

# Réunion bureau COREVIH – 4 juillet

---

## **Vie du COREVIH : fonctionnement / informations administratives....**

Le COREVIH est une instance dont les membres sont nommés par le directeur de l'ARS, avec laquelle elle œuvre en étroite collaboration. Son financement est issu de la dotation du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Le CHU de Rennes en est l'hébergeur du COREVIH et perçoit les financements, assure la gestion des ressources humaines et supervise la gestion financière.

L'équipe technique fixe est constituée 6,8 équivalents temps-plein répartis auprès de 9 salariés :

- 1 coordonnateur médical (0,5 ETP)
- 1 coordinatrice des activités (1 ETP)
- 4 Techniciens d'Etudes Cliniques (TEC, 4ETP)
- 1 Data manager (0,3 ETP)
- 2 secrétaires (1 ETP)

L'équipe technique est en charge d'assurer le bon fonctionnement de la structure et de mettre en œuvre les décisions votées par les membres du COREVIH lors des réunions plénières suite aux propositions présentées par le bureau, qui est élu par les membres de la plénière. Celui-ci est composée de 9 personnes motivées, issues des 4 départements bretons, avec la volonté d'être pluriel, et de faire montre d'une implication personnelle au service de la démocratie sanitaire régionale.

Les orientations politiques et actions régionales du Corevih sont définies par le bureau, dans le respect de ses missions, après avoir pris en compte les suggestions des différentes commissions et divers groupes de travail, lors de réunions mensuelles. Elles sont soumises à l'avis et au vote lors des plénières.

Le nombre et la diversité des acteurs impliqués, ainsi que la diversité des opinions exprimées, font la richesse d'une structure de démocratie sanitaire tel que le COREVIH-Bretagne.

Lorsque l'on parcourt le bilan de la structure, force est de constater que l'animation de cette démocratie sanitaire est constamment au cœur des préoccupations. En première ligne, le bureau a défini une organisation fonctionnelle, par des réunions plus courtes et plus régulières, permettant un travail autour du guide de fonctionnement du COREVIH, d'une transparence financière au travers d'un outil budgétaire regroupant les dépenses par nature et à partir de 2013, la mise en place de la première journée annuelle du COREVIH. Il n'a eu de cesse de réfléchir et proposer à la plénière des outils d'animation qui permettent l'expression de l'ensemble des avis et par l'ensemble des membres. Les réunions plénières, depuis la première mandature sont au nombre de 3 par an.

Des rencontres régulières des pilotes de commissions, des réunions de coordination avec l'ARS et des rencontres spécifiques au collège 3, viennent compléter cette animation.

### Travail des commissions : chiffres clés, actions, résultats...

Outils de travail du COREVIH, les commissions s'appuient sur les expertises de ses membres afin de proposer des actions, au niveau de la Région. Composées de professionnels, d'associatifs ou de personnes concernées, elles sont force de propositions et ont concrétisé –entre autres- sur cette mandature des projets initiés dès la création de certaines d'entre elles.

En matière de dépistage, le projet de l'unité mobile de dépistage a pu être finalisé. Sans oublier, l'acquisition d'un logiciel commun a été organisée pour l'ensemble des futurs centres de dépistage, cofinancée par l'ARS Bretagne et le COREVIH.

Les commissions organisent également des journées d'échanges et de partages de compétences. A l'instar de la commission prévention, qui a œuvré pour un meilleur approche de la santé sexuelle : co-organisation du colloque trans-identité, une première dans la région, qui a été un vrai succès tant par la qualité des présentations que par la richesse des débats ; organisation d'une conférence autour de la sexualité, afin de sensibiliser les acteurs bretons.

Ou bien encore, sous la responsabilité de la commission Qualité de vie – Qualité des soins, l'organisation de la première journée « par et pour les patients », a été un réel succès : d'une part pour les patients eux-mêmes, qui ont participé à l'élaboration du programme et plébiscité la formule, mais cela a également été une expérience riche pour les soignants et les associations.

Les commissions sont amenées selon les thèmes à collaborer avec d'autres COREVIH. Ces inter COREVIH peuvent être la co-organisation d'une journée autour du dépistage, réunissant trois COREVIH ; ou encore, la mise en place de guides soignants et patients autour de la procréation, suite à un important travail collaboratif avec nos homologues des Pays De Loire.

Les commissions proposent également un appui technique à l'ensemble des acteurs de lutte contre le sida de la région. C'est le cas de la commission Qualité de Vie – Qualité des soins, qui a mis en place des fiches alertes. Ces fiches permettent téléchargeable sur le site du COREVIH permettent de formuler, signaler et/ou interpeller le COREVIH. Ces fiches sont ensuite soit adressé à une commission selon les sujets, soit au Bureau. Les R.C.P. (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires) qui, avec près de 90 dossiers/an, restent un soutien aux médecins dans la prise en compte des situations complexes.

### **Évolution règlementaire : autotests, actualités...**

L'édition 2013 des recommandations d'expert en matière de prise en charge, place les COREVIH au centre du dispositif. Cela signifie entre autre la reconnaissance du travail réalisé par les acteurs des COREVIH.

Le plan national de lutte contre le SIDA et IST 2010-2014 est arrivé à échéance et non reconduit.

Le Conseil National du Sida a réalisé un bilan à mi-parcours 2015 et émis un certain nombre de recommandations, sur lesquelles le COREVIH Bretagne doit s'appuyer

- Promotion de stratégies de prévention auprès des personnes les plus exposées : favoriser l'utilisation des nouveaux outils de dépistage tels les autotests auprès des personnes à risque, tout en accompagnant la formation des pharmaciens bretons, TROD VIH et VHC ; accompagner la mise en place de la Prep, de la politique régionale de réductions des risques liés aux injections (en lien avec le projet de loi SANTE)
- Renforcement du soutien aux associations communautaires en charge de la prévention : développement régional et harmonisation de ces actions sur chaque territoire breton avec une vigilance accrue vis à vis des étrangers malades, des migrants et des populations précaires
- Optimisation des dispositifs de dépistage existants : soutien à la mise en place des CeGiDD missions issues de la fusion des CDAG-CIDDIST et étendues à une approche plus globale de santé sexuelle, nécessitant la construction de partenariats ou leur formalisation auprès des associatifs, adapté à chaque territoire .L'unité mobile de dépistage régionale est un outil itinérant à prendre en main pour améliorer le maillage du dépistage de l'ensemble des territoires bretons.

La création des CeGiDD, les partenariats en découlant implique à terme le développement d'une offre de santé sexuelle unissant leurs expertises multiples et leurs complémentarités : centre de santé sexuel.

Le parcours de santé est à mettre en œuvre dans un cadre de prise en charge plus globale de la personne placée au centre du dispositif.

## Caractéristiques épidémiologiques...

L'épidémiologie bretonne se caractérise par une prévalence basse, mais la persistance de contaminations, notamment pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), comme l'illustre l'épidémie en « cluster » actuellement observée dans les lieux de rencontre gay du Morbihan. On retrouve fréquemment des personnes diagnostiquées en primo-infection, bien informées des risques mais n'ayant pas réussi à mettre en place de stratégies de prévention efficaces.

Nous constatons également une évolution dichotomique de l'épidémie et de la prise en charge. D'un côté, une majorité de personnes dont le diagnostic est fait précocement, à un âge jeune, avant toute complication, sans grande difficulté sociale, familiale ou professionnelle, dont l'espérance de vie va être normale et dont la seule contrainte sera de prendre un comprimé d'antirétroviraux tous les jours jusqu'à ce que les avancées scientifiques aient réussi à mettre au point une guérison définitive de l'infection par le VIH. A très court terme, l'essentiel de la prise en charge de ces patients devrait se faire en médecine générale. De l'autre, une minorité de patients ayant des difficultés sociales, psychiatriques, professionnelles etc.... qui vont être des facteurs de risque à la fois de dépistage tardif mais également de difficultés de prise en charge ultérieure. Ces patients ont besoin d'un soutien majeur non seulement au moment du diagnostic mais également tout au long de la prise en charge. La pluridisciplinarité est l'une des clés du succès et ils doivent être au cœur de la prise en charge

hospitalière. Les nouveaux outils arrivant (autotests, Tests rapides d'orientation diagnostique, traitements à libération prolongée etc...) ont toute leur place pour le diagnostic et la prise en charge de ces patients.

Autres tendances : quelques patients ayant subi les effets de l'immunodépression ou des traitements toxiques des années 1995-2005 nécessitent également encore une prise en charge assez spécialisée ; la co-infection par le virus VHC ne sera plus, à très court terme, un problème de santé publique : statut VHC des patients infectés par le VIH est connu pour l'immense majorité d'entre eux, ceux qui ne sont pas guéris aujourd'hui le seront dans quelques mois ou années.

Cette évolution épidémique et de la prise en charge va mettre les médecins généralistes au centre du système, tant du côté dépistage que du côté prise en charge, et ceci à très court terme... d'autant plus que la cohorte des patients suivis en Bretagne vieillit (pour la première fois en 2014, la moitié des hommes infectés par le VIH suivis en Bretagne a plus de 50 ans) et que les comorbidités émergentes avec l'âge sont particulièrement bien connues en médecine générale.