

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



RAPPORT D'ACTIVITE

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	Création	2
I.1.2	Région administrative	2
I.1.3	Territoire de référence du COREVIH	2
I.1.4	Etablissement siège	3
I.1.5	Etablissements hospitaliers accueillant du personnel COREVIH	3
I.1.6	Election Bureau	3
I.1.7	Coordonnées : président, vice-président et coordonnateurs	3
I.1.8	Les acteurs du Corevih	3
I.1.9	Nombre d'établissements de santé participant au recueil épidémiologique	4
I.1.10	Les conventions signées entre le COREVIH et les établissements	4
I.2	Les moyens du Corevih	5
I.2.1	Personnel du Corevih	5
I.2.2	Les moyens matériels	5
I.2.3	Budget du Corevih	5
	▪ Produit	5
	▪ Charges	6
	▪ Dépenses non pérennes 2012	6
	▪ Analyses et commentaires	7
II	ACTIONS DU COREVIH	9
II.1	Animation fonctionnement du Corevih	10
II.1.1	Tableau récapitulatif	10
II.1.2	Bureau	11
II.1.3	Plénière	11
II.1.4	Formation continue organisée en partenariat avec l'industrie pharmaceutique	11
II.1.5	Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)	11

II.2	Outils développés par le Corevih	13
II.2.1	Le bulletin d'information	13
II.2.2	Site internet : www.corevih-bretagne.fr	13
II.2.3	Plaquette d'information	13
II.2.4	Outils construits dans le cadre des commissions	14
II.2.5	Commissions.....	15
	▪ AES	15
	▪ Dépistage	18
	▪ ETP	22
	▪ Prévention	24
	▪ Médecine ville	27
	▪ La recherche clinique	30
II.2.6	Autres activités.....	36
	▪ Groupe procréation inter-Corevih Bretagne – Pays de Loire	36
	▪ Rencontre nationale des coordonnateurs de COREVIH	36
	▪ La coopération internationale.....	38
	▪ Dossier médical informatisé : NADIS	39
III	DONNEES MEDICALES ET EPIDEMIOLOGIQUES	43
III.1	Données du dépistage.....	44
III.2	Analyse des données médico-épidémiologiques du COREVIH-Bretagne	44
III.2.1	Répartition géographique de la file active du COREVIH en 2012.....	44
III.2.2	Évolutivité de la file active, perdus de vue	45
III.2.3	Caractéristiques de la file active	45
	▪ Âge et sex-ratio	46
	▪ Répartition des modes de contamination.....	47
	▪ CD4 et charge virale	48
	▪ Affections opportunistes.....	50
	▪ Données de mortalité	50
	▪ Hépatites	52
III.2.4	Patients nouvellement pris en charge	55
III.2.5	Activités des services participant au recueil.....	57
	▪ Activité globale.....	57
	▪ Activité des psychologues, assistantes sociales et diététiciennes	58

III.2.6	Traitements antirétroviraux	58
▪	Traitements chez les patients de l'ensemble de la file active	58
▪	Traitements antirétroviraux en primo-prescription.....	61
III.2.7	Activité en milieu carcéral	62
III.2.8	Conceptions, naissances et activité pédiatrique du COREVIH.....	62
▪	Grossesses et naissances	62
▪	Aide médicale à la procréation à risque viral	63
▪	Suivi des enfants infectés par le VIH	64
III.2.9	Accidents d'exposition.....	65
III.2.10	Conclusion concernant les données médico-épidémiologiques	67
IV	LEXIQUE	69
V	ANNEXES	71

EDITORIAL

Le renouvellement de l'assemblée plénière du COREVIH Bretagne ayant été réalisé à la fin de l'année 2011, cette année 2012 a été l'occasion pour la nouvelle assemblée de prendre ses marques. Le renouvellement d'une structure telle que le COREVIH doit permettre de redonner du souffle, des idées, des avancées, avec de nouveaux acteurs motivés. Le renouvellement de la vice-présidence, à la fin de l'année 2012, doit également être un moteur d'innovations.

Le COREVIH a tenu cette année à répondre à d'importants sujets qui mêlent société et pathologie : en partenariat avec le COREVIH Pays de Loire, nous avons créé un groupe « **procréation et désir d'enfant** » dont l'objectif est de proposer les meilleures modalités de prise en charge, de travailler sur une documentation destinée aux professionnels mais également aux personnes concernées, et d'adapter ces documents à l'évolution permanente des données scientifiques dans le domaine. La Bretagne bénéficie de son propre centre d'aide médicale à la procréation (AMP) à risque viral, mais les questions autour de la procréation ne se résument pas à l'AMP : nous avons souhaité élargir la réflexion au-delà de la région afin de mutualiser nos compétences dans le domaine.

Autre sujet essentiel pour améliorer la qualité des prises en charge, nous avons concrétisé notre projet de formation régionale de l'ensemble des acteurs professionnels et associatif dans le domaine de **l'éducation thérapeutique**, en partenariat avec une structure spécialisée. Ce vaste projet, qui va durer au

moins deux ans, devrait permettre de donner un socle commun de pratique et de réflexions aux acteurs du COREVIH dans le domaine.

Dans un objectif de rapprochement des acteurs, avec le soutien actif du Syndicat National des Entreprises Gays (SNEG), les acteurs bretons du dépistage et de la prévention du VIH ont pu commencer à visiter les lieux où la prévention est primordiale et à rencontrer les responsables de ces entreprises : saunas gay, backroom et plus tard lieux échangistes. Ce rapprochement est un élément important de la politique du COREVIH, permettant ainsi **une meilleure compréhension mutuelle des acteurs**.

Dans la même optique, en partenariat avec la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), les premières formations nationales « **écoute de la sexualité** » ont pu être mises en place en Bretagne, et ce programme se poursuivra en 2013.

L'année 2012 a également été l'occasion de « régionaliser » notre journée du 1^{er} décembre, avec pour la première fois la diffusion de documents communs à l'ensemble du territoire du COREVIH Bretagne.

Sur des aspects plus techniques, cette année a également été celle du déploiement plus large de notre base de données régionale, qui permet aujourd'hui de disposer de données fiables et détaillées quant à la file active des structures participant à l'activité du COREVIH Bretagne. Dans un contexte de changement majeur de la pharmacopée du traitement de l'hépatite C, **il était particulièrement important de disposer de**

données complètes concernant les patients co-infectés VIH et VHC, dont on sait que l'infection C peut évoluer rapidement et qui seront les personnes qui devront bénéficier le plus rapidement de ces avancées thérapeutiques. Un rapprochement avec les structures « réseau » VHC de Bretagne est également en cours afin de proposer une meilleure prise en charge à l'ensemble des patients, y compris mono-infectés VHC.

L'exploitation des données médico-économiques issues de la base de données (chapitre III) montre **un déficit majeur en terme de données sociales**, alors même que les bases de données que nous utilisons permettent de collecter ces données et de les exploiter. Après l'intégration de toutes les structures du COREVIH dans la base de données Nadis en 2013, nous devrions mettre l'accent sur ses données sociales en 2014...

Enfin, la coordination de la **coopération internationale**, dans le cadre de notre devoir de nous rapprocher des pays en développement, a fait un pas en avant avec **les premières missions d'expertise des Techniciens d'Etude Clinique du COREVIH** dans le domaine de la gestion des bases de données. Mais certains projets ont du mal à aboutir : acteurs débordés, difficultés liées à la taille du territoire, difficultés organisationnelles... Quelques projets que le COREVIH soutient depuis sa création devront pouvoir aboutir avant la fin de l'année 2013, car on ressent un certain épuisement des porteurs de ces projets qui ne se concrétisent pas ! Parmi ceux-ci, **l'unité mobile de dépistage**, dont le COREVIH avait proposé de financer l'acquisition, mais qui se trouve en panne de budget de fonctionnement. Toujours dans le domaine du dépistage, qui reste un sujet « chaud » : **le COREVIH se doit de proposer de**

nouvelles modalités de financement des CDAG/CIDDIST, les modalités actuelles étant particulièrement inadaptées aux actions que nous souhaitons mettre en place pour aller au plus près des populations concernées. Nous avons abandonné, pour l'instant, l'idée « nationale » d'une formation à large échelle des médecins généralistes autour du dépistage du VIH, en partie car les principaux intéressés ne sont pas demandeurs, en partie du fait de la nécessité le dépistage du VIH dans un plus vaste modèle de prévention qui ne semble pas encore prêt.

C'est toute la difficulté de fonctionnement d'une structure telle que le COREVIH : importance d'avancer, certes, mais nécessité d'avancer au rythme des acteurs, rythme parfois mal adapté aux changements permanents des recommandations, des données scientifiques, des évolutions sociétales. Bien que le COREVIH ne soit qu'une instance de coordination, insuffler l'action fait aussi partie de ses rôles fondamentaux ! Cela est d'autant plus important que les budgets des COREVIH pèsent de façon conséquente sur les finances de l'Etat (plus de 18 millions d'euros pour les 28 structures nationales), et que nous nous devons d'employer au mieux les financements qui nous sont confiés.

Dr Cédric Arvieux

Président du COREVIH Bretagne



I PRESENTATION DU COREVIH

I.1 IDENTIFICATION DU COREVIH BRETAGNE

I.1.1 Création

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

I.1.2 Région administrative

	Bretagne	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Superficie (km2)	27 208	6 898	6 729	6 783	6 816
Préfecture	Rennes	St Brieuc	Quimper	Rennes	Vannes
Sous-préfecture		Dinan, Guingamp et Lannion	Brest, Châteaulin et Morlaix	St Malo et Redon	Lorient et Pontivy
Population	2,9 millions	542 373	852 400	866 848	643 900

I.1.3 Territoire de référence du COREVIH



I.1.4 Etablissement siège

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

I.1.5 Etablissements hospitaliers accueillant du personnel COREVIH

Deux Centres Hospitaliers accueillent du personnel COREVIH :

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

I.1.6 Election Bureau

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

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

Présidence – Collège 1

Dr Cédric Arvieux

Tel: 02 99 28 98 75

cedric.arvieux@chu-rennes.fr

Vice-présidence – Collège 3

Isabelle STEPHANT - Coordinatrice du territoire Bretagne Atlantique – AIDES

Tel : 06.80.15.01.58

istephant@aides.org

Coordonnateur

Chanvriil Hadija

Tel : 02.98.52.63.34 - 06.42.83.36.87

hadija.chanvriil@chu-rennes.fr

Coordonnateur médical - Collège 1

Dr Cédric Arvieux

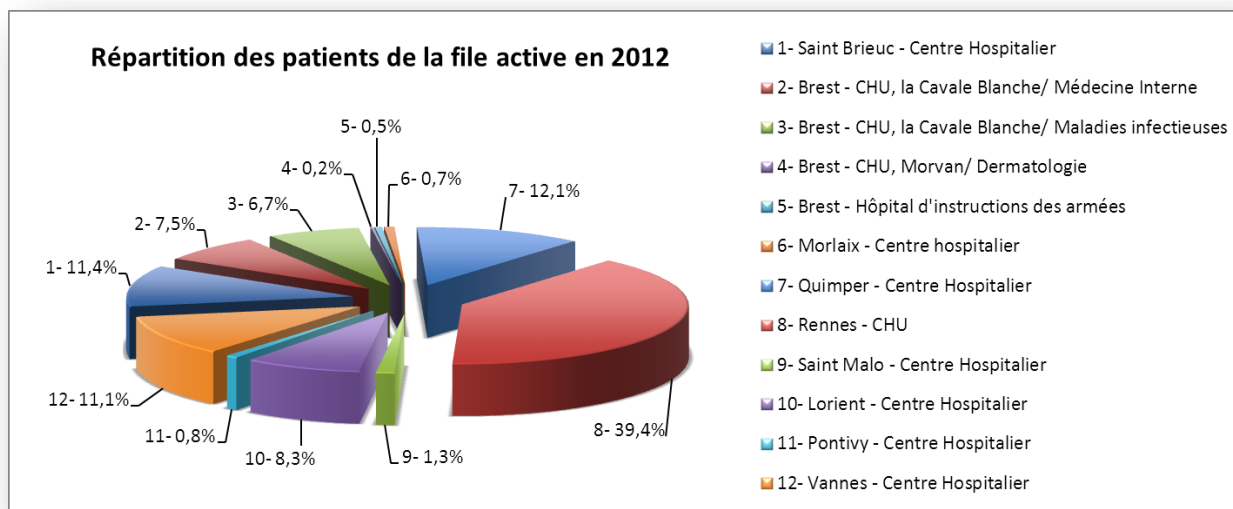
Tel: 02 99 28 98 75

cedric.arvieux@chu-rennes.fr

I.1.8 Les acteurs du Corevih

- Nombre d'acteurs hospitaliers : 181
- Nombre d'autres établissements acteurs : 17
- Acteurs de ville : 8

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



10 établissements de santé participent au recueil de données épidémiologiques dont 12 services.

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

Etablissements	Date de signature de la convention
Convention N°2009.73 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du Conseil général du Morbihan , membres titulaires ou suppléants du Corevih	6 juillet 2009
Convention N°2009.50 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Bretagne Atlantique , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009
Convention N°2009.51 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Bretagne Sud , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009
Convention N°2009.52 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Saint-Briec , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009
Convention N°2009.53 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Quimper , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009
Convention N°2009.54 Organisant le remboursement des frais de déplacements de personnels du CH Brest , membres titulaires ou suppléants du Corevih	12 mai 2009
Convention N°198 relative aux modalités de gestion du coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques évoluant au sein du Corevih Bretagne - Brest .	19 décembre 2010
Convention N°198 relative aux modalités de gestion du coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques évoluant au sein du Corevih Bretagne.- St Briec	19 décembre 2010
Convention N°198 relative aux modalités de gestion du coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques évoluant au sein du Corevih Bretagne.- Lorient	16 Janvier 2011
Convention N°198 relative aux modalités de gestion du coordonnateur et/ou des Techniciens d'Etudes Cliniques évoluant au sein du Corevih Bretagne.- Vannes	19 décembre 2010

I.2 LES MOYENS DU COREVIH

I.2.1 Personnel du Corevih

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

*Mme Cotten a quitté son poste par mutation le 15/10/2012, une procédure de recrutement a abouti à la nomination de M. Pascal Lotton, dont la prise de poste sera effective le 08/02/2013

I.2.2 Les moyens matériels

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

I.2.3 Budget du Corevih

▪ Produit

Intitulé	Montant
Dotation ARS issue de la MIG	582 556 €
TOTAL	582 556 €

▪ **Charges**

Intitulé	Montant
Personnel de coordination	110 076€
Assistante Médico-Administrative	41 753 €
TEC(s)	186 795 €
Autres personnels mis à la charge du COREVIH, 50 ETP ingénieur DIM (Rennes)	31 260 €
Charges à caractère général et hôtelier	130 357 €
Charges de gestion courante	46 604 €
Charges d'amortissement	10 348 €
TOTAL	557 193 €
BILAN ANNUEL (= Produits - Charges)	+ 25 363 €

▪ **Dépenses non pérennes 2012**

- Convention Myriade = 1 500 €
- Journées nationales des coordonnateurs COREVIH = 2 763 €
- Acquisition station informatique/réseau = 4 663 €

Ces dépenses non pérennes sont financées par des reprises sur provisions à hauteur de 8 926 € :

Solde provision 2009 pour financement non pérenne d'une mission d'ingénieur DIM	54 795 €
Solde provision de la notification ARS octobre 2010 – MIG qualité des soins (renforcement du fonctionnement)	50 000 €
Solde provision pour réalisation de projets à venir et à définir par le bureau du COREVIH (correspondant écart recettes / dépenses)	50 000 €
Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 (du 29.09.2011)	100 000 €
TOTAL provisions à fin 2012	254 795 €

- **Analyses et commentaires**

Le volume du budget du COREVIH Bretagne est conforme aux instructions du guide des missions d'intérêt général édité par le ministère de la santé. A compter de l'exercice budgétaire 2012, il a été décidé de ne plus provisionner les excédents budgétaires, puisque l'on considère que la structure est arrivée à maturité. L'excédent 2012 devrait être reversé à l'ARS dans le cadre du plan de financement de l'unité mobile de dépistage. Les provisions résiduelles en 2012 devraient être en grande partie consommées en 2013 par les projets autour du dépistage : financement de l'unité mobile, de son budget de fonctionnement pour les trois premières années et d'un logiciel spécifique aux centres de dépistage bretons.

A ce jour, le budget de fonctionnement permet de financer la coordination des actions auxquelles est attaché le COREVIH, actions décidées en bureau et en plénière. Il n'y a pas eu, en 2012, de renoncement à des actions du COREVIH pour des raisons strictement budgétaires.

Annexes :

Liste des membres du bureau
Bilan 2012
Budget prévisionnel 2013



II ACTIONS DU COREVIH

II.1 ANIMATION FONCTIONNEMENT DU COREVIH

II.1.1 Tableau récapitulatif

Type de réunion	Thèmes	Nombre de réunions	Nombre de participants
Séances plénières		3	110
Réunion du Bureau		6	55
Groupes de travail	Thème : dépistage Pilotes : Dr F. Souala et I. Stéphant	<ul style="list-style-type: none"> 3 réunions de la commission : 5 avril, 25 juin et 4 octobre 3 rencontres départementales : Finistère le 31 mai, Ille et Vilaine le 25 juin et Morbihan le 7 juin 1 rencontre d'accompagnement au dossier d'habilitation TROD pour les associatifs : 12 avril 1 journée inter COREVIH avec le COREVIH Pays de la Loire : le Jeudi 18 octobre 2012 Faculté de médecine de Nantes 1 rencontre ARS – COREVIH - AIRDDS en date du 9 Novembre 2012 Travail sur le logiciel de recueil de données en CDAG /CIDDIST des 20 novembre (CDAG Lorient) et 13 décembre (CDAG Toulouse) Formation TROD : 17 novembre + 13 et 14 décembre 	196
	Thème : AES Pilotes : P. Gautier et F. Dezé	<ul style="list-style-type: none"> 2 réunions de la commission (22 février, 23 mai) Journée AES le 8 novembre 	34
	Thème : Médecine générale Pilote : Dr JM Chaplain	<ul style="list-style-type: none"> 2 réunions le 29 mai et le 20 novembre Une soirée d'information et d'échange avec les médecins généraliste du secteur de Morlaix le 11 décembre 	26
	Thème : Prévention Pilote : M. Besse	<ul style="list-style-type: none"> 3 réunions de la commission : 27 janvier, 3 avril et 4 octobre 1 rencontre départementale 28 juin Cotes d'Armor 2 visites établissements gays et échanges entre le gérant et les acteurs de la lutte contre le sida du département, Journée Mondiale de lutte contre le sida : création d'un outil de prévention, conférences à l'école des Beaux-Arts et à la salle de la Cité (Rennes) 170 participants 	223
	Thème : Education thérapeutique du patient Pilote : Dr A. Dos Santos	<ul style="list-style-type: none"> 4 réunions de la commission : lundi 16 janvier, lundi 2 avril, lundi 17 septembre, lundi 10 décembre 	44
	Thème qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> 1 réunion en visioconférence le 1^{er} juin 	14
	Thème : recherche clinique Pilote : Pr P. Tattevin	<ul style="list-style-type: none"> 20 Décembre - 9 Février - 15 Mars - 2 Juillet 	42
	Groupe procréation Pilote : Dr G. Jouve	<ul style="list-style-type: none"> 3 réunions : 15 Mars, 7 septembre et 6 décembre 	29
Formation continue organisée en partenariat avec l'industrie		<ul style="list-style-type: none"> Jeudi et Vendredi 2 et 3 Février : Les rencontres du Mont Saint-Michel Jeudi 26 avril : Post CROI 	50
Réunions de concertation pluridisciplinaire	RCP mensuelle, en visioconférence	<ul style="list-style-type: none"> Chaque 3^{ème} mercredi de chaque/mois 	15/RCP (moyenne)
Réunion nationale inter COREVIH	1 ^{ère} journée des coordonnateurs	<ul style="list-style-type: none"> Réunion du comité d'organisation : 10 février, 1 mars, 14 mars et 04 avril Préparation de "l'atelier BAO" : rencontre Véronique Tirard Fleury et Isabelle Rigolier le 7 juin et le 11 juin 2 journées de travail le 12 et 13 juin Journée de « compagnonnage » des coordonnateurs des COREVIH de la Réunion, Guadeloupe, Guyane, Martinique et Basse Normandie le 14 juin 	33

II.1.2 Bureau

Le bureau se compose de 9 membres élus par le Comité. 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.

Le Bureau s'est réuni 6 fois en 2012. 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

[Comptes-rendus réunions Bureau](#)

II.1.3 Plénière

Pierre Ollivier Le Clanche, vice-président du COREVIH, a pris de nouvelles fonctions dans le Nord de la France : Isabelle Stéphan a été élue en remplacement dans cette fonction le 27 novembre 2012.

Trois réunions réunissant 110 participants ont eu lieu en 2012. Ces réunions sont largement ouvertes aux titulaires et aux suppléants ainsi qu'aux personnes intéressées par les thématiques développées. Chaque réunion plénière permet :

- La transmission des informations et actualités relatives aux COREVIH
- Le bilan sur le fonctionnement
- Le vote des orientations, du budget
- En cas de vacances de postes, l'élection de membres du bureau, du président ou du vice-président

[Comptes-rendus réunions Plénière](#)

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

Ces réunions remplissent l'une des missions du COREVIH qui est d'informer les acteurs de la prise en charge. La logistique de ces rencontres (location de salle et repas) peut être sponsorisée par des laboratoires pharmaceutiques. Ces réunions disposent d'un comité scientifique. Le COREVIH intervient pour véhiculer l'information.

[Présentations réunions scientifiques](#)

II.1.5 Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

En Bretagne, les RCP sont mensuelles et ont lieu par visioconférence. Tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients vivant avec le VIH peuvent y participer (infectiologue, hépatologue, pharmacien, virologue, psychologue...)

En 2012, il a été souhaité que la RCP s'intègre dans une action d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Pour cela il a fallu mettre en place de nouvelles modalités d'organisation telles que définies par la commission EPP de la SFLS ([Programme EPP/RCP-SFLS](#)). Cette nouvelle organisation est formalisée au sein d'un document « la charte de la réunion de concertation pluridisciplinaire du Corevih Bretagne ». Elle est validée par tous les participants en signant l'engagement de confidentialité et du respect de cette charte.

Les grandes lignes de cette organisation :

- Des invitations pour la RCP sont adressées régulièrement aux participants par la secrétaire du Corevih.
- Chaque médecin envoie sa liste de dossiers à présenter à la secrétaire.
- Les propositions de décisions de la RCP concernant les situations des patients vus en RCP sont consignées dans le dossier médical du patient.
- Un registre de la RCP est tenu à jour par la TEC en charge de la RCP et le secrétariat du COREVIH, qui enregistre : date des RCP, liste des participants, nom du référent patient soumettant le dossier.
- Les comptes rendus de la RCP de chaque patient sont classés dans le dossier patient (papier ou électronique en fonction des sites).
- Le registre de la RCP est conservé électroniquement au COREVIH Bretagne.

La SFLS a été mandatée pour désigner des experts dans le cadre d'un audit de la RCP qui devrait avoir lieu courant de l'année 2013.

Le registre a permis de réaliser le tableau suivant :

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	File active	Nombre de RCP	Nombre de dossiers présentés	Nb Pts vus en RCP (%/FA)
Côtes d'Armor	St Brieuc	CH Yves le Foll	341	3	3	0,9%
Finistère	Brest	CHU la cavale blanche/ Médecine Interne	222	0	0	0,0%
		CHU la cavale blanche/ Maladies infectieuses	199	1	0	0,0%
		CHU Morvan/ Dermatologie	6	0	0	0,0%
		Hôpital d'instructions des armées	15	0	0	0,0%
	Morlaix	CH de Morlaix	22	8	9	40,9%
	Quimper	CH de Cornouaille	359	2	3	0,8%
Ille-et-Vilaine	Rennes	CHU Pontchaillou	1177	10	27	2,3%
	St Malo	CH Broussais	39	8	8	20,5%
Morbihan	Lorient	CH de Bretagne Sud	248	5	12	4,8%
	Pontivy	CH de Pontivy	25	0	0	0,0%
	Vannes	CH Bretagne Atlantique	330	9	12	3,6%
Total régional			2983	46	74	5,1%

Annexes :

Charte de la réunion de concertation pluridisciplinaire du Corevih Bretagne
Engagement de confidentialité et du respect de la charte de RCP

II.2 OUTILS DEVELOPPES PAR LE COREVIH

II.2.1 Le bulletin d'information

Objectifs :

Il permet d'informer l'ensemble des correspondants du COREVIH sur des sujets divers, réunions, rapports (Rapport d'expert sur la prise en charge, IGAS ...), actions développées en Bretagne.

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

Bilan : 2 bulletins dont Novembre 2012 « spécial 1er Décembre » travaillés avec l'ensemble des collectifs sida bretons

Axe de progrès :

- Augmenter le nombre de bulletins à 1 par trimestre (4/an)
- 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



II.2.2 Site internet : www.corevih-bretagne.fr

Objectifs :

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

Bilan : données statistiques 2012

- 5 608 visites sur le site
- 22 750 pages vues
- 37 % d'accès direct
- 60 % d'accès par moteur de recherche



Axe de progrès :

Mieux utiliser l'aspect outil de travail en améliorant les rubriques commissions.

Mettre à disposition des informations scientifiques issues des principaux congrès consacrés au VIH, au moment où ceux-ci ont lieu.

II.2.3 Plaquette d'information

Objectifs : Faire connaître le COREVIH aux acteurs et partenaires bretons

Bilan : 150 plaquettes diffusées

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



II.2.4 Outils construits dans le cadre des commissions

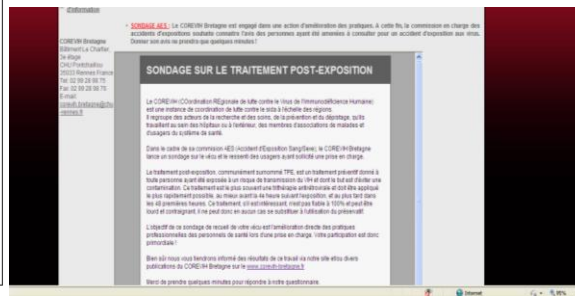
Commission Médecine de ville :

Réalisation d'une notice et d'une affiche pour promouvoir une étude auprès de médecins généraliste du secteur de Pleurtuit concernant l'incitation au dépistage.



Commission AES :

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



Commission prévention :

Un amour de capote...

Création d'une série de 4 cartes postales imprimées en 80 000 exemplaires et diffusées à l'ensemble de la région Bretagne.



II.2.5 Commissions

▪ AES

Pilote

Pierre Gautier (Association Chrétien et Sida) et Dr Frédéric Dezé

Membres

[Annexe A1 : liste de la commission](#)

2 réunions de la commission (22 février, 23 mai) et journée AES le 8 novembre

Commentaire, analyse et perspectives :

Une faible mobilisation des membres a été constatée. La préparation et l'organisation de la journée du 8 novembre a permis à la commission de recruter deux urgentistes et un médecin généraliste. Il est noté également la démission de Pierre Gautier (co-pilote) en décembre.

Bilan 2012

Objectifs	Activités	Groupes de travail	Méthodes	Niveau d'avancement du projet
Etat des lieux de la prise en charge des AES non professionnels SAU Bretons	Réactualisation de l'état des lieux SAU Bretons à travers le regard d'un urgentiste	Caroline Petit-urgentiste Quimper et Amélie Bertine - urgentiste Saint- Malo)	Interview téléphonique	Annexe A2 : BILAN 2012 Accidents d'Exposition à risque Non Professionnels et Traitement Post Exposition Services d'Urgences Bretons
Etat des lieux de la prise en charge dans les services bretons	Etat des lieux de la prise en charge dans les services bretons	Pascale Perfezou - PH Quimper et les TECS du Corevih	Questionnaires	Annexe A3 : Enquête sur la prise en charge des AES dans les services en Bretagne
Sondage usagers	Travail autour du recueil du point de vue de l'utilisateur, son vécu et son ressenti alors qu'il sollicite les services de soins lors d'une prise de risque	Eric Maniscalco Jean-Charles Duthé - TEC	Sondage sites internet ensemble des acteurs de lutte contre le Sida étant en contact avec le public.	Annexe A4 : Sondage sur le Traitement Post-Exposition Annexe A5: Affiche
Journée AES	Cette journée se voulant avant tout pratique, cela pourrait nous amener à réfléchir ensemble sur des pistes d'amélioration permettant de faciliter les échanges mais aussi de garantir une homogénéité de fonctionnement concernant la prise en charge des AES	Intervenants, acteurs de la lutte contre le VIH bretons, Halima Campeaux, secrétaire du Corevih et Jean-Charles Duthé TEC	Rencontre, échanges et débats	Annexe A6 : programme
Confirmation ou infirmation des constats /témoignage recueillis. Evaluation qualitative de la prise en charge des AES de ville en Bretagne.	Organisation de Testing dans les services d'urgence		Rencontres et écriture du projet	Annexe A7 : fiche-action Testing En recherche d'une structure permettant un accompagnement méthodologique (SOS racisme, UFC...)

Commentaires sur le bilan de l'année 2012

L'organisation de la journée « AES » du 8 novembre 2012 a été l'occasion pour les acteurs de :

- Définir les mots et de s'entendre sur les termes utilisés (TPE / AES / AEV / Prophylaxie)
Annexe A8 : Prophylaxie primaire et secondaire Redéfinitions des termes
- Faire le point les difficultés rencontrées par les usagers à partir de la Synthèse des appels "Traitements Post-Exposition au VIH" SIDA INFO SERVICE Annexe A9 : Traitement Post-Exposition au VIH: Synthèse des appels et échanges sur le forum de Sida Info Service en 2010.
- Restituer les travaux de la commission :
 - ✓ **Services d'Accueil des Urgences**
Objectif : Réactualisation de l'état des lieux SAU Bretons à travers le regard d'un urgentiste.
 - ✓ **Enquête services (P. Perfezou - PH CH Quimper)**
Objectif : Etat des lieux de la prise en charge dans les services réalisé par les TECS du COREVIH Bretagne.
 - ✓ **Sondage usagers via internet (J-C Duthé - TEC Finistère Corevih Bretagne)**
Objectif : Recueil du point de vue de l'utilisateur, son vécu et son ressenti lorsqu'il sollicite les services de soins lors d'une prise de risque.
 - ✓ **Projet de Testing dans les services d'urgence (H. Chanvriil – coordinatrice Corevih Bretagne)**
Objectif : Confirmation ou infirmation des constats et/ou témoignages recueillis. Evaluation qualitative de la prise en charge des AES de ville en Bretagne.

Mais aussi de :

- Voir l'évolution en France, situation à l'étranger au travers des présentations du Dr Pierre DE TRUCHIS et Dr Anne-Françoise GENNOTTE.
- Aborder les questions des TASP / PREP : Quel impact sur la prise en charge des AES ?

Perspectives 2013

1. Poursuivre l'accompagnement de la mise en place du protocole régional dans les centres.
2. Poursuivre le sondage auprès des usagers en remobilisant les acteurs par la création d'affiches différentes en fonction de la population au quelle ils s'adressent et via des modes de diffusion différencier.
3. Faire un lien dans NADIS afin d'effectuer un suivi régional de la prise en charge des AES.

Calendrier des réunions

Dates en fonction des activités.

Listes des annexes

Annexe A1 : Membres de la commission

Annexe A2 : Bilan 2012 Accidents d'Exposition à risque Non Professionnels et Traitement Post Exposition Services d'Urgences Bretons

Annexe A3 : Enquête sur la prise en charge des AES dans les services en Bretagne

Annexe A4 : Sondage sur le Traitement Post-Exposition

Annexe A5 : Affiche

Annexe A6 : Programme de la journée 8 novembre

Annexe A7 : Fiche-action Testing

Annexe A8 : Prophylaxie primaire et secondaire Redéfinitions des termes

Annexe A9 : Traitement Post-Exposition au VIH: Synthèse des appels et échanges sur le forum de Sida Info Service en 2010.

▪ **Dépistage**

Pilotes

Dr Faouzi SOUALA - PH - Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale - CHU Pontchaillou - Rennes
Isabelle STEPHANT - Coordinatrice régionale AIDES

Membres

Annexe D1 : [liste de la commission](#)

- 3 réunions de la commission : 5 avril, 25 juin et 4 octobre
- 3 rencontres départementales : Finistère le 31 mai, Ille et Vilaine le 25 juin et Morbihan le 7 juin
- 1 rencontre d'accompagnement au dossier d'habilitation TROD pour les associatifs : 12 avril
- 1 journée inter COREVIH avec le COREVIH Pays De la Loire : le Jeudi 18 octobre 2012 Faculté de médecine de Nantes
- 1 rencontre ARS – COREVIH - AIRDDS en date du 9 Novembre 2012
- Travail sur le logiciel de recueil de données en CDAG /CIDDIST des 20 novembre et 13 décembre.

Commentaire, analyse et perspectives :

En 2012, la commission dépistage s'est renouvelée en partie, dont son pilotage. Ces modifications internes n'ont pas permis une reprise rapide de tous les projets en cours et leur portage politique.

Néanmoins, la représentativité des 4 collèges au sein de la commission et la dimension régionale des projets de la commission sont des caractéristiques fortes de cette commission qui permettront de travailler collectivement sur les freins afin d'optimiser la production collective pour le suivi des actions en lien avec les mesures 1, 2, 3, 4, 5, 6, de l'axe dépistage du Plan National VIH 2010-2014.

Bilan 2012

Objectifs	Activités	Groupes de travail	Méthodes	Niveau d'avancement du projet
Elargir la proposition de dépistage	Mise en place d'une unité mobile - Réunion de travail du sous-groupe (4) - Rencontres départementales afin de recenser le besoin de cette unité et les actions/populations qui vont être menées par les acteurs de la lutte contre le sida. - Rencontre "technique" autour de l'unité mobile commission dépistage le 9 novembre (COREVIH – ARS- AIRDDS)	Myriam Besse Groupe technique : Cédric Arvieux (Président Corevih), Isabelle Stéphant (Vice-Présidente Corevih), Myriam Besse (PCPPS/ AIRDDS), Matthieu Chalumeau (Directeur AIRDDS), Jean-Pierre Epailard (Médecin ARS DT 35), Dr. Aranda-Grau, Hector et Mme Lorho	Ecriture du projet et accompagnement dans le financement de ce dernier	Annexe D2 : dossier de présentation
Recueil épidémiologique commun des CDAG - CIDDIST	Travail avec CDAG Lorient le 20 novembre : participation du Dr Marie-Claire Le Martelot Rencontre CDAG Toulouse le 13	Faouzi Souala, Marie-Christine Derrien, Jocelyne Guével, Elisabeth	Visites des CDAG où les logiciels ont été installés	Annexe D3 : fiche action logiciel de recueil de données

	décembre : rencontre avec Dr Spenatto Nathalie Tableau de comparaison afin de recueillir les données	Boittin Bardot, Françoise Morin, Jennifer Rohan		
Recueil des avis "perspectives CDAG/CIDDIST	Proposition d'orientations	L'ensemble de la commission	Sollicitation du Président : organisation de la réflexion et recueil de l'ensemble des acteurs du dépistage en Bretagne	Annexe D5 : lettre de sollicitation du président
2ème Journée INTER COREVIH (Pays De la Loire et Bretagne) Thématique Dépistage VIH Mettre en avant le thème du dépistage, susciter échanges, réflexions...	Organisation d'une journée d'échanges d'expériences autour du dépistage sur les deux régions	Ensemble des deux commissions	Elaboration du programme, durée, lieu, fonction des intervenants, contenu de la journée, accueil des participants et communication par les deux commissions	Annexe D6 : Programme et présentations
Formation des personnes exerçant ou intervenant dans les associations impliquées en matière de prévention sanitaire en vue de leur habilitation à la réalisation de Test Rapide d'Orientation Diagnostique détectant l'infection à VIH I et II	Organisation d'une rencontre entre l'ARS (dossier d'habilitation), COREVIH (recensement des besoins en termes d'information et interrogations des associations concernant l'habilitation TROD) et les associations bretonnes souhaitant l'habilitation. Mise en place d'une formation à destination des membres de ces associations après recensement de leurs attentes	Faouzi Souala, Isabelle Stéphant	Réunion de présentation du parcours d'habilitation Montage et mise en place de la formation en partenariat avec la SFLS	Annexe D7 : Documents concernant l'accompagnement des associations bretonnes souhaitant l'habilitation Annexe D8 : Programme de formation
Déploiement des activités de dépistage communautaire par TROD ¹	Suivi déploiement des activités de dépistage communautaire par TROD	Bureau	<ul style="list-style-type: none"> • Impulser une dynamique au sein de la commission et auprès des acteurs, • Fédérer en donnant un cap stratégique • Trouver la meilleure façon de présenter un projet dans le respect des limites fixées en amont, • Gérer les conflits émanant des enjeux entre les différents intervenants 	Annexe D9 : Bilan activités de dépistage communautaire par TROD AIDES Bretagne

¹ Test rapide d'orientation diagnostique

Commentaires sur le bilan de l'année 2012

Points Positifs :

- Hétérogénéité de la commission relative aux 4 collèges auxquels appartiennent les participants.
- Assiduité des membres inscrits au sein de la commission
- Projets de la commission dépistage du COREVIH Bretagne avec une dimension régionale
- Mesures en lien avec le dépistage étant nombreuses dans le Plan National VIH 2010-2014, celles-ci ont été réparties au sein de 3 Commissions du COREVIH Bretagne, pour plus d'efficacité : dont la commission Médecine de Ville (dépistage rapide par les médecins de ville – Mesure 1), la commission Prévention (Améliorer l'accueil des personnes Homo et bisexuelles au sein des CDAG CIDDIST en renforçant leur compétences - mesure 3) et la Commission Dépistage.
- La commission Dépistage traite du suivi de plusieurs mesures du Plan National :
 - * l'élargissement de l'offre de dépistage rapide – mesure 1
 - * le dépistage VIH en direction des populations ciblées et en milieu communautaire - mesure 2 et 4
 - * l'optimisation du dispositif CDAG/CIDDIST et l'amélioration du dépistage des IST - mesures 3 et 5
 - * le renforcement des compétences des professionnels – mesure 6
- 2^{ème} édition de la Journée inter-Corevih avec le COREVIH Pays de la Loire

Points à Améliorer :

- Coordination du co-pilotage récent de la commission
- Fonctionnement interne de la commission
- Communication interne, externe et un meilleur portage politique
- Mise en place d'un calendrier pour chaque projet

Perspectives 2013

La commission dépistage du COREVIH Bretagne souhaite :

- Conclure les travaux en cours, en lien avec les actions des mesures 1, 2, 3, 4, 5 et 6 de l'axe dépistage du Plan National VIH 2010-2014
- Porter politiquement ses recommandations et travaux auprès des financeurs, auprès des partenaires.

Calendrier des réunions

7 février 2013 Brest, 12 avril à Vannes et autres dates (à ajuster en fonction des activités).

Listes des annexes

Annexe D1 : Liste de la commission

Annexe D2 : Dossier de présentation de l'unité mobile

Annexe D3 : Fiche action logiciel de recueil de données

Annexe D5 : Lettre de sollicitation du président

Annexe D6 : Programme et présentations

Annexe D7 : Documents concernant l'accompagnement des associations bretons souhaitant l'habilitation

Annexe D8 : Programme et contenu de la formation

Annexe D9 : Bilan activités de dépistage communautaire par TROD AIDES Bretagne

- **ETP**

Pilote

Dr Anabèle Dos Santos - PH - CHBA Vannes

Membres

[Annexe E1 liste de la commission](#)

4 réunions de la commission : 16 janvier, 2 avril, 17 septembre, 10 décembre

Commentaires, analyse et perspectives :

Bonne mobilisation au sein de la commission. Il est à noter une faible participation des associatifs au sein de la commission.

En effet, seule AIDES participe activement à la commission.

Recrutement envisagé : acteurs associatifs de la lutte contre le sida en Bretagne.

Bilan 2012

Objectifs	Activités	Méthodes	Niveau d'avancement du projet
Mettre en place un recueil régional uniforme de données en attendant la mise en place du logiciel Nadis	Réunion de la commission	Travail à partir de documents Excel (TEC Morbihan et Finistère)	Base Access Annexe E2 : Petit guide de la Base de données ETP
Améliorer la communication sur l'ETP et l'accessibilité par les personnes vivant avec le VIH.	Travailler sur une plaquette d'information à destination des patients, à partir de la brochure de Vannes	Faire le point sur la réalisation des plaquettes par centre. Se mettre d'accord sur les fonctions du personnel Corevih TEC ou ARC	Travail de mise en forme avec le service communication du CHU de Rennes
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) : CHU Rennes/ AIDES - formation des équipes : Myriade Quimper - valorisation des actions menées : enquête de satisfaction des patients Mutualisation/partage des outils et savoir-faire : plaquette, contrat patient,	Synthèse de l'enquête déployée sur les sites Quimper, Brest, Vannes et Rennes par les TECS du Corevih.	Annexe E3 : questionnaire de satisfaction
Evaluation régionale, audit et accompagnement de l'ETP	Recensement des centres participants	Construction d'un cahier des charges et mise en place d'une consultation	Choix de l'organisme en janvier Annexe E4 : Cahier des charges Myriades

Commentaires sur le bilan de l'année

Les travaux de construction du cahier des charges de la formation action, ainsi que de l'évaluation de l'ETP par les patients suivis dans les centres bretons, ont permis à la commission d'échanger sur les pratiques et de partager les expériences. En 2013, la commission veillera au déploiement de la formation des équipes sur l'ensemble du territoire breton.

Perspectives 2012-2013

Production de plaquette régionale d'information à destination des patients.

Suivi déploiement formation et audit de l'existant avec l'association Myriade, sur l'ensemble des sites ETP-VIH de la région.

Calendrier des réunions

- 11 mars - Saint Brieuc
- 17 Juin - téléphonique
- 14 octobre - Brest

Listes des annexes

Annexe E1 : Liste des membres
Annexe E2 : Petit guide de la Base de données ETP
Annexe E3 : Questionnaire patient
Annexe E4 : Cahier des charges Myriade

▪ **Prévention**

Pilote

Myriam BESSE, Coordinatrice du Pôle de Coordination pour la Prévention du Sida en Ile et Vilaine

Membres

[Annexe P1 : liste de la commission](#)

Résumé de l'activité en 2012 :

- 3 réunions de la commission : 27 janvier, 3 avril, et 4 octobre
- 1 rencontre départementale 28 juin - Côtes d'Armor
- Visite établissements gays et échanges entre le gérant et les acteurs de la lutte contre le sida du département
- Projets autour de la Journée Mondiale de lutte contre le sida : bulletin d'information, création d'un outil de prévention, conférences à l'école des Beaux-Arts et à la salle de la Cité (Rennes)

Recrutements envisagés :

- Dr Julien Boileau : médecin CIDDIST Morlaix
- Animation territoriale de santé
- CAARUD : Rennes et Saint-Brieuc
- M.Strilka (IREPS 56/22)

Bilan 2012

Objectifs	Activités	Groupes de travail	Méthodes	Niveau d'avancement du projet
Animation territoriale du COREVIH Objectif : Mobiliser les acteurs de la lutte contre le sida autour des missions du COREVIH - Communiquer et expliquer les missions du COREVIH - Identifier le COREVIH comme un réseau de proximité - Etablir une liste des besoins à l'échelle départementale puis régionale	Rencontre dans les Côtes d'Armor le 28 juin <u>Participants</u> 7 structures : Sidarmor, CDAG St-Brieuc, CPEF Guingamp, ville de St-Brieuc, Les Nouëlles, Appartements de Coordination Thérapeutique, COREVIH Bretagne, Pôle de Coordination Pour la Prévention du Sida en Ile et Vilaine. <u>Ordre du jour</u> - Présentation des membres présents - Présentation des missions du COREVIH - Echanges autour des difficultés rencontrées et des besoins	Membres de la commission, acteurs locaux de la lutte contre le VIH et TEC Corevih	Réunion	Annexe P2 : Compte-rendu de la rencontre Perspectives : Améliorer la connaissance des missions des acteurs afin de constituer et/ou consolider le partenariat Organisation d'échanges entre les acteurs : . Réactualisation des connaissances sur le VIH . Consommation de produits . Prise en charge sociale

Assurer le renforcement des compétences des professionnels par l'organisation de temps « intervenants » sur cette thématique	Objectif : - Faire tomber les représentations des uns et des autres - Mieux connaître l'équipe du CDAG afin d'améliorer l'orientation des clients vers les structures et/ou dispositifs locaux - Mieux connaître les pratiques, le vocabulaire, etc.....le public HSH	Eric Maniscalco Participants : personnels du CDAG (secrétaire /médecin/IDE), membres de SID'ARMOR, Personnel du service Promotion santé ville de St-Brieuc/Brest, TECs Corevih, SNEG	Visite établissements gays et échanges entre le gérant et les acteurs de la lutte contre le sida du département Date : 12 juin St Brieuc et 10 septembre Brest	Annexe P3 : fiche action formation/Action: visite d'un établissement gay (un sauna)
Organisation de la journée mondiale de lutte contre le sida	La promotion de la journée mondiale de lutte contre le sida, 1 ^{er} décembre.	Myriam Besse, Yannick Poulain, Eric Maniscalco	Un bulletin d'info diffusé en amont de la Journée Mondiale de lutte contre le sida dont l'objectif est de recenser les différentes actions mises en place sur la région à l'occasion de ce temps fort, et de diffuser les données épidémiologiques actualisées. La création d'outils de prévention en collaboration avec les étudiants de l'Ecole Européenne Supérieure d'Art de Bretagne (EESAB)- antenne de Rennes (cartes postales). Intervention du Dr Cédric Arvieux (président du COREVIH Bretagne) lors d'une conférence Le sida : du singe à l'homme ? Et après ?... le 30 novembre à Rennes	Annexe P4 : Bulletin d'info 1^{er} décembre
Régional ARS « Vie Affective et Sexuelle »	Participation au groupe Régional ARS VAS « Vie Affective et Sexuelle »	Répartition des groupes de travail régionaux : COREVIH - Prévention (à élargir au milieu scolaire, universitaire) - Dépistage (TROD, CDAG/CIDDIST) - Médecine de ville (dépistage population générale) - ETP - AES non professionnel - Qualité des soins (hôpital de jour annuel de synthèse, codification PMSI) ARS - Tableau de bord - Contraception	Réunion le 27 septembre Présentation des objectifs de la réunion Les groupes de travail thématique régionaux dans le contexte du programme Régional de Santé Présentation des membres du groupe thématique et attentes particulières (tour de table) Le plan d'action 2012-2016 : Bilan de l'avancement des actions (y compris IVG) Organisation du travail du groupe thématique	Annexe P5 : Schéma Régional de Prévention (SRP) page 64 à 69 groupe régionale Vie Affective et Sexuelle –

Commentaires sur le bilan de l'année 2012

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

Perspectives 2013

- Organisation de visites d'établissements commerciaux avec lieu de consommation sexuelle (backroom) dans le 35 et le 56, élargir aux lieux échangistes (en lien avec SIS association)
- Création de plaquettes adresses de dépistages en Bretagne, [Annexe P6 : fiche action dépliants « Lieux de dépistage en Bretagne »](#)
- Réalisation et diffusion d'un bulletin d'information « spécial 1^{er} décembre »
- Continuer le travail engagé avec l'ARS dans le groupe régional vie affective et sexuelle.

Autres projets :

- Création d'autres outils de prévention en lien avec les écoles des Beaux-arts de la région
- Organisation d'un colloque « identités sexuelles/identités de genre » prise de contact en 2013 pour une réalisation en 2014.

Calendrier des réunions

21 février, 10 juin, 10 octobre

Listes des annexes

Annexe P1 : Liste de la commission

Annexe P2 : Compte-rendu de la rencontre

Annexe P3 : Fiche action formation/Action: visite d'un établissement gay (un sauna)

Annexe P4 : Bulletin d'info 1^{er} décembre

Annexe P5 : [Schéma Régional de Prévention \(SRP\)](#) page 64 à 69 groupe régionale Vie Affective et Sexuelle

Annexe P6 : Fiche action dépliants « Lieux de dépistage en Bretagne »

▪ **Médecine ville**

Pilote

Dr Jean-Marc CHAPPLAIN, PH - CHU Pontchaillou - 4 rue Henri Le Guilloux - 35000 Rennes

Membres

[Annexe M1 : Liste de la commission](#)

2 réunions de la commission : le 29 mai, le 20 novembre et une soirée d'information et d'échange avec les médecins généraliste du secteur de Morlaix le 11 décembre. Ces rencontres ont réuni 26 personnes.

Commentaire, analyse et perspectives :

La mobilisation en médecine de ville reste modeste. La commission avait pris le parti d'axer son travail sur le dépistage, tablant sur le fait que le thème pourrait intéresser plus de médecins généralistes. Il reste que malgré une pratique importante, le médecin généraliste est peu mobilisé par cette thématique (ce qui ne veut pas dire qu'il ne la pratique pas, bien au contraire) ou qu'il l'envisage d'un point de vue plus général avec les dépistages des autres pathologies infectieuses ou non.

Il reste des projets à accomplir pour la commission, d'une part prolonger la réflexion sur le dépistage en médecine générale dans d'autres sites afin de conforter les premiers résultats des généralistes de Morlaix et Pleurtuit et de définir un réseau de médecins généralistes bretons plus impliqués cette fois-ci dans la prise en charge des patients infectés par le VIH afin de proposer un module de formation à leur intention.

Ce travail doit être engagé pour 2013.

Une présentation de ces actions sera à l'ordre du jour de la prochaine commission.

Recrutement envisagé : réactualisation des membres.

Bilan 2012

Objectifs auprès des médecins généralistes	ACTIVITES	Groupes de travail	Méthodes	Niveau d'avancement du projet
Etudier la faisabilité et la mise en place d'actions à destination des médecins	Etude de faisabilité d'un dépistage VIH systématique chez les patients consultants en Médecine Générale <u>Population :</u> Echantillon de 27 médecins généralistes dans la région de Pleurtuit (au nord de l'Ille-et-Vilaine) Exercice rural et semi-rural	Jean-Marc Chapplain, Maeva Moldent, Jean-Charles Duthé	Approche avant/après : Evaluation Intervention Evaluation	Sujet de thèse d'une interne en Médecine Générale du CHU de Rennes (Maëva Moldent) Attente de publication de la thèse et communication de cette dernière
Bilan de la prise en charge actuelle du dépistage sur le secteur de Morlaix	Recueil des informations auprès des correspondants et synthèse	Dr Julien Boileau Jean-Charles Duthé	Découvertes tardives Offre de Dépistage dans la région de	A diffuser et communiquer (Annexe M2- Bilan de la prise)

			Morlaix	en charge actuelle du dépistage sur le secteur de Morlaix
Mieux comprendre les pratiques quotidiennes de prévention et dépistage du VIH chez les médecins généralistes auprès de leur patient	Enquête secteur de Morlaix via questionnaire (cf. questionnaires)	Dr Julien Boileau Jean-Charles Duthé	Etape de récupération du listing des médecins du secteur de Morlaix Travail sur le questionnaire Envoi par courrier des documents de l'enquête aux médecins généralistes	Présentation le 11 décembre
Promouvoir la prévention et le dépistage	Organisation d'une soirée le 11 décembre 2012 à Morlaix (Annexe M3 : programme - Dépistage du VIH- Mardi 11 décembre 2012 à Morlaix)	Jean-Marc Chapplain, Julien Boileau et Jean-Charles Duthé	Discussion autour : - du dépistage en médecine de ville - de la place du médecin de ville	Présentation du 11 décembre (annexe M4 : ensemble des présentations)
Formation des médecins généralistes et campagne nationale sur la prescription des tests VIH en médecine générale	Informers/Actualiser les connaissances			L'articulation entre les travaux de la commission et la déclinaison de la campagne nationale d'information auprès des médecins généralistes reste à trouver. Perspectives 2013 ?

Commentaires sur le bilan de l'année

Deux enquêtes qualitatives ont pu être réalisées auprès de médecins généralistes exerçant à Pleurtuit et à Morlaix.

La synthèse de ces travaux a été présentée en plénière du COREVIH.

Il apparaît complexe de décliner le plan de généralisation du dépistage VIH en médecine générale eu égard aux premières conclusions de ces enquêtes. La réflexion doit néanmoins se poursuivre.

Perspectives 2012-2013

- Production d'affiches afin de promouvoir la prévention et le dépistage
- Enquêtes dont l'objectif est de mieux comprendre les pratiques quotidiennes de prévention et dépistage du VIH chez les médecins généralistes auprès de leur patient
- Organisation de formations à destination des médecins généralistes et relayer la campagne nationale sur la prescription des tests VIH en médecine générale.

Calendrier des réunions

3 soirées : Lorient, Saint- Brieuc, Pleurtuit

2 rencontres de la commission :

- 1/ présentation perspectives et mobilisation des acteurs locaux
- 2/ bilan des actions de la commission (fin d'année)

Listes des annexes

Annexe M1 : Liste des membres

Annexe M2 : Bilan de la prise en charge dépistage actuelle sur le secteur de Morlaix

Annexe M3 : programme - Dépistage du VIH- Mardi 11 décembre 2012 à Morlaix

Annexe M4 : présentation de la rencontre Mardi 11 décembre 2012 à Morlaix

▪ **La recherche clinique**

Pilote

Pr Pierre TATTEVIN - PU-PH - CHU Pontchaillou - 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
LOTTON Pascal	TEC	CHU Rennes
JAFFUEL Sylvain	PH	CHU Brest
MAILLARD Anne	PH	CHU Rennes
MICHELET Christian	PU – PH	CHU Rennes
MOULTON-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

Rappel : En 2011, le Corevih a souhaité mettre en place une commission 'recherche clinique' avec pour objectifs :

- i) l'amélioration de la recherche clinique à l'échelle régionale à travers le montage de projets régionaux
- ii) l'organisation de la déclinaison de la recherche nationale 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.

Orientations

1. Faciliter la mise en œuvre de projets de recherche au sein du Corevih Bretagne en développant des outils communs et en renforçant les collaborations multicentriques
2. Jouer un rôle moteur dans quelques projets sélectionnés

OBJECTIFS DEFINIS (actions prévues, indicateurs de résultats)	RESULTATS ATTENDUS (Calendrier)	MOYENS	AXES DE PROGRES ATTENDUS
Établir un état des lieux de la recherche clinique dans les différents centres	Présentation des activités de recherche de chaque centre lors de chaque réunion (réalisé en 2012)	Visioconférences	Plus de collaborations Enrichissement mutuel
Création d'outils communs	Procédures permettant de satisfaire aux exigences réglementaires	- Accord CPP CHU Rennes valide pour la participation des patients à la recherche non interventionnelle (analyse de données) pour tous les centres du COREVIH - Homogénéisation des feuilles de consentement signées pour le recueil de données dans NADIS et pour les projets de recherche	Allègement des contraintes réglementaires pour les projets à venir
Initier des projets de recherche	Au moins une publication par an (revues ou congrès)	Visioconférences Projets initiés à l'initiative de membres de la commission, après discussion en réunions Mise en commun des ressources humaines et des effectifs des centres	Montée en puissance de la performance

Bilan 2012

Niveau d'avancement du projet	Fait	Reste à faire	Coordination
Création d'une liste des protocoles de recherche clinique ouverts Projet abandonné : - Projet 'STALPEC': Simplification raisonnée des Thérapeutiques Antirétrovirales Lourdes chez les Patients VIH En succès virologique Confirmé Liste des projets en cours au 1 ^{er} janvier 2013	Mise en ligne sur le site du corevih		
1. Etude du risque fracturaire chez les patients suivis aux COREVIH Bretagne	- Projet retenu en 2012 - Questionnaire testé et validé chez 50 patients	- Faisabilité douteuse (nbre limité de patients incluables) - Au moins 4 projets en gestation à l'ANRS - Etudes transversales lors de semaines ciblées en 2013 - Objectif, 600 patients	P. Perfezou L. de St Martin, JC Duthé
2. Etude du risque d'échec lors de l'initiation d'un traitement comportant la rilpivirine en relais d'un traitement efficace	- Projet retenu en 2012 - Inclusions débutées en novembre 2012	- Poursuite inclusions 2013 - Objectif 150 patients	A. Maillard, S. Vallet
3. Étude prospective des événements indésirables survenant au cours de la prise en charge des cancers chez les patients VIH	- Etude pilote rétrospective sur quelques dossiers - Affinement de méthodologie	- Etude prospective pilote sur quelques dossiers en 2013	E. Polard, P. Perfezou
4. Étude 'lithiases biliaires et VIH'	- Publication dans "Clinical Infectious Diseases" du 16 Août 2012	- Poursuite du recueil des données des lithiases biliaires sous atazanavir	Y. Poinsignon
5. Étude de prévalence des lithiases biliaires dans la population VIH	- Rédaction du projet	- Appel à projet de l'ANSM pour financer l'étude	JM. Chaplain M. Ratajczak

Commentaires sur le bilan de l'année avec les perspectives 2013 :

- Un premier succès (communications multiples, puis publication de l'étude 'lithiases biliaires et atazanavir')
- Une dynamique adaptée à nos moyens (4 projets en cours)
- Les difficultés réglementaires restent très invalidantes (autorisations, procédures d'accès aux dossiers)
- Vu nos moyens et nos disponibilités, il semble réaliste de proposer, pour la suite, de maintenir le cap !

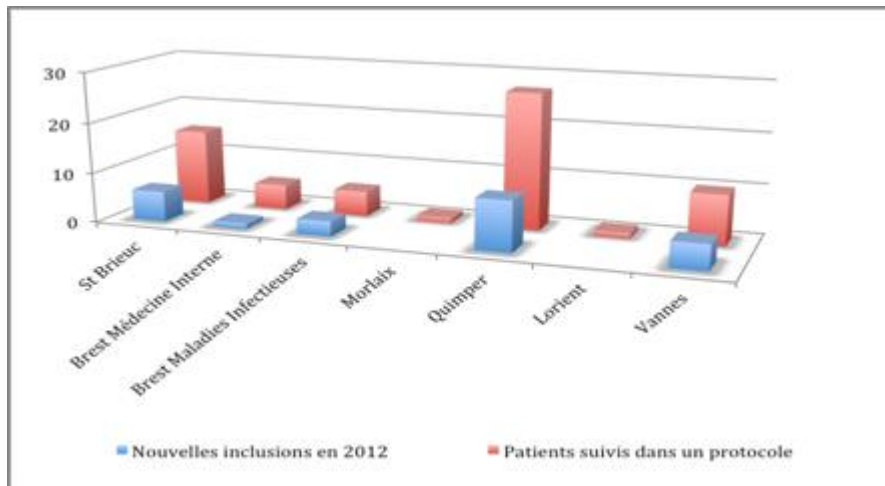
Calendrier

1. Maintien du rythme de 3 réunions annuelles
2. Poursuite des projets risque fracturaire, cancer & vih et rilpivirine

Bilan de recherche clinique dans les centres bretons (hors Rennes)

Les sept centres hospitaliers ont participé activement dans les protocoles cliniques courant l'année 2012. Au total, 40 patients ont été suivis dans une des cohortes ANRS, 3 patients dans un protocole clinique, 9 patients dans un observatoire (ANRS ou privé) et enfin 14 patients ont participé à l'enquête SFLS « Parcours des soins ».

Répartition des inclusions par centre hospitalier



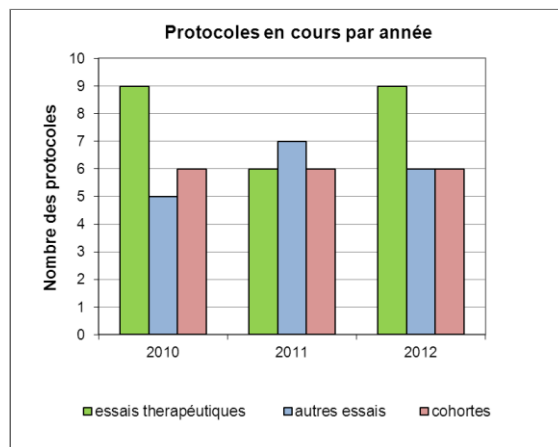
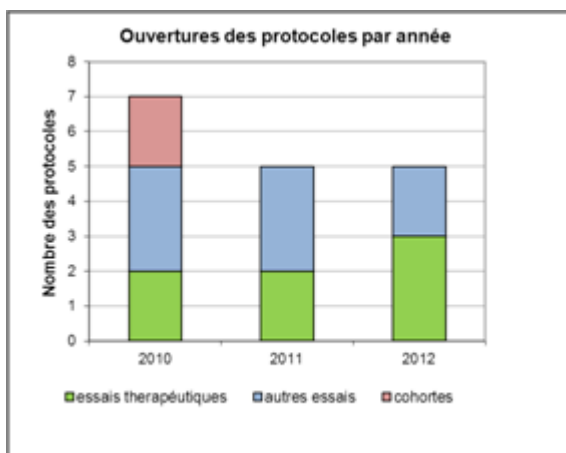
Liste des protocoles cliniques actifs en 2012 dans les centres bretons (hors Rennes)

Nom de l'étude	Descriptif de l'étude	2012	Finistère			Morbihan			Total régional
			Côtes d'Armor St-Brieuc	Brest	Morlaix	Quimper	Lorient	Vannes	
ANRS 144 / Inter-ACTIV	Essai randomisé en double insu comparant l'efficacité et la tolérance du tartrate de varénicline versus placebo dans l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac chez les patients infectés par le VIH, fumeurs réguliers et motivés pour arrêter de fumer.	Nombre d'Inclusions 1	CHU/ Médecine Interne	Centre Hospitalier de Morlaix	Centre Hospitalier de Comouaille	Centre Hospitalier Bretagne Atlantique		1	
ANRS HB04 / B-Boost	Etude comparant immunogénéité d'un schéma vaccinal renforcé contre le VHB (40µg contre 20µg) chez des patients n'ayant pas répondu à une première vaccination et à une injection de rappel (S 72)	Nombre de Suivi* 3						3	
ANRS CO11 - EFF	Enquête Périnatale Française - Observatoire des enfants nés de mère séropositive	Nombre d'Inclusions 2	1	2			4	14	
ANRS CO10 - EFF	Cohorte d'enfants infectés par le VIH 1	Nombre de Suivi 6	1	3			5	24	
		Nombre d'Inclusions 1						0	
		Nombre de Suivi 1						1	
RACING	Recueil de données sur la prise en charge de patients VIH-1 traités par une association d'Antirétroviraux Comportant l'inhibiteur d'intégrase : raltegravir	Nombre d'Inclusions 0	0	0				0	
ANRS CO6 / Cohorte nationale VIH-2	Etude de la progression de l'infection par le VIH-2 chez les patients adultes suivis en France.	Nombre d'Inclusions 0			1		0	1	
ANRS / Primo	Cohorte primo-infection	Nombre de Suivi 6	en cours d'ouverture	en cours d'ouverture	1		3	10	
ANRS CO21 / CODEX	Cohorte multicentrique des patients VIH ayant un profil d'évolution extrême - Rassemblement des cohortes CO18 (HIV Controllers) et CO15 (Asymptomatiques à long terme)	Nombre d'Inclusions 3	en cours d'ouverture		1			1	
"Parcours de Soins"	Enquête un jour donné auprès des patients infectés par le VIH	Nombre de participants 3	3	1	7			14	
ANRS-EP50 / ORVAO	Observatoire de la réponse immuno-virologique aux antirétroviraux, chez les patients infectés par les VIH-1 du groupe O, vivant en France	Nombre d'Inclusions 3			3			3	
ANRS CO16 - Lymphovir	Cohorte de lymphomes associés au VIH	Nombre de Suivi 3			3			3	
		Nombre d'Inclusions Protocole ouvert pas d'inclusion, ni de suivi							
		Nombre de Suivi							

*y compris les patients inclus dans l'année

Bilan de recherche clinique au CHU de Rennes

A Rennes, vingt-et-un protocoles cliniques ont été actifs au cours de l'année 2012 (dont 16 ANRS). Cinq nouveaux protocoles ont été ouverts.



Ainsi, par rapport aux années précédentes, le nombre de protocoles actifs et le nombre d'ouvertures restent stables.

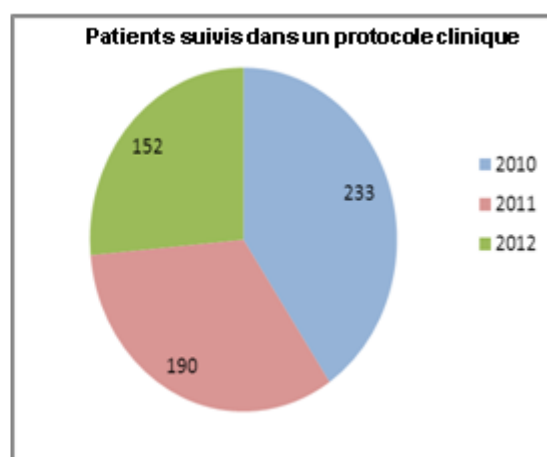
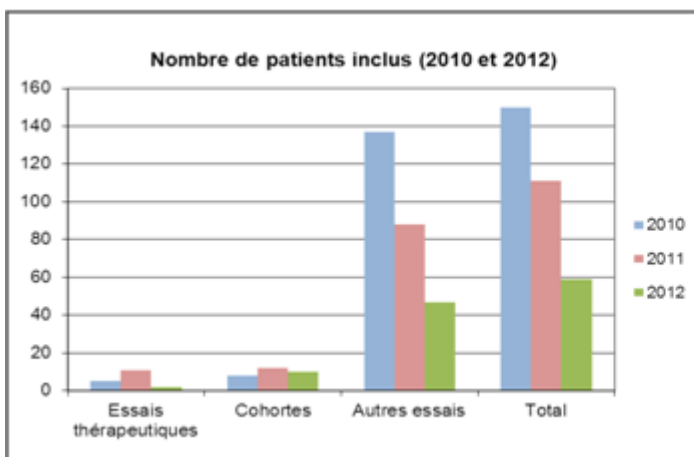
Les protocoles thérapeutiques ouverts en 2012 concernent :

- le traitement de la co-infection VIH-VHC (QUADRIH)
- l'évaluation de l'efficacité du traitement par la bithérapie de maraviroc + darunavir/r *versus* la trithérapie par truvada + darunavir/r chez les patients naïfs du traitement VIH (MODERN)
- le traitement par lenalidomide dans le traitement de la maladie de Kaposi chez des patients infectés par le VIH (LENAKAP).

Les deux autres projets ouverts portaient sur :

- le parcours de soins (enquête SFLS)
- le bénéfice clinique des traitements ARV en un comprimé par jour (SToRy)

Cent cinquante-deux patients étaient suivis dans le cadre d'un protocole dont cinquante-neuf nouveaux inclus durant cette année.



En termes d'inclusions et de suivi de patients, l'année 2012 affiche donc une diminution par rapport aux années 2010 et 2011. Ceci est surtout marqué dans les catégories « essais thérapeutiques » et « autres essais » (observatoires, enquêtes, etc.).

Au total, deux cent vingt-sept visites ont été réalisées toutes catégories de protocoles cliniques confondues.

Nombre total de visites effectuées			
	2010	2011	2012
Essais thérapeutiques	76	94	69
Cohortes	69	79	97
Autres essais	178	135	56
Total	323	308	222

Récapitulatif des protocoles cliniques en 2012

Nom de l'essai	promoteur	catégorie	Protocoles ouverts en 2012	Nombre total des patients		2012			Inclusion ouverte au 31/12/2012
				préinclus	inclus	Patients inclus en 2012	Patients suivis au 31/12/2012	Patients suivis courant 2012	
EMVIPEG	ANRS	B	non	2	2	0	0	1	non
B-BOOST	ANRS	D	non	10	10	0	0	2	non
PRETHEVIC	ANRS	B	non	4	4	1	1	1	non
LENAKAP	ANRS	B	oui	1	1	1	0	1	oui
QUADRIH	ANRS	B	oui	0	0	0	0	0	oui
POEM	Pfizer	B	non	2	2	0	2	2	oui
SToRy	Gilead	A et B	oui	3	3	3	3	3	oui
HIV-chest	ANRS	A, B, C	non	36	36	21	36	36	non
OPTIMAL	ANRS	A	non	2	2	1	1	2	oui
MODERN	Pfizer	A	oui	0	0	0	0	0	non
TELAPREVIH	ANRS	B, D	non	4	3	0	1	3	non
LYMPHOVIR	ANRS	D	non	6	6	1	3	3	oui
NEAT	ANRS	A	non	7	6	0	7	7	non
COVERTE	ANRS	B	non	11	11	3	11	11	oui
OPTIPRIM	ANRS	A	non	3	3	0	2	3	non
CODEX	ANRS	A	non	7	7	1	6	6	oui
RACING	MSD	B, C	non	10	10	0	0	10	non
Cohorte VIH-2	ANRS	D	non	4	4	0	2	2	oui
Cohorte PRIMO	ANRS	A	non	36	36	4	36	36	oui
Observatoire EPF	ANRS	D	non	31	31	15	15	15	oui
Enquête qualité de soins	SFLS	D	oui	8	8	8	0	8	non
TOTAL 21	16 ANRS		2 ANRS	186	184	59	126	152	

Différentes catégories de protocoles :

Essais thérapeutiques : B-BOOST, LENA KAP, MODERN, QUADRIH, OPTIPRIM, NEAT, TELAPREVIH, OPTIMAL, EMVIPEG

Cohortes : PRIMO, VIH-2, LYMPHOVIR, PRETHEVIC, COVERTE, CODEX (VIH-controllers)

Autres essais : RACING, POEM, STORY, HIV-chest, OBSERVATOIRE EPF, ENQUETE PARCOURS DE SOINS.

II.2.6 Autres activités

▪ Groupe procréation inter-Corevih Bretagne – Pays de Loire

Le groupe est en charge, à partir des recommandations du rapport d'expert 2010 et de la littérature plus récente, de proposer les grandes lignes de prise en charge et de conseil pour :

- Les couples sérodifférents où la femme est séropositive
- Les couples sérodifférents où l'homme est séropositif
- Les couples séropositifs concordants

[Annexe PR1 : Lettre de mise en place du groupe de travail](#)

Activités :

- Rédaction de recommandations concernant la procréation à destination des professionnels de santé
- Réaliser une bibliographie
- Rédaction de recommandations/ information concernant le désir de grossesse à destination des patients en intégrant dans les réflexions, les associations de patients : repérer au sein des COREVIH des associations voulant participer
- Rédaction d'une lettre d'information à destination des patients « AMP à risque virale » : Recommandations, harmonisation de la prise en charge

Groupes de travail :

Pilotes : Dr. Pascale Fialaire et Dr Pascale Perfezou

[Annexe PR2 : liste des membres](#)

Méthodes :

3 réunions : 15 mars, 7 septembre et 6 décembre

[Annexe PR 3 :Compte-rendu du 25 mai](#)

[Compte-rendu du 7 septembre](#)

[Compte-rendu du 6 décembre](#)

▪ Rencontre nationale des coordonnateurs de COREVIH

Le COREVIH Bretagne a eu le plaisir d'accueillir la troisième journée nationale des coordinateurs des COREVIH afin d'échanger, dans un esprit de mutualisation, sur les pratiques et modalités de travail. Cette année, la rencontre aura lieu les :

13 et 14 Juin 2012 au Domaine des Ormes à Dol de Bretagne (35)

Groupes de travail :

Causse Sophie : COREVIH IDF Est
Dubruc Gaëlle : COREVIH Arc Alpin
Esposito Servane : COREVIH Aquitaine
Galliot Bérénice : COREVIH Nord Pas de Calais
Renet Jean-Claude : COREVIH Basse Normandie
Rigollier Isabelle : COREVIH Réunion

Méthodes :

Réunion du comité d'organisation : 10 février, 1 mars, 14 mars et 4 avril
Préparation de "l'atelier BAO" : rencontre Véronique Tirard Fleury et Isabelle Rigolier le 7 juin et le 11 juin
2 journées de travail le 12 et 13 juin
Journée de « compagnonnage » des coordinateurs des COREVIH de la Réunion, Guadeloupe, Guyane, Martinique et Basse Normandie le 14 juin

[Annexe C1 : programme et présentations des journées DOL 2012](#)

Liste des annexes

Annexe C1 : programme et présentations des journées DOL 2012
Annexe PR1 Lettre de mise en place du groupe de travail
Annexe PR2 : liste des membres
Annexe PR3 : Compte-rendu du 25 mai
Annexe PR4 : Compte-rendu du 7 septembre
Annexe PR5 : Compte-rendu du 6 décembre

▪ La coopération internationale

Si l'essentiel des missions du COREVIH Bretagne est dirigé vers la région éponyme, il ne faut pas méconnaître notre mission de coordination de la coopération internationale dans le domaine du VIH, qui est constitutive des missions des COREVIH. Ce travail permet un échange à double sens : faire profiter les pays du sud d'une expérience avancée dans certains domaines de la prise en charge, et profiter de leur expérience dans des domaines qui nous sont moins habituels : gestion de grandes files actives avec peu de ressources humaines, prise en charge d'une grande majorité de patients vivant en dessous du seuil de pauvreté, prise en charge mère/enfant et pédiatrique etc... Le COREVIH Bretagne est engagé dans une démarche de coopération internationale, essentiellement à travers les projets soutenus par l'initiative « Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau » (ESTHER) : en 2012, nous avons encore trois projets actifs avec ESTHER, au Niger (Saint-Brieuc), au Libéria (Rennes) et au Burundi (Rennes). Les projets Côte d'Ivoire (Vannes) et Cambodge (Brest) vont bénéficier d'un financement voté par l'assemblée plénière du COREVIH en 2011, ceux-ci étant clôturés dans le cadre de l'initiative ESTHER mais nécessitant un financement de transition.

En 2012, le COREVIH s'est attaché à se rapprocher du **Conseil Régional de Bretagne**, afin de partager sur des possibilités de travail en commun autour de cette thématique. Le CR de Bretagne est très engagé sur des projets agricoles, halieutique et d'éducation, moins dans le domaine de la santé ; il n'y a pas de géographie commune (aucun des 5 pays d'intervention des hôpitaux breton ne fait partie des cibles privilégiées du Conseil Régional). Le COREVIH va participer au comité de pilotage des actions de coopération internationale du Conseil régional, afin d'envisager les coopérations possibles dans le domaine de la santé.

Les TECs du COREVIH Bretagne, en coopération avec les équipes du COREVIH Pays de Loire, se sont engagés en 2012 dans une démarche d'amélioration de la qualité des bases de données médicales VIH du Burundi : l'objectif est de former les acteurs de terrain à une meilleure connaissance de leurs outils de travail, à mieux en connaître la finalité et à améliorer le contrôle qualité, en coopération avec les autorités locales en charge de la diffusion de ces bases. Ce projet pourra s'étendre à l'ensemble des pays de coopération du COREVIH-Bretagne, en fonction des demandes des acteurs.

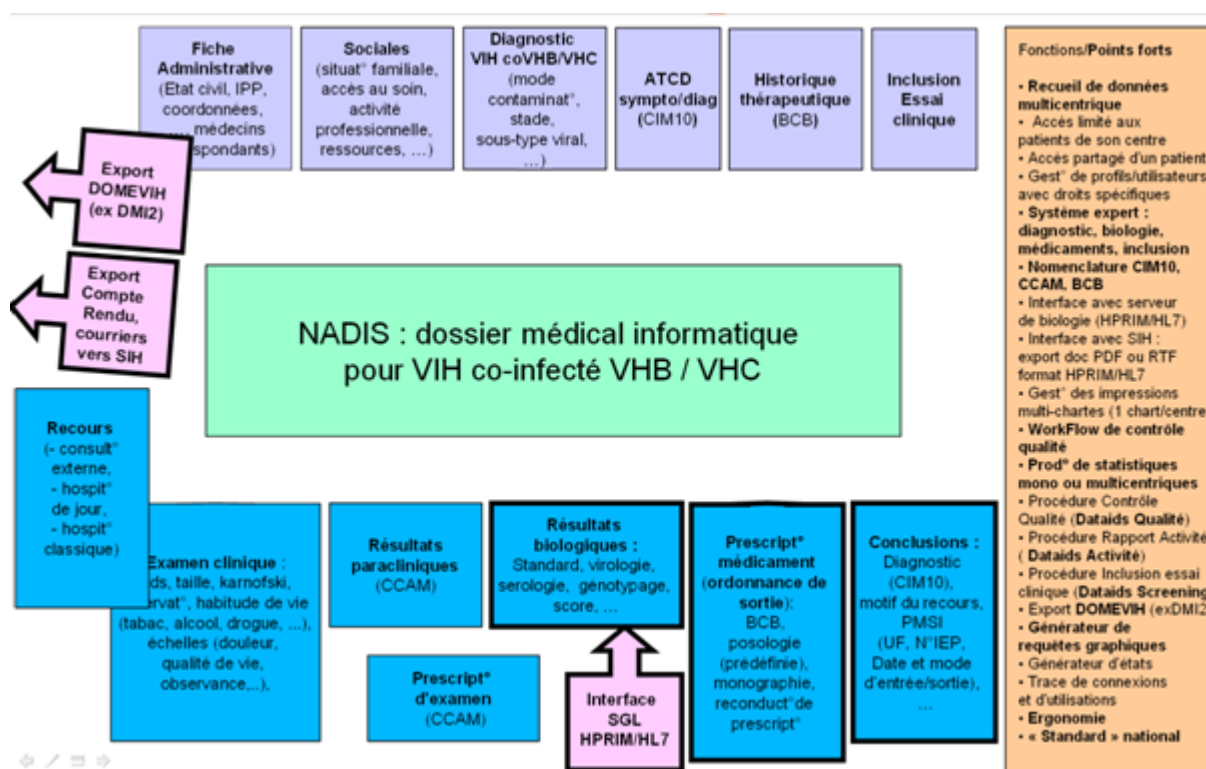
En 2013, une partie de la journée annuelle du COREVIH sera consacrée à la coopération internationale, afin de débattre autour de nos engagements possibles, d'envisager les coopérations dans le secteur associatif breton et les perspectives de travail avec l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP).

▪ Dossier médical informatisé : NADIS

Logiciel et sécurité

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

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



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

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

Procédure de déploiement :

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

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

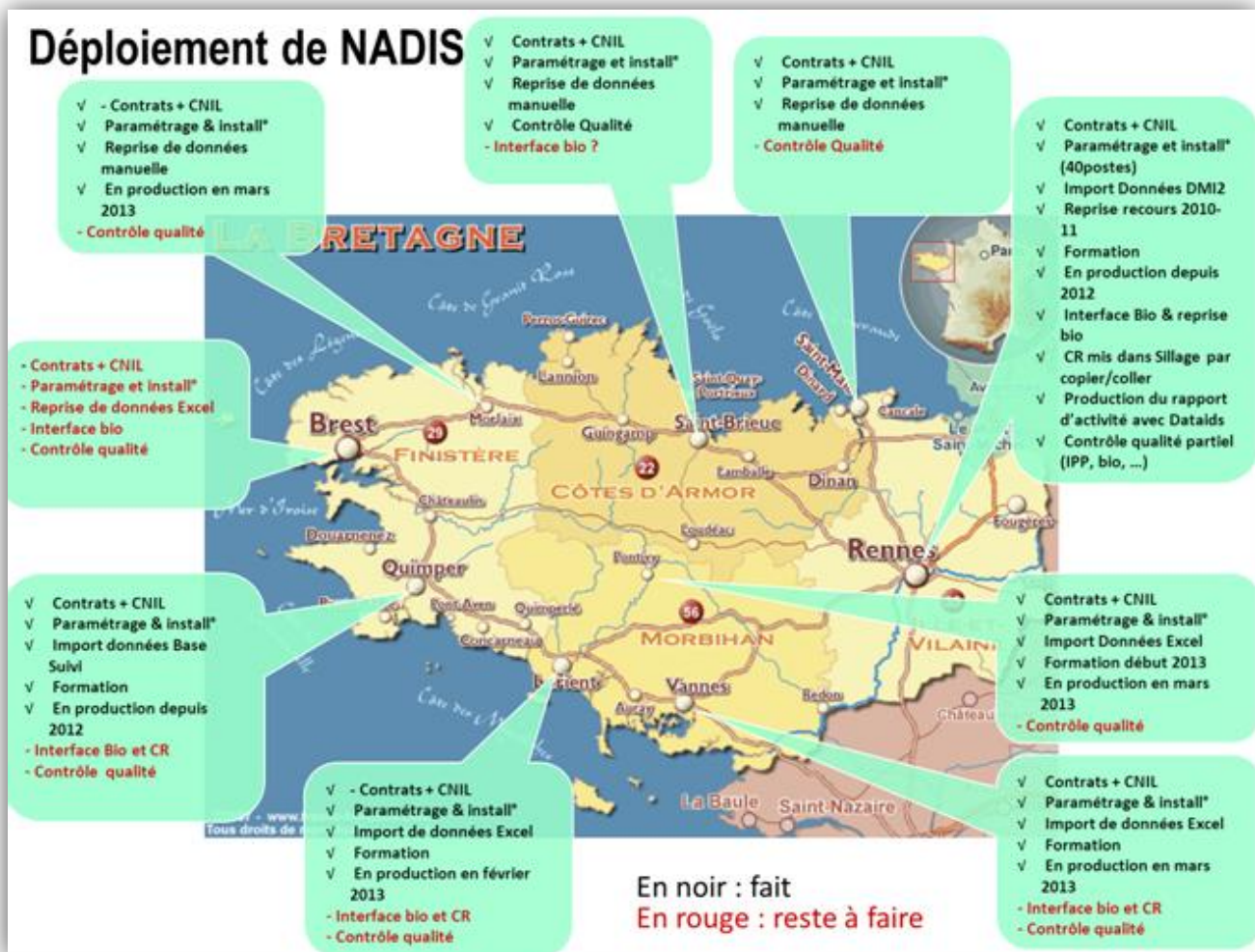
Point sur le déploiement de NADIS en Bretagne :

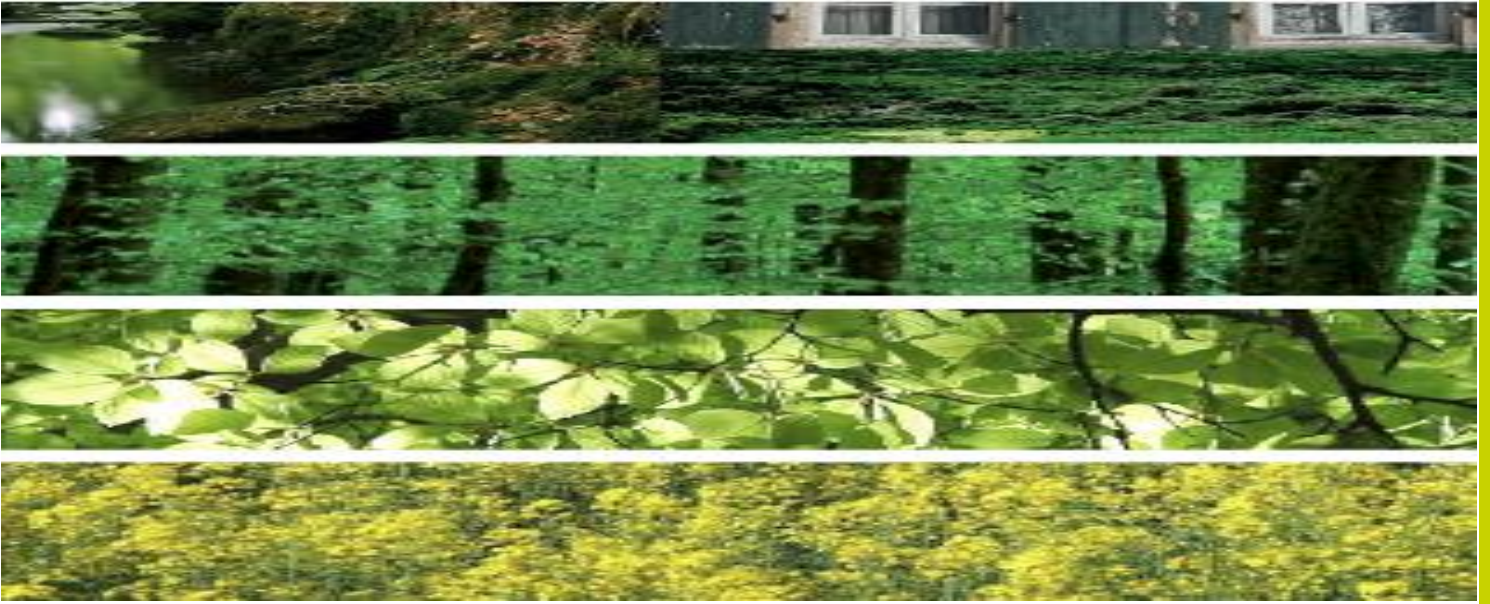
8 centres sont déployés : Rennes, Quimper, St Malo, St Brieuc, Vannes, Lorient, Pontivy, Morlaix.
Brest a donné son aval pour un déploiement prochain.

Les chantiers en cours sont :

- La migration vers la version V5 de Nadis prévue mi-2013 avec les formations préalables
- La mise en place des interfaces biologie et comptes rendus avec les différents Systèmes d'Information Hospitaliers bretons (Crossway, Dxcare, Convergence, Synergy, Inlog, ...). L'interface biologie avec Synergy a été mise en place sur Rennes.
- Mise en place d'une procédure qualité des données : requêtes programmées pour le contrôle de données : recherche d'incohérence, incomplétude, ...

Schéma récapitulatif :





III DONNEES MEDICALES ET EPIDEMIOLOGIQUES

III.1 DONNEES DU DEPISTAGE

Le COREVIH Bretagne et l'Observatoire Régional de la santé en Bretagne collaborent dans le domaine de la surveillance épidémiologique. Les données 2012 n'étant disponibles qu'au 1^{er} décembre de l'année suivante, les données chiffrées 2011 concernant le dépistage du VIH en Bretagne, ainsi que l'analyse de ces chiffres, sont disponibles en ligne : http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/vih_vhc_syphilis/

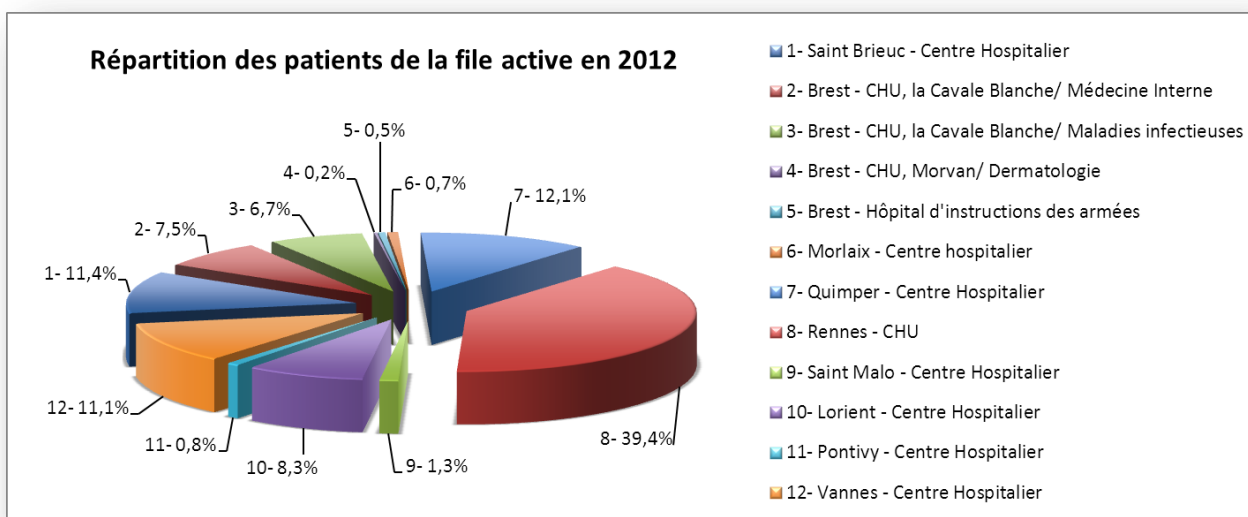
III.2 ANALYSE DES DONNEES MEDICO-EPIDEMIOLOGIQUES DU COREVIH-BRETAGNE

III.2.1 Répartition géographique de la file active du COREVIH en 2012

Les 11 services hospitaliers participant au recueil de l'activité du COREVIH Bretagne ont suivis en 2012 près de 3 000 patients (2 979 patients ont consulté au moins une fois dans les structures concernées), soit une petite augmentation par rapport à l'année précédente (+2,5%). Cette « file active » garde un aspect dynamique : parmi ces patients, 296 étaient vus pour la première fois en Bretagne en 2012, dont 109 pour une découverte de séropositivité. Le nombre de décès reste faible, à 1,3 % de la file active.

Département	Centre Hospitalier/service	Nombre de patients/ File active	Nombre de nouvelles prises en charge 2012	Nombre de nouveaux séropositifs	Nombre de décès	% file active du service / file active totale
Côtes d'Armor	1- Saint Briec - Centre Hospitalier	341	41	11	8	11,4%
Finistère	2- Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Médecine Interne	222	15	4	3	7,5%
	3- Brest - CHU, la Cavale Blanche/ Maladies infectieuses	199	30	11	1	6,7%
	4- Brest - CHU, Morvan/ Dermatologie	6	2	2	0	0,2%
	5- Brest - Hôpital d'instructions des armées	15	3	2	2	0,5%
	6- Morlaix - Centre hospitalier	22	7	2	1	0,7%
	7- Quimper - Centre Hospitalier	359	19	7	2	12,1%
Ille-et-Vilaine	8- Rennes - CHU	1173	104	42	10	39,4%
	9- Saint Malo - Centre Hospitalier	39	8	4	1	1,3%
Morbihan	10- Lorient - Centre Hospitalier	248	24	7	3	8,3%
	11- Pontivy - Centre Hospitalier	25	3	1	1	0,8%
	12- Vannes - Centre Hospitalier	330	40	16	6	11,1%
Total Régional		2 979	296	109	38	100,0%
Total Régional en %			9,9%	3,7%	1,3%	

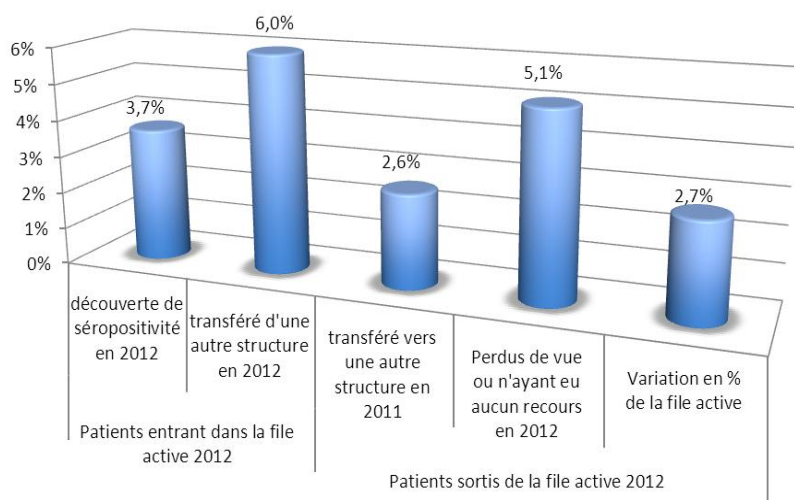
Ces patients se répartissent dans tout le territoire breton, avec un maillage qui paraît satisfaisant, suivant un parcours assez « côtier », représentatif de la répartition des populations en Bretagne : 8 des 11 services participants à l'activité sont situés dans une ville portuaire !



III.2.2 Évolutivité de la file active, perdus de vue

Les variations de file active sont faibles d'un centre à l'autre. Nous gardons un pourcentage de perdus de vue encore trop important, puisque l'on ne connaît pas le destin, en 2012, d'un peu plus de 5% des patients qui étaient suivis en 2011.

Evolution des files actives



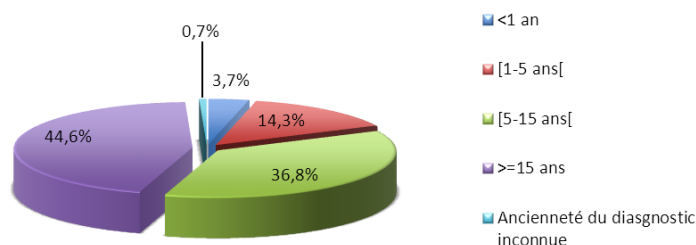
Il est urgent que le COREVIH mette en place une procédure unique de recherche des perdus de vue, d'autant plus que la généralisation de l'informatisation des données facilite ce travail. La dynamique de l'infection par le VIH, tant par le risque de transmission en cas d'arrêt de traitement ou d'acquisition de variantes viraux résistants dépends en partie de notre capacité à proposer aux patients des conditions optimales de suivis qui les incite à ne pas « décrocher » dans le suivi

de leur état de santé. Une analyse plus fine, notamment psycho-sociale, de ce que sont les perdus de vus de la file active bretonne pourrait être un préalable à la mise en place de mesures correctives.

III.2.3 Caractéristiques de la file active

Parmi les 2979 patients vus au moins une fois en 2012, beaucoup sont suivis depuis de très nombreuses années : Plus de 80 % sont suivis depuis plus de 5 ans, et près de la moitié des patients de la file active (44,6%) sont suivie depuis plus de 15 ans.

Répartition des patients en fonction de l'ancienneté du diagnostic

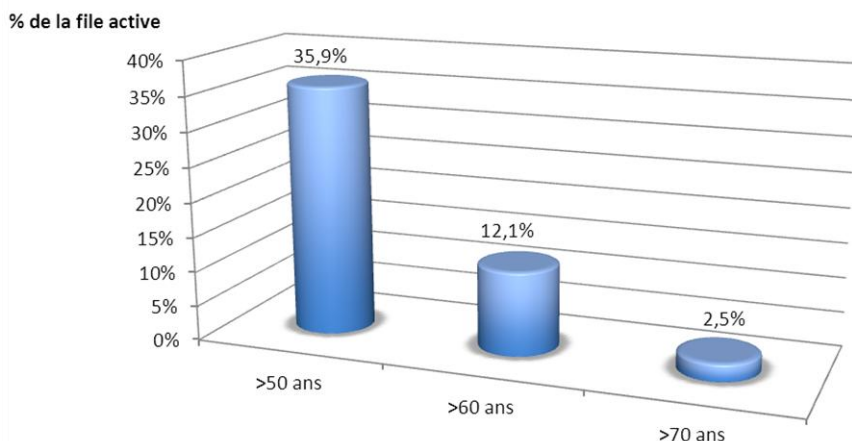


Moins d'un quart des patients (24,2%) a un jour atteint le stade clinique de Sida.

▪ **Âge et sex-ratio**

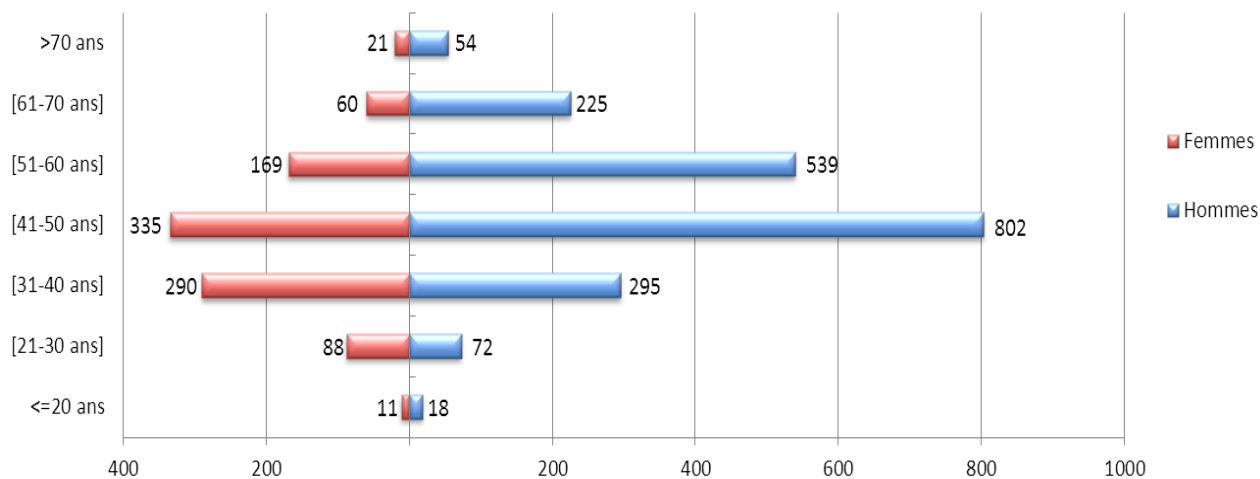
L'âge moyen continue de progresser, ce qui est plutôt satisfaisant, illustrant à la fois la baisse de mortalité et une tendance à rejoindre les taux de morbi-mortalités des personnes non infectées par le VIH ; le pourcentage de patients âgés de plus de 50 ans passe de 30,8% en 2011 à 36 % en 2012, alors que l'augmentation chez les plus de

Répartition des patients âgés de + de 50 ans



60 et 70 ans reste discrète : si l'on veut résumer et simplifier pour 2012, 4 patients sur 10 ont plus de 50 ans, 1 patient sur 10 a plus de 60 ans. Cette répartition des âges est globalement la même d'un centre à l'autre, si l'on exclue les structures ayant des files actives de très petite taille pour lesquelles il est difficile d'obtenir une signification statistique.

Pyramide des âges de la file active



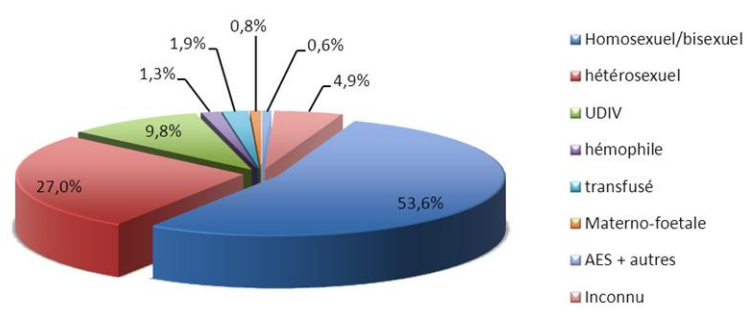
Le sex-ratio est assez stable d'une année à l'autre, avec 2/3 d'hommes (2006 patients) et 1/3 de femmes (973 patients).

▪ **Répartition des modes de contamination**

Chez les hommes, les rapports sexuels avec d'autres hommes restent la source de contamination principale de la

file active (53,6%). C'est une légère augmentation par rapport à 2011, ce qui montre la persistance de la dynamique épidémique chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). Ceci est confirmé par les données concernant les

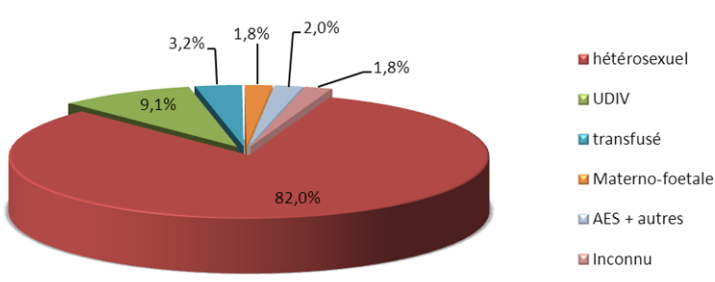
Répartition par mode de contamination, hommes



découvertes de séropositivité en 2012 (cf. chapitre spécifique).

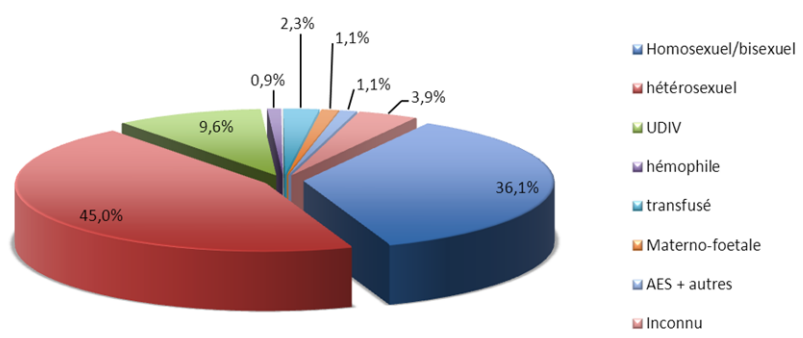
Chez les femmes, le mode de contamination très majoritaire (82%) reste sexuel.

Répartition par mode de contamination, femmes



Pour l'ensemble de la file active, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste inférieur à 10%.

Répartition par mode de contamination, hommes et femmes



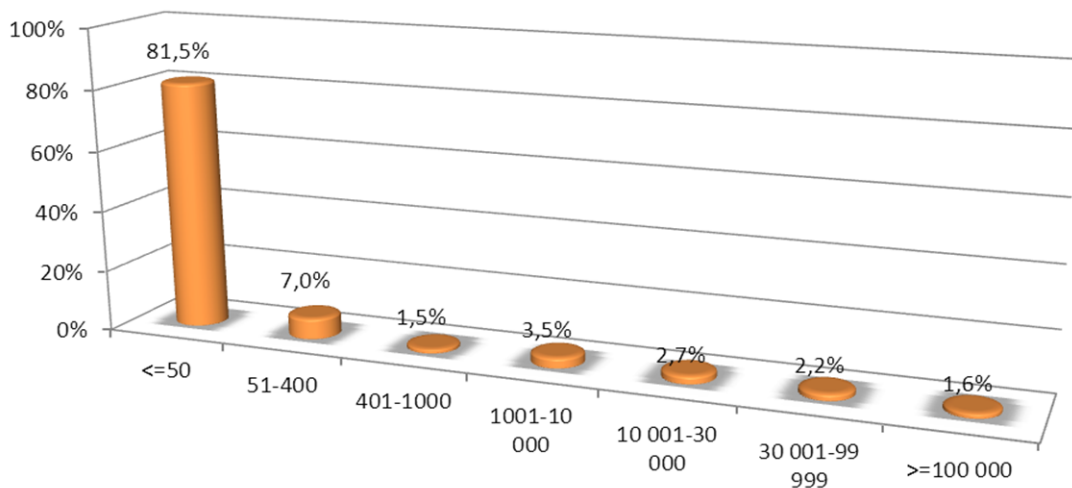
Ces variations sont très faibles d'une année à l'autre, ce qui est logique : moins de 10% des patients de la file active changent entre 2011 et 2012.

- **CD4 et charge virale**

Tous les patients

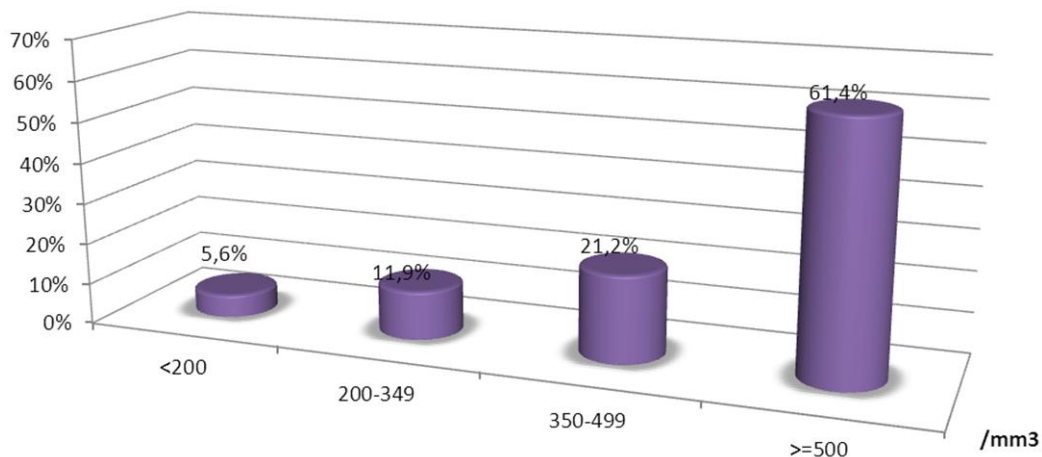
Depuis plusieurs années, le pourcentage de patients suivis ayant une charge virale indétectable et un nombre de CD4 supérieurs à 500/mm³ est à la hausse. Depuis 2009, pour les services dont on dispose des données, le pourcentage de charges virales indétectables est supérieur à 80% (patients traités ou non-traités). Plus de 90% des patients ont une charge virale ≤ 1 000 copies/ml.

Répartition des valeurs de la dernière charge virale mesurée (présence ou absence de traitement)



La proportion de patients ayant atteint la valeur seuil de 500 CD4/mm³ (ou n'ayant jamais eu de CD4 < 500/mm³) continue à progresser et dépasse pour la première fois 60% de la file active (61,4%).

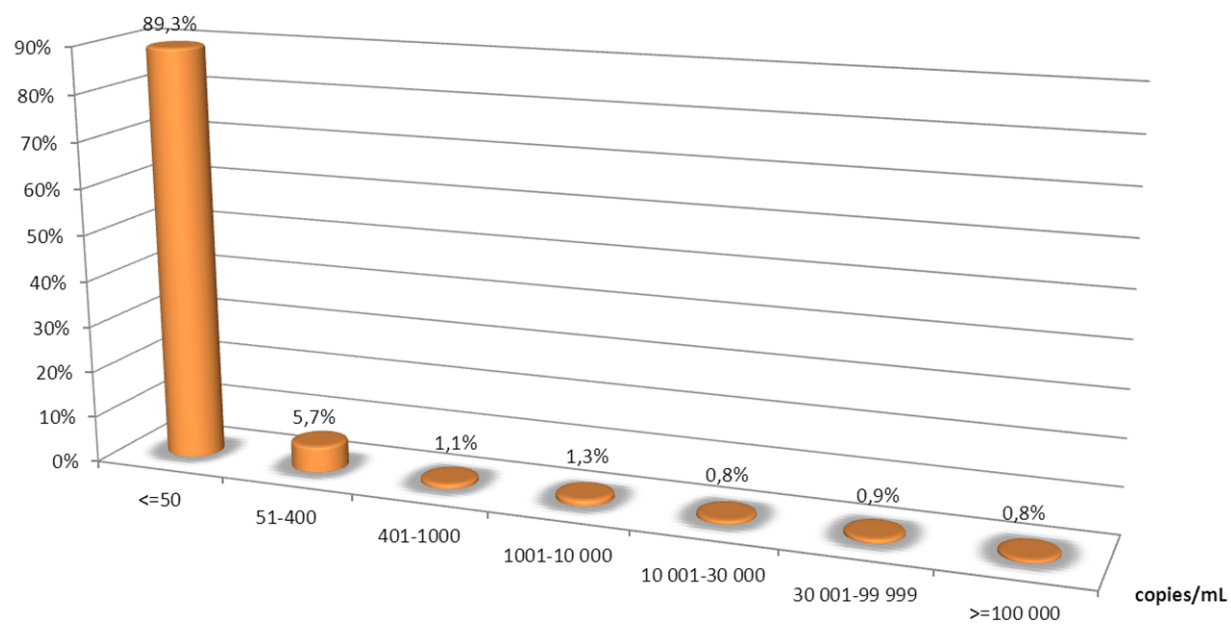
Répartition des patients en fonction de leurs derniers CD4 renseignés



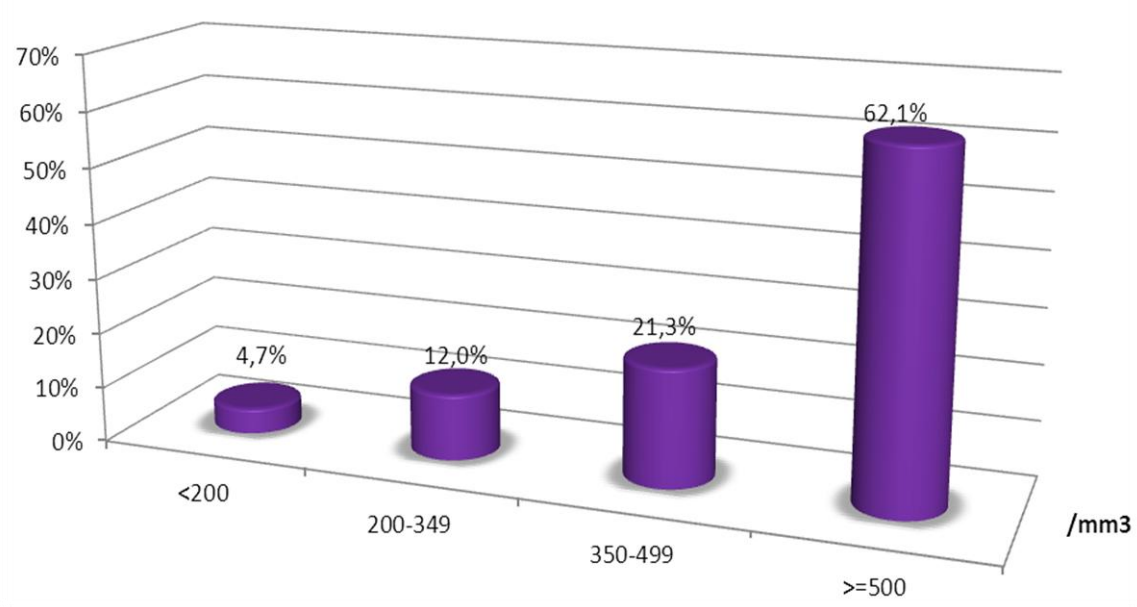
Patients sous traitement antirétroviral

Si l'on s'intéresse uniquement aux patients sous traitement, et quel que soit le mode de calcul utilisé (patients sous traitement stable depuis plus d'un an, patients ayant eu des modifications de traitements, patients sous traitement depuis 6 mois ou plus...) on retrouve plus de 87% de charges virales indétectables, et des CD4 > 500/mm³ chez 58 à 65,5% des patients.

Répartition des patients traités depuis plus de 6 mois en fonction de leur dernière Charge Virale



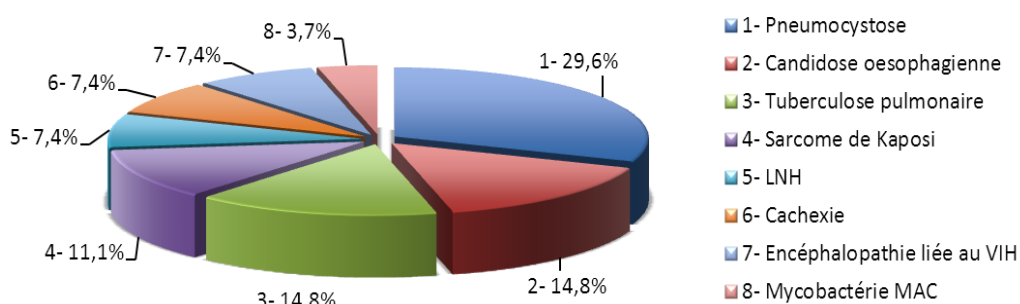
Répartition des patients traités depuis plus d'1 an en fonction de leurs derniers CD4



▪ **Affections opportunistes**

Le nombre d'évènements opportunistes et classant sida reste très faible au cours d'une année concernant 26 patients, dont l'un a eu deux évènements au cours de la même année. La pneumocystose représente un peu moins d'un tiers des évènements, comme cela est globalement décrit en France¹

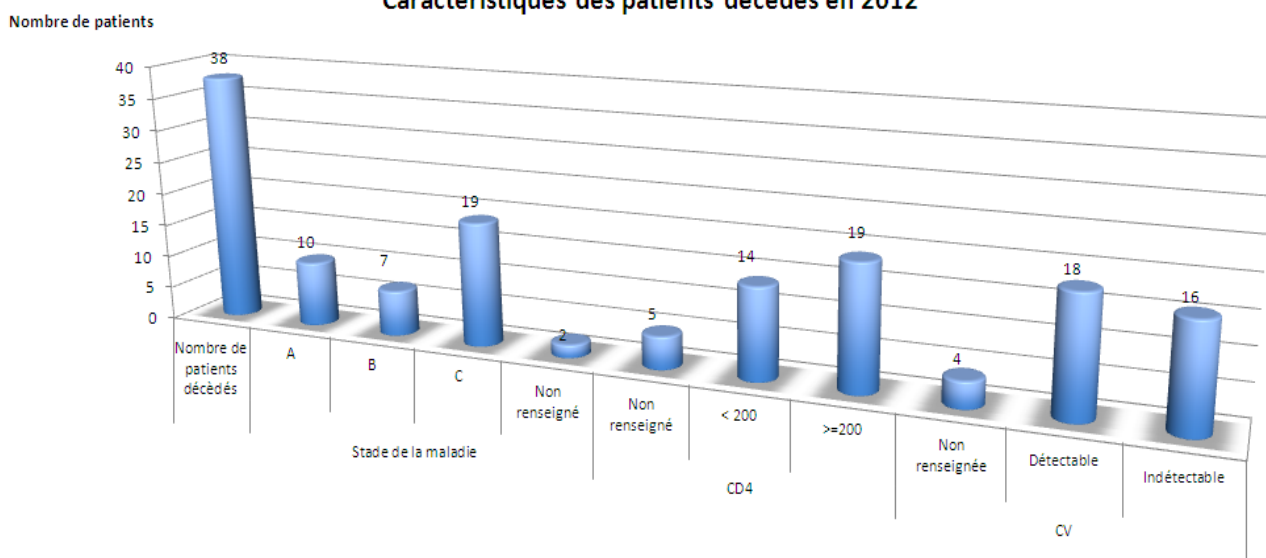
Répartition des 27 évènements classant Sida (pour 26 patients) diagnostiqués en 2012



▪ **Données de mortalité**

Avec moins de 40 décès pour 2979 patients suivis, la mortalité de la file active 2012 du COREVIH Bretagne est de 1,3%. La moitié de ces patients a eu, au cours du parcours de prise en charge, un évènement sida. La moitié des patients a plus de 200 CD4 lors de la dernière mesure réalisée avant le décès. L'infection VIH n'est pas contrôlée (charge virale détectable) chez la moitié des patients décédés.

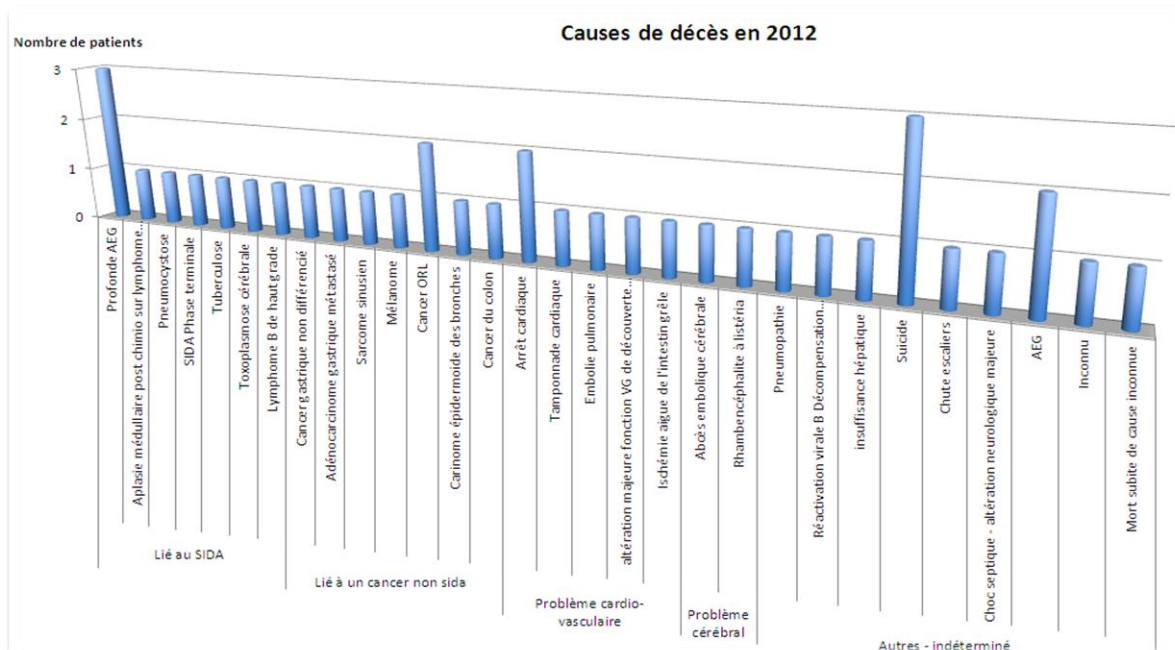
Caractéristiques des patients décédés en 2012



¹ INVS – Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 46-47 / 1er décembre 2012

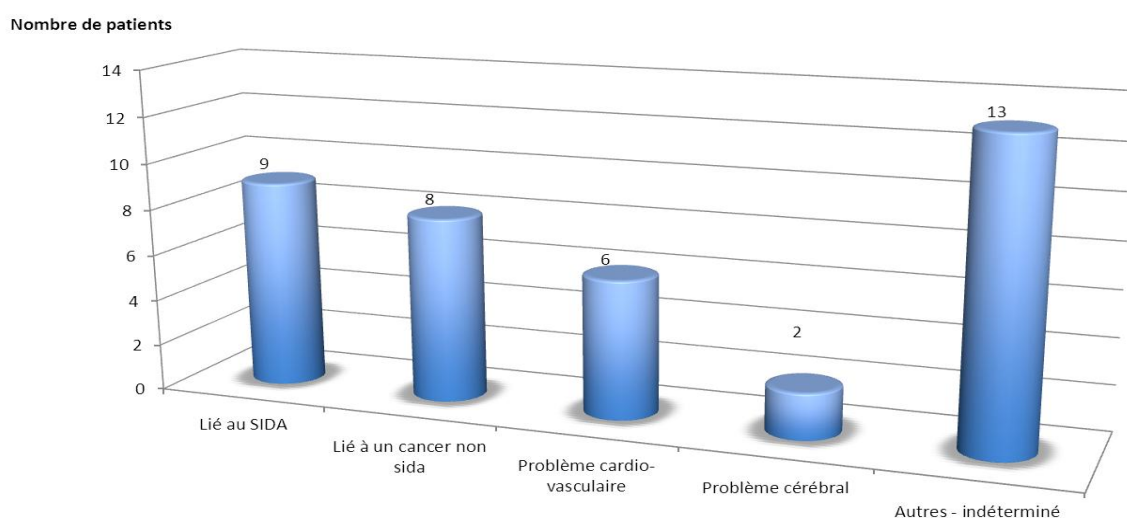
Deux tiers des patients décédés sont fumeurs et 40% sont buveurs excessifs, illustrant la part importante des comorbidités, ces chiffres étant nettement supérieurs à ceux de la file active globale.

Les causes de décès sont très variables, et faute de liste prédéterminée ; le nombre de causes différentes rapportées par les cliniciens est proche du nombre de décès (30 causes différentes, pour 38 décès).



Si on regroupe les données, on remarque que le sida n'est responsable directement que de 9 décès, à quasi égalité avec les cancers non-sida, les affections cardio-vasculaires venant en 3^{ème} position.

Causes de décès en 2012



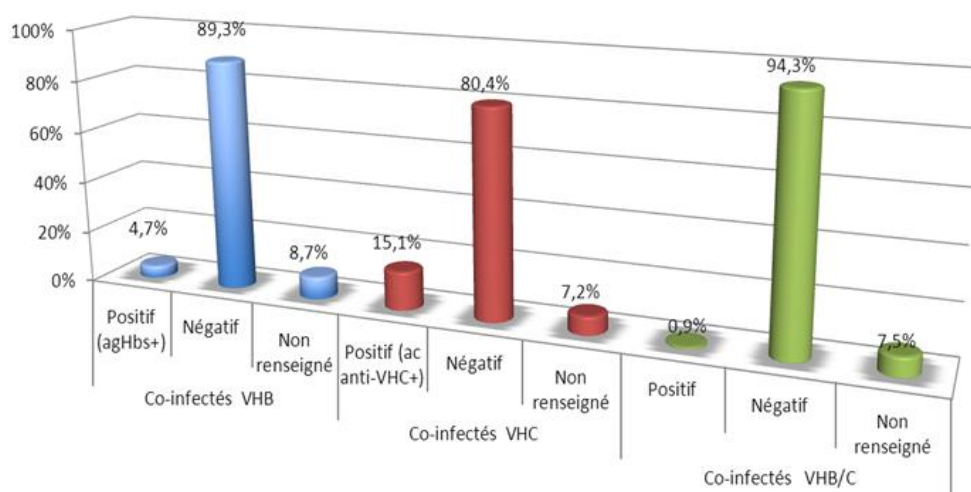
Ces chiffres sont proches des données nationales de l'enquête « mortalité 2010 » ¹

¹ Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Étude ANRS EN20 Mortalité 2010. BEH 46-47, 30 novembre 2012

▪ Hépatites

De très importants efforts ont été réalisés par les techniciens d'étude clinique du COREVIH en 2011 et 2012 afin de réaliser un meilleur recueil de données concernant les co-infections par les virus des hépatites B et C, et inciter les cliniciens avec lesquels ils collaborent à obtenir les données manquantes, soit par des retours au dossier, soit par la prescription de sérologies et de contrôles viraux. Ainsi, **pour la première fois depuis que le CISIH puis le COREVIH assurent une surveillance épidémiologique dans ce domaine, il y a moins de 10% de « non renseignés » concernant ces indicateurs virologiques.**

Proportion de Co-infection VHB et VHC dans la file active



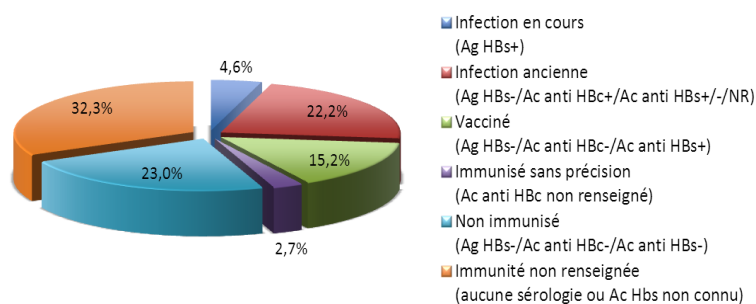
Hépatites B

Un peu moins de 5% des patients suivis sont porteurs chroniques de l'Ag HBs : cette donnée est parfois très ancienne dans le dossier, sans contrôle récent de la sérologie chez des patients ayant une charge virale B indétectable, ce qui laisse supposer qu'un certain nombre de séroconversion HBs ont pu passer inaperçue. Un

contrôle qualité des données pourra

être effectué afin de connaître le pourcentage de contrôles récents parmi les patients porteurs chroniques de l'Ag HBs. Ceci a des conséquences en terme de modalités de suivis, les patients ayant séroconvertis ne nécessitant plus de suivi de charge virale B. **Plus d'un quart des patients a été en contact**

Répartition des patients selon leur dernière sérologie VHB



avec le virus B (ce dont témoigne la présence d'Ac HBc chez 22,2% et l'Ag HBs chez 4,6%). **Quasiment un quart de la file active n'a aucune immunité anti VHB**, ce qui illustre les efforts que nous devons réaliser pour améliorer la couverture vaccinale de nos patients dans ce domaine.

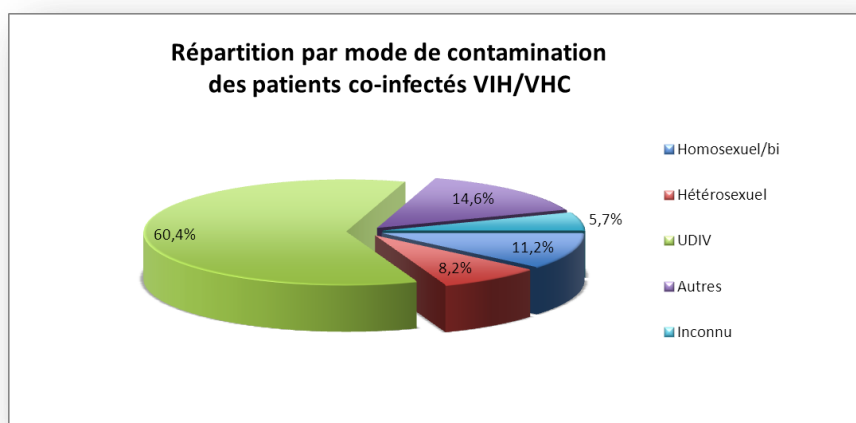
Une large majorité (77%) des patients co-infectés VIH et VHB est traitée en bithérapie pour le VHB, les autres patients se répartissant entre de rares non-traités (6.6%) et la monothérapie (16%).

Hépatites C

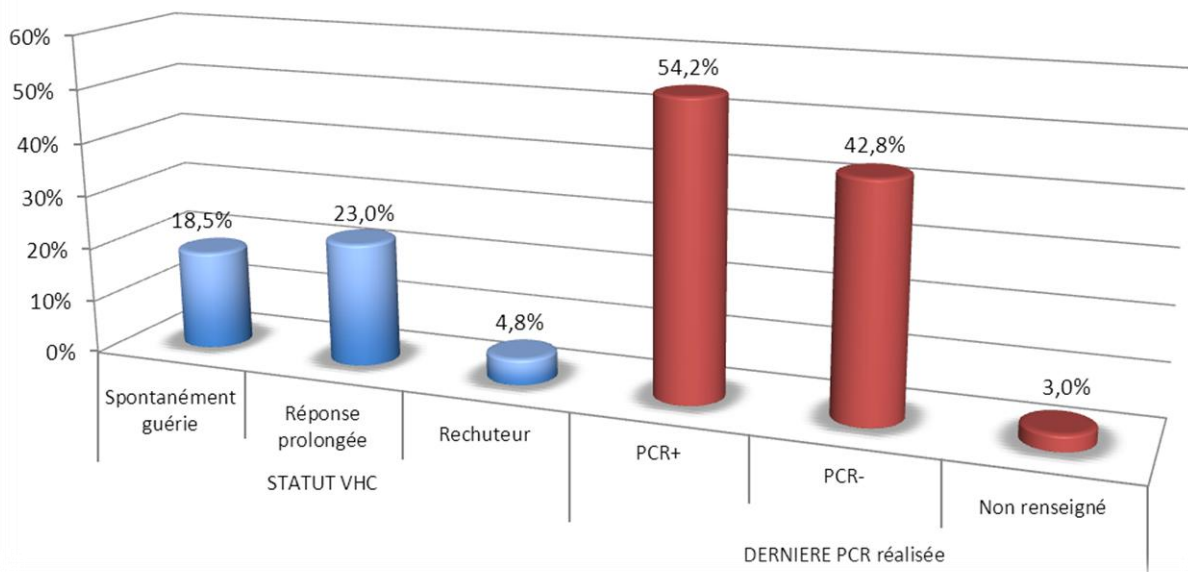
La très large majorité (59,2%) des contaminations est liée à l'usage de drogues par voie veineuse, mais il ne faut pas méconnaître la part progressive des contaminations chez les HSH. La catégorie « autres modes de contamination » représente les personnes transfusées, hémophiles, originaires de zone d'endémie ou pour lesquels est suspectée ou prouvée une origine nosocomiale.

Le pourcentage de patient ayant été en contact avec le virus C évolue peu, avec globalement 15% de la file active ayant des Ac anti-VHC. Le pourcentage de guérison spontanée est faible (18,5%) par rapport aux patients mono-infectés, mais cette constatation a déjà été publiée dans de grandes cohortes.

Un tiers des patients susceptibles de pouvoir bénéficier d'un traitement (non guéris spontanément) n'ont jamais été traités, et un peu plus de 50% des patients co-infectés VIH et VHC avaient encore une PCR VHC positive lors de leur dernier contrôle.

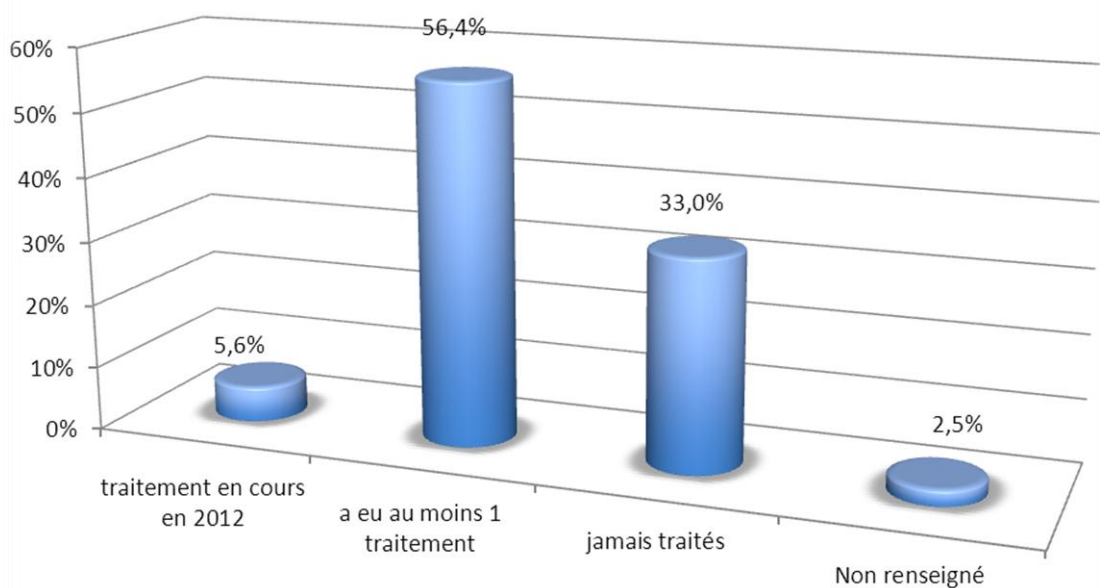


Statut des patients co-infectés VIH/VHC et dernière PCR



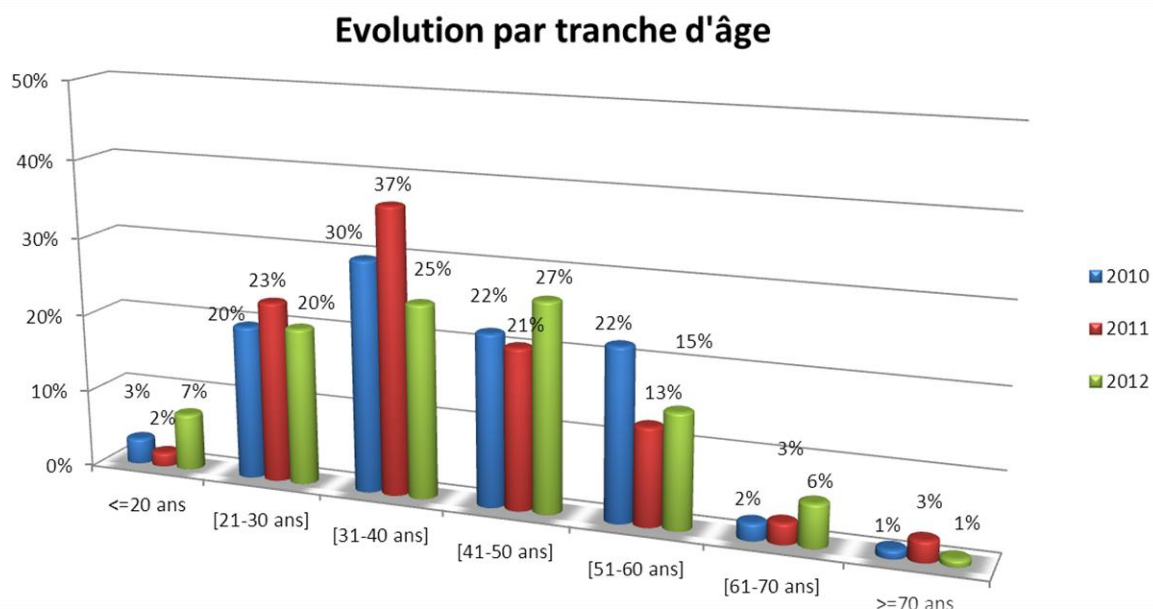
On peut espérer que l'arrivée rapide des nouvelles molécules anti-VHC, notamment celles permettant de réaliser des traitements sans interféron, modifiera ces données dès 2014-2015. En effet, une bonne part des 33% de patients jamais traités représente soit des patients réfractaires à toute idée d'interféron, soit dont les médecins ont jugé qu'il y avait une contre-indication à l'utilisation de ce type de molécules.

Traitements des patients co-infectés VIH/VHC



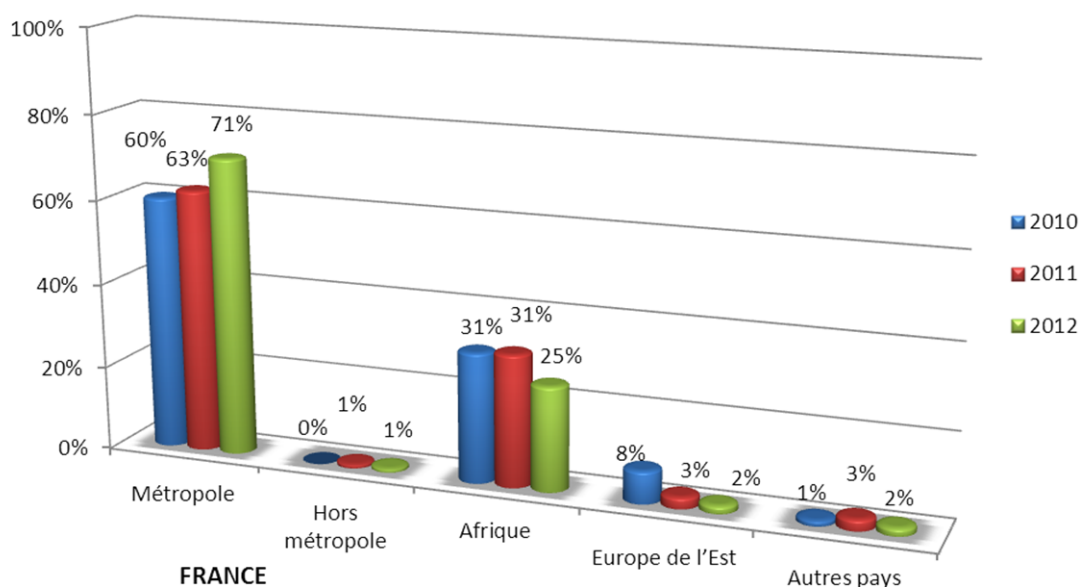
III.2.4 Patients nouvellement pris en charge

Le nombre de patients découvrant leur séropositivité en 2012 et pris en charge en Bretagne est très stable au cours des trois dernières années : 91 en 2010, 112 en 2011 et 109 en 2012. Le sex-ratio reste globalement celui de la file active, avec 75 hommes pour 34 femmes.

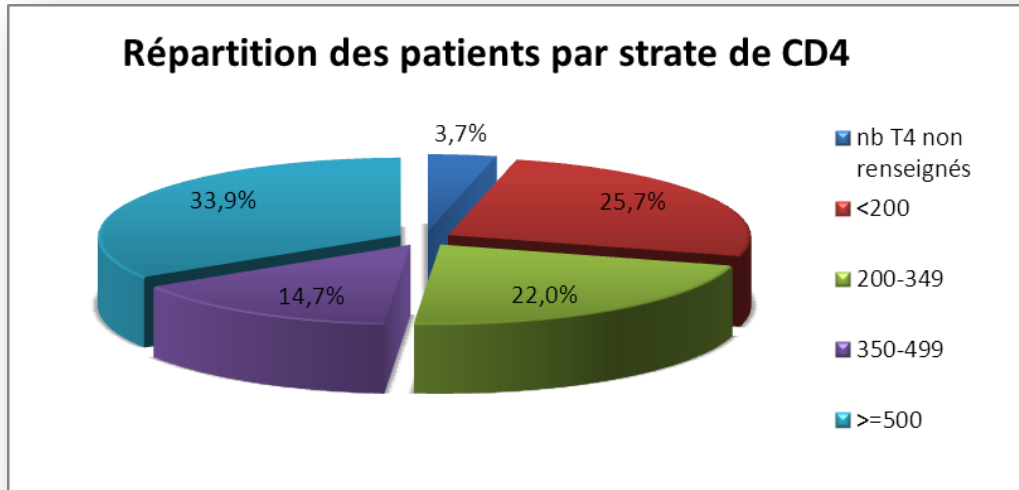


Chez les hommes, le mode de contamination majoritaire reste les rapports sexuels avec d'autres hommes. Le mode de contamination par usage de drogues intraveineuse a tendance à disparaître aussi bien chez les femmes (aucun cas) que chez les hommes (1 cas). Le pourcentage de nouveaux patients originaire d'Afrique subsaharienne est également stable ; les cas importés d'Europe de l'Est paraissent en diminution au cours des trois dernières années, mais les très faibles effectifs ne permettent pas d'effectuer de calcul statistique.

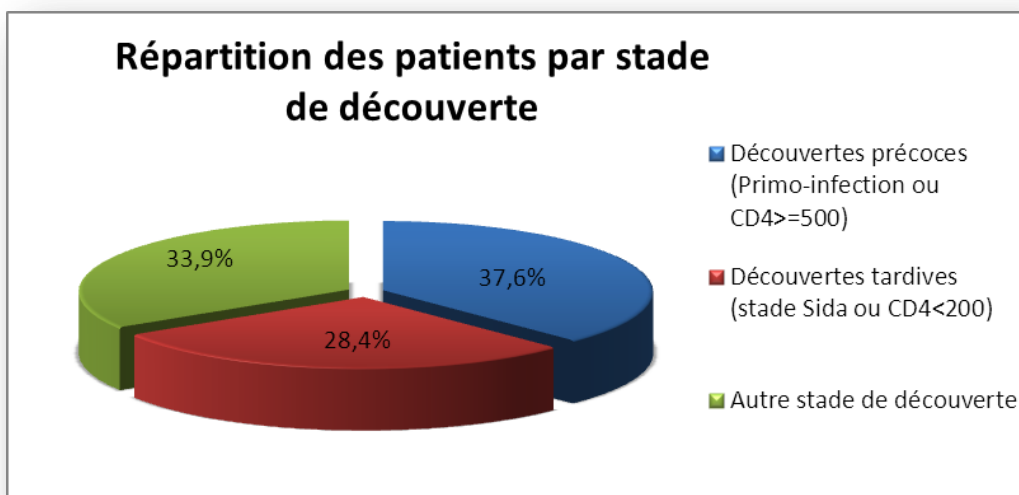
Evolution 2010/2011/2012 selon l'origine des patients



Un peu plus de 10% des patients découvrent leur séropositivité au stade sida, et 28 % des découvertes peuvent être considérées comme tardives (stade sida ou $CD4 < 200/mm^3$), alors que 38% peuvent être considérées comme précoces ($CD4 > 500/mm^3$ ou primo-infection).



Actuellement, plus de la moitié de ces patients nouvellement découverts peuvent être considérés comme immunodéprimés, avec des $CD4 < 350/mm^3$.



III.2.5 Activités des services participant au recueil

▪ Activité globale

L'activité des sites de prise en charge reste assez variée, tant dans la fréquence moyenne des consultations (de 2 à 4 fois par an, avec une moyenne bretonne de 2,8) que dans sa répartition consultations/hôpitaux de jour, la fréquence des hôpitaux de jour/patient allant de 100% (dermatologie Brest) à 2% (Lorient), avec une moyenne de 20%.

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nb pts	Nbre total de CS	Nbre de CS/patient	Nbre d'HDJ	Nbre d'HDJ/patient
Côtes d'Armor	St Brieuc	CH Yves le Foll	341	1026	3,01	158	0,46
Finistère	Brest	CHU la cavale blanche/ Médecine Interne	222	518	2,33	101	0,45
		CHU la cavale blanche/ Maladies infectieuses	199	567	2,85	11	0,06
		CHU Morvan/ Dermatologie	6	13	2,17	6	1,00
		Hôpital d'instructions des armées	NON RENSEIGNE				
	Morlaix	CH de Morlaix	22	54	2,45	6	0,27
	Quimper	CH de Cornouaille	359	1315	3,66	74	0,21
Ille-et-Vilaine	Rennes	CHU Pontchaillou	1176	3487	2,97	163	0,14
	St Malo	CH Broussais	39	125	3,21	2	0,05
Morbihan	Lorient	CH de Bretagne Sud	248	nr	nr	6	0,02
	Pontivy	CH de Pontivy	25	0	0	54	2,16
	Vannes	CH Bretagne Atlantique	330	1336	4	34	0,1
Total régional			2906	8262	2,8	607	0,21

Le nombre d'hospitalisation traditionnelle reste faible, à moins de 7% de la file active suivie. Ces variations sont en grande partie liées aux interprétations variables de la circulaire « frontière » et de la circulaire « Hôpitaux de jour de synthèse VIH » d'un site à l'autre puisque les données épidémiologiques montrent que ces patients sont les « mêmes » d'un site à l'autre, sans variation des paramètres immunologiques et virologiques. Les données sociales, qui pourraient être un facteur de variation des méthodes de prise en charge, ne sont pas assez bien recueillies pour être exploitées, et le COREVIH devra faire un effort pour améliorer ce recueil.

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nb pts	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	St Brieuc	CH Yves le Foll	341	21	6,2%	36
Finistère	Brest	CHU la cavale blanche/ Médecine Interne	222	16	7,2%	30
		CHU la cavale blanche/ Maladies infectieuses	199	22	11,1%	38
		CHU Morvan/ Dermatologie	6	0	0,0%	0
		Hôpital d'instructions des armées	NON RENSEIGNE			
	Morlaix	CH de Morlaix	22	nr	nr	nr
	Quimper	CH de Cornouaille	359	14	3,9%	16
Ille-et-Vilaine	Rennes	CHU Pontchaillou	1176	64	5,4%	82
	St Malo	CH Broussais	39	5	12,8%	6
Morbihan	Lorient	CH de Bretagne Sud	248	32	12,9%	40
	Pontivy	CH de Pontivy	25	nr	nr	3
	Vannes	CH Bretagne Atlantique	330	24	7,3%	36
Total régional			2906	198	6,8%	281

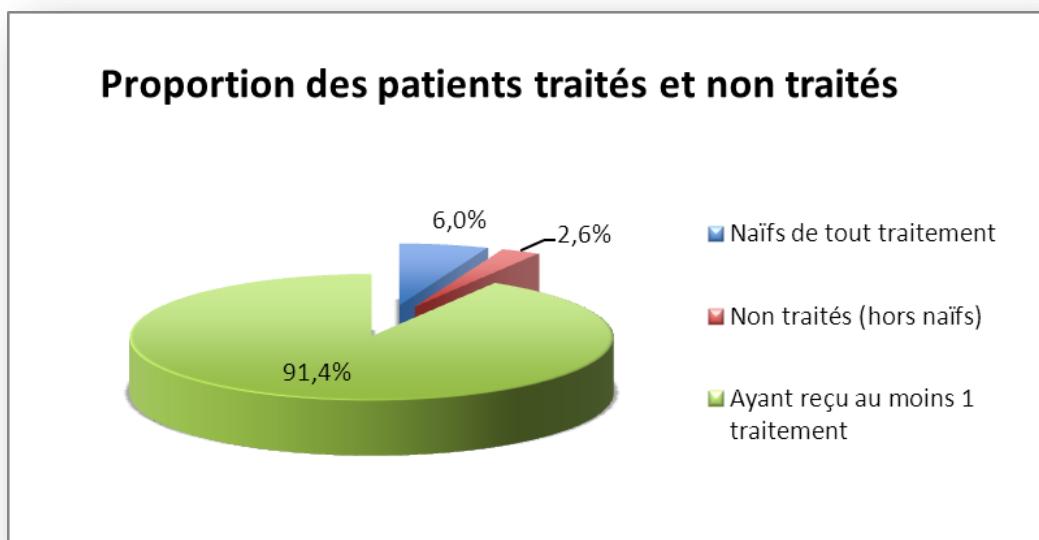
- **Activité des psychologues, assistantes sociales et diététiciennes**

Le recueil de l'activité des infirmières (pour l'éducation thérapeutique), diététiciennes, psychologues et assistantes sociales est complexe, et variable d'un site à l'autre. La plupart de ces personnels n'ont pas qu'une activité « dédiée » VIH, et produisent des statistiques assez complètes sur leur activité, mais sans que l'on puisse distinguer, le plus souvent, le VIH des autres pathologies qu'ils ont en charge. On note simplement, pour l'activité recueillie, que les assistantes sociales et psychologues sont amenées à voir un nombre limité de patients, mais qui sont source d'un nombre important de recours : pour 94 patients suivis par les psychologues ayant déclaré leur activité, on dénombre 1284 recours, soit plus de 13 recours par patient, ce qui correspond globalement à des suivis mensuels. Le sex-ratio des personnes ayant recours au service des assistantes sociales n'est pas représentatif de la file active, avec 50% de femmes (alors qu'elles ne représentent que 30% de la file active), illustrant les difficultés socio-économiques plus grandes que peuvent rencontrer les femmes seules (données confortées par l'enquête Vespa 2, en cours de publication).

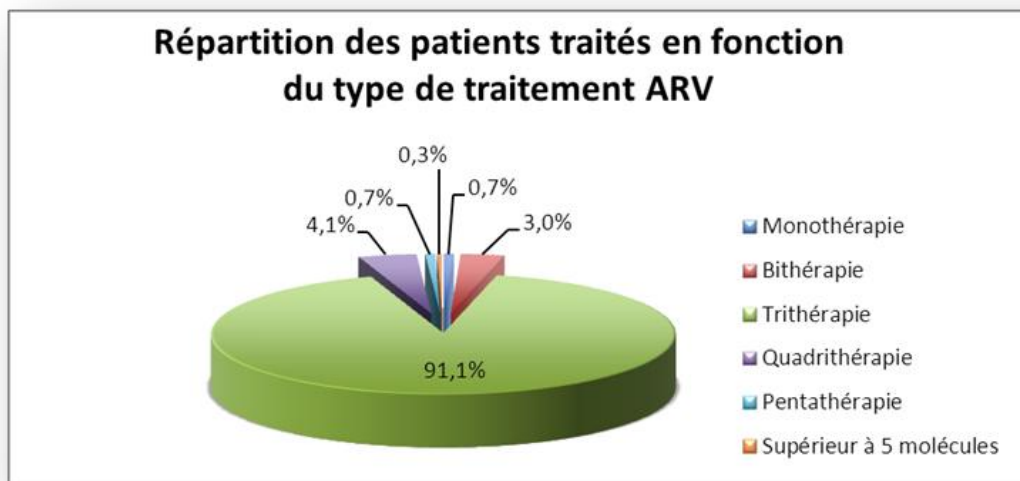
III.2.6 Traitements antirétroviraux

- **Traitements chez les patients de l'ensemble de la file active**

La plupart (91,4%) des patients suivis dans les centres participants à l'activité du COREVIH Bretagne ont été en contact avec un traitement antirétroviral au moins une fois dans leur vie, et seuls 6% des patients n'ont jamais reçu aucun traitement.



Les trithérapies sont largement majoritaires et 5% des patients reçoivent plus de 3 molécules (hors ritonavir comme booster).



L'analyse individuelle des régimes thérapeutiques est particulièrement complexe, puisqu'il n'y a pas moins de 276 combinaisons thérapeutiques différentes utilisées au sein du COREVIH.

Néanmoins, les 10 associations les plus prescrites représentent plus des 2/3 des prescriptions. Les 6 premières lignes de prescription - qui représentent 55% des traitements prescrits - contiennent l'association ténofovir-emtricitabine.

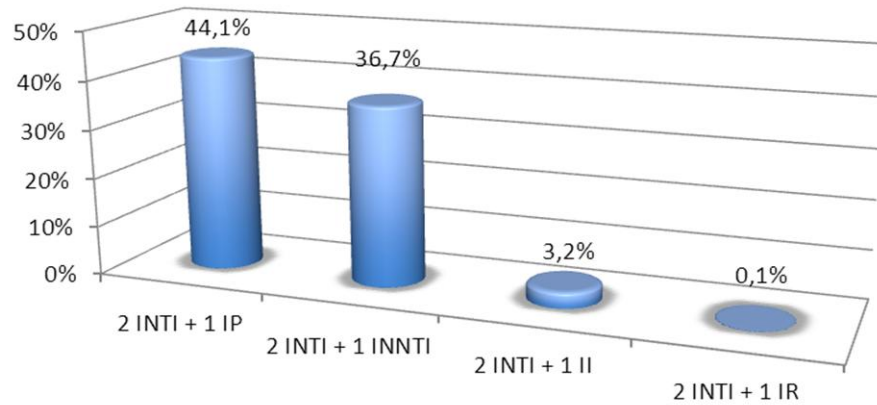
Associations	Nombre de patients	%
RAL+TDF+FTC	54	2,0%
ABC+3TC+RTV+ATV	79	2,9%
ABC+3TC+RTV+DRV	81	3,0%
ABC+3TC+NVP	87	3,2%
LPV+TDF+FTC	114	4,2%
TDF+FTC+RPV	148	5,4%
TDF+FTC+NVP	176	6,5%
RTV+DRV+TDF+FTC	293	10,8%
EFV+TDF+FTC	392	14,4%
RTV+ATV+TDF+FTC	393	14,4%
Total régional	1817	66,8%

Les trithérapies à bases d'inhibiteurs de la protéase restent majoritaires (44,1%) suivies des trithérapies axées sur les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase (36,7%).

Trithérapie	Nombre de patients	% de patients de la file active traitée
2 INTI + 1 IP	1201	44,1%
2 INTI + 1 INNT	1000	36,7%
2 INTI + 1 II	88	3,2%
2 INTI + 1 IR	2	0,1%

Les inhibiteurs d'intégrase viennent très loin derrière, avec 3,2 % des trithérapies prescrites.

Les types de trithérapies

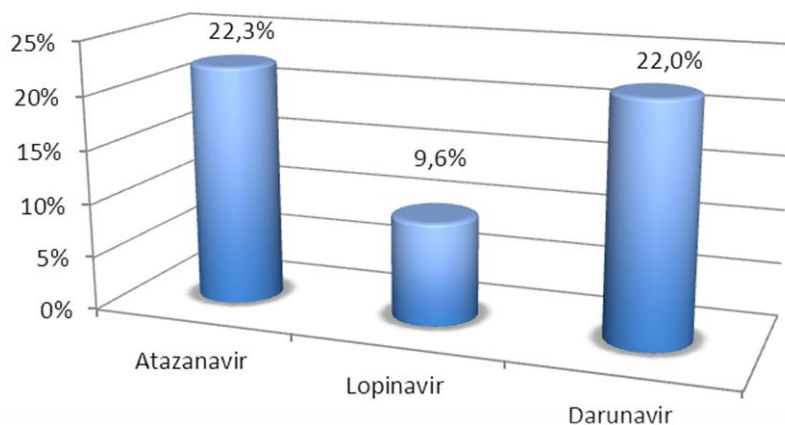


Il existe quelques tendances d'un centre de prescription à l'autre, mais assez marginales, illustrant une assez grande homogénéité de prescription à l'échelle du territoire.

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	2 INTI + 1 IP	2 INTI + 1 INNTI	2 INTI + 1 II	2 INTI + 1 IR
Côtes d'Armor	St Brieuc	CH Yves le Foll	127	122	2	0
Finistère	Brest	CHU la cavale blanche/ Médecine Interne	69	86	2	1
		CHU la cavale blanche/ Maladies infectieuses	113	35	9	0
		CHU Morvan/ Dermatologie	2	2	0	0
		Hôpital d'instructions des armées	9	3	0	0
	Morlaix	CH de Morlaix	7	9	0	0
	Quimper	CH de Cornouaille	152	116	12	0
Ille-et-Vilaine	Rennes	CHU Pontchaillou	466	407	44	1
	St Malo	CH Broussais	23	10	2	0
Morbihan	Lorient	CH de Bretagne Sud	115	87	3	0
	Pontivy	CH de Pontivy	15	5	0	0
	Vannes	CH Bretagne Atlantique	103	118	14	0
Total régional			1201	1000	88	2
% de patients de la file active traitée			44,1%	36,7%	3,2%	0,1%

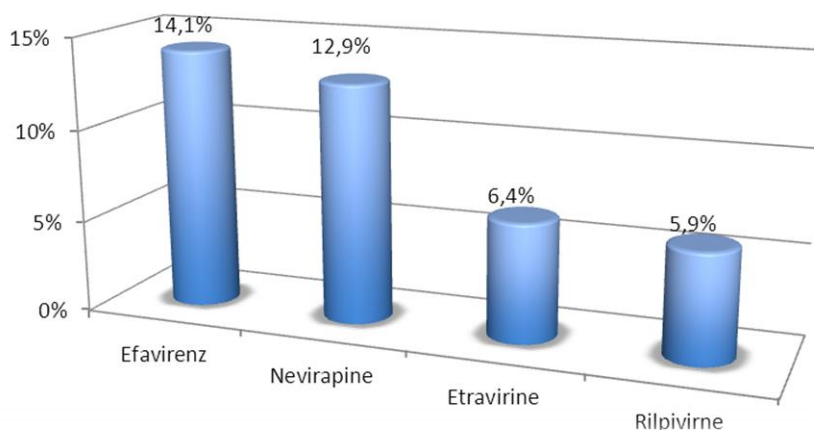
L'atazanavir et le darunavir sont les antiprotéases les plus prescrites, suivies loin derrière par le lopinavir.

Répartition des patients sous les 3 principales IP (% de la file active traitée)



Du côté des inhibiteurs non nucléosidiques, l'éfavirenz et la névirapine restent majoritaires dans leur classe, mais la rilpivirine, essentiellement sous sa forme combinée en monocomprimé RPV/FTC/TDF qui n'a été commercialisée qu'au cours des trois derniers mois de 2012, représentait déjà 148 prescriptions dans le COREVIH au 31 décembre.

Répartition des patients sous les 3 principaux INNTI

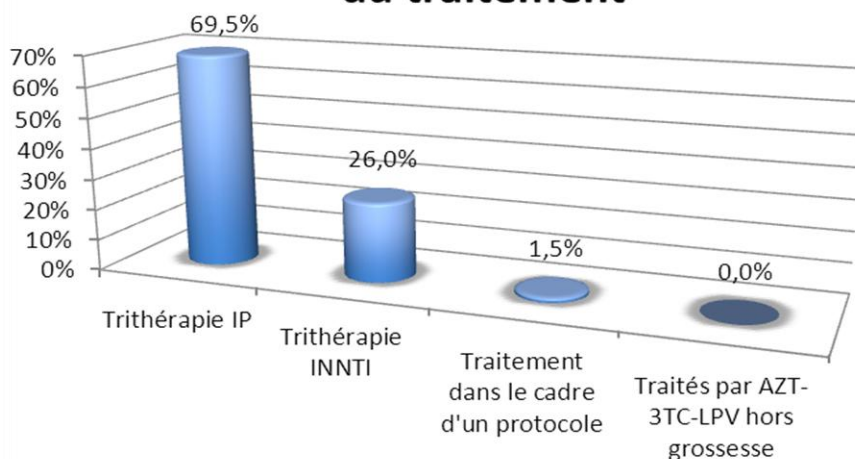


Concernant également les molécules « récentes », 10,8 % des patients de la file active sont sous raltégravir, et 1,1 % sous maraviroc.

▪ Traitements antirétroviraux en primo-prescription.

Plus que l'analyse des anciens traitements, qui montre une grande hétérogénéité de prescription, l'analyse des traitements initiés pour la première fois en 2012 permet de mieux dégager les tendances. La trithérapie à base d'inhibiteur de protéase, avec près de 70% des initiations de traitement est la plus prescrite. Le darunavir est très largement majoritaire, suivi de l'atazanavir. Les inhibiteurs non nucléosidiques arrivent en seconde ligne (26%). Alors qu'elle n'a été introduite qu'au cours des trois derniers mois de l'année, l'association rilpivirine/emtricitabine/ténofovir est la seconde prescription d'INNTI (5,3% des initiations de traitement), juste après l'association éfavirenz/emtricitabine/ténofovir (14,5%).

Types de trithérapies lors de l'initiation du traitement



III.2.7 Activité en milieu carcéral

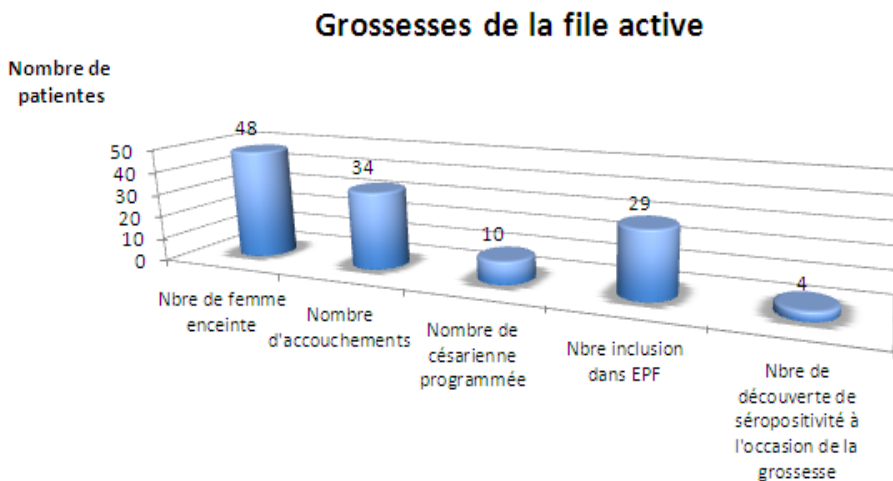
Nous avons recensé en Bretagne sept lieux de privation de liberté (hors centres de rétention) ; quatre d'entre eux bénéficient soit d'une consultation sur place au sein du lieu de privation de liberté, soit formalisées dans le service de maladies infectieuses du CH correspondant. En 2012, 21 patients ont été suivis dans ce cadre par 6 consultants différents, totalisant 56 consultations, ce qui représente une activité très modérée, comparé au 8 900 recours enregistrés pour la totalité des consultations et hôpitaux de jour des hôpitaux du COREVIH en 2012.

Département	Ville	Nbre centre de privation de libertés	Nbre patients	Nbre CS	Nbre consultants	Nbre co-infection	
						VHB	VHC
Côtes d'Armor	St Brieuc	1	2	3	2	0	1
Finistère	Brest	1	4	20	1	3 infections anciennes	0
	Morlaix	0	0	0	0	0	0
	Quimper	0	0	0	0	0	0
Ille-et-Vilaine	Rennes	2	14	33	2	0	3
	St Malo	1	NON RENSEIGNE				
Morbihan	Lorient	1	1	nr	1	0	0
	Pontivy	0	0	0	0	0	0
	Vannes	1	0	0	0	0	0
Total régional		7	21	56	6	0	4

III.2.8 Conceptions, naissances et activité pédiatrique du COREVIH

▪ Grossesses et naissances

En 2012, le nombre de grossesses et d'accouchements est légèrement supérieur à l'année 2011. La grossesse est



le moment de découverte de la séropositivité pour 4 femmes, le plus souvent en début de grossesse. Un nombre important (29 pour 48 grossesses) de suivi a pu être réalisé dans le cadre de l'Enquête Périnatale Française (EPF) qui est une des plus importantes

cohortes mondiales de suivi mère-enfant dans le contexte de l'infection VIH¹.

¹ Se reporter au chapitre « Recherche ».

Les traitements de ces patientes pendant la grossesse restent très variables illustrant la variabilité des traitements en amont la conception. L'association « classique » Lopinavir/r – AZT – 3TC est la plus prescrite mais ne représente que 6 prescriptions sur les 34 pour lesquelles le renseignement est disponible. Le ténofovir est présent 18 fois sur les 34 traitements. Au total, 18 combinaisons différentes sont utilisées au cours de ces 34 grossesses.

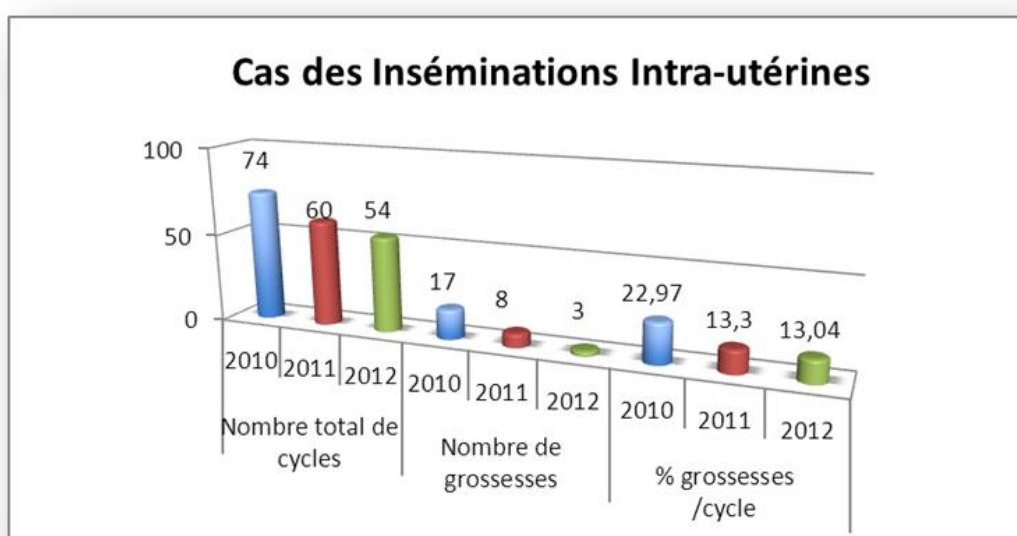
La charge virale est inférieure à 400 copies/ml pour toutes les femmes au moment de l'accouchement, et indétectable pour 31 sur 34.

▪ Aide médicale à la procréation à risque viral

Le centre d'Aide médicale à la procréation à risque viral du CHU de Rennes reste pour l'instant la seule structure du nord-Ouest de la France, drainant un territoire allant de la Normandie à La Rochelle, en passant par les Régions Centre et Poitou-Charentes.

L'activité reste néanmoins assez stable, avec probablement du fait d'une meilleure organisation en amont et d'un recours plus fréquent aux rapports non protégés ; de plus en plus fréquemment, les couples consultant au centre spécialisé ont essentiellement des difficultés de fertilité. Les recours à l'AMP purement pour des raisons de limitation de la transmission homme → femmes sont devenus rares, ce qui est bien illustré par la diminution progressive du recours à la technique d'inséminations intra-utérines.

	Nombre total de cycles			Nombre de grossesses			% grossesses /cycle		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Insemination intra utérine	74	60	54	17	8	3	22,97	13,3	13,04
Fécondation in vitro	10	11	17	4	2	3	40	18,2	20,00
Injections cytoplasmiques	32	44	38	3	5	4	9,38	11,4	11,76
Transfert d'Embryons Congelés	56	55	47	6	5	5	10,71	9,1	10,64



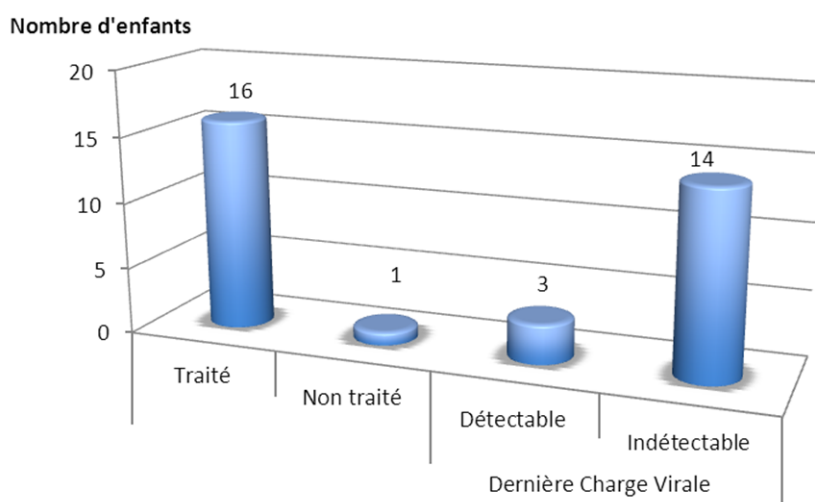
▪ **Suivi des enfants infectés par le VIH**

En 2012, 17 « enfants » (âgés de 2 à 19 ans) infectés par le VIH sont pris en charge dans les services de pédiatrie de la région. Le nombre de nouveaux enfants suivis (soit en raison d'une rare contamination périnatale en France, soit enfants nés à l'étranger et suivis en France), est progressivement en voie de diminution ; le nombre de passage des services de pédiatrie vers les services adultes est limité (deux cas en 2012) mais induit progressivement la diminution du nombre total d'enfants suivis.

Département	Ville	Centre Hospitalier/service	Nombre d'enfants VIH+	Age		Passage du service enfant au service adulte	
				minimum	maximum	Nombre de jeunes adultes inclus dans coverte en 2012	Nombre de jeunes adultes passés dans le service adulte
Finistère	Brest	CHU Morvan	1	13	13	0	0
	Quimper	CH de Cornouaille	4	8	12	0	0
Ille-et-Vilaine	Rennes	CHU Pontchaillou	12	2	19	2	NR
Total régional			17	2	19	2	0

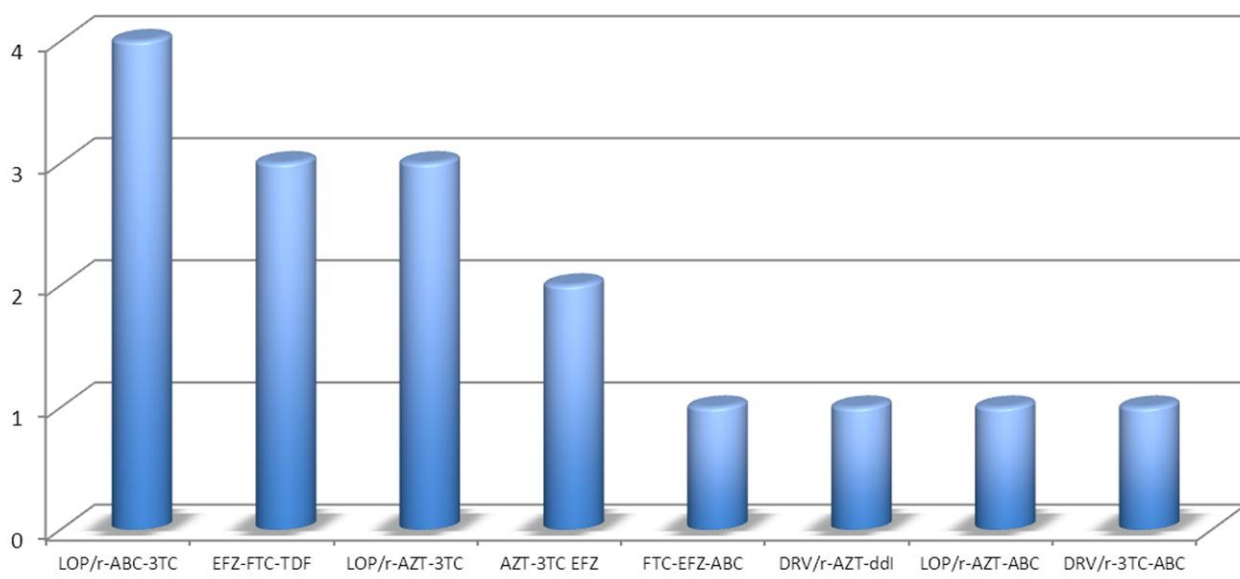
Ces enfants sont pour la plupart traités, et comme les adultes avec le plus souvent une charge virale indétectable sous traitement.

Traitements et dernière charge virale des enfants VIH+



Le lopinavir et l'éfavirenz restent les deux molécules les plus prescrites, en association aux inhibiteurs nucléosidiques.

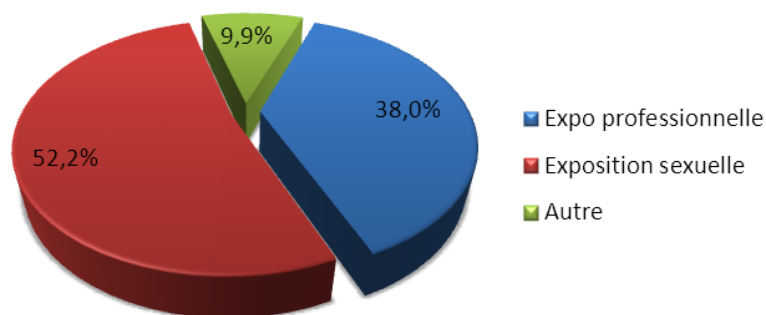
Traitements des enfants suivis en pédiatrie



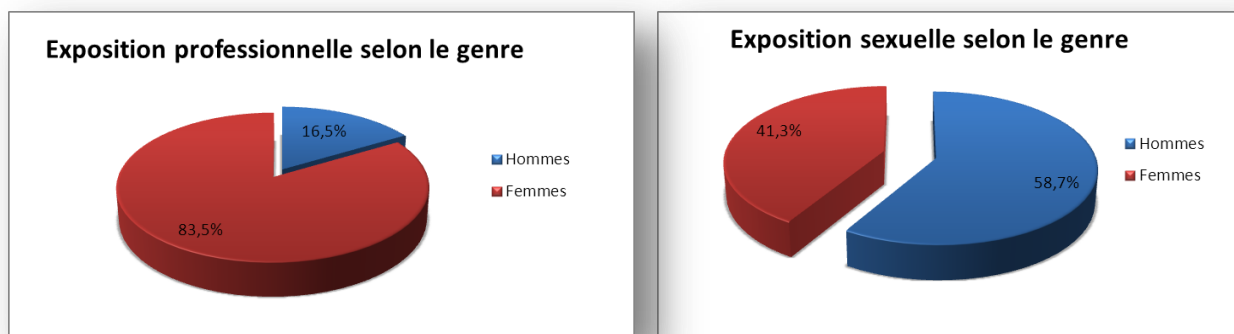
III.2.9 Accidents d'exposition

L'utilisation progressive de la base de données Nadis® pour le recueil de tous les accidents d'exposition pris en charge dans les services spécialisés en Bretagne devrait permettre à terme une meilleure approche qualitative et quantitative. En 2012, 9 des 11 services participant au recueil du COREVIH ont pu déclarer leur activité « AES ».

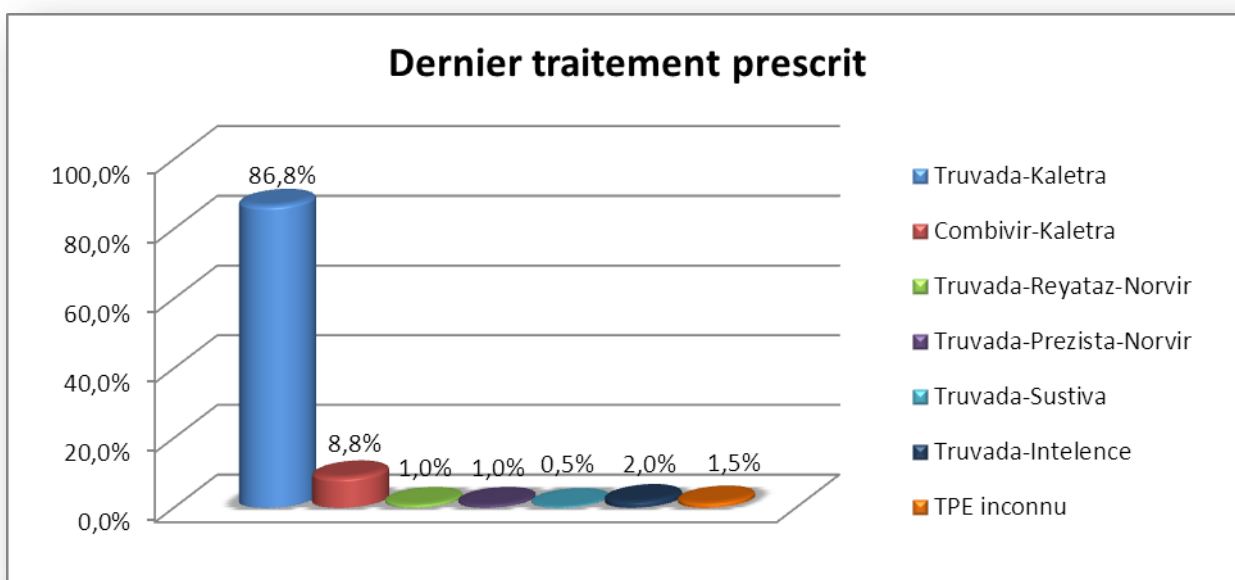
Consultation en maladies infectieuses selon le type d'exposition



Avec 487 AES suivis, il s'agit d'une activité non négligeable compte tenu de la difficulté de l'organisation de ce type d'activité non programmé hors des services d'urgences. Ce sont plus souvent des hommes qui consultent pour les accidents sexuels, alors que les accidents professionnels concernent très majoritairement les femmes : ces dernières représentent jusqu'à 80% des effectifs soignants des hôpitaux du COREVIH.



Un peu moins de la moitié de ceux qui arrivent dans les unités spécialisées (donc hors service d'urgence) vont bénéficier d'un traitement antirétroviral, qui est le plus souvent (87% des prescriptions) l'association Lopinavir/r – Emtricitabine – Ténofovir.



III.2.10 Conclusion concernant les données médico-épidémiologiques

La file active du COREVIH Bretagne évolue peu au cours des dernières années, tant en termes quantitatifs (+2,5% entre 2011 et 2012) que qualitatifs : les nouvelles contaminations concernent toujours majoritairement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ce qui doit nous inciter à accentuer nos politiques de diversification du dépistage : dépistage chez le médecin généraliste, en CDAG ou CIDDIST, par les TROD proposés par les structures associatives afin d'offrir en plus un dépistage moins médicalisé pour ceux qui le souhaitent, et, nous l'espérons pour 2013, grâce ultérieurement au recours à l'autotest. La diminution progressive du niveau de déficit immunitaire lors du diagnostic doit également nous inciter à poursuivre les campagnes de dépistages telles qu'elles existent.

Dans les années à venir, un effort tout particulier doit être porté auprès des patients co-infectés, les moyens thérapeutiques dans ce domaine étant amenés à évoluer très rapidement. Les équipes techniques et médicales du COREVIH ont particulièrement bien préparé le terrain en procédant à une identification active des cas, et les liens qui se tissent avec les équipes d'hépatologie devraient nous permettre de faire profiter nos patients des innovations thérapeutiques, dès qu'elles seront disponibles en Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) ou commercialisées. Enfin, les données concernant les possibilités de simplification des traitements antirétroviraux, l'abandon des molécules les plus toxiques et la commercialisation future de multiples traitements en « mono-comprimé journalier » nous laisse voir un passage en dessous des 200 associations moléculaires différentes à l'horizon 2016...



IV LEXIQUE

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

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le VIH/Sida

ARS: Agence Régionale de Santé

CDAG: Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

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

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

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNS: Conseil National du Sida

CROI : Conférence sur les Rétrovirus et les Infections Opportunistes

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

DIM: Département d'Information Médicale

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

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

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS: Haute Autorité de Santé

HDJS : Hôpitaux de Jours de Synthèse

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

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INVS: Institut National de Veille Sanitaire

IST: Infections Sexuellement Transmissibles

MIG : Mission d'Intérêt Générale

ORSB : Observatoire Régional Santé Bretagne

PCPPS : Pôle de Coordination Pour la Prévention Sida

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMSI : programme de médicalisation des systèmes informatiques

PNLS : Plan National de Lutte contre le Sida

SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida

TROD : Test Rapide d'Orientation de Diagnostique

PPVIH : Personnes vivant avec le VIH

RDR : Réduction Des Risques

SNEG: Syndicat National des Etablissements Gaies

TPE: Traitement Post-Exposition



V ANNEXES

Liste des Annexes

Chapitre I - PRESENTATION DU COREVIH

I.2 Les moyens du Corevih

- Liste des membres du bureau
- Bilan 2012
- Budget prévisionnel 2013

Chapitre II - ACTION DU COREVIH

II.1.5 Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

- Charte de la réunion de concertation pluridisciplinaire du Corevih Bretagne
- Engagement de confidentialité et du respect de la chartre de RCP

Retrouvez les liens de toutes les annexes sur le site du Corevih :

<http://corevih-bretagne.fr/presentation-du-corevih-bretagne/?p=129>

Liste du Bureau du Corevih Bretagne

Dr Cédric ARVIEUX

Président

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

Isabelle STEPHANT

Vice-Présidente (Nov. 2012)

Coordinatrice du territoire Bretagne Atlantique -
AIDES
7 Rue de la 2ème DB 29200 Brest
istephant@aides.org

Pierre-Olivier LE CLANCHE

Vice-Président

Coordinateur du territoire d'Action Haute
Bretagne – AIDES
43 Rue Saint Héliier – 35000 Rennes
po.leclanche@aides.org

Elisabeth BOITTIN-BARDOT

IDE - CHIC Quimper
CHIC 14 Av Yves Thépot 29000 Quimper
eboittinbardot@orange.fr

Eric MANISCALCO

Chargé de prévention VIH/IST - SNEG
Lieu dit Saint Séliac - 35190 Québriac
ouest@sneg.org

Dr Corinne DANIEL

PH - Maladies Infectieuses
Hôpital Yves Le Foll
10 rue Marcel Proust
22027 SAINT BRIEUC CEDEX
corinne.daniel@stbrieuc.fr

Françoise MORIN

IDE - CHU de Rennes
2 rue Henri Le Guillou
35033 Rennes Cedex 09
ide-hdj.ide-hdj@chu-rennes.fr

Marie-Christine DERRIEN

IDE - C.H.U. La Cavale Blanche
Boulevard Tanguy Prigent
29609 BREST Cedex
marie-christine.derrien@chu-brest.fr

Dr Luc DE SAINT MARTIN

PH - Maladies Infectieuses
CHU Brest La Cavale Blanche
Avenue Tanguy Prigent 29609 Brest cedex
luc.desaintmartin@chu-brest.fr

SYNTHESE FINANCIERE - EXERCICE 2012 - COREVIH

COREVIH : UF 9960

DEPENSES	Prévisionnel 2012 détail charges Indirectes	Réalisé à fin décembre 2012	RECETTES	Prévisionnel 2012	Réalisé à fin décembre 2012
▲ DEPENSES PERENNES (Titre 1 + Charges Indirectes)	551 731	557 193	▲ RECETTES PERENNES	582 556	582 556
■ Titre 1 : Charges de personnel	377 492	369 884	● MIG	582 556	582 556
● 0,50 PH Titulaire - basé à Rennes	62 797	62 364			
● 0,90 ETP Secrétaire Médicale - basé à Rennes (prévu 1 ETP)	46 300	41 753			
● 1 ETP TEC Labo - basé à Rennes (100% => septembre - 45% en octobre - 0% novembre & décembre)	48 950	39 879			
● 1 ETP TEC - basé à Quimper	46 444	47 712			
● 1 ETP TEC - basé à St Brieuc	46 444	47 712			
● 1 ETP TEC Labo - basé à Vannes	48 950	51 492			
● 1 ETP Coordinateur - basé à Quimper	46 444	47 712			
● 0,50 ETP ingénieur DIM (Rennes)	31 163	31 260			
▲ Charges Indirectes (cf guide méthodologique MIG) (30% du Titre 1)	174 240	187 310			
■ Titre 2 : Charges à caractère médical					
■ Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	117 287	130 357			
✓ Loyer (110,89€/m² par an) (superficie = 135m²)	14 951	14 951			
✓ Nettoyage des locaux (15min d'ASH/sem par 10m² - 19,9896€/h) (135 m²)	3 508	3 508			
✓ Eau froide (5m³ /an et par occupant) (PU 2,2570€)	39	39			
✓ Eau chaude (1m³ /an et par occupant) (PU 2,5955€)	9	9			
✓ Electricité (250 Kwh/an et par occupant) (PU 0,0939€)	82	82			
✓ Chauffage (surface des pièces*hauteur plafond (PU 5,8858€)	1 984	1 984			
✓ Véhicule C4 HDI92 Confort (6CV) (40 000 km?) - 33 927km au 31/12	16 253	16 889			
# Coût kilométrique (0,39€ du km)	12 000	13 232			
# Carburant (gazole : 1,40€/l - consommation moyenne 7l/100km)	3 920	3 325			
# Assurance	333	333			
✓ Autres véhicules (Jumpy, Saxo, Clio...) (15 000km?) - 15 420km	5 970	7 525			
# Coût kilométrique (0,39€ du km)	4 500	6 014			
# Carburant (gazole : 1,40€/l - consommation moyenne 7l/100km)	1 470	1 511			
✓ Hébergement NADIS (9 400€ la 1ère année - 3 450€ les années suivantes)	14 866	6 954			
✓ Maintenance NADIS (2 990€ à compter de 2012 - pour 3 ans)	2 990	2 970			
✓ 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	4 907			
✓ Informatique & Télécom (exploitation, maintenance, logiciel, amortissements...) (2 313€/PC - 7 pc)	15 026	16 191			
✓ Abonnements téléphone et 3G	2 082	2 082			
# 4 lignes téléphoniques (17,70€/mois)	850	850			
# 2 Clé 3G (34,23€) + 3ème depuis septembre 2011	1 232	1 232			
✓ Fournitures de bureau (papier, piles, cartouches imprimantes, affranchissement...) (basé sur réalisé 2011)	2 000	1 286			
✓ Formations (1,8% de la masse salariale PNM)	5 665	4 024			
✓ Frais de déplacement // Frais convention // Formation personnel et membres du comité (info Mr Arvieux)	25 000	30 516			
✓ Frais de communication		0			
✓ Réceptions (basé sur réalisé 2011) (dont frais de conférence)	4 000	6 132			
✓ Acquisitions diverses	0	10 306			
# Matériel Informatique extérieur (Vannes, Quimper...)		2 608			
# Documentation (CIM10)		6 406			
# Immobilier extérieur (Vannes)		1 292			
▲ Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financière et exceptionnelles	10 348	10 348			
✓ Frais d'amortissements (mobilier, équipement...)	3 948	3 948			
✓ Frais d'amortissements travaux (sur 10 ans à compter de 2011)	6 400	6 400			
▲ Frais de gestion : 8 % des crédits pérennes alloués	46 604	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	30 825	25 363			
▲ DEPENSES NON PERENNES	9 652	8 926	▲ RECETTES NON PERENNES	63 721	8 926
▲ Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	9 652	8 926	● Reprise sur provisions 2008	4 884	4 884
● Base de données NADIS	8 372				
● Recopiage données NADIS (CHU de Nice)	1 280				
● Convention Myriade (CHU de Quimper) - 1 500€		1 500			
● Journées Nationales des Coordinateurs COREVIH - 2 763€		2 763	● Reprise sur provisions 2009 (solde)	58 837	4 042
● Acquisition Mac - 4 693€		4 663			
● Avenant NADIS - nouvelles fonctionnalités (Interface Biologie - Compte rendu) - 41 262€					
TOTAL DEPENSES	592 208	566 119	TOTAL RECETTES	646 277	591 482

PROVISIONS

Solde provisions, APRES reprises sur provision 2012 :

- Solde provision 2008 pour acquisition base de données NADIS, après reprise sur l'exercice 2011 =>	0,00 €
- Solde provision 2009 pour financement non pérenne d'une mission d'ingénieur DIM, après reprise sur l'exercice 2010 =>	54 795,00 €
- Solde provision de la notification ARS - Octobre 2010 - MIG Qualité des Soins (Renforcement du fonctionnement) =>	50 000,00 €
- Solde provision pour réalisation de projets à venir et à définir par le bureau du COREVIH (correspondant écart recettes/ dépenses =>	50 000,00 €
- Plan national de lutte contre VIH SIDA et les IST 2010-2014 (du 20/09/2011)	100 000,00 €

SOLDE PROVISIONS APRES REPRISE SUR PROVISIONS 254 795,00 €

Dépenses variables
78 093
52 264

SYNTHESE FINANCIERE - EXERCICE PREVISIONNEL 2013 - COREVIH

COREVIH : UF 9960

DEPENSES		Prévisionnel 2013 détail charges Indirectes	RECETTES	Prévisionnel 2013
▲ DEPENSES PERENNES (Titre 1 + Charges Indirectes)		582 556	▲ RECETTES PERENNES	582 556
■ Titre 1 : Charges de personnel		378 470	● MIG	582 556
<ul style="list-style-type: none"> ● 0,50 PH Titulaire - basé à Rennes 62 940 ● 0,90 ETP Secrétaire Médicale - basé à Rennes 42 455 ● 1 ETP IDE - basé à Rennes (à compter du 08/02/2013 - année pleine 49 164€) 44 248 ● 1 ETP TEC - basé à Quimper 48 516 ● 1 ETP TEC - basé à St Brieuc 48 516 ● 1 ETP TEC Labo - basé à Vannes 51 492 ● 1 ETP Coordonnateur - basé à Quimper 48 516 ● 0,50 ETP ingénieur DIM (Rennes) 31 788 				
✓ Charges Indirectes (cf guide méthodologique MIG) (30% du Titre 1)		204 086		
■ Titre 2 : Charges à caractère médical				
■ Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général		145 091		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Loyer (110,89€/m² par an) (superficie = 135m²) - à revoir 14 951 ✓ Nettoyage des locaux (15min d'ASH/sem par 10m² - 19,9896€/h) (135 m²) - à revoir 3 508 ✓ Eau froide (5m3 /an et par occupant) (PU 2,2570€) - à revoir 39 ✓ Eau chaude (1m3 / an et par occupant) (PU 2,5955€) - à revoir 9 ✓ Electricité (250 Kwh/an et par occupant) (PU 0,0939€) - à revoir 82 ✓ Chauffage (surface des pièces*hauteur plafond (PU 5,8858€) - à revoir 1 984 ✓ Véhicule C4 HDI 92 Confort (6CV) (40 000 km?) 19 901 <ul style="list-style-type: none"> # Coût kilométrique (0,39€ du km) 15 600 # Carburant (gazole : 1,40€/l - conso moyenne 7l/100km) 3 920 # Assurance 381 ✓ Autres véhicules (Jumpy, Saxo, Clio...) (15 000km?) 7 320 <ul style="list-style-type: none"> # Coût kilométrique (0,39€ du km) 5 850 # Carburant (gazole : 1,40€/l - conso moyenne 7l/100km) 1 470 ✓ Hébergement NADIS (CHU Nice) 3 450 ✓ Maintenance NADIS (FEDIALIS) - Prévionnel 2013 : 3 000€ 7 000 ✓ Site internet (redevance annuelle) (2 792€) 2 792 ✓ Informatique & Télécom (exploitation, maintenance, logiciel, amortissements...) (2 313€/PC - 7 pc) 16 191 ✓ Abonnements téléphone et 3G 1 727 <ul style="list-style-type: none"> # 4 lignes téléphoniques (17,70€/mois) 850 # 3 Clé 3G (TCO 24,37€) 877 ✓ Fournitures de bureau (papier, piles, cartouches imprimantes, affranchissement...) (basé sur réalisé 2012) 2 000 ✓ Formations (1,8% de la masse salariale PNM) 5 680 ✓ Frais de déplacement // Frais convention // Formation personnel et membres du comité (info Mr Arvieux) 32 000 ✓ Frais de communication (sérigraphie & impression de cartes AIRDDS Bretagne 3 815€) 3 815 ✓ Réceptions (basé sur réalisé 2012)(dont frais de conférence) 6 200 ✓ Acquisitions diverses 10 375 <ul style="list-style-type: none"> # Matériel Informatique extérieur (Vannes, Quimper...) 6 066 # Documentation 3 500 # Mobilier extérieur 2 566 ✓ Coopération Internationale 6 066 <ul style="list-style-type: none"> # Missions TECs - avion (1 500€*5) 3 500 # Per diem (140€*6*5) 2 566 				
▲ Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financière et exceptionnelles		12 391		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frais d'amortissements (mobilier, équipement...) 4 999 ✓ Frais d'amortissements travaux (sur 10 ans à compter de 2011) 6 400 ✓ Frais d'amortissements d'un mac (sur 5 ans à partir de 2013) 993 				
▲ Frais de gestion : 8 % des crédits pérennes alloués		46 604		
<ul style="list-style-type: none"> - 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		0		0

Dépenses reconductibles
20 431

Dépenses variables
26 364

DEPENSES NON PERENNES	167 800	RECETTES NON PERENNES	167 800
▲ Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	167 800	● Reprise sur provisions 2009 (solde)	54 795
<ul style="list-style-type: none"> ● Contribution achat à l'unité mobile de dépistage VIH 90 000 ● Avenant NADIS - nouvelles fonctionnalités (Interface Biologie - Compte rendu) - 41 262€ 35 800 ● Convention Myriade (Quimper, Vannes) - 6 000€ déjà réalisé 12 000 ● Projet Brest/Cambodge (délibération 2011) 15 000 ● Projet Côte d'Ivoire/Vannes (délibération 2011) 15 000 		● Reprise sur provisions 2010	100 000
		● Reprise sur provisions 2011	13 005

TOTAL DEPENSES	750 356	TOTAL RECETTES	
-----------------------	----------------	-----------------------	--

PROVISIONS

Solde provisions, avant reprises sur provision prévisionnelles 2013 :

- Solde provision 2009 pour financement non perenne d'une mission d'ingénieur DIM, après reprise sur l'exercice 2012 =>	54 795,00 €
- Solde provision de la notification ARS Octobre 2010 - MIG Qualité des Soins (Renforcement du fonctionnement) =>	50 000,00 €
- Solde provision pour réalisation de projets à venir et à définir par le bureau du COREVIH (correspondant écart recettes/ dépenses =>	50 000,00 €
- Plan national de lutte contre VIH/ SIDA et les IST 2010-2014 (du 20/09/2011)	100 000,00 €

75

TOTAL AVANT REPRISE SUR PROVISIONS	254 795,00 €
REPRISE SUR PROVISIONS 2013	167 800,00 €
SOLDE PREVISIONNEL APRES REPRISE SUR PROVISIONS	86 995,00 €



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

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

CHARTRE DE LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE DU COREVIH BRETAGNE

Objectifs

Les objectifs de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont de promouvoir la qualité de la prise en charge des patients infectés par le VIH. Pour cela elle met en place des actions d'aide à la décision médicale, de formation continue, d'évaluation des pratiques professionnelles et d'aide à l'inclusion dans les protocoles de recherche clinique.

Principes

La mise en place de la RCP est recommandée par les experts nationaux. La RCP doit intervenir dans les domaines où une expertise clinique et thérapeutique multidisciplinaire est nécessaire. Il s'agit en particulier des situations d'instauration de traitement antirétroviral et de modification de ce traitement pour échec virologique ou toute autre situation nécessitant un avis pluridisciplinaire.

Responsables

Les membres du bureau du Corevih Bretagne désignent les responsables médicaux de la RCP.
Les responsables désignés de la RCP assurent l'organisation et la coordination de la RCP.

Participants

La RCP est ouverte à tous les professionnels de santé de Bretagne intervenant dans la prise en charge des patients et souhaitant présenter un dossier ou participer à la discussion d'un cas particulier. Dans tous les cas, chaque participant s'engage au respect absolu de la confidentialité de tout ce qui sera dit ou écrit au cours de la réunion. Il devra signer un engagement de confidentialité avant sa participation à la RCP. Cet engagement sera conservé au Corevih Bretagne – CHU de Rennes / Hôpital Pontchaillou

Les professionnels suivants sont susceptibles d'assister à la RCP :

- Infectiologues, hépatologue
- Pharmaciens
- Pharmacologues
- Virologues
- Infirmières
- Psychologues
- Techniciens, assistant et moniteurs d'études cliniques
- Assistantes sociales

La présence ou participation des professionnels de santé à au moins 6 RCP annuelles permet de valider leur démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Selon les cas, des médecins d'autres services ou d'autres hôpitaux se joignent à la RCP. Des experts peuvent aussi être invités à la RCP pour discussion d'un dossier ou d'une prise en charge spécifique.

Périodicité et durée des réunions

La RCP du Corevih Bretagne est mensuelle. Sa durée dépend du nombre de dossier à examiner
La RCP se tient en visioconférence.

Modalité d'organisation

- Pour l'aide à la décision médicale : Chaque situation clinique, sociale ou psychologique pour laquelle une discussion multidisciplinaire est nécessaire, est présentée au cours de la RCP.
- Des invitations pour la RCP sont adressées régulièrement aux participants par la secrétaire du Corevih, indiquant l'ordre du jour de la RCP. Chaque médecin envoie sa liste de dossiers à présenter à la secrétaire du Corevih qui la diffuse à l'ensemble des participants. Cette liste peut être anonymisée.
- Les propositions de décisions de la RCP concernant les situations des patients vus en RCP sont consignées dans le dossier médical du patient. L'avis argumenté de la RCP est de facto validé par l'ensemble des participants et inséré dans le dossier patient en temps réel.
- Un registre de la RCP est tenu à jour par la TEC en charge de la RCP et le secrétariat du COREVIH, qui enregistre : date des RCP, liste des participants, nom du référent patient soumettant le dossier, motif de présentation.
- Pour l'évaluation des pratiques professionnelles : Les membres de la RCP choisissent collégalement le sujet d'évaluation de leurs pratiques. Celui-ci doit porter sur un aspect fréquent de la prise en charge, sur lequel il existe un référentiel validé et pour lequel des actions correctives sont envisageables.
- Pour la formation continue : des thèmes sont proposés par les membres de la RCP et choisis par eux en fonction des nouveautés ou des difficultés de prise en charge des patients.
- Les décisions de la RCP d'ordre général sont consignées dans un compte-rendu de RCP diffusé aux participants et assuré par un des responsables de la RCP.

Référentiel

Le référentiel utilisé est le rapport d'experts national sur la prise en charge des patients infectés par le VIH ainsi que les recommandations européennes. Il est actualisé tous les deux ans ou plus tôt en cas d'évolution rapide des modalités de prise en charge des patients.

Modalités de classement et d'archivage des comptes-rendus et avis rendus en RCP

Les comptes-rendus de la RCP de chaque patient sont classés dans le dossier patient (papier ou électronique en fonction des sites).

Le registre de la RCP est conservé électroniquement au COREVIH Bretagne.



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

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ ET DU RESPECT DE LA CHARTE DE RCP

Préambule :

Toutes les personnes, quel que soit leur statut, participant à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) du Corevih Bretagne sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle et au secret professionnel.

Le but du présent engagement de confidentialité est notamment de protéger la vie privée des patients et la confidentialité des données personnelles de santé que les personnes participant à la RCP du Corevih Bretagne sont amenées à connaître dans le cadre des discussions nécessaires à la bonne prise en charge des patients.

Article 1 Objet

Le présent engagement a pour objet de définir les conditions de confidentialité auxquelles sera soumis M. désigné ci-après par « participant à la RCP du Corevih Bretagne ».

Article 2 Secret

Le participant à la RCP du Corevih Bretagne est tenu à une obligation de loyauté.

Il est également tenu à une obligation de confidentialité par rapport aux informations auxquelles il a eu accès durant sa participation à la RCP, en particulier des informations confidentielles concernant les personnes dont les cas sont discutés en RCP.

Cette obligation de confidentialité est valable pendant la durée de la RCP et au-delà, sans limite de temps. La violation du droit au respect de la vie privée, du secret professionnel et du secret médical, par le participant à la RCP peut entraîner des poursuites et sanctions disciplinaires et des poursuites et sanctions pénales.

Article 3 Durée

Les dispositions prises dans le présent engagement s'appliquent de plein droit depuis la signature de la présente, sans limite de temps après la fin de la RCP.

Article 4 Charte

Par la présente, le participant s'engage à respecter la charte de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire du Corevih Bretagne.

Fait à, le

Le participant à la RCP du Corevih Bretagne
(avec la mention lu et approuvé)