Santé

Bilan 2011

Objectifs	Bilan	Perspectives
Mettre en place une commission opérationnelle	<p>Appel à candidature des membres de la commission et recensement des orientations</p> <p>Recenser les expériences des autres COREVIH</p> <p>Beaucoup d'acteurs associatifs souhaitent un axe assez fort vers le social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - défense des postes AS, psycho, - adaptation aux changements des dispositifs sociaux : AAH, les bons transports, étrangers malades. - création d'une fiche de signalement permettant de faire remonter des informations sensibles vers l'ensemble des membres du COREVIH 	<p>Création de 2 commissions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Commission soin - Commission qualité de vie <p>Organisation d'une rencontre autour de la prise en charge sociale des PVVIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - VESPA 1 et 2 - Etats de lieux de la prise en charge sociale - Observatoire migrant AIDES <p>Organisation avec la collaboration de Anne Vancostenoble, Assistante Sociale au CHIC à Quimper et une rencontre le 22 juin à St Brieuc avec Chrétien et Sida (29), Sid'Armor (22) et échanges avec Résonnance (56)</p>
Faire un état des lieux de la prise en charge sociale des PVVIH en Bretagne.	<p>Finaliser l'état des lieux de la prise en charge sociale en Bretagne et recensement des membres de la commission qualité de vie</p> <p>Réunion de septembre annulée</p> <p>Relance du questionnaire car les coordonnées de certains acteurs difficiles à trouver (pas d'adresse mail, temps partagés avec plusieurs services, pas de personne identifié)</p>	Réunion reportée en septembre 2012
Bulletin d'information prise en charge sociale	Envoi à l'ensemble des correspondants du COREVIH + site Internet du COREVIH Bretagne	
Adapter l'organisation des hôpitaux de jour pour une meilleure accessibilité au bilan de synthèse annuel (HDJS)	A partir des démarches réalisées au CH de Quimper et Rennes, construire un « guide d'accompagnement » à la mise en place des HDJS sur deux mois.	Communication sur les avancées des centres pour essayer d'envisager une vision régionale et de mutualiser le travail afin d'accompagner les centres qui n'ont pas encore entamé les démarches.
Fusion des deux commissions suite à une décision du bureau du COREVIH du 27 septembre		Dans le cadre de l'écriture du rapport d'activité 2011 du COREVIH, réunion de la commission.

Perspectives 2012-2013

OBJECTIFS DEFINIS (actions prévues, indicateurs de résultats)	RESULTATS ATTENDUS (Calendrier)	MOYENS	AXES DE PROGRES ATTENDUS
<p>Adapter l'organisation des hôpitaux de jour pour une meilleure accessibilité au bilan annuel de synthèse</p> <p>Travailler le système de codification PMSI avec chaque structure hospitalière prenant en charge le VIH pour harmoniser les pratiques.</p> <p>Communiquer aux patients les modalités de prise en charge en hôpital de jour.</p> <p>Assurer une meilleure répartition de la prise en charge des patients entre secteurs hospitaliers et libéraux</p> <p>Construire un modèle de collaboration entre les secteurs hospitaliers et libéraux (réfèrent hospitalier, outils, formation, calendrier de prise en charge)</p> <p>Actualiser les connaissances des médecins de ville sur le VIH.</p> <p>Adapter le maillage des réseaux ville-hôpital aux territoires</p> <p>Réaliser un bilan de l'existant</p> <p>Réorganiser le maillage en fonction des besoins</p>	2012/2013	<p><u>Personnel des Centres Hospitaliers</u> <i>Département d'Informations Médicales (DIM)</i> <i>Services concernées par la prise en charge des PVVIH</i> <i>Bureau des entrées</i></p> <p><u>Personnel du COREVIH Bretagne</u> Techniciens d'Etudes Cliniques</p>	Maintenir et améliorer la qualité de l'offre de soins.
Faire un état des lieux de la prise en charge sociale des PVVIH en Bretagne.	2012/2013	Les acteurs de la prise en charge	Maintenir et améliorer la qualité de l'offre de soins.

Calendrier des réunions 2012

Première rencontre de la commission

- Détermination des objectifs
- Fiche alerte
- HDJS
- Préparation de la réunion autour de la prise en charge sociale (cf. VESPA 2)

Listes des annexes

- S1- questionnaire
- S2- fiche alerte
- S3 Données régionaux

▪ **Commission recherche clinique**

Le COREVIH a souhaité mettre en place une commission «recherche clinique» avec pour objectif l'amélioration de la recherche clinique à l'échelle régionale. Il s'agit d'organiser la recherche à l'échelle de la région Bretagne en favorisant la circulation des informations à tous les médecins des centres concernés et en proposant sous l'égide du COREVIH une simplification des démarches pour participer aux essais nationaux.

Voir également le chapitre consacré à la recherche clinique, page 101

pilote

Pr Pierre Tattevin

CHU Pontchaillou - 4 rue Henri Le Guillou 35000 Rennes

membres

NOM Prénom	Fonction	Structure
ANSART Séverine	PH	CHU Brest
BELLISSANT Eric	PH	CHU Rennes
CHAPPLAIN Jean-Marc	PH	CHU Rennes
COTTEN Ghislaine	TEC	CHU Rennes
DE SAINT MARTIN Luc	PH	CHU Brest
DUTHE Jean-Charles	TEC	CHIC Quimper
FILY Fabien	PH	CHU Rennes
JAFFUEL Sylvain	PH	CHU Brest
MAILLARD Anne	PH	CHU Rennes
MICHELET Christian	PU - PH	CHU Rennes
MOUTON-RIOUX Virginie	TEC	CHBA Vannes
PERFEZOU Pascale	PH	CHIC Quimper
POINSIGNON Yves	PH	CHBA Vannes
POLARD Elisabeth	PH	CHU Rennes
QUINTRIC Yann	PH	CHU Brest
RATAJCZAK Maja	PH	CHU Rennes
ROHAN Jennifer	TEC	CHU Rennes
TRIBUT Olivier	PH	CHU Rennes
VALLET Sophie	PH	CHU Brest

orientations

- Faciliter l'accès aux programmes de recherche disponibles
- Etre force de proposition pour l'organisation de protocoles de recherche régionaux ou nationaux

OBJECTIFS DEFINIS (actions prévues, indicateurs de résultats)	MOYENS	AXES DE PROGRES ATTENDUS
État des lieux de la recherche clinique dans les différents centres	File active de 2900 patients 4 TECs 1 MEC Collaboration effective avec le CIC du CHU de Brest et Rennes	Accès aux protocoles et ouverture des centres en Bretagne
Création d'outils d'amélioration des procédures		Amélioration de la prise en charge en Bretagne
Diffusion de l'information sur les activités de recherche clinique des centres		Plus de patients dans les protocoles Information des praticiens Information des patients
Encourager la recherche clinique en aidant à la réalisation de projets émanant des différentes équipes		Appel à projets Ecriture de projets d'études cliniques

bilan

Niveau d'avancement du projet	Fait	Reste à faire	Difficultés et/ou solutions proposées
Création d'une liste des protocoles de recherche clinique ouverts au recrutement	Mise en ligne sur le site du COREVIH		Mise à jour régulière
Ecriture des synopsis des projets d'études cliniques retenus	Test sur la faisabilité des projets	Mise en place des études	
Création de questionnaires destinés à relever les mêmes items dans les différents CH		Test des questionnaires pendant une semaine dans les consultations	
Collaboration du COREVIH avec les services hospitaliers afin de mettre en place des protocoles de recherche clinique dans tous les sites souhaitant participer aux programmes de recherche		Elaboration d'un algorithme et diffusion en Bretagne	

Commentaires sur le bilan de l'année avec les perspectives 2012 :

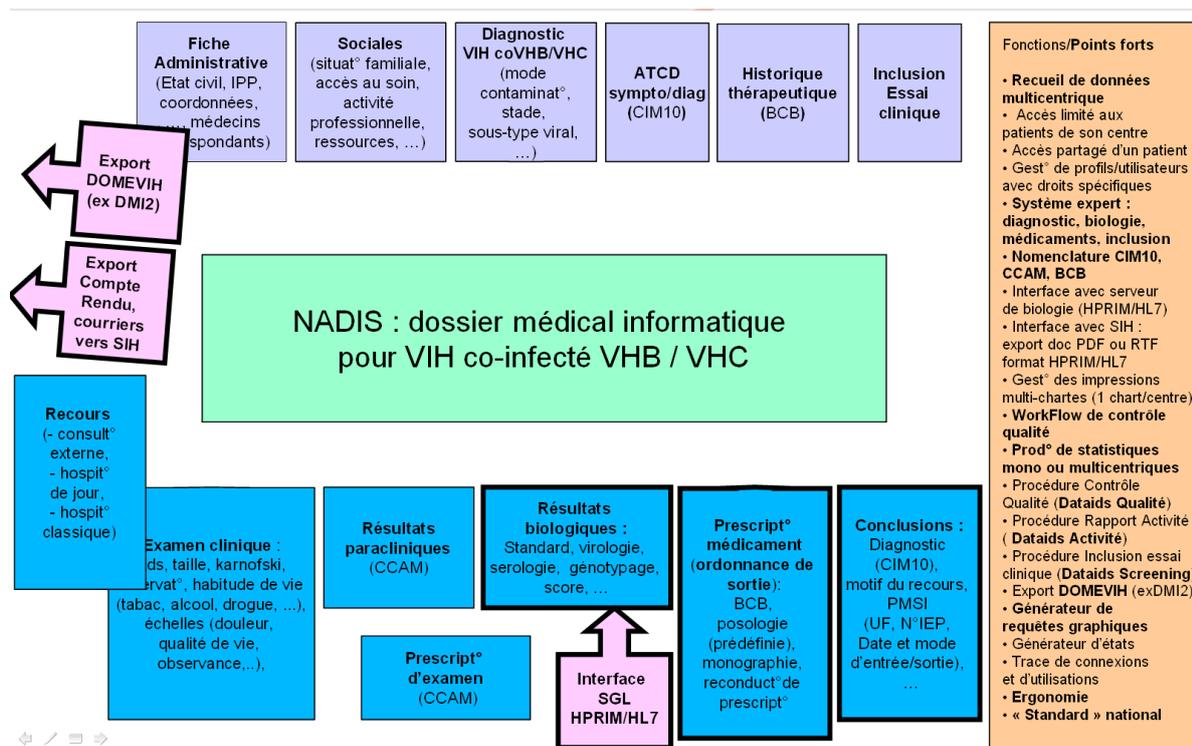
- Mise en place de la réunion recherche clinique
- Permettre à tous les patients suivis en Bretagne de participer aux protocoles

▪ **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 a 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	L'accès VPN sert à transférer des données sécurisées entre le CHU de Nice (hébergeur) et le centre.

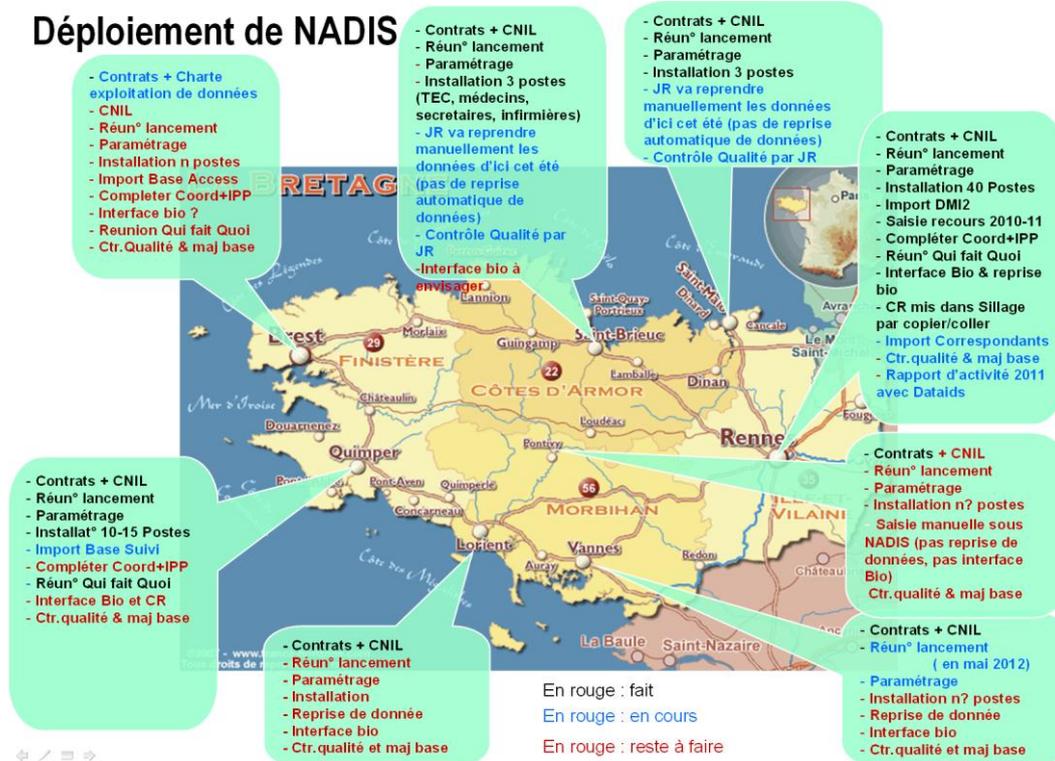
données biologie et récupération des comptes rendus	Les fichiers HPRIM et les comptes rendus PDF transiteront par ce tunnel (FTP).
10-Reprise de données	<p>La reprise de données est une étape très importante puisqu'elle permet de d'initialiser les données de la cohorte dans NADIS.</p> <p>La question est de savoir ce qui est le plus rentable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>

Point sur le déploiement de NADIS en Bretagne :

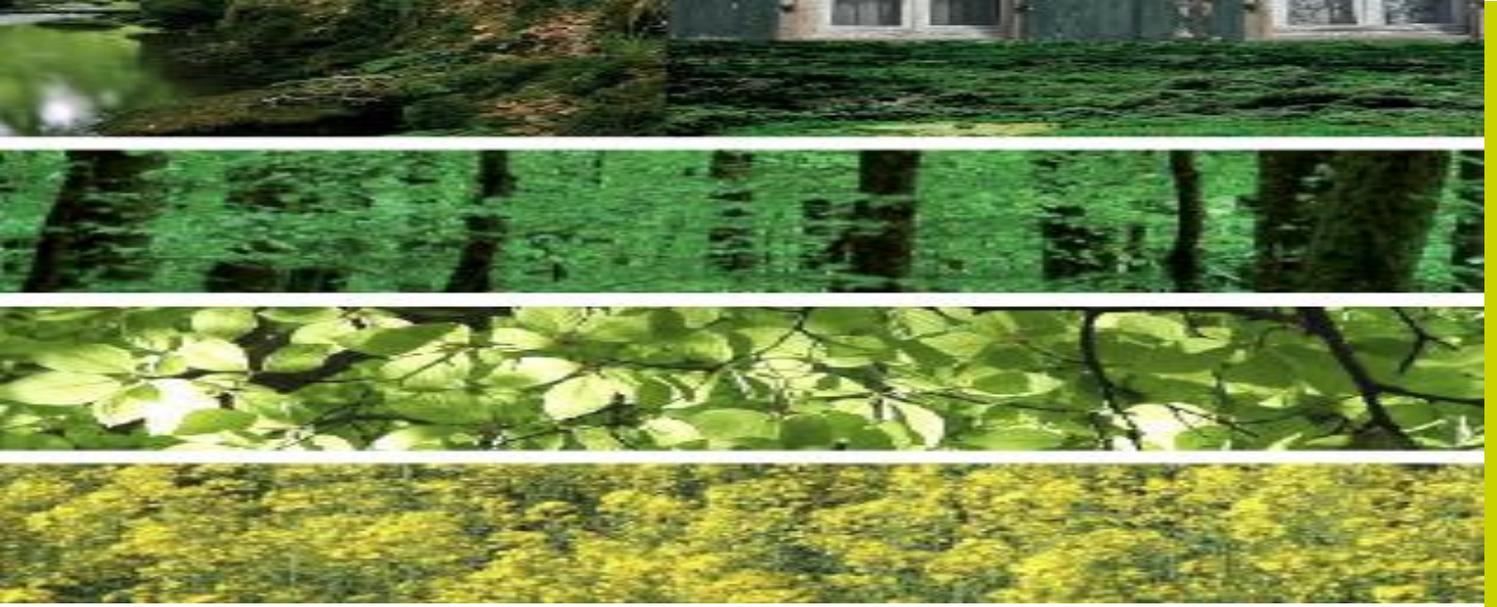
Parmi les 9 centres à déployer :

- Rennes, Quimper, St Malo, Saint Briec et Vannes sont bien avancés dans le déploiement
- Lorient, Pontivy sont sur le départ
- Brest et Morlaix sont encore au point mort.

Voici un schéma récapitulatif :



L'objectif pour fin 2012 est de déployer l'ensemble des centres.



**III DONNEES MEDICALES ET EPIDEMIOLOGIQUES DES
PATIENTS SUIVIS DANS LES CENTRES
HOSPITALIERS PARTICIPANT A L'ACTIVITE DU
COREVIH BRETAGNE**

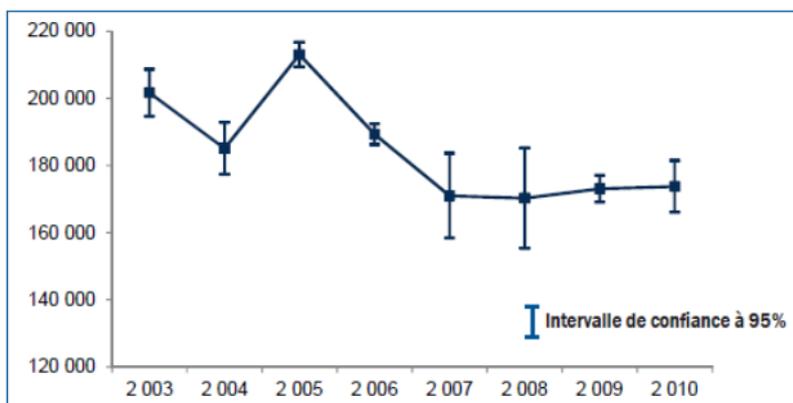
III.1 DONNEES DU DEPISTAGE (INVS/ORSB)

Le dépistage du VIH en Bretagne¹...

En 2010, l'InVS (Institut National de Veille Sanitaire) a estimé² que globalement plus de 170 000 (173 759) sérologies VIH ont été réalisées dans l'ensemble des laboratoires bretons, dont un peu plus de 13 000 dans le cadre d'une consultation anonyme et gratuite (CDAG), soit 8% de l'activité de dépistage, proportion comparable à la France.

Parmi ces dépistages, 138 tests se sont révélés positifs, soit 0,8 sérologie positive pour 1 000 tests contre 2,2 en France.

Sérologies au VIH effectuées dans l'ensemble des laboratoires (y compris CDAG) en Bretagne de 2003 à 2010 (données corrigées)



Sources : InVS BEH n° 43-44, 29 novembre 2011, enquête LaboVIH, exploitation ORS Bretagne

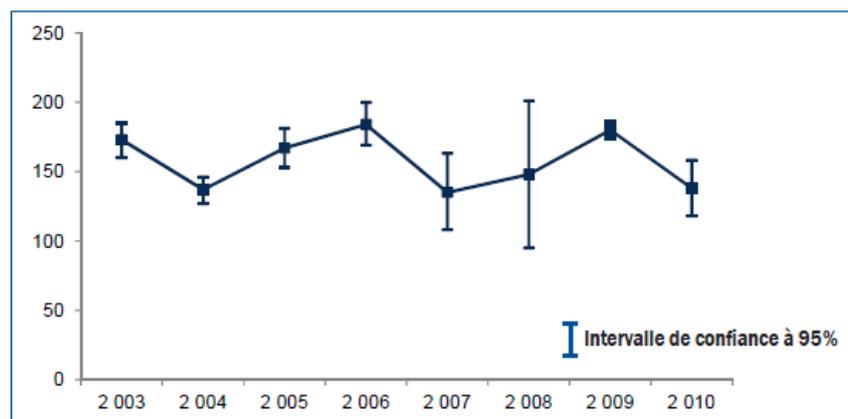
La proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 tests réalisés est plus faible dans les CDAG de la région que dans les CDAG français, respectivement 0,5 sérologie positive pour 1 000 contre 3,5 en France.

...vers une stabilisation du nombre de dépistages et

du nombre de sérologies positives ?

Comme au niveau national, le nombre de dépistages a diminué entre 2005 et 2007 puis s'est stabilisé au-delà de cette date, la légère hausse observée entre 2008 et 2009 n'étant pas significative. De même, le nombre de sérologies positives s'est stabilisé depuis 2007. En effet, l'apparente augmentation entre 2008 et

Sérologies positives au VIH en Bretagne de 2003 à 2010 (données corrigées)



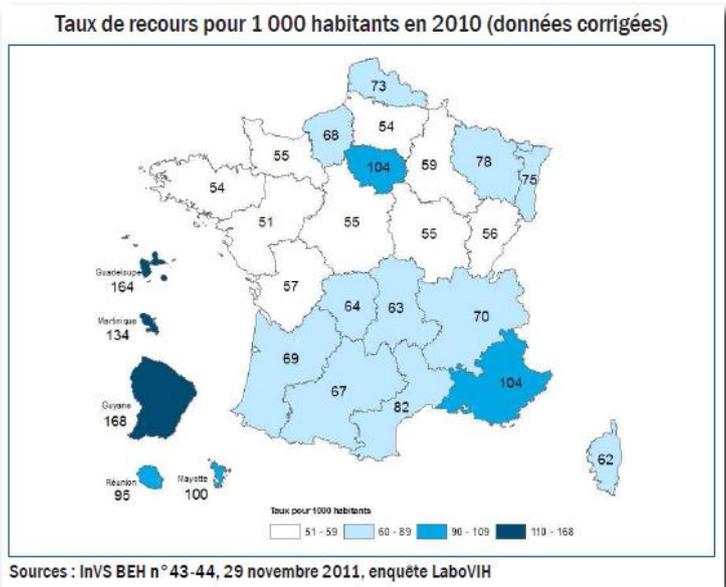
Sources : InVS BEH n° 43-44, 29 novembre 2011, enquête LaboVIH, exploitation ORS Bretagne

¹ Le taux de participation est très satisfaisant en Bretagne, impliqués dans la surveillance de l'activité de dépistage du VIH depuis 1989, les laboratoires d'analyses médicales et biologiques bretons présentent des taux supérieurs à 80% depuis 2003. En 2010 comme en 2009, le taux de participation a atteint 92%.

² À partir des laboratoires participants.

2009 n'était pas statistiquement significative et ne s'est pas poursuivie en 2010. Ainsi, depuis 2005, en Bretagne comme en France, on observe une stabilité de la proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 tests réalisés, comprise entre 0,8 et 1 dans la région et entre 2,1 et 2,2 au niveau national.

La Bretagne au 1er rang des régions les moins touchées...



En 2010, la Bretagne se classe au 1er rang des régions les moins touchées avec 43 sérologies positives par million d'habitants contre 167 en France.

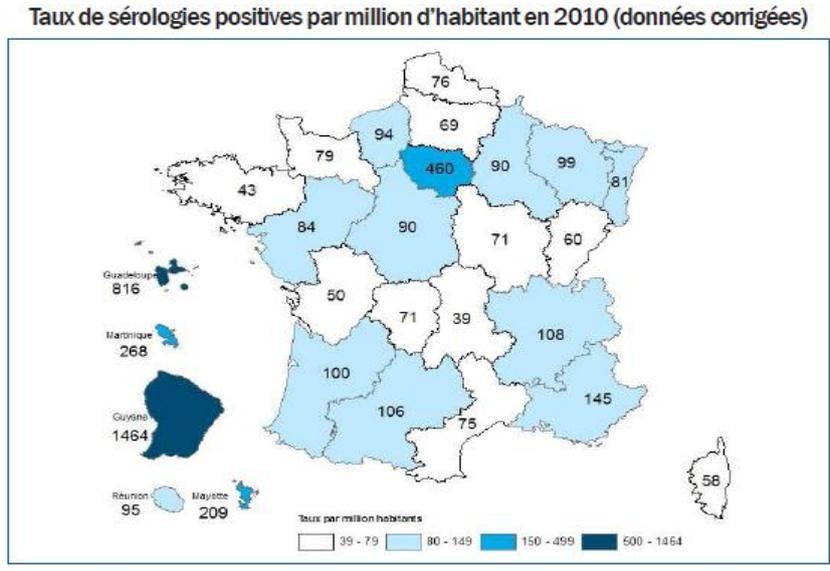
...mais un taux de recours parmi les plus bas

En 2010, le recours au dépistage en Bretagne est inférieur à la moyenne nationale avec 54 tests pour 1 000 habitants contre 77 en France ce qui positionne la Bretagne (ex aequo avec la Picardie) au 2e rang des régions de plus faible recours en France. Ce moindre recours se retrouve également pour les dépistages

ayant pour cadre une consultation de dépistage anonyme et gratuit (4 tests pour 1 000 habitants contre 6 en France).

Exhaustivité de la notification à VIH

En 2010, on peut estimer l'exhaustivité de la notification VIH en rapportant les notifications VIH aux sérologies positives réalisées (hors CDAG) dans l'ensemble des laboratoires. Ainsi, sur les 132 sérologies positives, 89 personnes¹ ont fait l'objet d'une notification soit 67% de l'ensemble des sérologies pratiquées par l'ensemble des laboratoires bretons.



¹ Ce chiffre correspondant au nombre de nouvelles découvertes de séropositivité issues de la notification obligatoire VIH pour l'année 2010 est à interpréter avec précaution compte tenu de la variation importante observée par rapport à 2009 où il atteignait 138 personnes.

Remarque méthodologique :

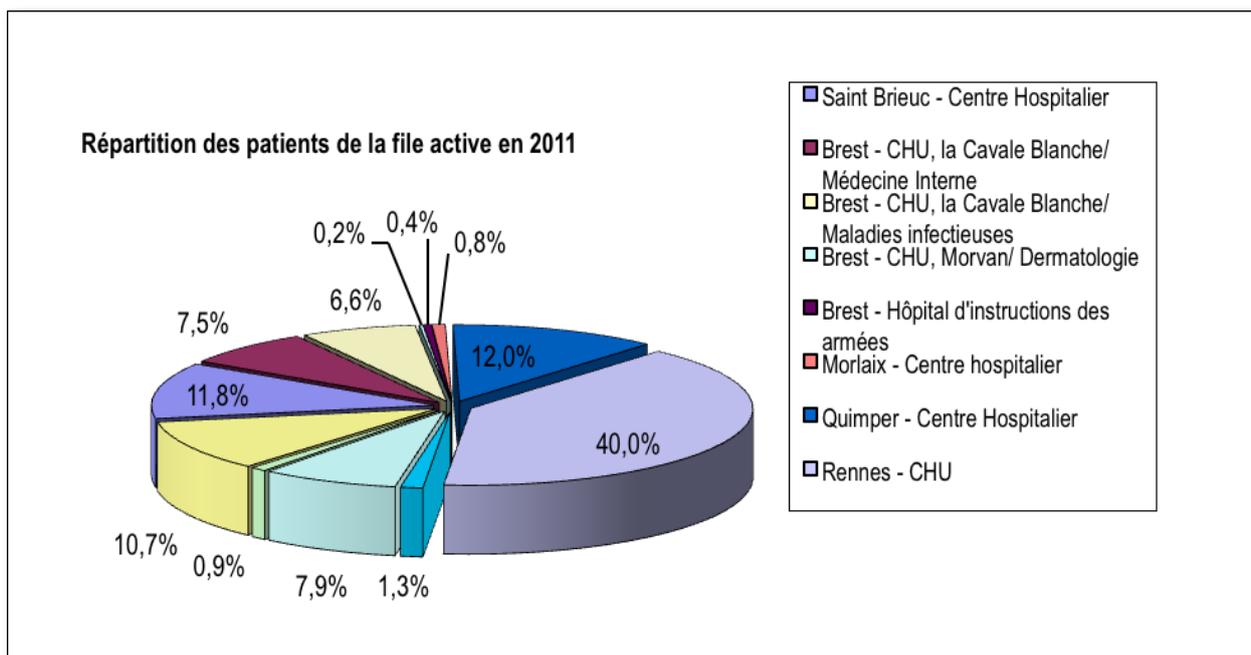
Les données pour l'année 2010 présentées ci-dessus sont corrigées en tenant compte :

- de la participation des laboratoires pour l'enquête Labo VIH
- des délais de déclaration des cas diagnostiqués en 2009 et 2010 et de la sous-déclaration (28% en 2010) pour la notification obligatoire du VIH.

III.2 ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES DU COREVIH BRETAGNE

III.2.1 La file active du COREVIH en 2011

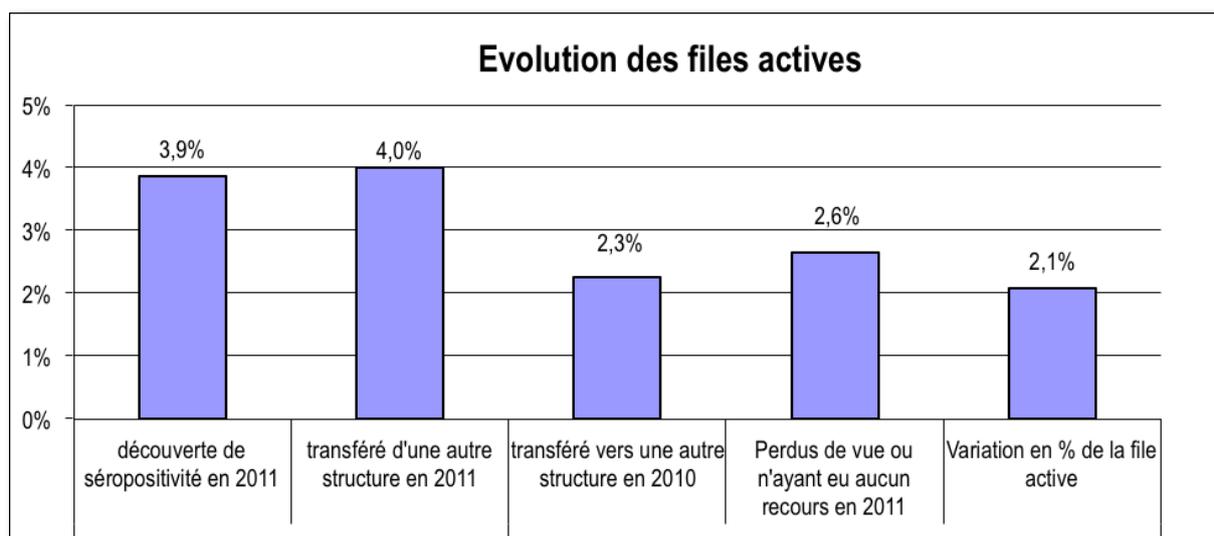
Avec 2 901 patients ayant eu au moins un recours dans les centres participant au recueil d'activité, la file active du COREVIH reste stable au cours des dernières années. La méthodologie de recueil reste variable d'un site à l'autre mais tend à s'uniformiser : en 2011, pour la première fois, le recueil des données a été prospectif sur l'ensemble des sites ; par ailleurs, tous les sites hospitaliers de Bretagne en charge de personnes infectées par le VIH participent à



l'activité. On remarque que la file active de « petites structures » ayant récemment fait le choix de mettre en place un suivi spécifique, comme Morlaix ou Saint-Malo, croit de façon très importante : + 100% à Morlaix, + 32% à St Malo : c'est une bonne nouvelle en terme d'offre de prise en charge de proximité. Les variations des files actives des centres ayant une activité plus ancienne et plus volumineuse sont très limitées.

Centre Hospitalier/service	File active 2010	File active 2011	Variations 2010-2011
Saint-Brieuc - Centre Hospitalier	323	343	6%
Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Médecine Interne	208	219	5%
Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Maladies infectieuses	198	192	-3%
Brest - CHU, Morvan/ Dermatologie	6	6	0%
Brest - Hôpital d'Instructions des Armées	9	13	44%
Morlaix - Centre Hospitalier	11	22	100%
Quimper - Centre Hospitalier	336	347	3%
Rennes - CHU	1145	1159	1%
Saint-Malo - Centre Hospitalier	28	37	32%
Lorient - Centre Hospitalier	229	228	0%
Pontivy - Centre Hospitalier	Non évaluée	26	Non évaluable
Vannes - Centre Hospitalier	289	309	7%

La découverte de nouvelles séropositivités (112 patients), alors que la mortalité reste très faible, est l'une des explications à l'augmentation lente de la file active ; le flux des patients au sein des structures explique également cette augmentation lente : en 2011, les structures du COREVIH¹ ont accueillies 96 patients transférés d'autres



structures alors que seulement 36 étaient transférés vers d'autres structures. Le nombre de perdus de vue reste trop

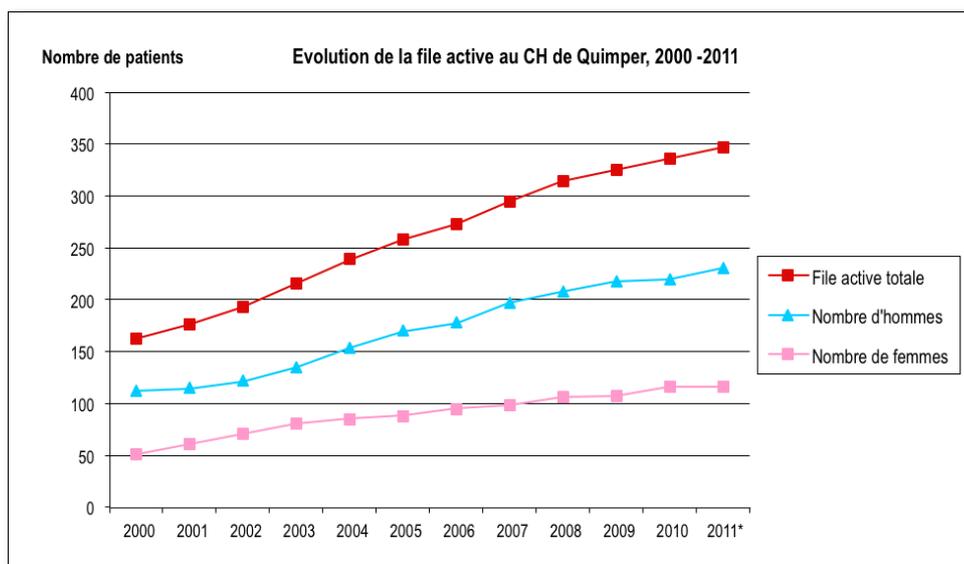
¹ Hors CHU de Rennes où la donnée n'est pas disponible du fait du changement de base de données en cours d'exercice

élevés, soit 75 patients en 2011, et notre méthodologie d'évaluation, de recherche des perdus de vue et de lutte contre ce phénomène n'est pas au point : ce pourrait être un domaine d'action de la commission soins. Peu de service ont un système automatisé permettant de reprendre contact avec des patients ne s'étant pas présentés aux

Centre Hospitalier/service	File active 2010	transféré d'une autre structure en 2011	transféré vers une autre structure en 2010	Perdus de vue ou n'ayant eu aucun recours en 2011	Nombre de décès
Saint Briec - Centre Hospitalier	323	23	10	11	4
Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Médecine Interne	208	18*	4	6	1
Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Maladies infectieuses	198	14	28*	6	2
Brest - CHU, Morvan/ Dermatologie	6	0	0	2	0
Brest - Hôpital d'instructions des armées	9	1	0	1	0
Morlaix - Centre Hospitalier	11	9	0	0	1
Quimper - Centre Hospitalier	336	14	10	5	5
Rennes - CHU	1145	NR	NR	NR	11
St Malo - Centre Hospitalier	28	13	0	4	2
Lorient - Centre Hospitalier	229	11	7	28	1
Pontivy - Centre Hospitalier	60	1	1	5	2
Vannes - Centre Hospitalier	289	12	4	7	7
Total		98	36	75	36

rendez-vous prévus, ni de délais bien définis pour cette prise de contact.

L'ensemble de ces données doit également être lu à la lumière d'une difficulté liée au fait que tous les patients suivis ne sont pas encore intégrés dans la même base de données : nous ne maîtrisons pas bien les échanges entre services du COREVIH : un patient « perdu de vue » par une structure peut en fait très bien être suivi dans une autre structure du COREVIH. Il est ainsi perdu de vue au sens du service (ce que nous estimons actuellement), mais ne serait pas perdu de vue au sens du COREVIH (ce que nous ne savons pas encore bien estimer).

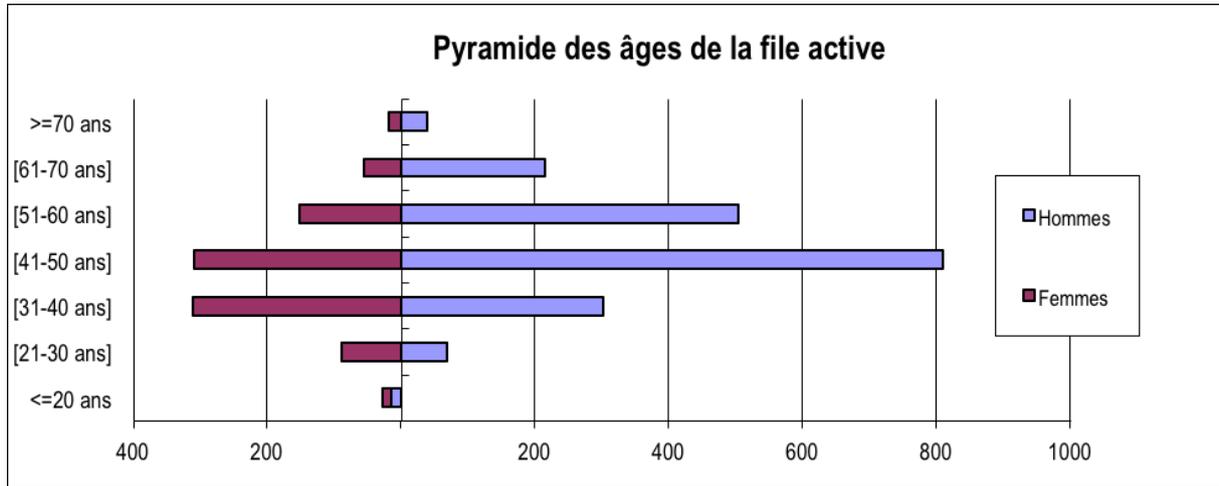


Au cours des dernières années les files actives progressent d'environ 10% par an, comme en témoigne l'évolution au CH de Quimper.

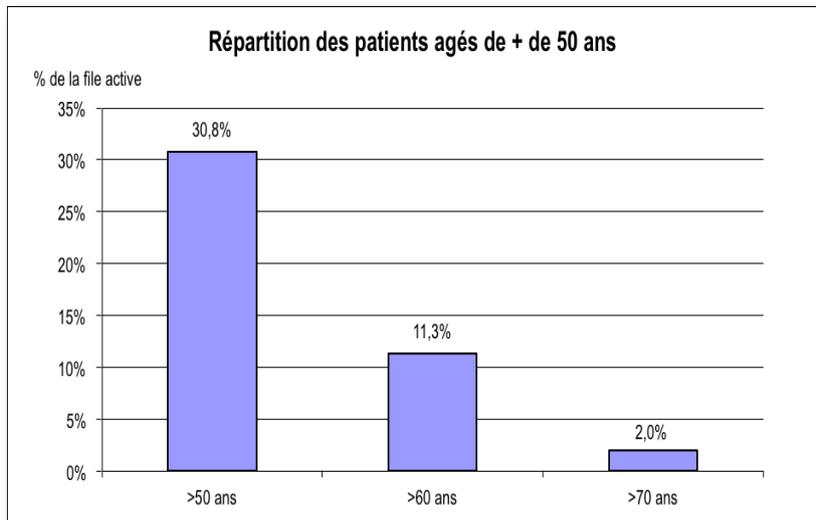
III.2.2 Caractéristiques de la file active bretonne

▪ Âge et sex-ratio

Le vieillissement de la file active se poursuit très progressivement, avec, chez les hommes, deux tranches d'âge de loin les plus représentées : 40-50 et 50-60 ans. Un peu plus de 30% de la file active a plus de 50 ans, et plus de 11%



a plus de 60 ans. La proportion de patients très âgés, au delà de 70 ans, reste néanmoins très modeste (> 3%). La répartition des âges est assez différente d'un centre à l'autre, allant de 20% de patients âgés de plus de 50 ans à

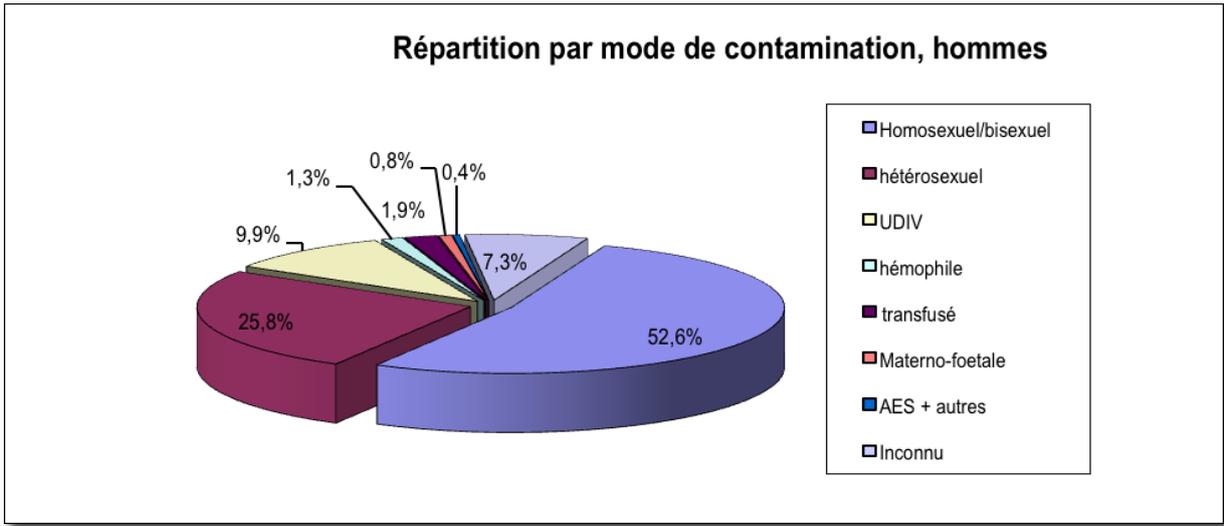
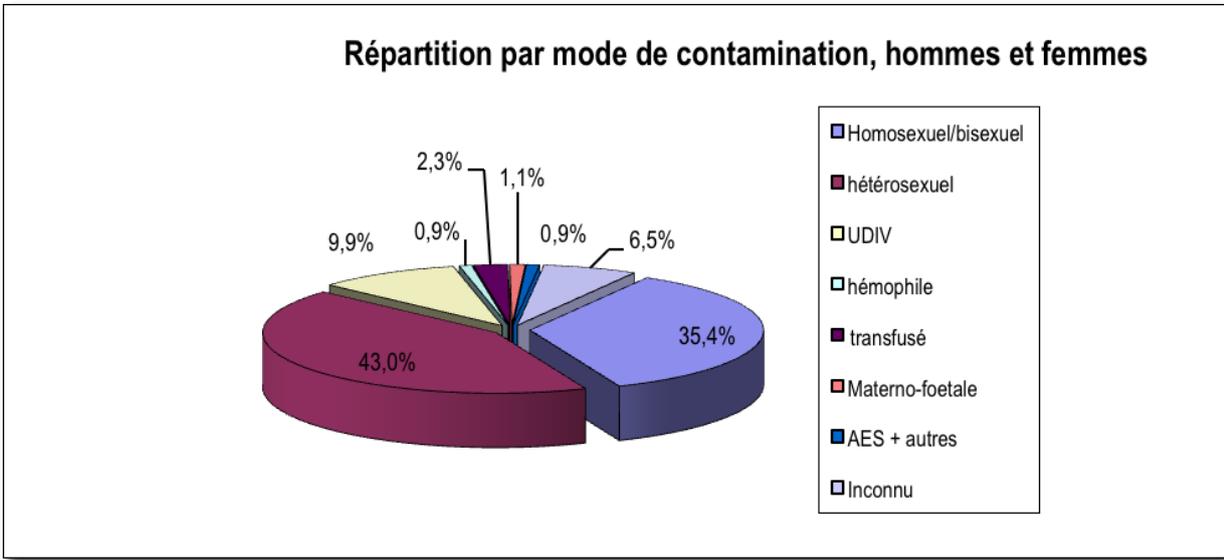


Rennes à 50 % à Morlaix. Si l'on raisonne par département, les proportions de patients âgés de plus de 50 ans sont de 21% en Ille et Vilaine, 35% en Morbihan, 38% en côtes d'Armor et 39% dans le Finistère. En 2010, les chiffres à l'échelle de la Bretagne étaient sensiblement identiques, avec 32% de la file active âgée de plus de 50 ans.

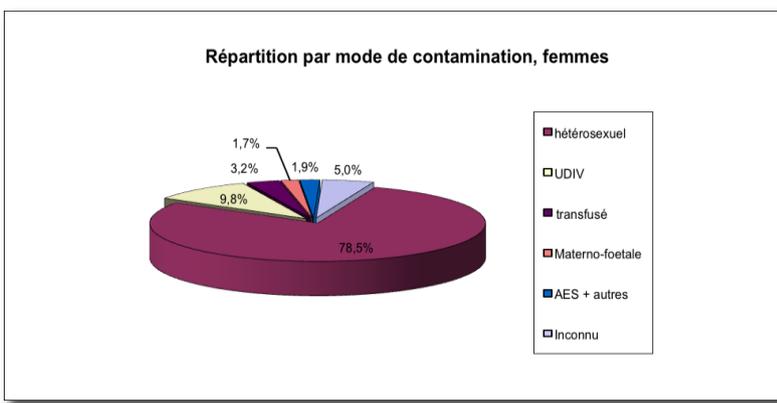
▪ Répartition des modes de contamination

L'étude des modes de contamination doit toujours se faire en fonction du genre, les données étant très différentes pour les hommes et les femmes. Néanmoins, on peut dire que les modes de contamination homo/bisexuel et hétérosexuel sont assez proches lorsque l'on analyse l'ensemble de la file active, sans distinction Homme/Femme.

Lorsque l'on s'intéresse spécifiquement au mode de contamination des hommes, on s'aperçoit que les rapports homo/bisexuel restent majoritaires, avec très peu d'évolution par rapport aux données de l'année précédente (52,6% versus 52,4% en 2010)



Chez les femmes, les données restent également stables avec des contaminations essentiellement hétérosexuelles.

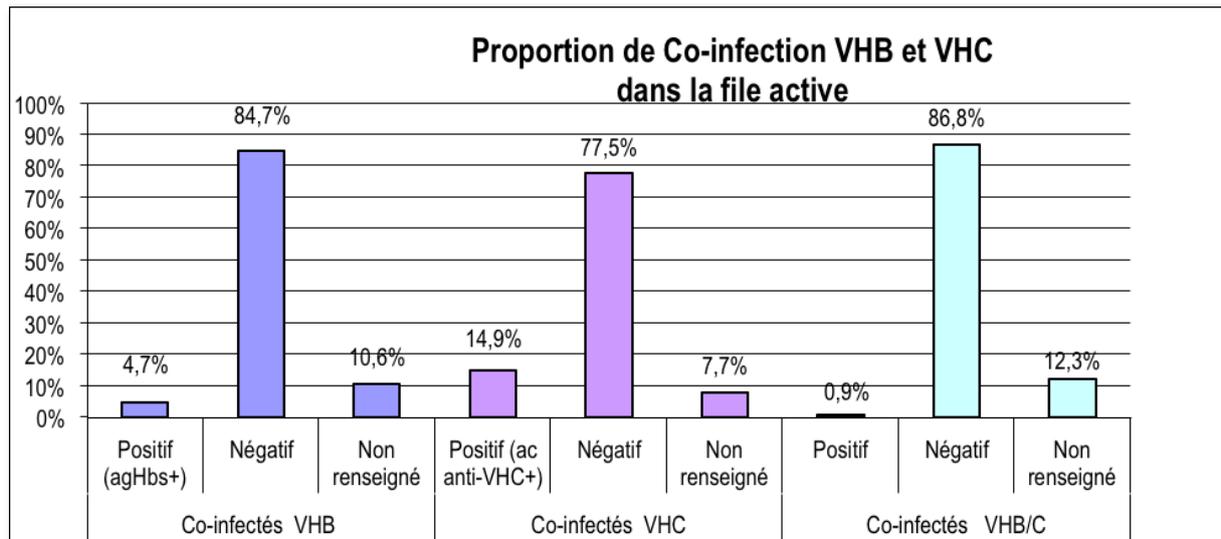


Il n'est pas surprenant que ces données n'évoluent que très peu d'une année à l'autre, puisque comme nous l'avons vu précédemment, la file active du COREVIH est peu dynamique, avec moins de 15% de renouvellement. Concernant les comparaisons annuelles, les données des

découvertes de séropositivité, que nous verrons plus loin, nous donnent des indications beaucoup plus intéressantes sur les objectifs que nous devons nous fixer en termes d'actions de prévention.

▪ **Co-infections par les virus des hépatites**

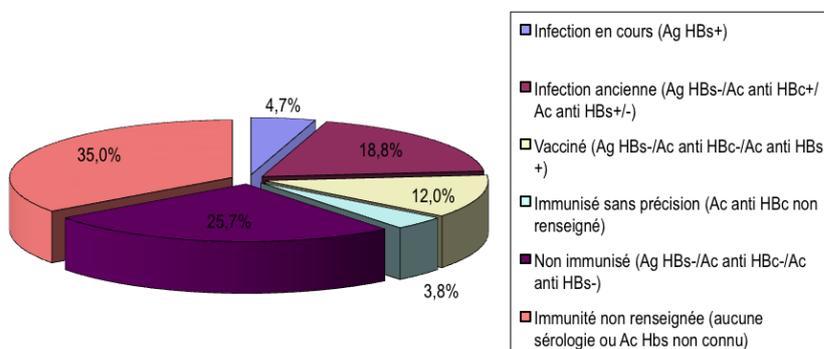
Ces données sont très difficiles à obtenir puisqu'elles ont toujours été mal renseignées dans les dossiers des patients. Les Techniciens d'Etudes Cliniques du COREVIH ont dû mener un véritable travail d'archéologue afin d'essayer d'obtenir des données à la fois exhaustives et fiables. Les modes de recueil des données dans les



dossiers sont très variables d'une structure à l'autre. Une donnée aussi simple que la proportion de patients co-infectés VIH/VHC ayant bénéficié d'un traitement de l'hépatite et actuellement guéris est une donnée quasiment impossible à recueillir ! En effet, quand la sérologie VHC est renseignée, l'antécédent de traitement ne l'est pas toujours. Et quand celui-ci est également renseigné, la PCR HCV négative 6 mois après l'arrêt du traitement est rarement stipulée de façon transparente... Les données concernant les hépatites dans la file active du COREVIH sont donc de plus en plus fiables, mais la marge de progression, variable d'un centre à l'autre, reste importante. La

mise à disposition des nouvelles trithérapies anti VHC en 2011 nous a obligé à mettre de l'ordre dans les dossiers, ce qui a augmenté la fiabilité des données recueillies. Il sera nécessaire pour 2012 que nous disposions des données des 7 à 12% de patients pour lesquels les sérologies sont non-

Répartition des patients selon leur dernière sérologie VHB



renseignées, ce qui est un objectif raisonnable.

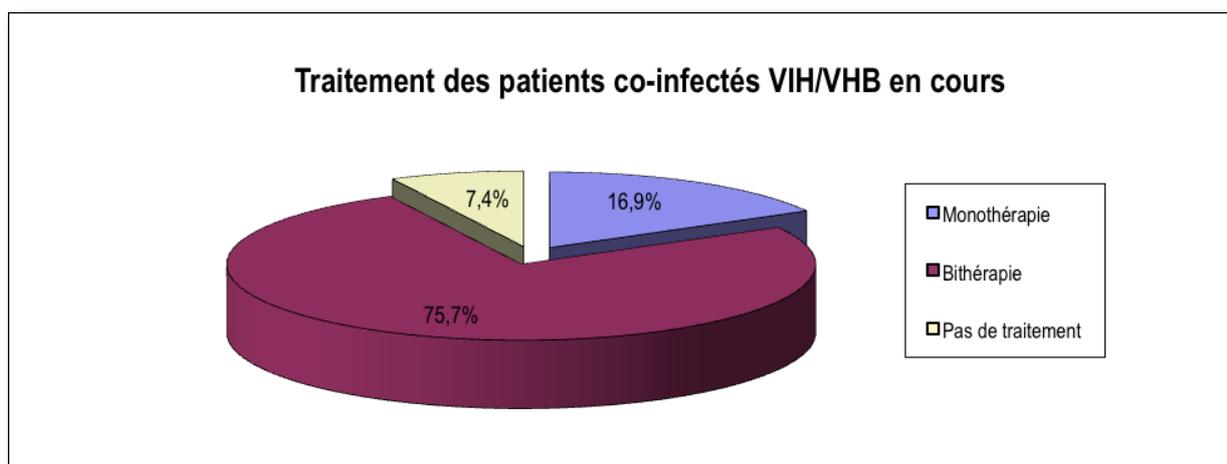
Hépatite B

Une bonne illustration de notre marge de progression concerne l'hépatite B : pour 35% des patients, nous ne disposons d'aucune donnée facilement accessible concernant les Ac anti-HBs : il est donc nécessaire de remettre la sérologie HBs au goût du jour, et de se fixer comme objectif qu'en 2012, tous les patients qui le nécessitent aient bénéficiés de cette sérologie, et surtout qu'elle soit clairement et rapidement accessible dans le dossier (et non au fin fond des archives...).

Plus de 25% des patients sont considérés comme non-immunisés, et, ici, c'est notre stratégie vaccinale qui est interrogée : ces patients sont-ils de vrais échecs de vaccination, ou celle-ci ne leur a-t-elle simplement pas été proposée ? Finalement, nous ne disposons de données épidémiologiques pertinentes que pour moins de la moitié des patients :

- ceux que nous savons porteurs chroniques de l'AgHBs, un peu moins de 5% et item cette année renseignée de façon fiable
- ceux que nous savons immunisés, un tout petit peu moins de 40% de la file active, soit par vaccin (Ac anti-HBs présent de façon isolée) ou par contact avec le VHB (Ac anti-HBc présent).

Une donnée rassurante et que la plupart des patients co-infectés VHB et VIH sont traités, le plus souvent par



bithérapie. On sait l'évolution beaucoup plus rapide de la fibrose chez les patients co-infectés, et il est donc particulièrement important que les patients qui nécessitent un traitement le reçoivent le plus tôt possible. Il serait intéressant, données dont nous ne disposons pas, de connaître les raisons de l'absence de traitement pour 7,4% des porteurs chroniques de l'AgHBs : est-ce une vraie « non-indication » de traitement. Cette question pourrait faire l'objet d'un travail d'évaluation des pratiques professionnelles ou d'un travail de mémoire par un étudiant, car elle concerne un nombre assez limité de patients (une dizaine).

Hépatite C

Aujourd'hui, 15% de la file active des patients suivis au sein du COREVIH a été en contact avec le virus de l'hépatite C (7.7% encore non renseigné, avec l'espoir d'arriver à zéro en 2012 !).

Les modes de contaminations restent assez classiques, avec un peu plus de 50% des patients contaminés du fait de l'usage de drogues par voie intraveineuse. Néanmoins, il existe une proportion non négligeable de transmission chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, un peu supérieure à 11% en 2011. Cette modalité de contamination

était « attendue » puisque décrite depuis plusieurs années dans d'autres régions.

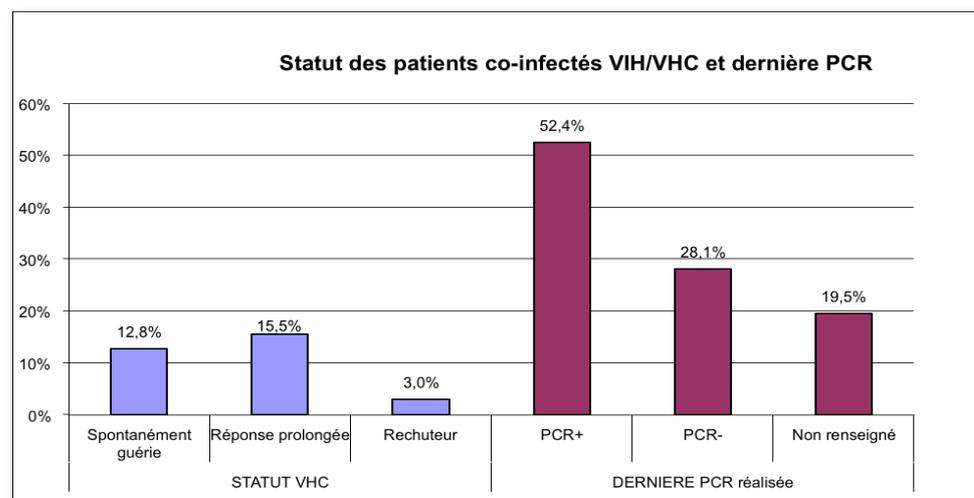
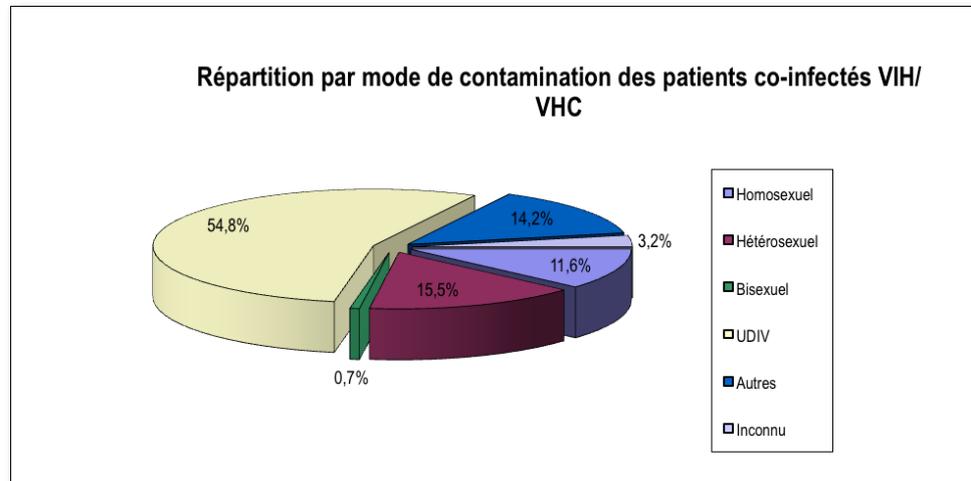
L'analyse des « nouvelles contaminations » montrerait que ce mode de transmission est

majoritaire aujourd'hui chez les patients déjà connus pour être infectés par le VIH : cela doit nous inciter à des efforts de prise en charge et de prévention :

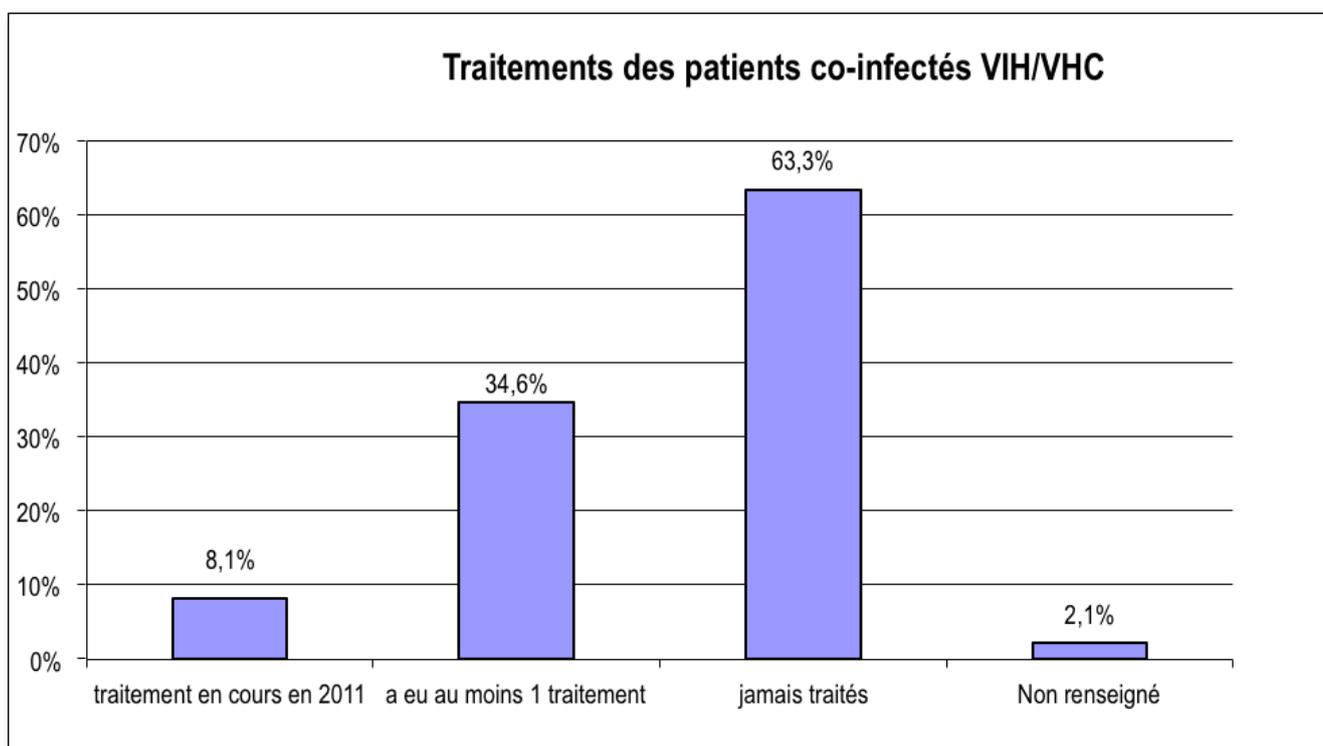
- Il apparaît nécessaire de réaliser la sérologie d'hépatite C de façon annuelle chez les patients à risque et connus antérieurement pour une sérologie négative
- Chez les patients ayant une sérologie positive et guéris de l'hépatite C, soit spontanément, soit après traitement, la surveillance de la recontamination, qui semble être un phénomène fréquent dans certaines populations, passe par la réalisation annuelle de la PCR VHC.

La plupart de ces patients n'ont plus d'infection active, soit du fait d'une guérison spontanée, soit liée à un traitement antérieur. Seulement 13% des patients pour lesquels nous disposons de

renseignements complets sont considérés comme spontanément guéris. C'est très inférieur aux chiffres des patients non co-infectés par le VIH (habituellement autour de 30%). Cette année, nous ne disposons pas du chiffre



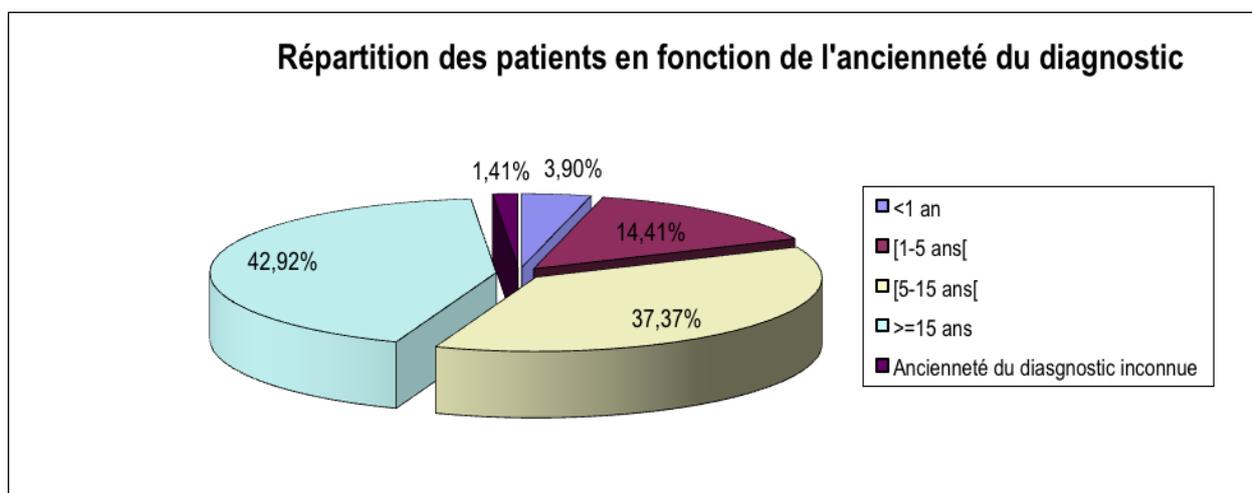
intéressant qui consisterait à connaître le nombre de patients non guéris spontanément et qui n'ont jamais bénéficié de traitement, avec les raisons de cette absence de prise en charge thérapeutique : refus du patient, rares « non-indications » prolongées... avec l'arrivée des nouvelles molécules anti-VHC, nous devons pouvoir disposer pour chaque patient de son statut afin de ne pas manquer des opportunités de traitement, retards qui peuvent résulter en cirrhoses et hépatocarcinomes.



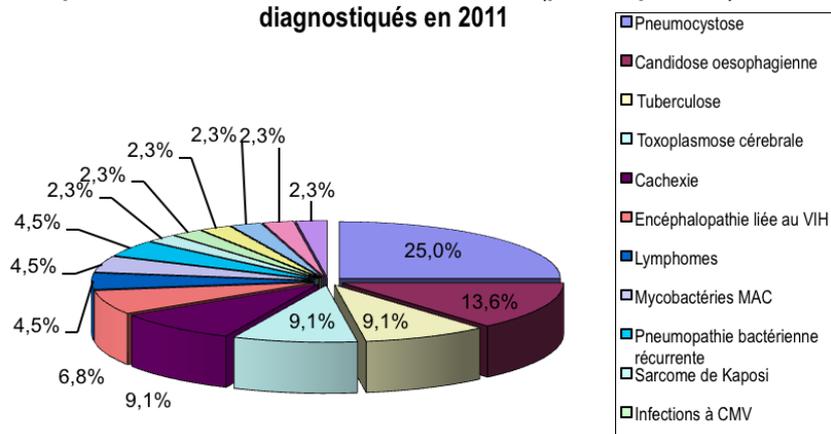
Données d'évolutivité de la maladie

- **Affections opportunistes**

Plusieurs critères peuvent être utilisés pour déterminer à la fois le succès du traitement ou l'évolutivité de la pathologie. Classiquement, on retient deux critères biologiques, CD4 et charge virale VIH, et un critère clinique : la présence à un moment de l'histoire du patient de l'apparition d'infections opportunistes définissant le Sida.



Répartition des 44 évènements classant Sida (pour 33 patients) diagnostiqués en 2011

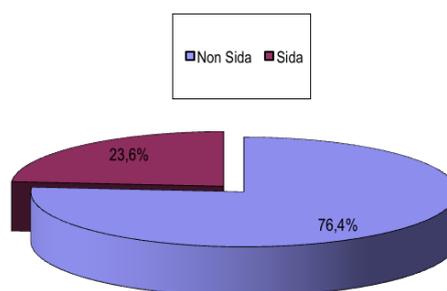


Les patients suivis en Bretagne le sont souvent depuis long-temps : près de la moitié sont suivis depuis plus de 15 ans. Moins de 25% sont arrivés jusqu'au stade clinique de Sida, ce qui est une proportion qui diminue régulièrement

depuis 20 ans, avec un objectif de poursuite continue de cette diminution, surtout aujourd' hui où nous disposons de tous les outils pour réaliser le diagnostic précoce de l'infection VIH (dépistage généralisé, bon réseau de CDAG/CIDDIST, TRODs), et pour traiter les personnes dépistées avant l'apparition des 1^{ers} signes cliniques.

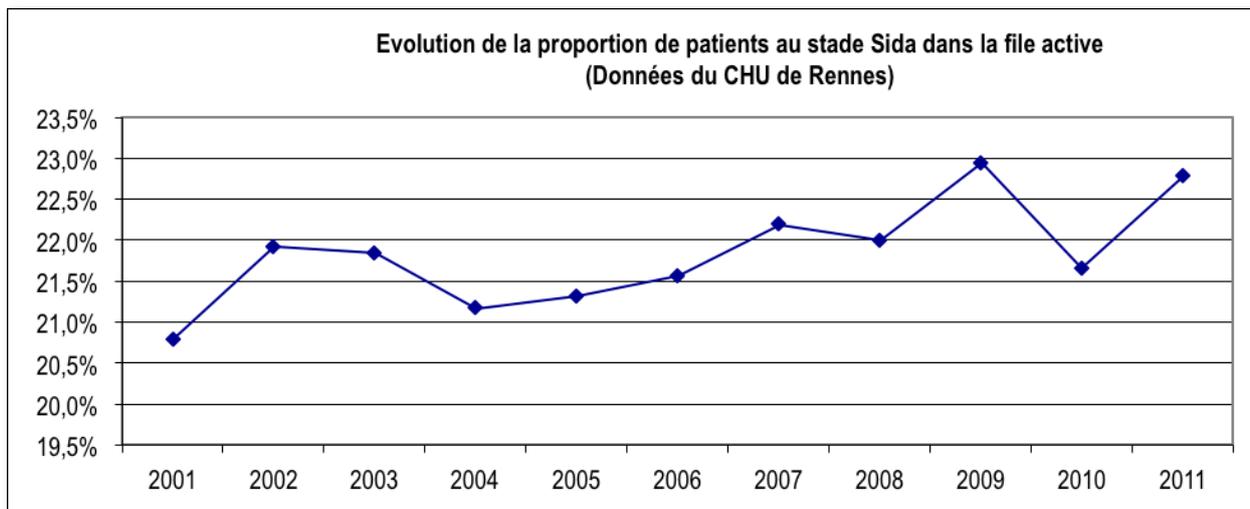
Avec 44 nouveaux diagnostics d'évènements Sida (incluant infections opportunistes et cancers classant Sida) pour plus de 2 900 patients suivis dans l'année, on peut dire que ce type de diagnostic est devenu rare. Il est d'autant plus rare chez les patients déjà suivis de longue date, la plupart de ces évènements survenant chez des patients pour lesquels l'infection par le VIH a été découverte dans l'année. Néanmoins, plusieurs patients étaient connus antérieurement

Répartition des patients par stade de la maladie



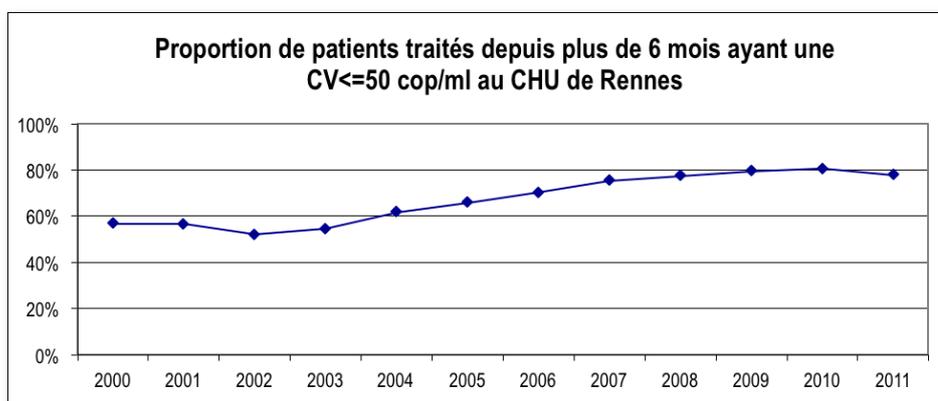
pour leur sérologie positive et soient ne disposaient pas du suivi adéquat, soient étaient simplement perdus de vue : des situations qui ne sont pas systématiquement évitables et qui peuvent révéler de choix du patient, mais dont nous devons nous assurer qu'il s'agit de choix éclairés...

Néanmoins, l'analyse des données des 10 dernières années montrent que la proportion de patients arrivés au stade SIDA dans la file active est très stable, alors qu'elle devrait, grâce au dépistage précoce et à l'efficacité des traitements, baisser progressivement : nous avons une marge d'amélioration importante à ce niveau.

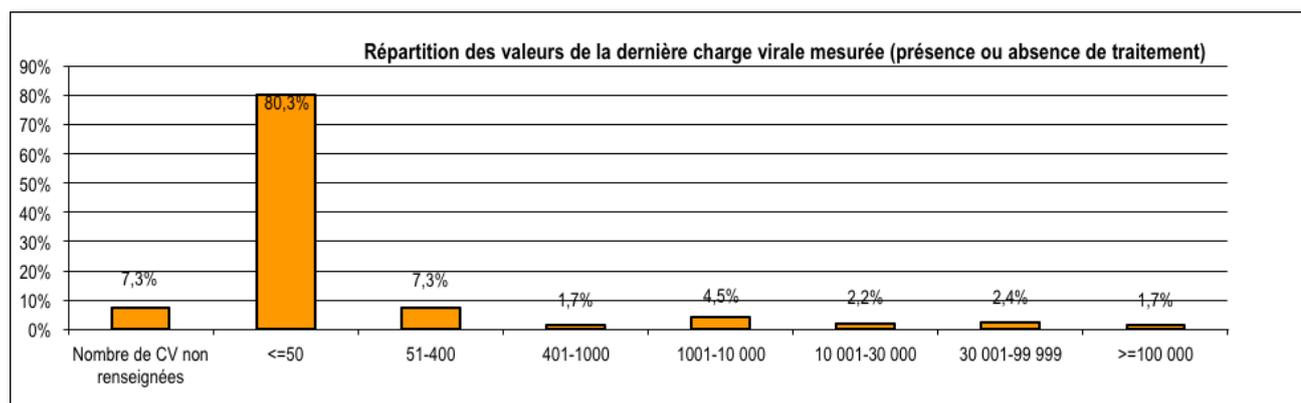


▪ **CD4 et charge virale VIH**

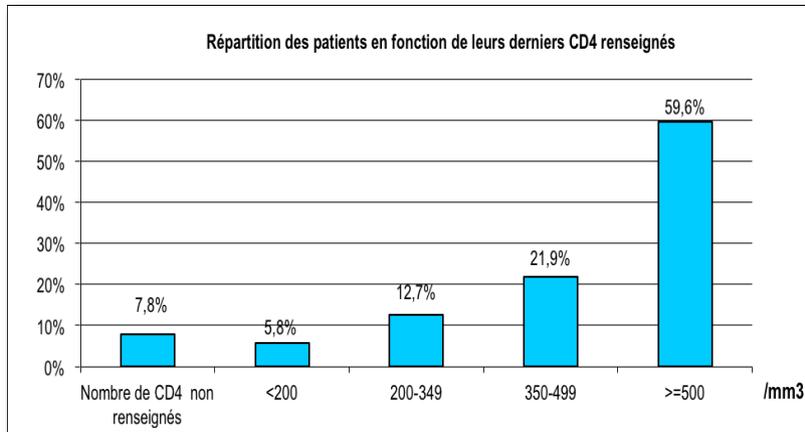
L'un des déterminants nous permettant de limiter la proportion de Sida est l'efficacité de nos traitements antiviraux. On entend ici par efficacité, non la puissance antivirale intrinsèque de la molécule, mais le savant mélange culinaire qui va faire le succès du traitement : facilité de prise, tolérance, qualité de l'éducation thérapeutique, qualité de la relation médecin-malade, de l'équipe d'accueil, de l'entourage social et



associatif. Or pour mesurer la savante alchimie de ces ingrédients, nous ne disposons que d'outils archaïques mais néanmoins efficaces. Le niveau de charge virale est un bon reflet global de l'ensemble de cette prise en charge thérapeutique. Avec plus de 80% de charges virales indétectables (sur les charges virales, on peut considérer que le



chiffre global est plutôt en amélioration (73% en 2010, mais les modalités de calcul étaient un peu différentes). Néanmoins ce chiffre cache toujours une certaine disparité, allant de 70 à 83% en fonction des centres, mais la plupart des centres ayant une file active supérieure à 200 patients sont dans un mouchoir de poche, entre 80 et 81%



de charges virales indétectables !

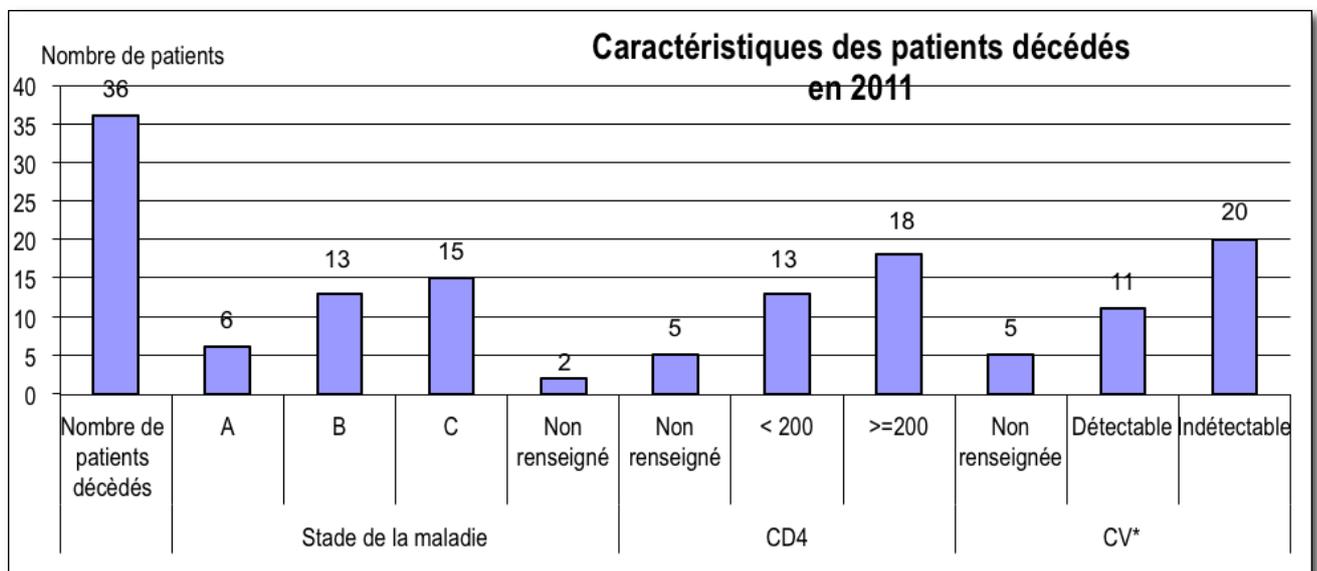
L'évolution au fil du temps montre que les progrès concernant l'obtention de charge virales indétectables sous traitement ont surtout été réalisés au cours des années 2000-2009, avec une situation stable depuis.

La mesure des CD4 est un élément d'autant plus intéressant que l'on sait que la remontée

immunitaire, chez des patients mis « tardivement » sous traitement, peut être assez lente, et ceux d'autant plus que l'âge moyen de la file active augmente. Nous pouvons constater que seulement 60% des patients pour lesquels les CD4 sont renseignés ont plus de 500 CD4/mm³, les mettant ainsi théoriquement à l'abri non seulement des infections opportunistes mais également de la surmortalité liée aux événements cardiovasculaires et aux cancers non-sida que l'on constate entre 350 et 500/mm³ dans les grandes cohortes : nous avons encore une marge de manœuvre importante pour arriver à porter ce chiffre au plus proche de 100%, ce qui reste théoriquement possible si l'on combine dépistage précoce et traitement conforme aux recommandation actuelles.

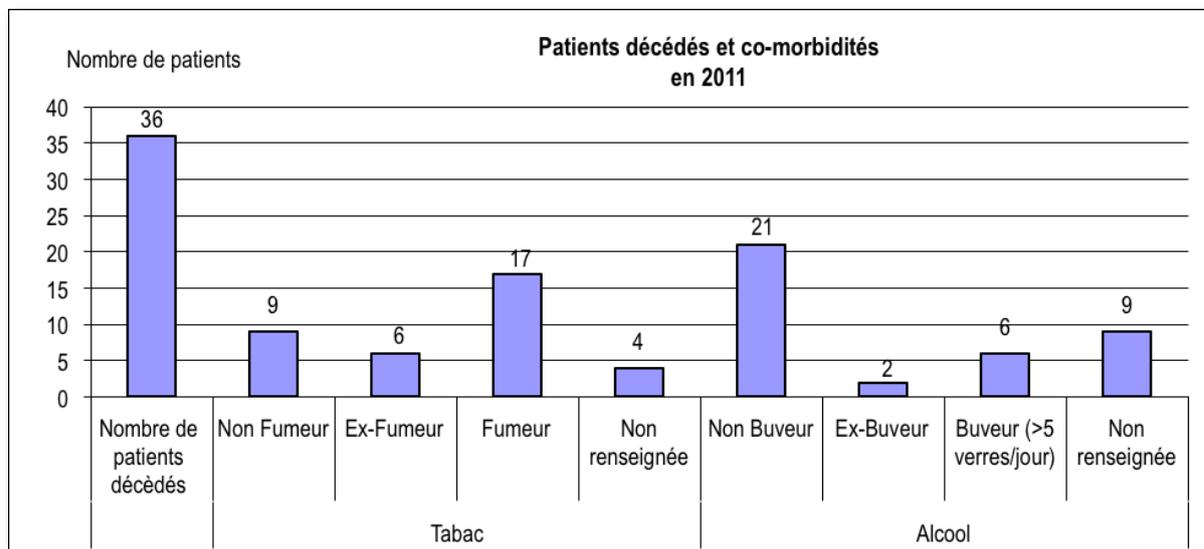
▪ Données de mortalités

Trente-six patients suivis dans les structures affiliées au COREVIH Bretagne sont décédés en 2011, soit 1,2% de la file active. Plus de 97% d'entre eux ont plus de 40 ans. Seulement 50% ont plus de 200 CD4/mm³, 56% ont une

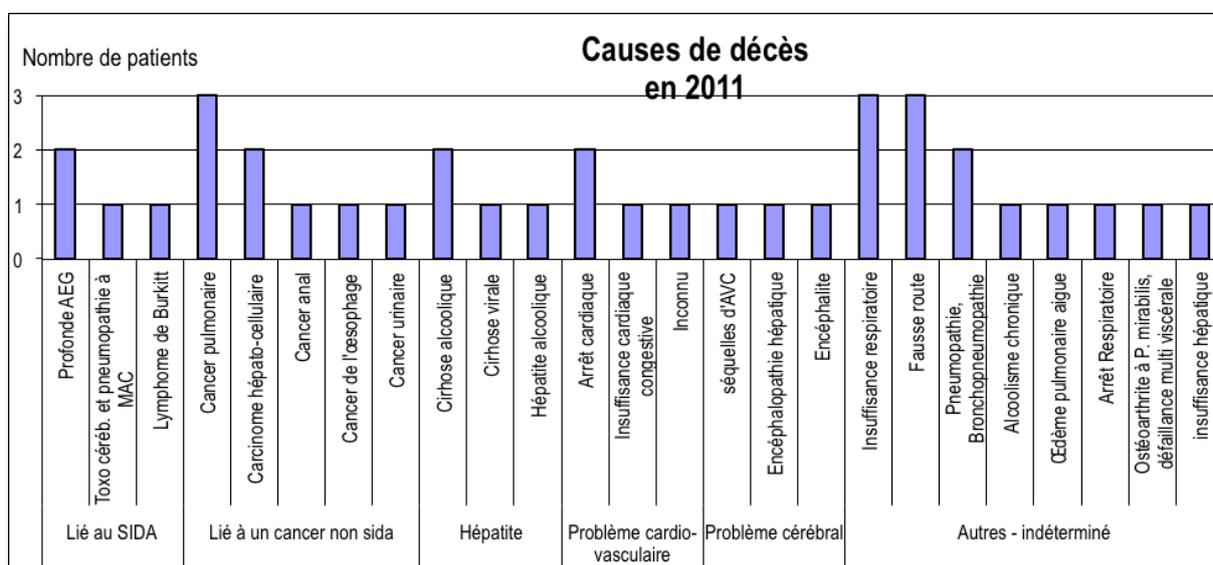


charge virale indétectable au moment du décès et 42% sont au stade Sida : globalement, la maladie VIH est assez évoluée au moment du décès.

Le tabac et l'alcool semblent être, comme l'an passé, des cofacteurs fortement présents bien que l'on ne puisse

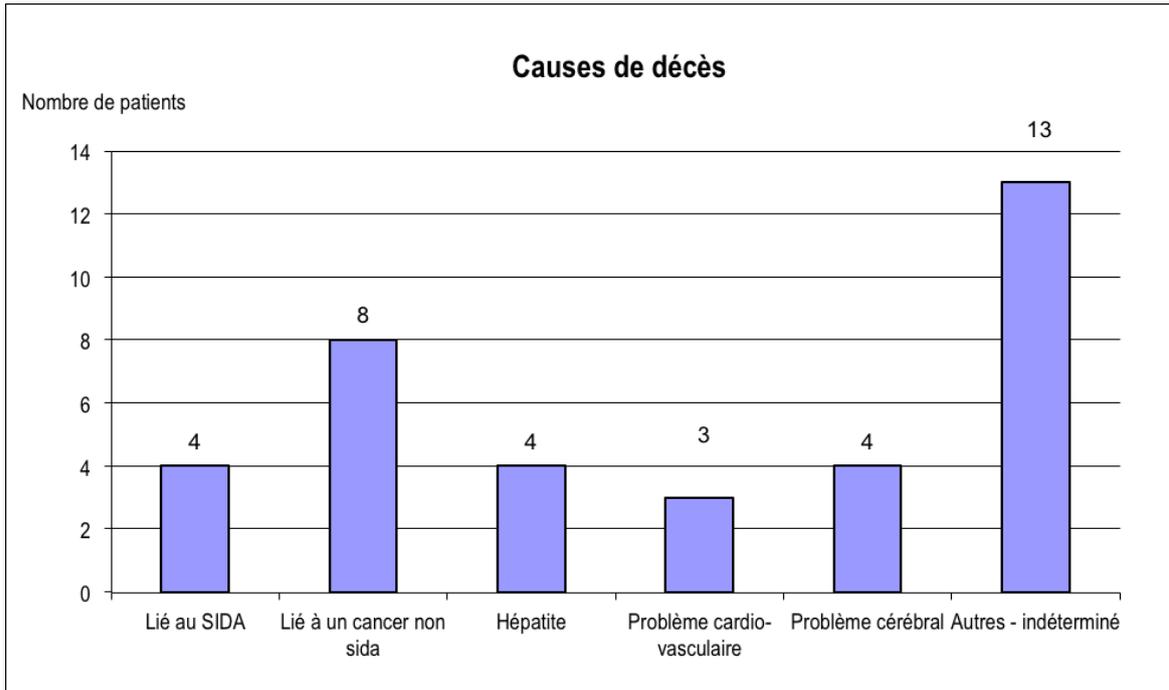


déterminer le poids exact de leur responsabilité dans le décès. La proportion de fumeur pourrait avoir tendance à diminuer : on rappelle qu'en 2009, 100% des patients décédés étaient fumeurs ou ex-fumeurs, alors qu'ils ne sont plus que 64% en 2011. La consommation excessive d'alcool est présente en moindre proportion, avec néanmoins un

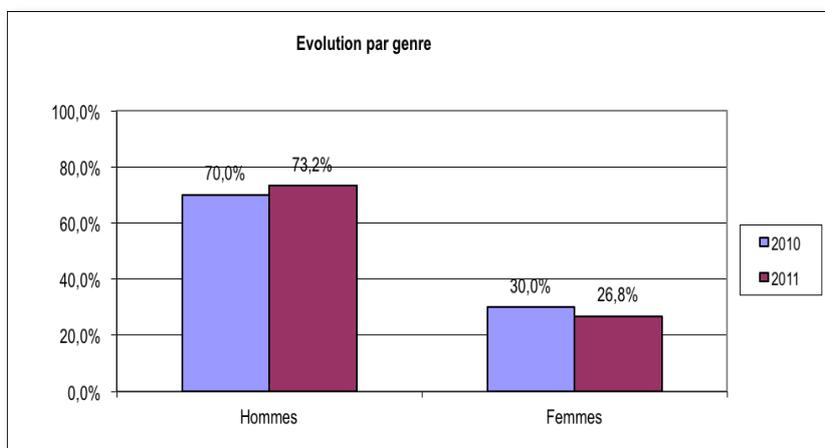


peu moins de 30% de buveurs > 5 verres/j ou d'ex-buveurs.

Les causes de décès sont très diversement réparties comme le montre les deux graphiques ci-dessous, mais finalement assez rarement imputables directement au déficit immunitaire, ce qui confirme les données de l'enquête nationale mortalité 2010, où 26% seulement de l'ensemble des patients décédés avaient une cause de mortalité « Sida ».



III.2.3 Les patients nouvellement pris en charge en 2011

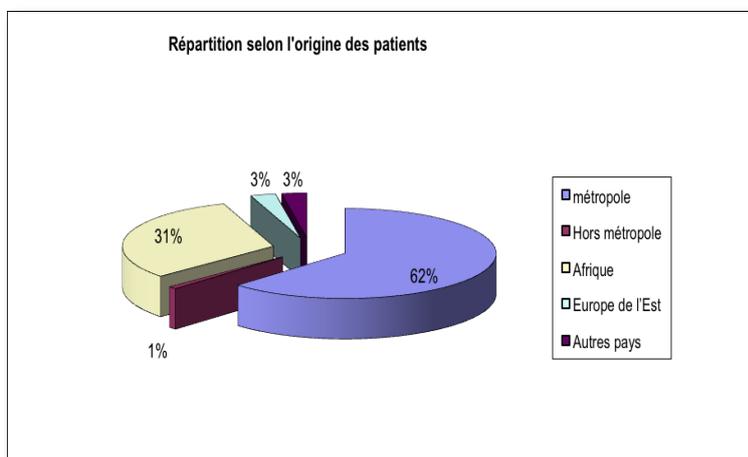


Nous avons pris le parti en 2011 de faire une **analyse exclusive des patients ayant découvert leur séropositivité dans l'année**. En effet, les années précédentes, l'analyse des « nouveaux patients » incluait tous les patients nouvellement pris en charge en Bretagne, y compris les transferts d'autres régions. Il nous a paru plus opportun de se concentrer cette

année sur les patients découvrant leur séropositivité.

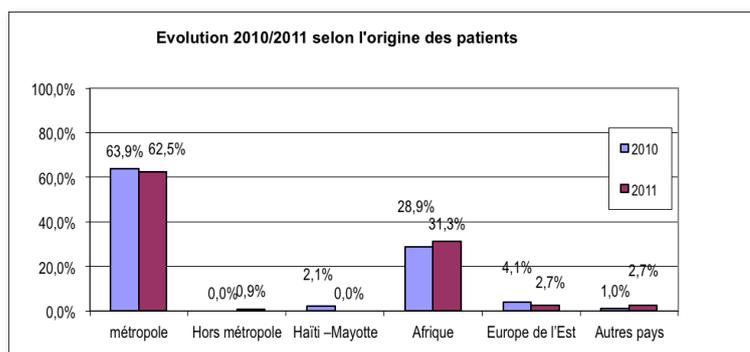
Avec 112 nouvelles prises en charge pour découverte de séropositivité, nous constatons une augmentation de 10% par rapport à l'année 2010, proportionnellement plus importante chez les hommes (+20%). Un peu moins de la moitié de ces découvertes (51 patients) est suivie au CHU de Rennes.

Près du tiers de ces patients est originaire d'Afrique subsaharienne, ce qui est très supérieur à la moyenne de

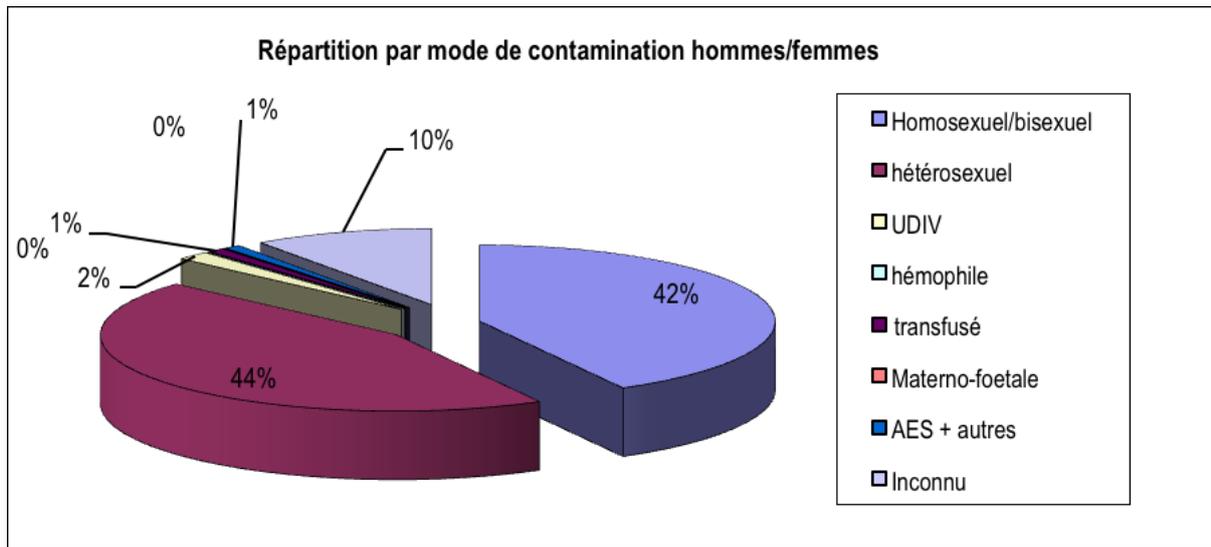


la file active (ce dernier chiffre ne peut être calculé, ces données d'origine n'étant recueillies que depuis peu de temps) : nous avons annoncé en novembre 2011 lors de la réunion plénière de mise en place de la nouvelle mandature du COREVIH que nous souhaitons particulièrement nous intéresser aux populations précarisées, précarité qui touche plus souvent les

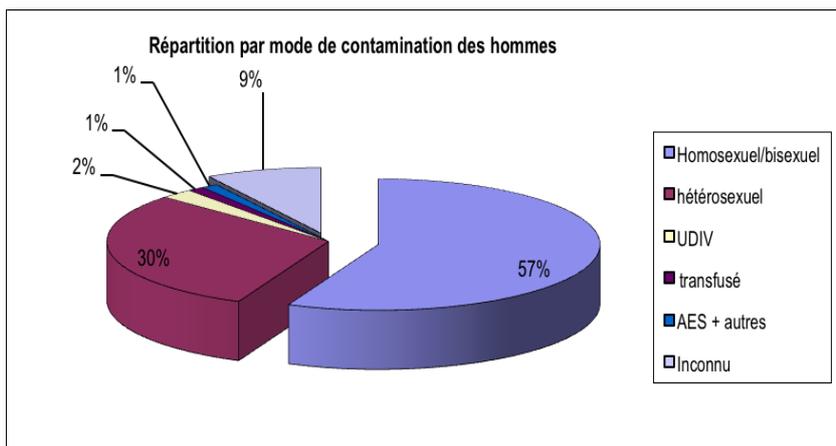
migrants que les français dans le domaine du VIH, comme l'avait montré l'enquête VESPA. Ces chiffres doivent nous inciter à aller dans ce sens, tant du point de vue de la facilitation de l'accès aux soins que de la prévention et du dépistage.



Les modes de contaminations restent assez stables dans le temps, ce qui n'est pas nécessairement une

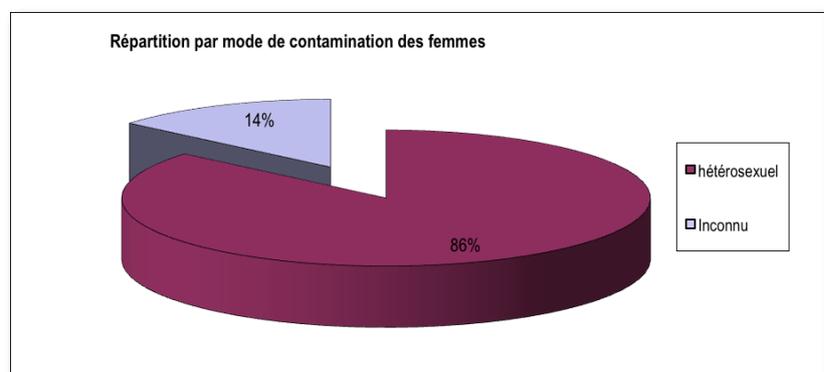


donnée rassurante.



Lorsque l'on analyse l'ensemble des données sans distinction de genre, l'acquisition du VIH par rapport hétérosexuel est le 1^{er} groupe à risque (44% des modes de contamination) mais les contaminations suites à des rapports en hommes arrivent très vite en seconde position

(42%). De fait, lorsque l'on analyse les modes de contamination des hommes seulement, la contamination sexuelle dans le groupe des hommes ayant des rapports avec d'autres hommes est très majoritaire (57%). Il est donc important de continuer à



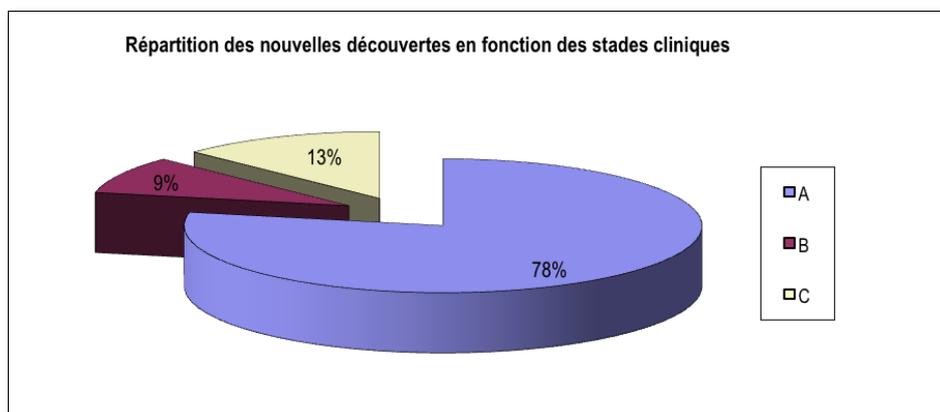
poursuivre nos efforts dans le domaine de la prévention et du dépistage auprès de ces populations les plus à risque. On rappelle qu'au niveau national un homme ayant des rapports avec d'autres hommes est 200 fois plus à risque d'être contaminé par le VIH qu'une femme née en France.

Chez les femmes, pour la première fois en 2011, toutes les contaminations renseignées sont hétérosexuelles. Dans l'ensemble des catégories de contamination, 10 à 14 % de celles-ci restent « inconnues », ce qui illustre peut être parfois la difficulté à parler de sexualité, surtout lors des toutes premières consultations.

Nous sommes également confrontés à une difficulté d'évaluation des modes de contamination des personnes originaires de pays d'endémie : par défaut, la plupart des médecins déclarent une contamination hétérosexuelle, pour peu que celle-ci ait été découverte après l'âge des premiers rapports. Néanmoins, il est possible qu'une proportion non négligeable de ces infections soient d'origine nosocomiale, les études locales réalisées chez les enfants ou les jeunes adolescents pouvant retrouver jusqu'à 15% d'infections de ce type. Ceci justifie notamment la participation des équipes du COREVIH Bretagne à des programmes d'amélioration de l'hygiène hospitalière et de la sécurité des patients dans les pays en développement (Programme « APPS » de l'OMS).

- **Précocité des découvertes d'infection par le VIH**

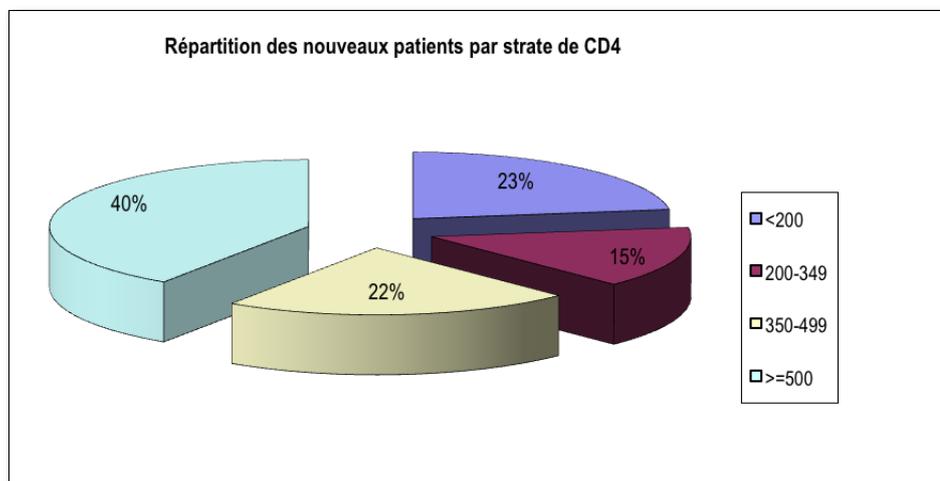
Un enjeu épidémiologique majeur



Encore près d'un quart des patients découvre qu'il est infecté par le VIH alors que les premiers signes cliniques sont déjà présents, plus souvent au stade Sida (Groupe « C » des signes cliniques gravent et

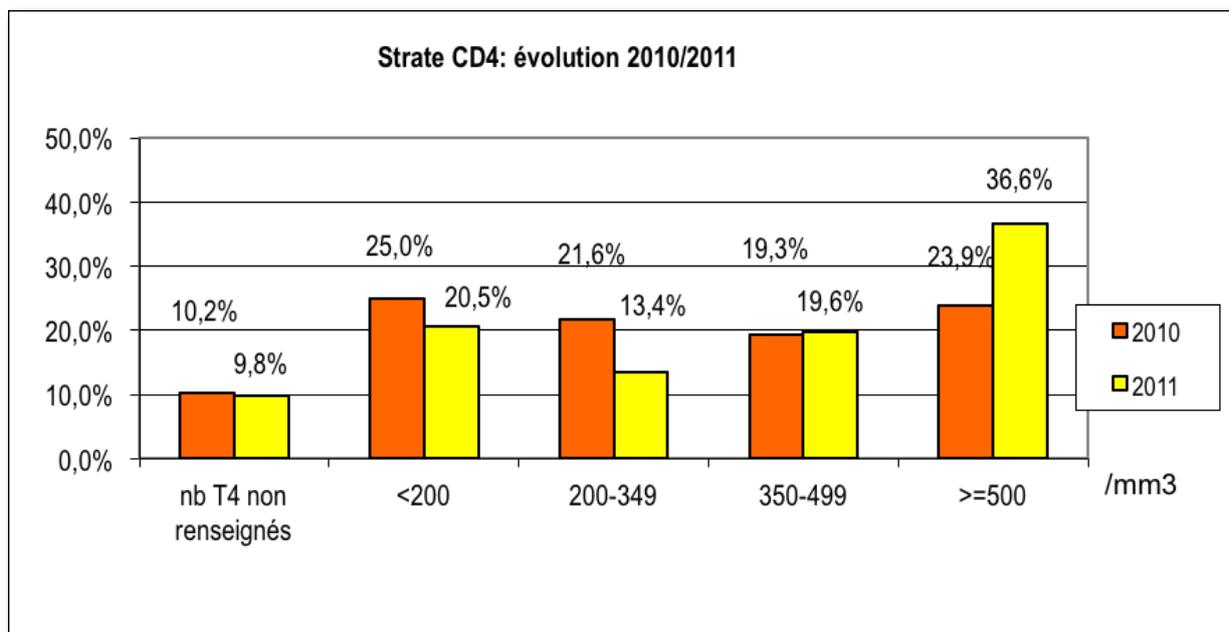
correspondant au stade Sida), que dans des stades intermédiaires (groupe « B » des signes cliniques, correspondant à des infections opportunistes considérées comme mineures ou modérées). On peut néanmoins se féliciter à l'inverse que 80% des personnes concernées sont encore asymptomatiques au moment du dépistage.

Lorsque l'on s'intéresse au niveau de CD4 au moment de la découverte de l'infection, il apparaît que nous avons fait de grands progrès de ce côté, puisque seulement 15% des patients découvrent



leur séropositivité avec moins de 200 CD4/mm³ et près de la moitié avec plus de 500 CD4/mm³. On doit relativiser néanmoins, et continuer à insister sur le dépistage précoce : les mêmes chiffres disent qu'au moins 60% des patients (tous ceux qui ont moins de 500 CD4/mm³) découvrent leur séropositivité alors qu'un traitement aurait déjà dû leur être proposé et la moitié se situe entre 200 et 500 CD4/mm³, à un moment où les propositions de traitements auraient déjà du être faites.

Il est difficile d'analyser des données évolutives, puisque nous ne recueillons ces items à l'échelle de la région que depuis 2010 : mais on peut peut-être se féliciter de voir que la proportion de patients découvrant, en 2011, leur séropositivité avec plus de 500 CD4, qui passe de 24 à 37% en un an ! Ces données encourageantes peuvent néanmoins être liées aux petits effectifs concernés (112 patients au total, dont 10% n'ont pas de CD4 renseignés).



L'Institut de Veille Sanitaire (INVS) définit les découvertes tardives et précoces de la façon suivante :

- Découverte tardive : stade Sida ou CD4 < 200/mm³
- Découverte précoce : primo-infection ou CD4 > 500/mm³

Pour les 112 patients qui découvrent leur séropositivité en 2011 dans les structures de santé du COREVIH Bretagne, 36% sont des découvertes précoces et 23% sont des découvertes tardives : un chiffre que nous analyseront chaque année avec d'autant plus d'acuité que le COREVIH coordonne la mise en place du diagnostic précoce de l'infection VIH, qui se traduira en 2012 par une utilisation élargie des TRODs, des actions de dépistages auprès des publics les plus à risque et la pratique du dépistage généralisé en médecine générale (cf. la page de la commission Médecine de Ville de ce rapport).

III.2.4 Données d'activité

Les tailles très différents des files actives des services cliniques rattachés au COREVIH Bretagne (de 6 à 1 159 patients) rend les comparaisons difficiles ; par ailleurs, les variations constatées semblent essentiellement liées à des habitudes de prise en charge ; on ne peut exclure des variations liées aux populations (précarité plus grande

nécessitant plus de recours, moindre tissu de médecins généralistes ou de réseau de prise en charge nécessitant un recours plus fréquent aux centres spécialisés). Quelques tendances se dégagent, et nous avons sensiblement les mêmes écarts en 2010.

Concernant les consultations, l'écart va du simple au double : on est vu deux fois moins souvent en consultation au cours d'une année lorsque l'on est suivi à Lorient (1,86 consultations/patient/an) que lorsque l'on est suivi à Saint-Brieuc (4,3), ce qui n'est pas « compensé » par un recourt plus fréquent à l'hospitalisation de jour. A Pontivy, il semble que tous les passages de patients soient comptabilisés en hôpital de jour, l'activité ne relevant aucune consultation et en moyenne 2,6 passages en HDJ/patient et par an, 10 fois plus qu'au CHU de Rennes. En 2012, le COREVIH a prévu de travailler, à travers la commissions « Soins » sur les modalités de prise en charge des hôpitaux de jour, notamment dans le cadre des hôpitaux de jour de synthèse annuelle tels que recommandés par le rapport d'expert dirigé par le Pr Patrick Yéni en 2010.

Le recours aux hôpitaux de jour peut également dépendre des choix de l'assurance maladie : la réalisation des aérosols de Pentacarinate, qui nécessite une pièce isolée, une prémédication, une position allongée et une surveillance en cours et après le soin est prise en charge en hôpital de jour en Médecine Interne au CHU de Brest ou au CHU de Rennes, mais pas en Maladies Infectieuses dans le même CHU à Brest, ni au CH de Quimper, qui dépend de la même assurance maladie : le COREVIH se doit en 2012 de prendre en compte ses disparités territoriales et travailler avec l'ARS afin d'assurer une égalité d'accès aux soins à tous.

▪ Activité déclarée des services hospitaliers rattachés au COREVIH Bretagne

Département	Centre Hospitalier/service	Nb pts	Nbre total de CS	Nbre de CS/patient	Nbre d'HDJ	Nbre d'HDJ/patient	Nbre de pts hospitalisés	Nbre de pts hospitalisés dans le service (% de la file active)	Nbre de séjours en hospitalisation dans le service
Côtes d'Armor	Saint Brieuc - Centre Hospitalier	343	1466	4,3	240	0,70	19	5,5	23
Finistère	Brest – CHU la Cavale Blanche/ Médecine Interne	219	576	2,65	158	0,7	15	6,8	43
	Brest - CHU la Cavale Blanche/ Maladies infectieuses	192	633	3,3	28	0,15	21	10,9	24
	Brest - CHU Morvan/ Dermatologie	6	12	2	0	0	0	0	0
	Brest - Hôpital d'instructions des armées	NON RENSEIGNE							
	Morlaix - Centre Hospitalier	NON RENSEIGNE							
	Quimper - Centre Hospitalier	347	1351	3,9	94	0,27	5	1,4	5
Ille-et-Vilaine	Rennes - CHU	1159	3433	2,96	285	0,25	NON RENSEIGNE		102
	St Malo - Centre Hospitalier	NON RENSEIGNE							
Morbihan	Lorient - Centre Hospitalier	228	422	1,85	18	0,08	32	14	41
	Pontivy - Centre Hospitalier	26	0	0	68	2,61	7	26,9	9
	Vannes - Centre Hospitalier	309	1192	3,9	46	0,15	52	16,8	78
Total régional		2829	9085	3,2	937	0,33	151*	5,33*	325

* Le changement de base de données en cours d'année ne permet pas le recueil de ces données au CHU de Rennes

III.2.5 Les accidents d'exposition (AES)

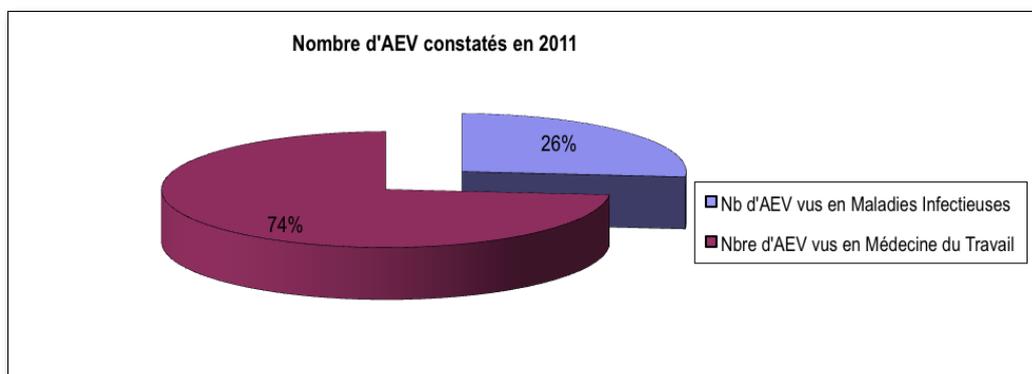
Le COREVIH recense 1 526 AES en 2011 : ce chiffre représente le « minimum » d'activité, le recueil n'étant pas exhaustif.

Malgré les efforts de la commission AES, un assez long chemin reste à parcourir pour :

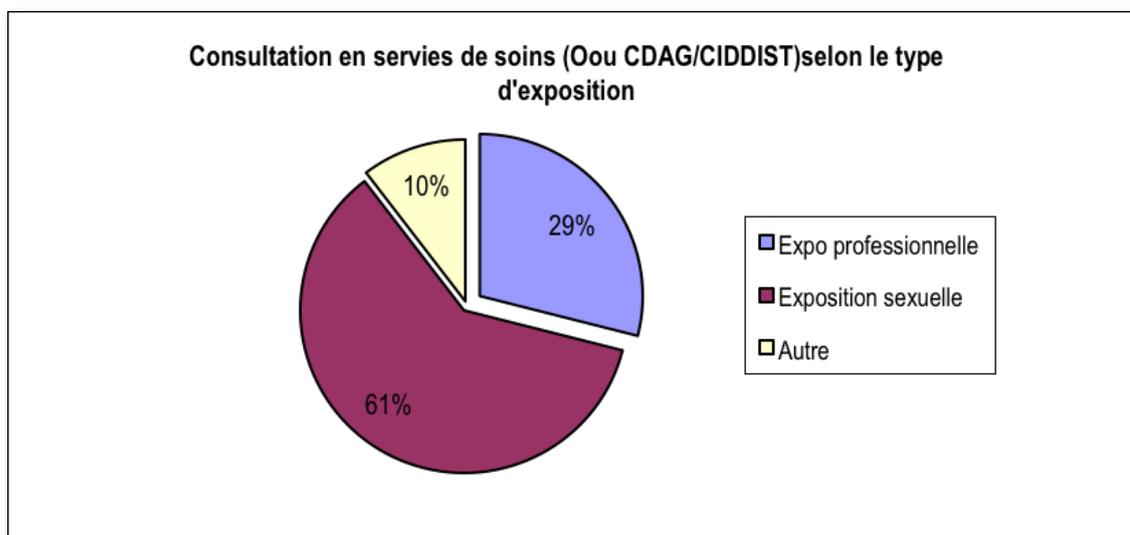
- Améliorer la qualité d'accueil des consultants, surtout au niveau des services d'urgence, mais également dans les structures de soins et de dépitage
- Améliorer la qualité de la réponse à la demande : proposition de traitement appropriée à la situation, suivi de qualité, dédramatisation de la situation
- Disposer d'un véritable outil performant de recueil de l'activité, qui autorise une analyse qualitative et quantitative, et qui permette de savoir si la réponse donnée au sein des structures est adaptée à la demande.

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nb d'AEV vus en services de soins	Nbre d'AEV vus en Médecine du Travail
Côtes d'Armor	St Brieuc	Centre Hospitalier Yves le Foll	32	138
Finistère	Brest	CHU la cavale blanche/ Médecine Interne	34	308
		CHU la cavale blanche/ Maladies infectieuses	72	
		CHU Morvan/ Dermatologie	24	
		Hôpital d'instructions des armées	NON RENSEIGNE	35
	Morlaix	Centre Hospitalier de Morlaix	NON RENSEIGNE	63
	Quimper	Centre Hospitalier de Comouaille	35	NON RENSEIGNE
Ille-et-Vilaine	Rennes	CHU	146	332
	St Malo	Centre Hospitalier Broussais	NON RENSEIGNE	NON RENSEIGNE
Morbihan	Lorient	Centre Hospitalier de Bretagne Sud	33	71
	Pontivy	Centre Hospitalier de Pontivy	NON RENSEIGNE	72
	Vannes	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	28	103
Total régional			404	1122

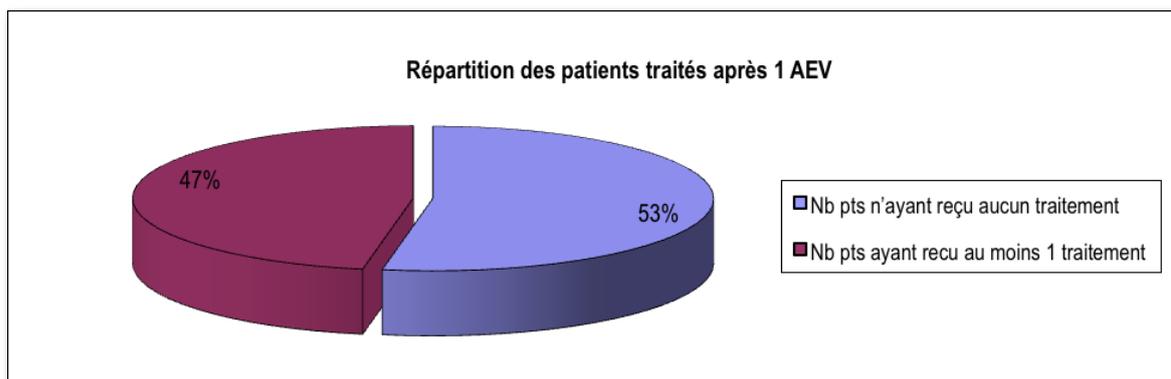
En attendant que nous ayons pu répondre à ces questions, et compte-tenu de la faible qualité des outils de recueil, l'analyse des données est difficile.



Premier constat : il est impossible de faire un relevé complet de l'activité de prise en charge des AES dans 4 structures sur 12 (qui ont par ailleurs les files actives de patients suivis les plus réduites). Il est nécessaire que la commission AES travaille avec ces 4 structures afin d'améliorer l'offre de soins et le recueil de l'activité.

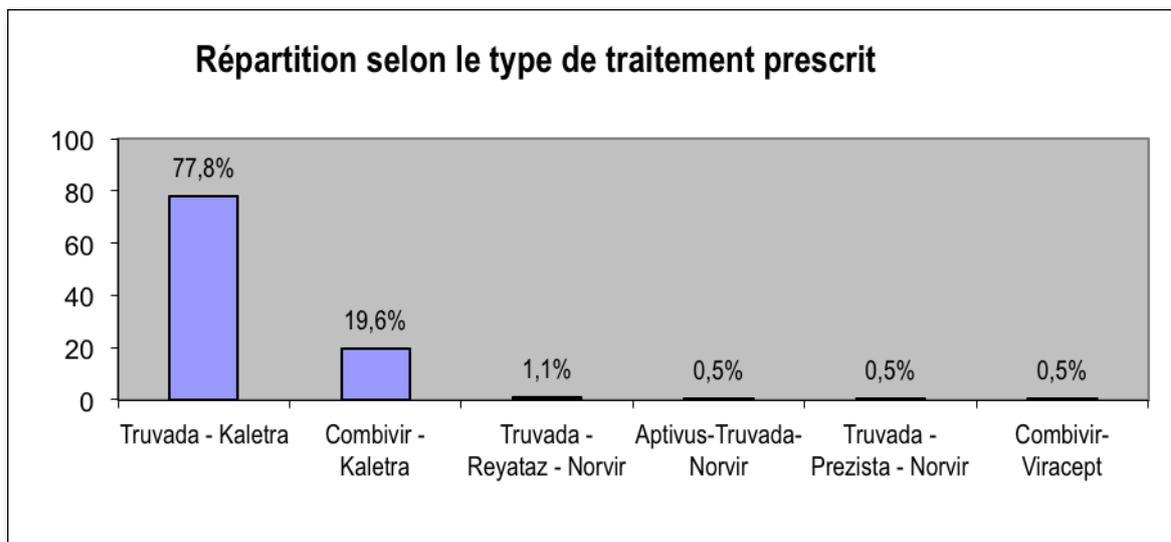


Le rôle et le mandat du COREVIH dans la prise en charge des AES ne semblent pas toujours très bien compris : deux services de médecine du travail refusent de transmettre leurs données d'activité en matière d'AES, jugeant ces données comme étant « interne » à l'établissement. Pourtant, malgré les limites du recueil, une majorité d'AES est pris en charge en médecine du travail, et une coopération renforcée entre services cliniques et médecine du travail serait nécessaire dans ce domaine, avec protocole écrit et régulièrement actualisé de prise en charge et de répartition des tâches.



Dans les services de soins ou les CDAG/CIDDIST assurant des prises en charge médicamenteuses post exposition, les accidents sexuels sont les plus fréquents. Ceux-ci concernent un peu plus souvent les hommes que les femmes (53 vs 47%) et les personnes consultant, quelle que soit la cause de l'exposition, bénéficient d'un traitement environ une fois sur deux.

Par rapport aux données des rapports d'activité des années antérieures, on voit que la prise en charge thérapeutique fait plus consensus aujourd'hui : plus de 78 % des personnes traitées ont bénéficié de

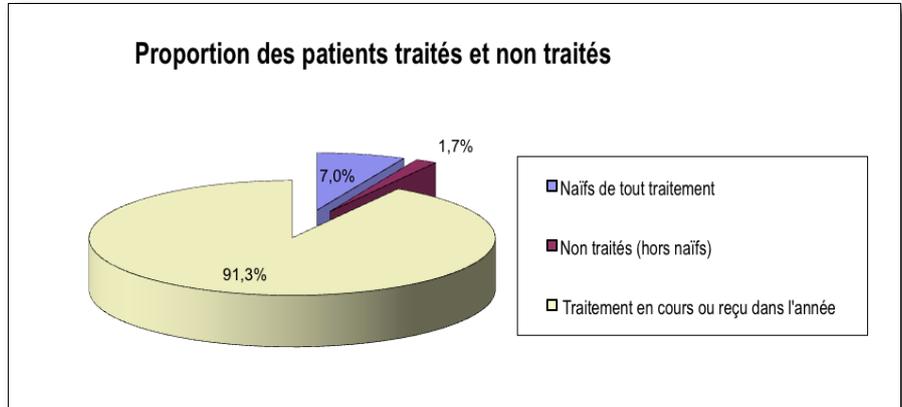


l'association lopinavir/r – emtricitabine – ténofovir sous la forme de Kaletra® et truvada®. L'alternative Kaletra® - combivir® doit concerner essentiellement les contextes où une grossesse ne peut être éliminée, et ne reste ainsi que quelques très rares prescriptions « hors cadre » qui semblent correspondre à l'adaptation du traitement préventif au contexte du patient source (utilisation d'aptivus®). Seule une prescription de viracept®, molécule dont on connaît en 2011 le moins bon rapport efficacité/tolérance, aurait probablement dû être évitée.

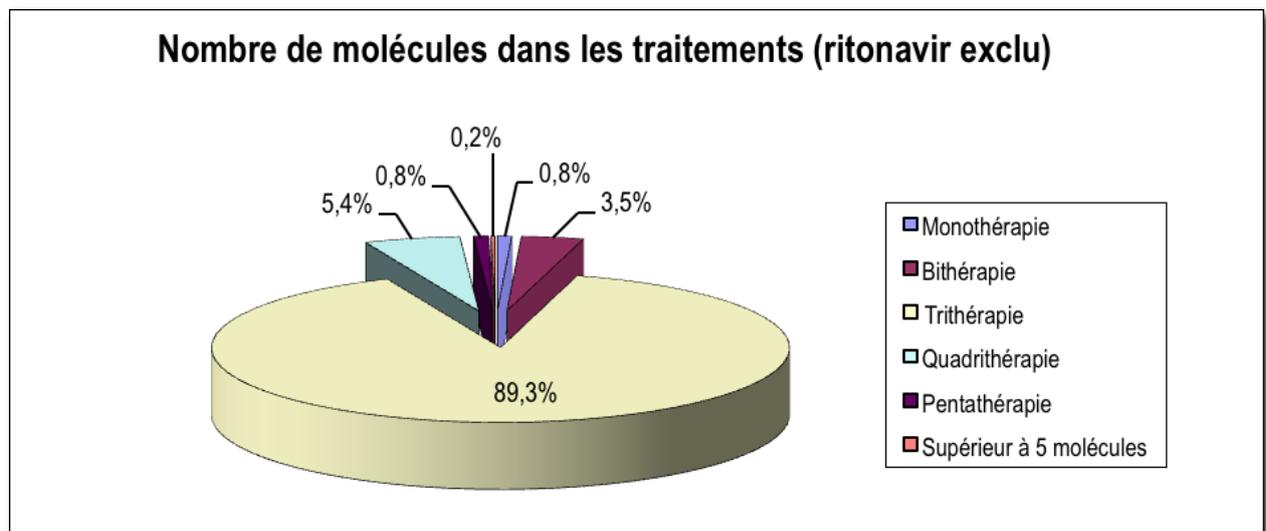
III.2.6 Les traitements antirétroviraux1

▪ Ensemble des traitements

L'immense majorité des patients suivis dans les structures rattachées au COREVIH Bretagne ont reçu un traitement au cours de l'année 2011 ; cette proportion dépasse 90% : elle était de 84% en 2010. L'analyse sur deux ans ne permet bien évidemment pas de dégager de tendance, mais il apparaît clairement que les soignants se sont appropriés le principe du



traitement précoce, qu'il soit utilisé à des fins individuelles en fonction des indications, ou à des fins collectives, en accord avec le patient, dans un but de diminution de la transmission du VIH. La trithérapie reste la règle. Quelques patients ont encore des traitements complexes avec cinq molécules ou plus : la commission recherche du COREVIH va mettre en place en 2012 un protocole d'étude visant à réduire le nombre de molécules administrées chez ces



patients, qui dans la plupart des cas relèvent de situations « historiques » pour lesquels un équilibre efficacité considéré comme fragile a été trouvé au prix d'un traitement lourd, et où ni le praticien en charge du patient, ni le patient lui-même, ne veulent faire le pas d'une « décroissance » ! Une proportion non négligeable de patients reste néanmoins en bithérapie (3,5%, soit 92 patients, concentrés dans les centres de prise en charge de Vannes, Lorient

¹ Pour faciliter la lecture, nous employons le système en cours d'abréviation des molécules, dont la genèse tourne autour de l'utilisation de trois consonnes de chaque molécules ou sur le nom chimique (mais pas toujours...) : AZT ou ZDV (azidothymidine), 3TC (Lamivudine), ddI (Didanosine), ABC (Abacavir), FTC (Emtricitabine), TDF (Tenofovir), NVP (Nevirapine), EFV (Efavirenz), ETV (Etravirine), LOP ou LPV (Lopinavir), RTV (Ritonavir), ATV (Atazanavir), DRV (Darunavir), FPV (Fosamprenavir), SQV (Saquinavir), MVC (Maraviroc), RLT (Raltegravir), T20 (Enfuvirtide)

et Rennes), et il serait intéressant de se pencher sur ces dossiers afin d'en analyser les raisons de ce choix, l'efficacité et la tolérance.

Trithérapie	Nombre de patients	% de patients de la file active traitée
2 INTI + 1 IP	1280	48,3%
2 INTI + 1 INNTI	845	31,9%
2 INTI + 1 II	67	2,5%
2 INTI + 1 IR	1	0,04%

INTI : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

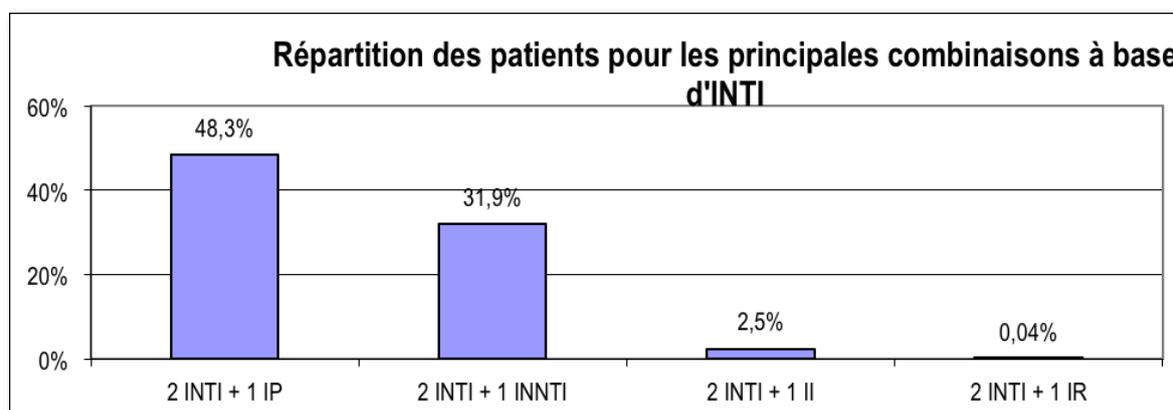
INNTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

IP : inhibiteur de protéase

II : inhibiteur d'intégrase

IR : inhibiteur du récepteur CCR5

La prescription de trithérapie à base d'inhibiteurs de protéases (IP) reste majoritaire, mais les trithérapies à base d'inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase (INNTI) n'arrivent pas loin derrière. Il est probable que la

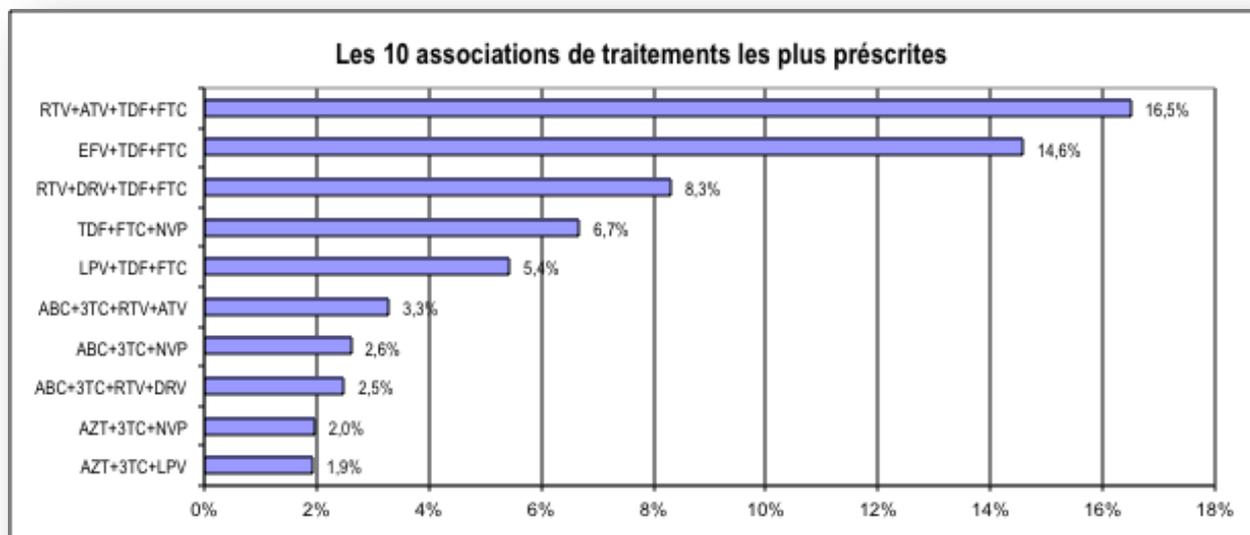


diversification des options de traitement, l'arrivée de INNTI et d'inhibiteurs de l'intégrase (II) en 2012 vont encore bouleverser ces données à l'avenir. Les inhibiteurs d'intégrase font une percée discrète. Le coût important de ces molécules, le faible recul concernant la tolérance semblent avoir été pris en compte par les prescripteurs bretons, bien que ces molécules paraissent à court terme disposer d'un excellent profil efficacité/sécurité.

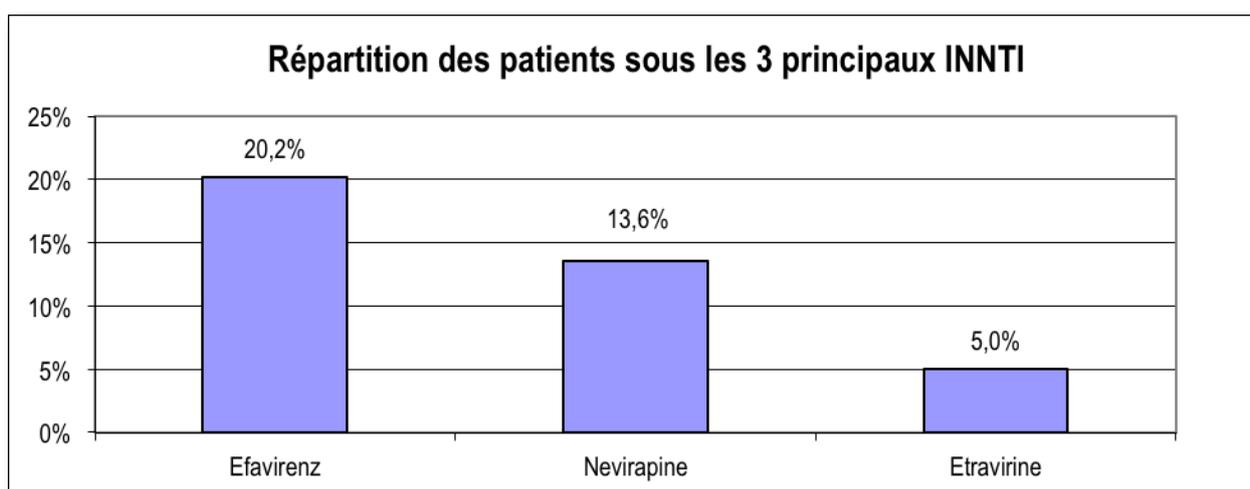
Les possibilités de combinaisons thérapeutiques ne sont pas infinies mais peu limitées : au sein du COREVIH, **les 2 648 patients pour lesquels le traitement en cours a pu être analysé révèle l'utilisation de 316 combinaisons différentes!**

¹ Le listing des 316 combinaisons et leurs fréquences est disponible dans les annexes électroniques sur le site du COREVIH

Certains schémas de traitement se dégagent néanmoins nettement, avec près de 20 % des patients recevant la trithérapie atazanavir/tenofovir/emtricitabine renforcée par du ritonavir (3 comprimés différents, une fois par jour) et

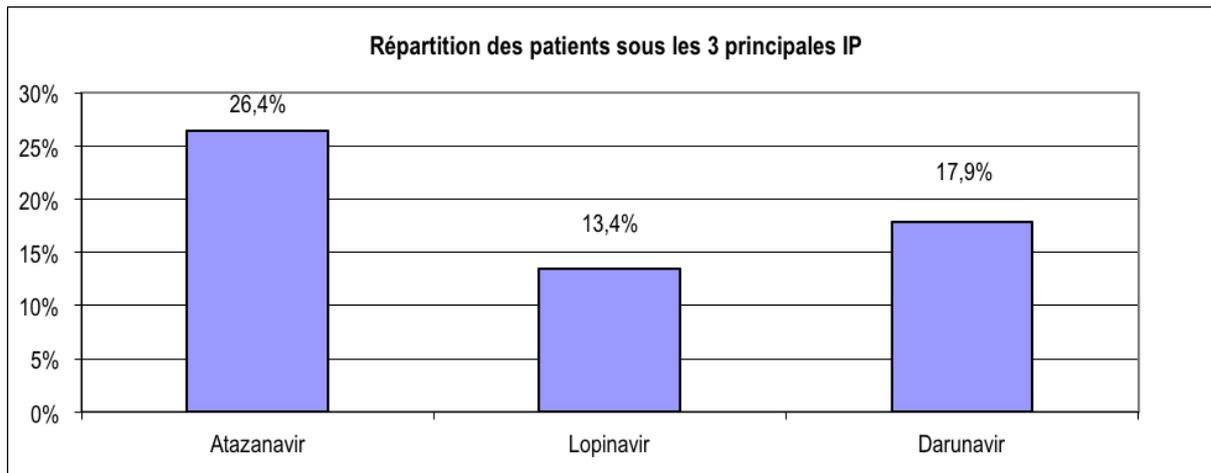


près de 15% la combinaison efavirenz/tenofovir/emtricitabine, le plus souvent sous la forme du monocomprimé d'Atripla®. A eux deux, ces deux régimes de traitement représentent plus du tiers des combinaisons prescrites. On peut voir ainsi que le choix de la simplicité prime : l'arrivée de nouvelles combinaisons en monocomprimé entre 2012 et 2014 va probablement modifier nos habitudes de prescriptions.



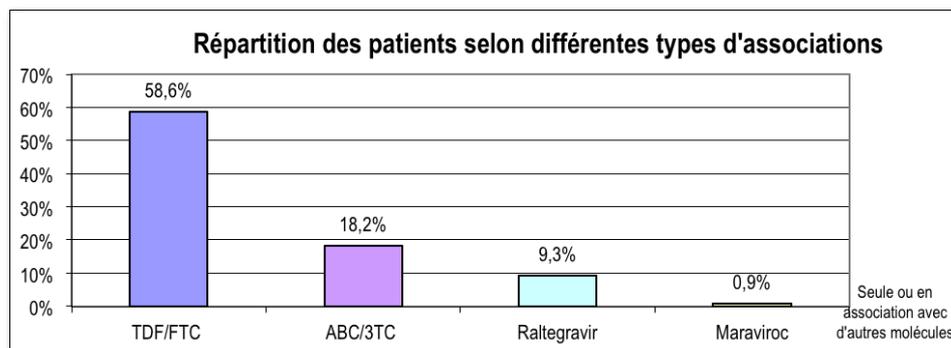
Parmi les INNTI, l'EFV reste le plus utilisé, mais bien que son côté très pratique soit « tentant » pour les patients (un seul comprimé par jour), la tolérance neurologique moyenne limite l'utilisation des associations à base d'EFV, qui ainsi dépassent à peine 20% des patients traités.

Parmi les inhibiteurs de protéases, on retrouve l'atazanavir, suivi du darunavir, puis du lopinavir.



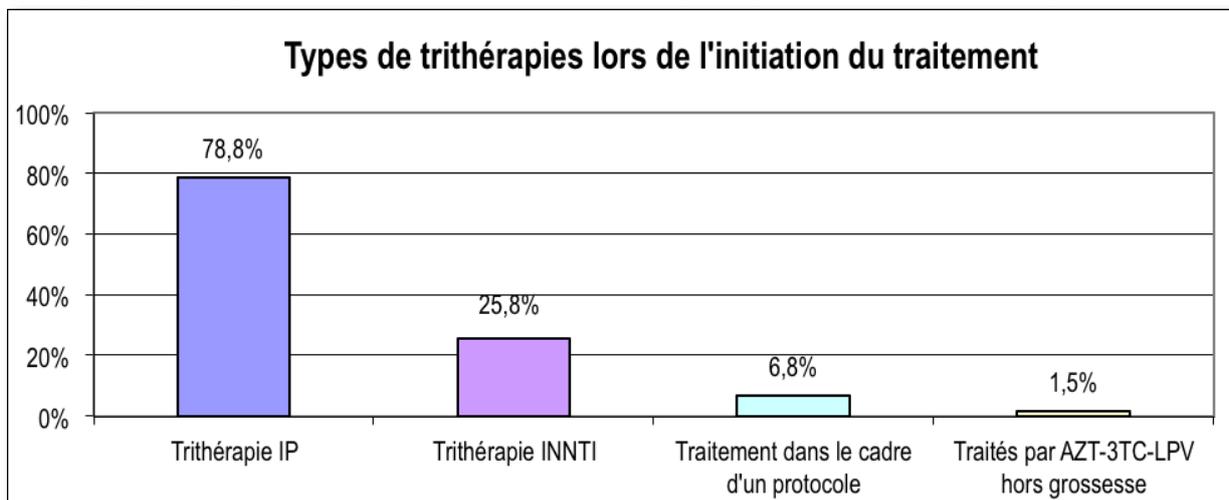
Par contre, concernant le socle des INTI, la combinaison TDF/FTC est très largement majoritaire, avec près de 60% des prescriptions, l'association ABC/3TC venant largement en arrière.

On voit également que l'utilisation des toutes dernières molécules reste marginale, avec moins de 10% des patients traités recevant un inhibiteur d'intégrase, et moins de 1% un anti-CCR5, ce dernier chiffre illustrant assez bien la place assez difficile à faire pour cette molécule au sein de l'arsenal thérapeutique disponible.



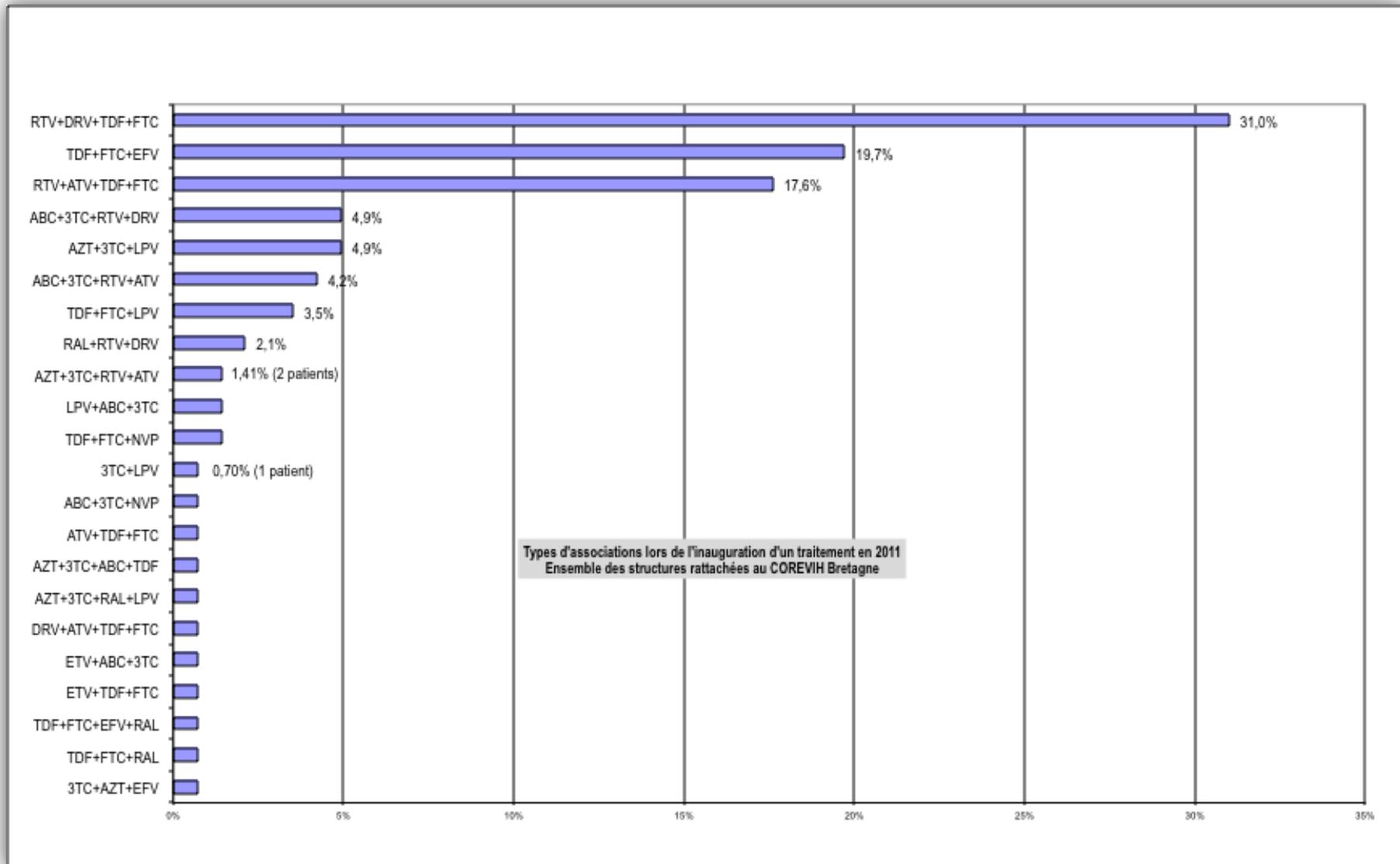
▪ Traitements initiés en 2011

Lorsque l'on analyse uniquement les traitements initiés en 2011, les données sont plus homogènes. Les prescripteurs exerçant au sein du COREVIH semblent attachés à l'utilisation d'un inhibiteur de protéase en première ligne, qui représente près de 80% des nouveaux schémas de prescriptions. Seulement 7% des patients débutent le



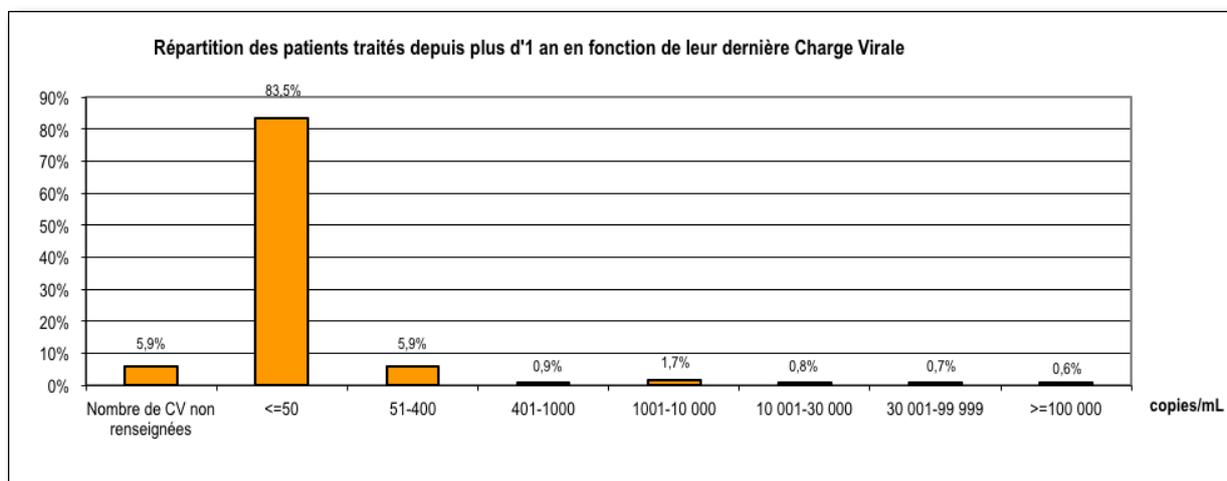
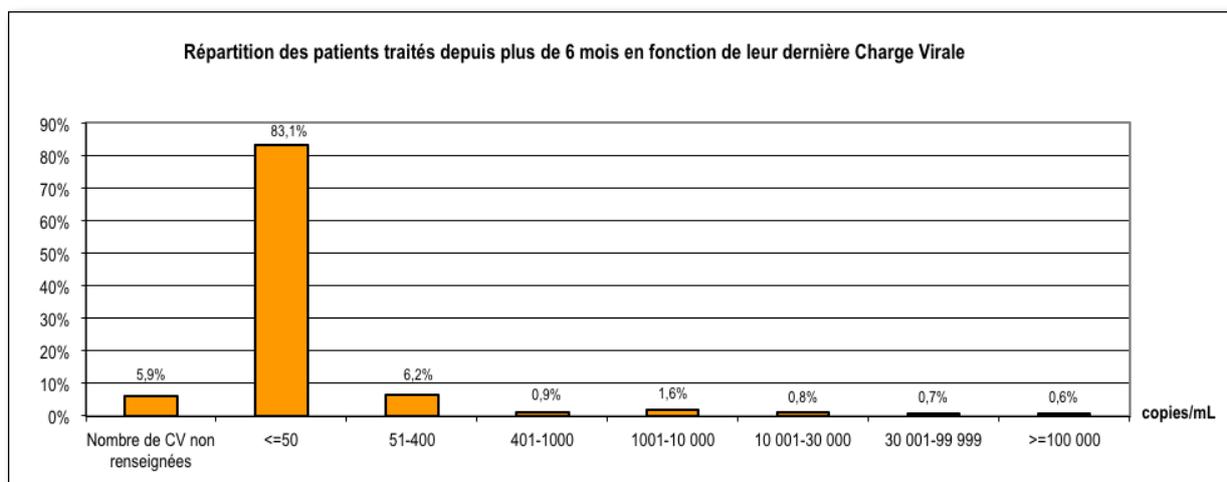
traitement dans le cadre d'un protocole, ce qui reste assez faible comparé à d'autres centres français : un objectif raisonnable serait d'atteindre 10% en 2012.

L'analyse un peu plus fine montre qu'il existe de réels « effets-centres » : l'équipe de Rennes est quasiment la seule à utiliser l'atazanavir en 1^{ère} ligne ; l'équipe de maladies infectieuses de Brest n'utilise quasiment que l'association DRV/r-TDF-FTC ; l'équipe de Vannes utilise très majoritairement l'association EFV-TDF-FTC : il y a donc de réelles disparités d'une équipe à l'autre (cf. les deux tableaux pages suivantes), moins bien perceptible lorsque l'on analyse les données de l'ensemble de la file active, le poids de l'histoire venant gommer les effets centres.

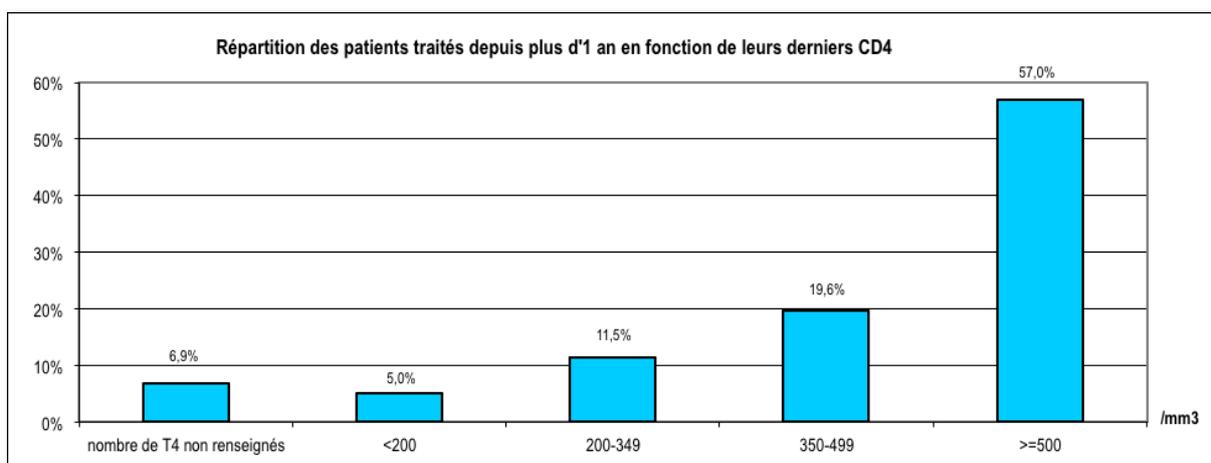


Initiation d'un premier traitement antirétroviral en 2011: des habitudes différentes d'un centre à l'autre...

Traitements	Côtes d'Armor	Finistère						Ille-et-Vilaine		Morbihan			Total	Total en %
	St Brieuc	Brest				Morlaix	Quimper	Rennes	St Malo	Lorient	Pontivy	Vannes		
Traitement inaugural	Centre Hospitalier Yves le Foll	CHU, Médecine Interne	CHU, Maladies infectieuses	CHU, Dermatologie	Hôpital d'instructions des armées	CH de Morlaix	CH de Comouaille	CHU	CH Broussais	CH Bretagne Sud	CH de Pontivy	CH Bretagne Atlantique		
3TC+AZT+EFZ	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,7%
TDF+FTC+RAL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7%
TDF+FTC+EFZ+RAL	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,7%
EVR+TDF+FTC	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,7%
EVR+ABC+3TC	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7%
DRV+ATV+TDF+FTC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0,7%
AZT+3TC+RAL+LOP	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,7%
AZT+3TC+ABC+TDF	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,7%
ATV+TDF+FTC	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,7%
ABC+3TC+NVP	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7%
3TC+LOP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0,7%
TDF+FTC+NVP	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	1,4%
LOP+ABC+3TC	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	1,4%
AZT+3TC+RTV+ATV	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	1,4%
RAL+RTV+DRV	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3	2,1%
TDF+FTC+LOP	-	1	1	-	-	-	1	2	-	-	-	-	5	3,5%
ABC+3TC+RTV+ATV	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	6	4,2%
AZT+3TC+LOP	1	-	-	-	-	-	2	3	-	1	-	-	7	4,9%
ABC+3TC+RTV+DRV	-	2	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	7	4,9%
RTV+ATV+TDF+FTC	4	-	-	-	-	-	1	18	-	-	1	1	25	17,6%
TDF+FTC+EFZ	4	-	-	-	-	-	1	13	2	-	-	8	28	19,7%
RTV+DRV+TDF+FTC	3	2	7	-	1	3	4	15	-	7	-	2	44	31,0%
Total régional	12	7	9	0	1	3	9	76	2	8	1	14	142	100,0%



Les effets de l'initiation de traitement sont aujourd'hui très précoces, même si les associations majoritairement utilisées (à base d'inhibiteurs de protéases) sous celles qui font baisser la charge virale le moins rapidement. Après



6 mois de traitement, 81% des patients ont une charge virale indétectable, et 84% après un an.

Pour les CD4, on constate que plus du tiers des patients a toujours des CD4 < 350/mm³ un an après le début du traitement, ce qui illustre de nouveau le caractère trop tardif des initiations de thérapeutiques antirétrovirales.

III.2.7 Activité en milieu carcéral

Lors de sa création en 2008, le COREVIH Bretagne s'était doté d'une commission en charge de réfléchir sur les actions que pouvaient mener le COREVIH dans les lieux de privation de liberté. La demande exprimée dans le domaine du VIH étant peu importante, le travail de cette commission a été transitoirement mis en suspend. Nous tenions tout de même à évaluer l'activité de prise charge. Comme on peut le voir dans le tableau, cette activité reste modeste.

Département	Ville	Nbre centre de détention	Nbre patients	Nbre CS	Nbre consultants	Nbre co-infection	
						VHB	VHC
Côtes d'Armor	St Brieuc	1	3	5	2	1	1
Finistère	Brest	1	4	20	1	2	1 guérie
	Morlaix	0					
	Quimper	0					
Ille-et-Vilaine	Rennes	2	13	34	2	0	3
	St Malo	1					
Morbihan	Lorient	1			1		
	Pontivy	0	0	0	0		
	Vannes	1		0	0		
Total régional		6	20	59	6	3	5

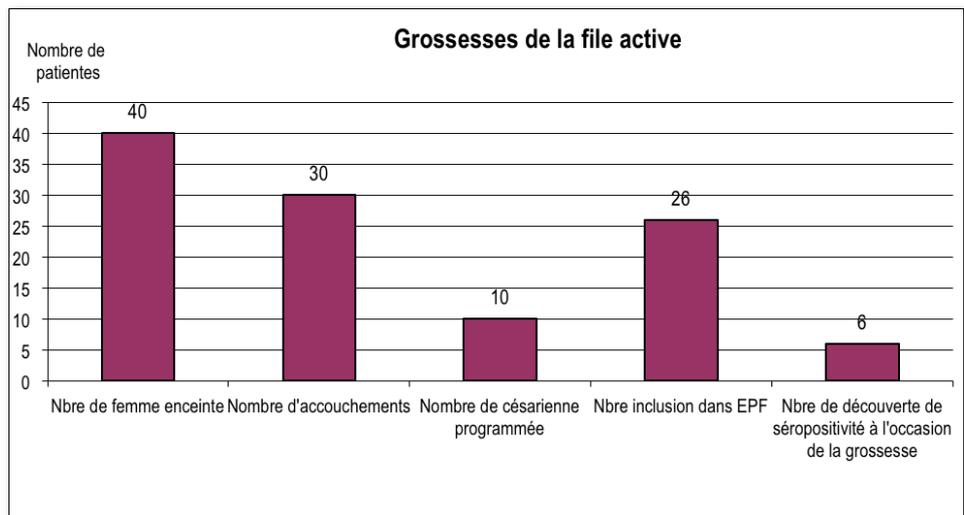
III.2.8 Procréation

▪ Grossesses et naissances au COREVIH Bretagne...

L'amélioration de la prise en charge et l'évolution de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH rendent le projet de procréation accessible à beaucoup de couple. Les nouvelles données concernant la diminution de la transmission du VIH par rapports hétérosexuels quand la charge virale du partenaire infecté est indétectable de façon durable ont également fait évoluer notre vision des choses.

En 2011, 40 femmes suivies dans les structures rattachées au COREVIH ont pu être enceintes, et on dénombre 30 accouchements.

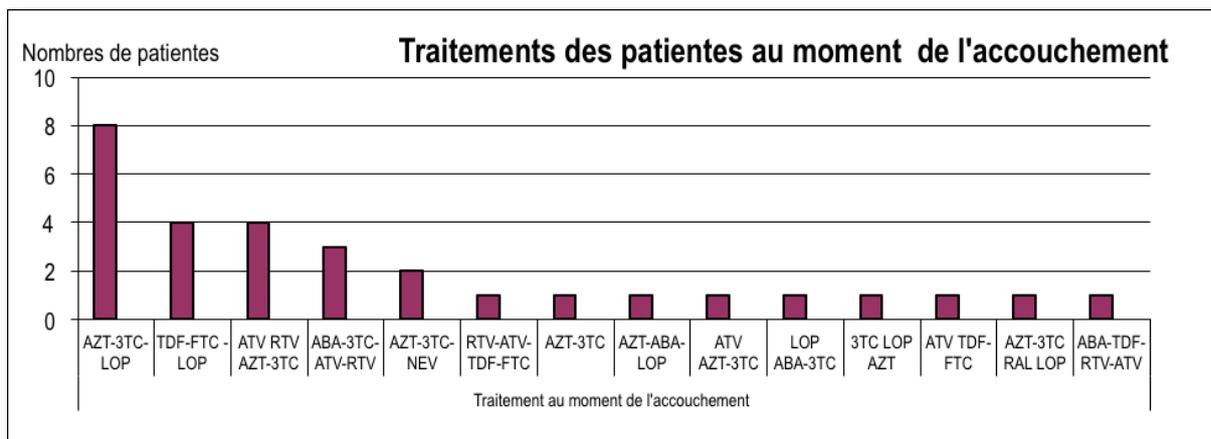
Un tiers de ces femmes a dû bénéficier d'une césarienne programmée, ce qui est beaucoup par rapport aux données nationales et nécessiterait un complément d'investigation d'autant plus que 29 femmes/30 ont une charge virale



indétectable au moment de la naissance. Six femmes ont découvert leur infection par le VIH au cours de la grossesse, et cette année, nous ne déplorons aucune contamination d'enfant (contre une en 2010, pour un enfant né d'une mère à qui le dépistage n'avait pas été proposé et dont le diagnostic avait été fait par test systématique pour don de cordon).

Depuis 2 ans maintenant, nous incitons tous les centres bretons où sont susceptibles de naître des enfants de mère séropositive de participer à la cohorte EPF, qui nous amène un grand nombre de données scientifiques dans ce domaine. **Nous avons pu inclure 26 femmes en 2011**, ce qui est un résultat tout à fait honorable, le but étant de tendre vers 100% d'inclusions.

La disparité des traitements à la naissance révèle l'ancienneté des traitements par rapport à la grossesse : la plupart



des grossesses ont lieu chez des femmes antérieurement traitées. Les données sur la toxicité des antirétroviraux restent parcellaires, et en dehors de la toxicité de l'efavirenz (qui n'est pas démontrée dans l'espèce humaine), aucune molécule n'est spécifiquement suspecte.

Néanmoins, on craint la génotoxicité des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase et l'induction de prématurité par les antiprotéases. Les cliniciens se posent de plus en plus souvent la question du rapport bénéfice/risque de chaque régime utilisé, dans une situation paradoxale où le traitement recommandé, l'AZT, est celui pour lequel nous avons le plus de données concernant la potentielle toxicité mitochondriale. **En 2012, un groupe de réflexion commun au COREVIH Bretagne et Pays de Loire sera chargé de produire des recommandations dans ce domaine.**

▪ **Activité d'aide médicale à la procréation**

Le CHU de Rennes a souhaité développer dès 2002 l'activité d'Aide Médicale à la Procréation à Risque Viral (AMP-RV) ; cette activité répondait à une demande des patientes et des patients, et à un besoin géographique important : à l'époque, il n'existait aucun centre à l'Ouest d'une ligne Rouen-Toulouse !

Cette activité a été renforcée en 2011 dans le cadre du COREVIH, la coordination des prises de rendez-vous, les réponses aux questions pratiques des patients étant assurées par le secrétariat du COREVIH. Les échos que nous avons des patients et des médecins concernant cette nouvelle organisation sont excellents :

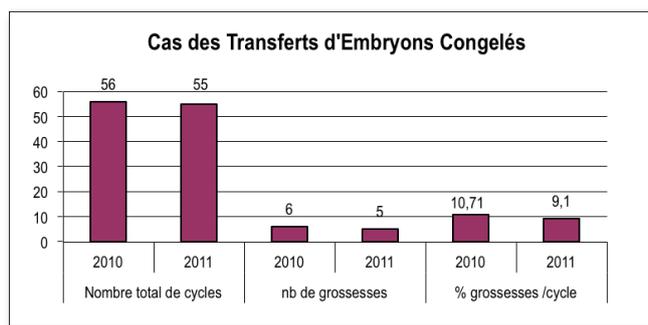
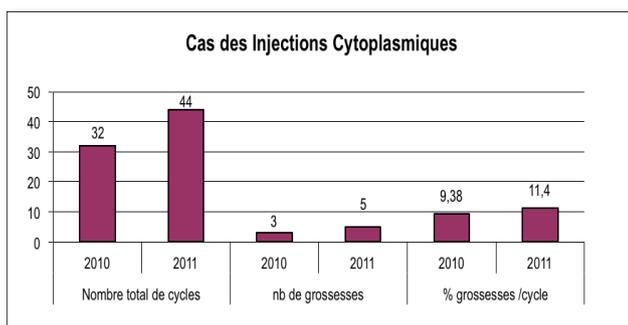
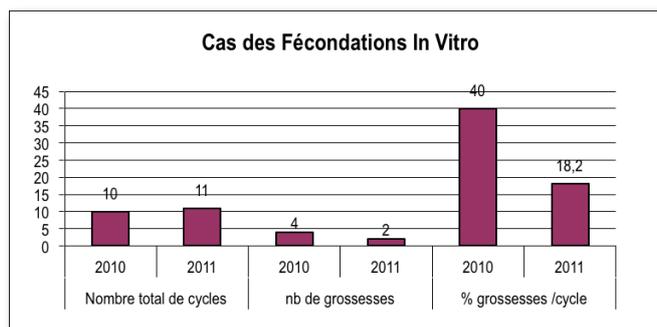
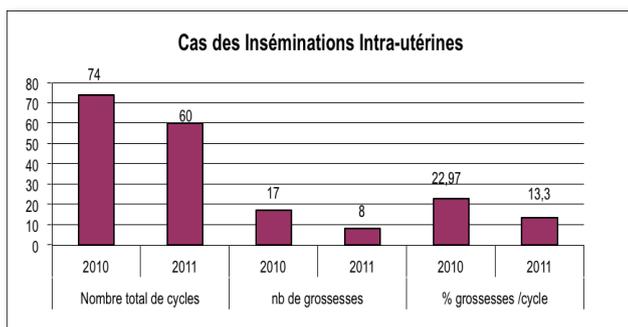
- Pour les patients, la garantie d'un regroupement de leurs rendez-vous dans le temps (le mardi) et dans l'espace (au CECOS du l'hôpital Anne de Bretagne à Rennes) lorsqu'ils résident loin du centre de prise en charge ; une meilleure réponse aux questions pratiques, la garantie d'avoir la même interlocutrice au fil de la démarche.
- Pour les médecins, une bien meilleure organisation des dossiers en amont des rendez-vous.

Les données globales montrent un succès limité (en terme de grossesses obtenues) de cette démarche, bien que le nombre de naissance obtenu reste significatif. L'activité reste assez stable entre 2010 et 2011.

	Nombre total de cycles		nb de grossesses		% grossesses /cycle	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Insémination intra utérine	74	60	17	8	22,97	13,3
Fécondation in vitro	10	11	4	2	40	18,2
Injections cytoplasmiques	32	44	3	5	9,38	11,4
Transfert d'Embryons Congelés	56	55	6	5	10,71	9,1

On voit que les techniques utilisées (FIV, IU, Transferts d'embryon) correspondent plus à des problèmes de fertilités qu'à des indications de limitation du risque de contamination du conjoint.

Un des objectifs 2012 du COREVIH, grâce au groupe « procréation » cité plus haut, sera de faire ce que les patients puissent être pris en charge au plus près de leur domicile pour la plupart des examens courants, et n'aient recours au centre d'AMP-RV que dans les cas le nécessitant réellement.



- **Suivis des enfants infectés par le VIH**

En 2011, 21 « enfants » âgés de 1 à 19 ans sont suivis dans les services de pédiatrie des hôpitaux rattachés au COREVIH, essentiellement à Rennes (15), à Quimper (4) et à Brest (2). Trois jeunes adultes sont passés en 2011 des services de pédiatrie vers le service de suivis adultes, et 5 jeunes patients ont pu être inclus dans la cohorte ANRS « COVERTE », qui se propose d'étudier spécifiquement cette période entre 18 et 25 ans. Parmi ces enfants, 19 bénéficient d'un traitement antirétroviral (11 régimes différents, illustrant la diversité des options possibles !). La plupart des enfants suivis ont une charge virale indétectable (16/21).

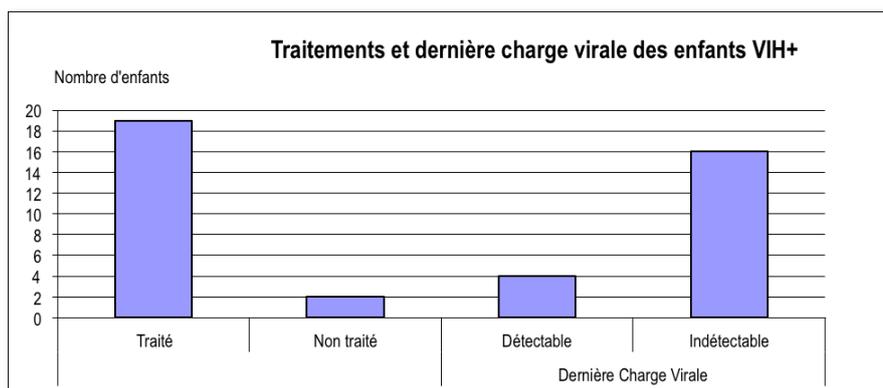
- **Suivis des enfants nés de mère séropositive**

Outre les enfants infectés, nés de mères séropositives, heureusement de moins en moins nombreux, les pédiatres de la région sont amenés à suivre de nombreux enfants non infectés, également nés de mères séropositives. Ce suivi est justifié d'une part par l'exposition à l'infection, et la nécessité de mettre en place un diagnostic virologique précoce, permettant de rapidement rassurer les parents et d'assurer un suivi plus adapté du bébé. Mais d'autre part, nous avons encore d'importantes interrogations quant à la toxicité des antirétroviraux : possible génotoxicité des analogues nucléosidiques, qui ne pourrait faire parler d'elle que des décennies après l'exposition, effets encore peu connus des antiprotéases ou des anti-intégrases, molécules encore plus récentes.

En Ille et Vilaine et Finistère en 2011, 25 enfants sont nés de mères séropositives. Un enfant est décédé peu après la

naissance du fait d'une agénésie ventriculaire. Afin que les données de ces enfants soient mieux colligées à des fins scientifiques, la plupart des enfants ont pu être inclus dans la cohorte EPF. Nous ne déplorons aucune contamination d'enfant en 2011.

Cinquante quatre enfants, non infectés, nés en 2010 et 2009 ont été suivis en secteur pédiatrique ; 21 enfants et adolescents (le plus souvent) infectés par le VIH sont également suivis.



III.2.9 La Recherche clinique

Le COREVIH affichait dès 2009 sa volonté de voir évoluer la recherche clinique dans le domaine du VIH en Bretagne, mais sans engagement fort jusqu'à aujourd'hui. **En 2011, est née une commission spécifique**, qui a d'emblée fait la preuve d'une activité intense.

Plusieurs protocoles régionaux sont en cours de réflexion : une étude sur la fragilité osseuse de notre cohorte, menée par le Dr Luc de St Martin (Brest), une étude sur l'impact des chimiothérapies anti cancéreuses, portée par l'équipe de Quimper et les Centres de Pharmacovigilance, une étude concernant les patients en succès virologique moyennant de très lourds traitement mis en place à la fin des années 2000 et pouvant bénéficier d'une simplification thérapeutique (équipe de Rennes).

En parallèle, l'activité des TECs du COREVIH a permis d'élargir l'accès aux protocoles nationaux à l'ensemble des centres qui le souhaitaient, comme peut en témoigner le relevé d'activité et d'inclusion.

Recherche clinique VIH hors CHU de Rennes

Sept centres ont déclarés une activité de recherche clinique (cf. tableau page suivante), pour 3 protocoles et 6 cohortes, totalisant 92 patients suivis.

▪ La Recherche clinique dans le domaine du VIH en Bretagne – Données

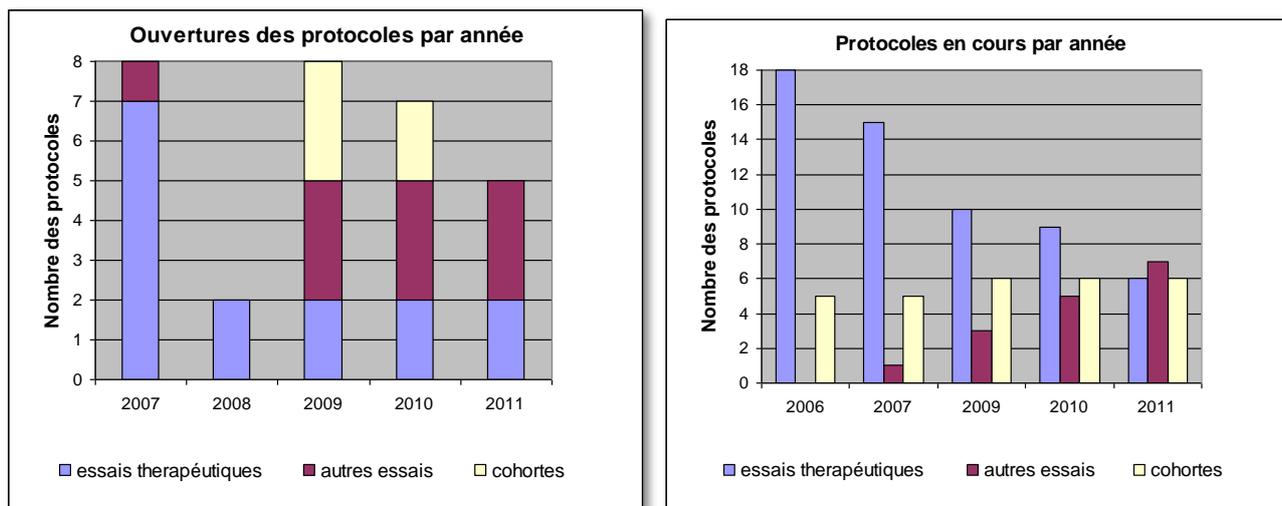
		Côtes d'Armor	Finistère			Morbihan			
		St Brieuc	Brest	Morlaix	Quimper	Lorient	Vannes		
Nom	Descriptif de l'étude	CH Yves le Foll	CHU/ Médecine Interne	CHU/ Maladies infectieuses	CH de Morlaix	CH de Cornouaille	CH de Bretagne Sud	CH Bretagne Atlantique	Total régional
PROTOCOLES	ANRS 144 / Inter-ACTIV	2							2
	ANRS HB04 / B-Boost			1				2	3
	Verve		4						4
COHORTES	EPF	4		3		3		2	12
	Racing		2	1		3			6
	Vespa 2					21		22	43
	Sport et VIH					6			6
	ANRS CO5 / Cohorte nationale VIH-2	1			1			2	4
	ANRS / Primo	8					2	2	12
Total par centre		15	6	5	1	33	2	30	92

▪ **Recherche clinique VIH au CHU de Rennes**

Les études

Courant l'année 2011, deux nouvelles études cliniques thérapeutiques et trois « autres essais » étaient ouverts dans le Service, dans le cadre de la recherche contre Sida. Au total, participation aux dix-neuf protocoles cliniques dont 16 provenant de l'ANRS était proposés à nos patients.

Par rapport aux années précédentes le nombre de nouveaux protocoles reste similaire. Uniquement dans la catégorie de cohortes nous remarquons l'absence des nouvelles propositions.



Concernant la participation du Service aux essais thérapeutiques, depuis 5 ans une tendance à la baisse est observée, mais compensée en partie par la participation aux « autres essais » qui comprennent des observatoires, des protocoles de dépistage ou des diverses enquêtes.

En revanche, en termes de visites effectuées par rapport à l'année 2010, les essais thérapeutiques montrent une augmentation de près de 25% contre une diminution de même niveau dans « d'autres essais ».

Nombre de visites effectuées dans le cadre d'un protocole clinique

	2010	2011
Essais thérapeutiques	76	94
Cohortes	69	79
Autres essais	178	135
Total	323	308

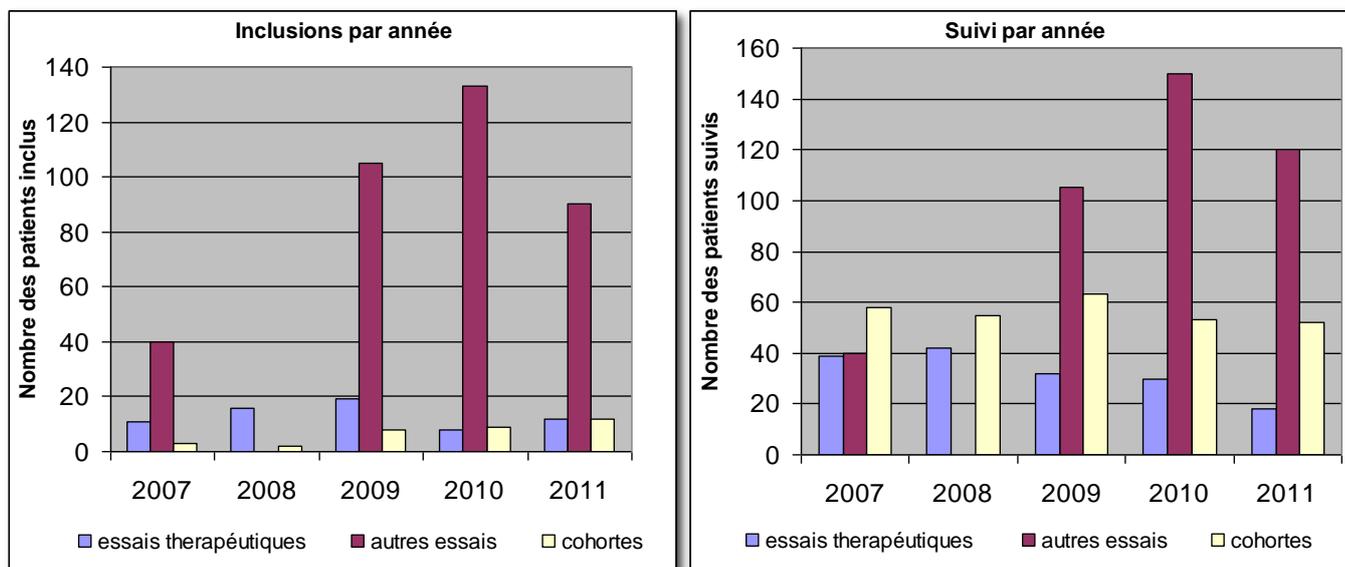
Les patients

Cent quatorze patients ont été inclus en 2011 dans un protocole clinique et 190 patients étaient suivis dans le cadre d'un essai ou d'une cohorte courant cette année, ce qui n'est pas différent de taux de participations dans les protocoles cliniques dans les 3 dernières années.

Les patients concernés par de nouveaux protocoles thérapeutiques de cette année étaient :

- des porteurs de la co-infection VIH-VHC (prétraités et en échec de traitement anti-VHC)
- des patients VIH-1, naïfs de traitement ARV, très immunodéprimés ($CD4 < 100/mm^3$).

Les nouveaux « d'autres essais » concernaient la qualité de vie dans la population VIH, les fumeurs chroniques et la transmission materno-fœtale du VIH-1 et/ou VIH-2 et de sa prévention.



Les acteurs

Pr C. MICHELET, Dr C. ARVIEUX, Dr F. SOUALA, Dr P. TATTEVIN, Dr J-M. CHAPPLAIN, Dr M. REVEST, Dr F. FILY, Dr H. LEROY (Service des Maladies Infectieuses)

Pr E. BELISSANT, (C.I.C.)

Dr A. RUFFAULT (Virologie) et Dr A. MAILLARD (Moniteur d'Etudes Biologiques ANRS -Virologie)

Mme G. COTTEN et Melle J. ROHAN (TECs), Mme M. RATAJCZAK-ENSELME (Coordinateur d'études cliniques ANRS à mi-temps),

Mme C. HAMON (pharmacien)

Mmes V. HUET, E. LABBAY, F. MORIN, M-P. GELEBART (infirmières)

Différentes catégories de protocoles :

Essais thérapeutiques : MONOI, TMC114, B-BOOST, HIFLUVAC, OPTIPRIM, NEAT, TELAPREVIH, OPTIMAL, EMVIPEG

Cohortes : PRIMO, VIH-2, LYMPHOVIR, PRETHEVIC, COVERTE, VIH-controllers

Autres essais : IGRAVIH, RACING, POEM, OPPORTUNITES, HIV-chest, FORMVAC, OBSERVATOIRE EPF, VESPA-2, MORTALITE 2010.

Récapitulatif des protocoles cliniques en 2011

Nom de l'essai	promoteur	Protocoles ouverts en 2011	Nombre total des patients		2011		Inclusion ouverte au 31/12/2011
			préinclus	inclus	Patients inclus en 2011	Patients suivis courant 2011	
EMVIPEG	ANRS	non	2	2	0	1	non
B-BOOST	ANRS	non	10	10	0	2	non
PRETHEVIC	ANRS	non	3	3	0	0	oui
IGRAVIH	AP-HP	non	59	59	5	21	non
POEM	Pfizer	non	2	2	1	2	oui
FORMVACphase 3	ANRS	non	70	70	25	25	non
HIV-chest	ANRS	oui	15	13	13	15	oui
OPTIMAL	ANRS	oui	1	1	1	1	oui
VESPA 2	ANRS	oui	39	39	39	39	non
TELAPREVIH	ANRS	oui	4	3	3	4	non
LYMPHOVIR	ANRS	non	4	4	2	4	oui
NEAT	ANRS	non	7	6	6	7	non
COVERTE	ANRS	non	8	8	5	8	oui
OPTIPRIM	ANRS	non	3	3	1	3	non
VIH-controllers	ANRS	non	6	6	1	5	oui
RACING	MSD	non	10	10	0	10	non
Cohorte VIH-2	ANRS	non	4	4	0	3	oui
Cohorte PRIMO	ANRS	non	32	32	4	32	oui
Observatoire EPF	ANRS	oui	8	8	8	8	oui
TOTAL 19	16 ANRS	5 ANRS	287	283	114	190	

III.2.10 Autres activités cliniques

En 2011, les TECs du COREVIH Bretagne ont essayé de recueillir pour la première fois l'activité de trois corps de métiers indispensables à la prise en charge des personnes infectées par le VIH : les psychologues, les diététiciennes et les assistantes sociales.

La plupart de ces professionnels dressent un rapport annuel assez complet de leurs activités, mais celle-ci n'étant pas spécifiquement dédiée au VIH, et les modes de recueil étant divers, il nous est impossible de faire une analyse globale des données.

On retrouvera sur le site du COREVIH les données départementales et par établissement, ainsi qu'un certain nombre de rapport d'activité de ces différents corps de métiers.

Ces activités sont cruciales dans le fonctionnement des unités de soins et sont menacées par leur défaut de financement. Ceci doit nous inciter à mieux organiser les hôpitaux de jours de synthèse annuelle, recommandés par le rapport d'Experts de 2010 et dont une grande partie se justifie par une intense activité psychosociale impossible à mener en dehors de ce contexte.

III.2.11 Conclusion concernant les données médico-épidémiologiques

Il faut ici **saluer le travail des Techniciens d'Etudes Cliniques** qui n'ont pas ménagé leurs efforts et leur temps pour fournir des données de qualité, malgré les difficultés liés à l'installation progressive de notre base de données commune. Le caractère très tardif du changement de base pour le CHU de Rennes n'a autorisé qu'un traitement très tardif des données : cette étape est franchie ! Mais le même type de difficultés se présentera pour Quimper ou Brest l'an prochain, le déploiement de la nouvelle base devant avoir lieu en 2012 dans les hôpitaux du Finistère.

Nous avons tenu comptes des différentes remarques qui nous avaient été transmises par les lecteurs attentifs du rapport 2011. Nous souhaitons que ceux-ci lisent attentivement les données 2011 et nous fassent part de leurs réflexions aidant à la construction de la version suivante.

Les données départementales ainsi que les données par centre de prise en charge sont disponibles sur le site Internet du COREVIH, téléchargeables. Elles seront présentées et détaillées dans chaque site qui le souhaite par les Techniciens d'Etudes Cliniques en charge de leur département.



IV LEXIQUE

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

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

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

DMI2: 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

PPVIH : Personnes vivant avec le VIH

RDR : Réduction Des Risques

SFLS: Société Française de Lutte contre le Sida

SNEG: Syndicat National des Etablissements Gaies

TPE: Traitement Post-Exposition



V ANNEXES



PREFET DE LA REGION BRETAGNE

Agence Régionale de Santé de Bretagne

ARRÊTÉ

relatif au renouvellement de la composition du comité de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

LE PREFET DE LA REGION DE BRETAGNE
PREFET D'ILLE-ET-VILAINE

Vu le Code de la Santé Publique et notamment ses articles L 3121-1, D 3121-34 et D 3121-37,

Vu le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine,

Vu le décret n° 2007-438 du 25 mars 2007 modifiant le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine,

Vu l'arrêté ministériel du 04 octobre 2006 relatif à l'implantation des coordinations de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine,

Vu l'arrêté ministériel du 04 octobre 2006 relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine,

Vu la circulaire n° DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine,

Vu la circulaire n° DHOS/DGS/SD6A/2007/25 du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;

Vu l'arrêté du Préfet de la Région Bretagne du 29 octobre 2007 relatif à la composition du comité de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine ;

Sur proposition du directeur général de l'Agence Régionale de Santé ;

Arrête

Article 1 : Le comité de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine, ayant pour siège d'implantation le centre hospitalier universitaire de Rennes, dénommé COREVIH Bretagne, est renouvelé pour une durée de 4 ans.

Article 2 : Le COREVIH élira lors de sa réunion d'installation un bureau constitué de 9 membres au minimum dont un président et un vice-président , intégrant au minimum une personne de chacun des 4 collèges mentionnés.

Article 3 : Le comité de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine se réunit en formation plénière au moins trois fois par an dont une fois avec l'ensemble de ses membres en présence de l'Agence Régionale de Santé.

Article 4 : Sont nommés membres du COREVIH Bretagne :

1- Collège 1 : Représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux

Titulaire : Monsieur le Docteur Cédric Arvieux (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)

Suppléant 1 : Monsieur le Docteur Frédéric Dézé (Centre Hospitalier de Saint Malo)

Suppléant 2 : Monsieur le Docteur Fabien Fily (Centre Hospitalier de Saint Malo)

Titulaire : Madame le Docteur Corinne Daniel (Centre Hospitalier de Saint Brieu)

Suppléant 1 : Monsieur le Docteur Claude Beuscart (Centre Hospitalier de Saint Brieu)

Suppléant 2 : Madame le Docteur Sylvie Le Moal (Centre Hospitalier de Saint Brieu)

Titulaire : Monsieur le Docteur Luc De Saint Martin (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)

Suppléant 1 : Monsieur le Docteur Yann Quintric (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)

Suppléant 2 : Madame le Docteur Adissa Minoui-Tran (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)

Titulaire : Madame le Docteur Anabèle Dos Santos (Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique - Vannes)

Suppléant 1 : Monsieur le Docteur Yves Poinson (Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique - Vannes)

Suppléant 2 : Monsieur le Docteur Jean-Michel Le Roux (Centre Hospitalier de Pontivy)

Titulaire : Monsieur André Fritz (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)

Suppléant 1 : Madame Anne-Marie Lorho (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)

Suppléant 2 : Madame Brigitte Sal Simon (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)

Titulaire : Madame le Docteur Mathilde Niaux (Centre Hospitalier Bretagne Sud - Lorient)

Suppléant 1 : Monsieur le Docteur Philippe Moreau (Centre Hospitalier Bretagne Sud - Lorient)

Suppléant 2 : à désigner

Titulaire : Madame le Docteur Pascale Perfezou (Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille - Quimper)

Suppléant 1 : Monsieur le Docteur Benoît Roze (Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille - Quimper)

Suppléant 2 : Madame le Docteur Viorica Largeau (Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille - Quimper)

Titulaire : Monsieur le Docteur Faouzi Souala (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)

Suppléant 1 : Monsieur le Docteur Julien Boileau (Centre Hospitalier de Morlaix)

Suppléant 2 : à désigner

Titulaire : Madame le Docteur Séverine Ansart (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)

Suppléant 1 : Monsieur le Docteur Sylvain Jaffuel (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)

Suppléant 2 : Monsieur le Docteur Bernard Garo (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)

2 – Collège 2 : Représentants de professionnels de santé et de l'action sociale

Titulaire : Madame Myriam Besse (Pôle de Coordination et de Prévention du Sida – Rennes)
 Suppléant 1 : Madame Aude Coatleven (Ville de Rennes)
 Suppléant 2 : à désigner

Titulaire : Madame Elisabeth Boittin-Bardot (Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille – Quimper)
 Suppléant 1 : Madame François-Baptiste Drevillon (Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille – Quimper)
 Suppléant 2 : Madame Sandrine Jaouen (Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille – Quimper)

Titulaire : Madame Eliane Bronnec (Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique- Vannes)
 Suppléant 1 : Madame Bernadette Le Mabec (Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique- Vannes)
 Suppléant 2 : Monsieur Pascal Gilois (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)

Titulaire : Monsieur le Docteur Jean Marc Chapplain (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)
 Suppléant 1 : Madame Joëlle Plémevaux (Réseau Ville Hôpital 35)
 Suppléant 2 : Madame Claudine Costiou (Réseau Ville Hôpital 35)

Titulaire : Madame le Docteur Bénédicte Delamare (URPS Bretagne)
 Suppléant 1 : Monsieur le Docteur Jonathan Beasse (Cabinet Médical Bécherel)
 Suppléant 2 : Madame le Docteur Sophie Vallet (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)

Titulaire : Madame Marie-Christine Derrien (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)
 Suppléant 1 : Madame Jocelyne Guevel (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)
 Suppléant 2 : Madame Laurence Van Gothem (Centre Hospitalier Universitaire de Brest)

Titulaire : Madame Myriam Hérault (Association Les Nouelles – Saint Briec)
 Suppléant 1 : Madame Laurence Le Goff (Centre Hospitalier de Saint Briec)
 Suppléant 2 : Madame Valérie Tardivel (Centre Hospitalier de Saint Briec)

Titulaire : Madame le Docteur Marie-Claire Martelot (CDAG Lorient)
 Suppléant 1 : Madame le Docteur Martine Borne (Conseil Général Vannes)
 Suppléant 2 : Madame Fabienne Le Nezet (CDAG Lorient)

Titulaire : Madame Françoise Morin (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)
 Suppléant 1 : Madame Elodie Labbay (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)
 Suppléant 2 : Madame Elisabeth Bougeard (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)

3 – Collège 3 : Représentants des malades et des usagers du système de santé

Titulaire : Monsieur Thierry Dael (CISS Bretagne)
 Suppléant 1 : Madame Marinette Ferlicot (CISS Bretagne)
 Suppléant 2 : Monsieur Julien Muffragi (SIDARMOR – Saint Briec)

Titulaire : Madame Béatrice Delhayé (Association Chrétiens et Sida-Quimper)
 Suppléant 1 : Monsieur Gaël Moreno (SIDARMOR – Saint Briec)
 Suppléant 2 : Monsieur Laurent Taillanter (CISS Bretagne)

Titulaire : Monsieur Pierre Gautier (Association Chrétiens et Sida-Quimper)
 Suppléant 1 : Monsieur Gireg Blouin (Association Résonance – Caudan)
 Suppléant 2 : Monsieur Gérard Quiviger (Association Actif Santé – Morlaix)

Titulaire : Monsieur Pierre-Olivier Le Clanche (Association AIDES – Rennes)
 Suppléant 1 : Monsieur Vincent Guillemot (Association AIDES – Rennes)
 Suppléant 2 : Madame Fabienne Gahinet (Association AIDES – Rennes)

Titulaire : Monsieur Aimé Quintin (Association Actif Santé – Vannes)
 Suppléant 1 : Madame Laëtitia Kervran (Association Actif Santé – Brest)
 Suppléant 2 : Monsieur Jack Potin (Association Chrétiens et Sida – Quimper)

Titulaire : Madame Isabelle Stéphant (Association Aides Atlantique)
 Suppléant 1 : Monsieur Emmanuel Loyer (Association Aides – Brest)
 Suppléant 2 : Monsieur Bruno Le Clezio (Association Aides Atlantique)

4 – Collège 4 : Personnes qualifiées

Titulaire : Madame Anne Maillard (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)
 Suppléant 1 : Madame Elisabeth Polard (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)
 Suppléant 2 : Madame Hélène Jantzem (Centre Hospitalier de Brest)

Titulaire : Monsieur Eric Maniscalco (SNEG – Québriac)
 Suppléant 1 : Madame Elisabeth Desplanques (Ville de Quimper)
 Suppléant 2 : Monsieur Yann Syz (Ville de Lorient)

Titulaire : Monsieur le Professeur Christian Michelet (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)
 Suppléant 1 : Madame Christiane Rouaud (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)
 Suppléant 2 : Monsieur Philippe Gueniffey (Ville de Saint Brieuc)

Titulaire : Monsieur Yannick Poulain (Association Liberté Couleurs – Rennes)
 Suppléant 1 : Monsieur Hervé Strilka (IREPS Côtes d'Armor – Morbihan)
 Suppléant 2 : à désigner

Titulaire : Madame Carine Soulard (Sida Info Service – Nantes)
 Suppléant 1 : Madame Claire Manneville (Sida Info Service – Nantes)
 Suppléant 2 : à désigner

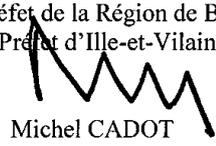
Titulaire : Madame Isabelle Tron (Observatoire régional de la santé de Bretagne – Rennes)
 Suppléant 1 : Monsieur Pascal Jarno (Centre Hospitalier Universitaire de Rennes)
 Suppléant 2 : à désigner

Article 5 : La durée du mandat des membres du COREVIH est de 4 ans. Tout membre qui, au cours de son mandat décède, démissionne ou perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné, est remplacé pour la durée du mandat restant à courir, par ses suppléants, dans leur ordre de nomination.

Article 6 : La secrétaire générale pour les affaires régionales, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Bretagne.

Rennes, le **18 NOV. 2011**

Le Préfet de la Région de Bretagne
 Préfet d'Ille-et-Vilaine


 Michel CADOT

SYNTHESE FINANCIERE - EXERCICE 2011 - COREVIH

COREVIH : UF 9960

DEPENSES	Prévisionnel 2011, détail charges Indirectes	Réalisation à fin décembre 2011	RECETTES	Prévisionnel 2011
▲ DEPENSES PERENNES (Titre 1 + Charges Indirectes)	486 217	479 986	▲ RECETTES PERENNES	482 566
<ul style="list-style-type: none"> ■ Titre 1 : Charges de personnel <ul style="list-style-type: none"> • 0,50 PH Titulaire - basé à Rennes 62 356 62 797 • 1 ETP Secrétaire Médicale - basé à Rennes 45 516 46 300 • 1 ETP TEC Labo - basé à Rennes 48 313 48 950 • 1 ETP TEC - basé à Quimper 45 890 46 444 • 1 ETP TEC - basé à St Brieuc 45 890 46 444 • 1 ETP TEC Labo - basé à Vannes 48 313 48 950 • 1 ETP Coordinateur - basé à Quimper 45 890 46 444 ■ Charges Indirectes (cf guide méthodologique MIG) (30% du Titre 1) ■ Titre 2 : Charges à caractère médical ■ Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général <ul style="list-style-type: none"> ✓ Loyer (104,27€/m² par an) (superficie = 135m²) - 110,89€ ✓ Nettoyage des locaux (15min d'ASH/sem par 10m² - 20,06€/h) (135 m²) - 19,9896€ ✓ Eau froide (5m3 /an et par occupant) (PU 1,86€) - 2,2570€ ✓ Eau chaude (1m3 / an et par occupant) (PU 2,13€) - 2,5955€ ✓ Electricité (250 kWh/an et par occupant) (PU 0,08€) - 0,0939€ ✓ Chauffage (surface des pièces*hauteur plafond (PU 4,63€) - 5,8858€ ✓ Véhicule C4 HDI 92 Confort (6CV) (40 000 km/an) (35 340km au 31/12) <ul style="list-style-type: none"> # Coût kilométrique (0,30€ du km) 12 000 10 602 # Carburant (gazole : 1,33€/l - conso moyenne 7l/100km) 3 668 3 290 # Assurance 225 225 ✓ Autres véhicules (Jumpy, Sako, Clío...) (12 430km à fin décembre) <ul style="list-style-type: none"> # Coût kilométrique (0,30€ du km) 3 729 3 729 # Carburant (gazole : 1,33€/l - conso moyenne 7l/100km) 1 157 1 157 ✓ Hébergement NADIS (3 400€ les années suivantes) 9 400 0 ✓ Maintenance NADIS (2 900€ à compter de 2012) 0 0 ✓ Site internet (redevance annuelle) (2 792€ à compter de 2012 car installation en 2011) 0 0 ✓ Informatique & Télécom (exploitation, maintenance, logiciel, amortissements...) (2 146,50€/PC - 7 pc) 15 028 15 028 ✓ Abonnements téléphone et 3G <ul style="list-style-type: none"> # 4 lignes téléphoniques (17,70€/mois) 850 850 # 2 Clé 3G (34,23€) + 3ème clé depuis septembre 822 958 ✓ Fournitures de bureau (papier, piles, cartouches imprimantes...) (basé sur réalisé 2010) 1 000 1 983 ✓ Formations (1,8% de la masse salariale PNM) 5 278 2 391 ✓ Frais de déplacement // Frais convention // Formation personnel et membres du comité (info Mr Anvieux) (+2 000€ de dépenses engagées pour 2011 non payées ce jour) 25 000 14 472 ✓ Frais de communication (cartes de visite : 382,72€, plaquettes : 314,87€) 895 895 ✓ Réceptions (basé sur réalisé 2010) 3 008 3 631 ✓ Prestations diverses (West Evénements,...) 2 411 2 411 ✓ Acquisitions diverses <ul style="list-style-type: none"> # Cafetière (estimé à 430€) 1 911 1 954 # Destructeur de documents (acheté en 2010) 211 0 # 2 GPS 358 358 # Valise à roulettes 342 342 # Matériel informatique extérieur (Vannes, Quimper...) 1 251 1 251 # Décoration locaux (encadrement...) (GOURVENNEC 1 140 - autres à préciser Mme Ropars) 1 700 1 140 ▲ Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financière et exceptionnelles <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frais d'amortissements (mobilier, équipement, travaux...) (montant 2011) 1 734 4 706 ✓ Frais d'amortissements travaux (62 807,12€ sur 10 ans) 6 281 6 400 			<ul style="list-style-type: none"> ■ MIG 482 566 	
Résultat excédentaire		2 570		
▲ DEPENSES NON PERENNES	66 276	66 279	▲ RECETTES NON PERENNES	66 276
<ul style="list-style-type: none"> ▲ Titre 1 : Charges de personnel <ul style="list-style-type: none"> ● Recrutement ingénieur DIM (Rennes) 29 798 31 163 ▲ Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général <ul style="list-style-type: none"> ● Base de données NADIS 36 478 25 116 			<ul style="list-style-type: none"> ● Reprise sur provisions 2009 (solde) 36 276 ● Reprise sur provisions 2008 30 000 	
TOTAL DEPENSES	552 493	538 836	TOTAL RECETTES	552 493

PROVISIONS

Solde provisions, après reprises sur provision réalisées en 2011 :

-Solde provision 2008 pour acquisition base de données NADIS, après reprise sur l'exercice 2011 =>	4 884,00 €
-Solde provision 2009 pour financement non perenne d'une mission d'ingénieur DIM, après reprise sur l'exercice 2011 =>	58 837,00 €
-Solde provision de la notification ARS - Octobre 2010 - MIG Qualité des Soins (Renforcement du fonctionnement 2010) =>	50 000,00 €
-Solde provision pour réalisation de projets à venir et à définir par le bureau du COREVIH (correspondant écart recettes/ dépenses 2010) =>	50 000,00 €
- Plan national de lutte contre VIH/ SIDA et les IST 2010-2014 (Notification du 20/09/2011)	100 000,00 €
Solde Total mise en provisions fin 2011 :	263 721,00 €

INFORMATIONS

Amortissements : Les travaux effectués pour un montant de 62 807,12€ seront amortis sur 10 ans à compter de 2011, soit 6 281 € par an

Les acquisitions suivantes acquises en 2011 sont incluses dans le TCO informatique

- 3 stations pour portable
- 3 écrans
- une imprimante couleur

Montant acquisition 2 750,00 €

SYNTHESE FINANCIERE - EXERCICE 2012 - COREVIH

COREVIH : UF 9960

DEPENSES	Prévisionnel 2012 détail charges Indirectes	RECETTES	Prévisionnel 2012	Prévisionnel à fin décembre 2012
▲ DEPENSES PERENNES (Titre 1 + Charges Indirectes)	560 247	▲ RECETTES PERENNES	582 556	
● Titre 1 : Charges de personnel	377 492	● MIG	582 556	
● 0,50 PH Titulaire - basé à Rennes	62 797			
● 1 ETP Secrétaire Médicale - basé à Rennes	46 300			
● 1 ETP TEC Labo - basé à Rennes	48 950			
● 1 ETP TEC - basé à Quimper	46 444			
● 1 ETP TEC - basé à St Brieuc	46 444			
● 1 ETP TEC Labo - basé à Vannes	48 950			
● 1 ETP Coordonnateur - basé à Quimper	46 444			
● 0,50 ETP ingénieur DIM (Rennes)	31 163			
▲ Charges Indirectes (cf guide méthodologique MIG) (30% du Titre 1)	182 756			
● Titre 2 : Charges à caractère médical				
● Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	117 287			
● Loyer (110,89€/m ² par an) (superficie = 135m ²)	14 951			
● Nettoyage des locaux (15min d'ASH/sem par 10m ² - 19,9896€/h) (135 m ²)	3 508			
● Eau froide (5m ³ /an et par occupant) (PU 2,2570€)	39			
● Eau chaude (1m ³ / an et par occupant) (PU 2,5955€)	9			
● Electricité (250 Kwh/an et par occupant) (PU 0,0939€)	82			
● Chauffage (surface des pièces*hauteur plafond (PU 5,8959€)	1 984			
● Véhicule C4 HDI 92 Confort (6CV) (40 000 km?)	16 253			
# Coût kilométrique (0,30€ du km) - à revoir	12 000			
# Carburant (gazole : 1,40€/l - conso moyenne 74100km)	3 920			
# Assurance	333			
● Autres véhicules (Jumpy, Saxo, Clio...) (15 000km?)	5 970			
# Coût kilométrique (0,30€ du km) - à revoir	4 500			
# Carburant (gazole : 1,40€/l - conso moyenne 74100km)	1 470			
● Hébergement NADIS (3 400€ les années suivantes)	14 866			
● Maintenance NADIS (2 990€ à compter de 2012 - pour 3 ans)	2 990			
● Récupération données NADIS (70€ à compter de 2012)	70			
● Site internet (redevance annuelle) (2 792€ à compter de 2012 car installation en 2011)	2 792			
● Informatique & Télécom (exploitation, maintenance, logiciel, amortissements...) (2 146,50€/PC - 7 pc)	15 026			
● Abonnements téléphone et 3G	2 082			
# 4 lignes téléphoniques (17,70€/mois)	800			
# 2 Clé 3G (34,20€) + 3ème depuis septembre 2011	1 282			
● Fournitures de bureau (papier, piles, cartouches imprimantes...) (basé sur réalisé 2011)	2 000			
● Formations (1,8% de la masse salariale PNM)	5 665			
● Frais de déplacement // Frais convention // Formation personnel et membres du comité (info Mr Arvieux)	25 000			
● Frais de communication				
● Réceptions (basé sur réalisé 2011)	4 000			
● Acquisitions diverses	0			
# Matériel Informatique extérieur (Vannes, Quimper...)				
# Documentation (CIM10)				
# Acquisition Mac				
#				
#				
▲ Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financière et exceptionnelles	18 864			
● Frais d'amortissements (mobilier, équipement...)	3 948			
● Frais d'amortissements travaux (sur 10 ans à compter de 2011)	6 400			
▲ Frais de gestion : 8 % des crédits pérennes alloués	46 604			
- 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...)				
Résultat Prévisionnel	22 309			
▲ DEPENSES NON PERENNES	9 652	▲ RECETTES NON PERENNES	63 721	
● Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	9 652	● Reprise sur provisions 2008	4 884	
● Base de données NADIS	8 372			
● Recopiage données NADIS (CHU de Nice)	1 280			
		● Reprise sur provisions 2009 (solde)	58 837	
TOTAL DEPENSES	592 208	TOTAL RECETTES	646 277	

PROVISIONS

Solde provisions, avant reprises sur provision prévisionnelles 2012 :

-Solde provision 2008 pour acquisition base de données NADIS, après reprise sur l'exercice 2011 =>	4 884,00 €
-Solde provision 2009 pour financement non perenne d'une mission d'ingénieur DIM, après reprise sur l'exercice 2010 =>	58 837,00 €
-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 €
TOTAL mise en provisions fin 2011 :	263 721,00 €

INFORMATIONS

Amortissements : Les travaux effectués pour un montant de 62 807,12€ seront amortis sur 10 ans à compter de 2011, soit 6 281 € par an