

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE
JEUDI 30 JUIN 2016 de 14h à 17h
IMS Xavier Arnozan

I. REPRESENTATION DES MEMBRES

Personnes présentes

<u>Collège 1</u>		
Claude LASSALLE	Gaps-Cps	Suppléante JJ. Bouyer
Xavier DUMOULIN	CH Mont de Marsan	Titulaire

<u>Collège 2</u>		
Juliette FOUCHER	Réseau Hépatites	Suppléante N. BERNARD
Christine COURATTE ARNAUDE	Coordi santé B&S	Titulaire, Membre du Bureau
Maryse TOURNE	IPPO	Titulaire

<u>Collège 3</u>		
Christiane MILLIEN	AIDES 33	Titulaire
Frédéric BOUHIER	AIDES	Titulaire, Vice-Président

<u>Collège 4</u>		
Denis LACOSTE	CHU Bordeaux	Titulaire, Président
Mojgan HESSAMFAR	CHU Bordeaux	Suppléante D. LACOSTE
Didier OCHOA	ORSA	Représentant V. SERVAS
Yann GERARD	CH Dax	Titulaire, Membre du Bureau
Serge TCHAMGOUE	CH Libourne	Suppléante M. BRUYAND
François DABIS		Titulaire, Membre du Bureau

<u>Equipe COREVIH</u>	
Sylvie AYAYI	Moniteur
Marie José BLAIZEAU	Technicienne d'Etudes Cliniques
Isabelle CRESPEL	Coordinatrice
Caroline d'IVERNOIS	Technicienne d'Etudes Cliniques
Madeleine DECOIN	Technicienne d'Etudes Cliniques
Sandrine DELVEAUX	Technicienne d'Etudes Cliniques
Brigitte NAURA	Secrétaire
Anne POUGETOUX	Technicienne d'Etudes Cliniques
Bellancille UWAMALIYA	ARC –ISPED
Fatou DIARRA	ARC –ISPED

<u>Personnes invitées :</u>	
B.A. BARATCHART	ARS ALCP
D. BROCAS	ENIPSE
L. CALZETTA	SIS Animation
V. CAMONTES	CHU Bordeaux
M. ERRAMOUSPE	AIDES
L. GLEIZES	PromoFemmes
P. GRANDHAYE	AIDES
M. GROSGEORGE	MFPF
Cl . LASBASSES-DEPIS	CEGIDD MT De Marsan

G. MADELINE	GAPS Cps
K. MONSEGU-MOULIE	AIDES
P. MOTTIER	AIDES
V. QUENNEPOIX	MEDECINS DU MONDE
R. RATEL	La CASE
I RAYMOND	CHU Bordeaux
M. MAUNOURY	CACIS
I SINEY-BRETON	CD33 - CEGIDD
N. SAUBE	CHU Bordeaux
E. SORBE	Psychologue

Personnes excusées :

Gratianne BARTHABURU, CEGIDD de Bayonne,
 Thierry BURET, Centre Hospitalier de Bayonne,
 Isabelle BERTRAND SALLES, Conseil Départemental Gironde,
 Olivier CAUBET, Centre Hospitalier Libourne,
 Bénédicte CAUCAT, Conseil Départemental 24,
 Delphine COURALET, IREPS Aquitaine,
 Laurence CAUNEGRE, CEGIDD Dax,
 Nathalie DANJOU, Réseau VIH 24,
 Jean Michel DELILE, CEID Bordeaux,
 Philippe DEVAUX, Le Girofard,
 Hélène FERRAND, Centre Hospitalier Libourne,
 Annick FILHON, CHU Bordeaux,
 Corinne HANAPPIER, Corevih Aquitaine,
 Sandrine HANNECART, IREPS Aquitaine,
 Guenaël LE MOAL, Corevih Centre Poitou Charente,
 Severine LE PUIL, CHU Bordeaux,
 Edwige LENAUD, COREVIH Aquitaine,
 Gildas LEPORT, US Gradignan,
 Michel MIGLIORINI, UDAF,
 Brice RAVIER, coordinateur Corevih PoitouCharentes/Centre,
 Brigitte REILLER, CEID Bordeaux,
 Maria ROMEO, Conseil Départemental Pyrénées Atlantiques,
 Marie Anne VANDENHENDE, CHU Bordeaux,
 Marc Olivier VAREIL, Centre hospitalier de Bayonne,
 Fabien XUEREB, CHU Bordeaux,
 Alia ZAOUALI, Promo Femmes Bordeaux,
 Sophie ZAMARON, CHU Bordeaux,

Représentativité des membres

42 personnes présentes :

Collège 1

- 2 des 8 membres titulaires sont présents ou représentés.

Collège 2

- 3 des 9 membres titulaires du collège 2 sont présents ou représentés.

Collège 3

- 2 des 7 membres titulaires du collège 3 sont présents ou représentés.

Collège 4

- 6 des 6 membres titulaires du collège 4 sont présents ou représentés.

13 des 30 membres titulaires sont donc présents ou représentés à cette assemblée plénière du Corevih



Tour de table pour une présentation des participants.

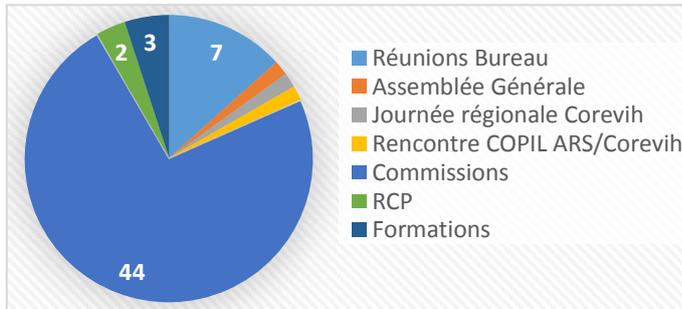
II. INTRODUCTION :

D. LACOSTE remercie l'ensemble des participants pour leur présence à cette réunion et présente l'ordre du jour de la réunion.

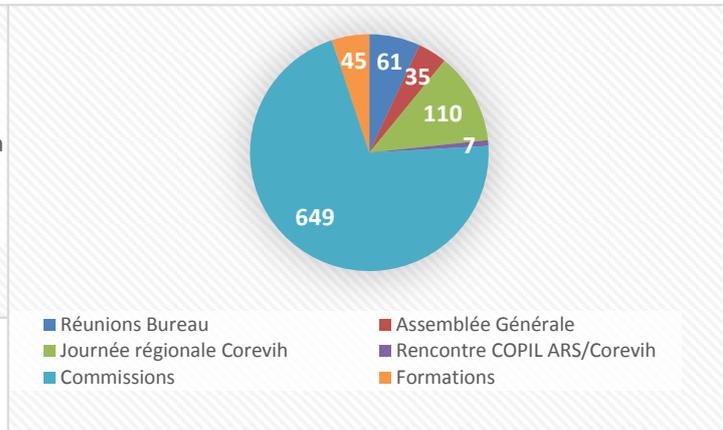
III. PRESENTATION DES ACTIVITES 2015 ET DES PERSPECTIVES 2016

III-1- Présentation du fonctionnement du Corevih, des structures partenaires, du personnel Corevih. Un point est fait sur les animations et l'implication du Corevih par D. LACOSTE

Activités du Corevih se répartissent de la façon suivante :



Nombre d'acteurs ayant participé aux activités du Corevih



III-2- Présentation des activités des différentes commissions 2015 par les pilotes des commissions:

- **I. RAYMOND et C. MILLIEN pour la commission ETP :**

Objectif principal

Améliorer les compétences des équipes ETP VIH en matière d'ETP

Résultats 2015

- Organisation de deux journées thématiques à destination des acteurs impliqués en ETP
- Présentation d'expériences d'actions mises en œuvre pour répondre aux problématiques de recrutement dans les programmes
- Production de synthèses des journées en vue de leur valorisation
- Promotion auprès des éducateurs de nouveaux outils d'animations
- Maintien du lien entre les acteurs impliqués sur les 10 programmes ETP
- Identification de nouvelles problématiques

Perspectives 2016

- Renouvellement des 2 journées autour de nouvelles thématiques de travail
- Aborder la gestion des situations complexes en ETP ainsi que les nouvelles approches en santé via la présentation de projets innovants
- Ouvrir le comité de pilotage à de nouveaux membres
- Intégrer dans la réflexion sur les actions la dimension « Grande Région »

- **D. LACOSTE pour projet Prison interCorevih Aquitaine/Poitou Charentes-Centre (Q. JACOUX, 2^{ème} pilote)**

Objectif principal

Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH, Hépatites en milieu pénitentiaire

Résultats 2015

- Organisation d'un colloque Prison à Bordeaux
- « VIH, Hépatites, IST : Du dépistage aux soins en détention, et après ? »
- Dispositif institutionnel, état des lieux et cadres législatifs
- Ateliers sur les aspects médico-sociaux de la PEC
- Expériences innovantes

Perspectives 2016

- Poursuivre l'état des lieux mené en 2012 par des entretiens qualitatifs au sein de 6 maisons d'arrêt de la Grande Région (En 2012, la Maison d'arrêt de Pau, 2 SPIP, 6 UCSA, 11 acteurs de promotion de la santé avaient répondu à l'enquête)
- Organiser une journée de travail inter-régionale afin d'élaborer des stratégies pour résoudre les problématiques exprimées lors du colloque
- Intégrer dans le groupe de travail la région Limousin

○ Y. GERARD pour la PEC des ruptures de soins,

Objectif principal	Améliorer le parcours de santé des patients infectés par le VIH
---------------------------	--

Résultats 2015

- Etat des lieux des procédures hospitalières en vigueur au niveau régional pour rechercher les personnes en rupture de suivi hospitalier
- Expérimentation hospitalière pour une procédure test de recherche des perdus de vue
- Réalisation de l'analyse des facteurs associés à la rupture de suivi (RDS) chez les PVVIH en Aquitaine pour en estimer la fréquence et les déterminants
- Ecriture du protocole de l'étude qualitative de rupture de soins des PVVIH

Perspectives 2016

- Finalisation de l'écriture du protocole de l'étude qualitative de rupture de soins des PVVIH, réalisation de l'étude et communication des résultats (embauche d'une anthropologue pour 0,5 ETP pendant 9 mois)
- Finalisation des recommandations régionales pour prévenir et lutter contre les pertes de chance des patients dans la perspective d'éviter la survenue d'affections opportunistes graves, et parvenir à un meilleur contrôle de l'épidémie
- Diffusion de ces recommandations régionales auprès des services référents

○ C. LASSALLE pour la commission Prise en Charge sociale du vieillissement,

Objectif principal	Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des PVVIH en établissements et structures sociales et médico-sociales
---------------------------	---

Résultats 2015

- Formation sur "l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH" à destination des personnels d'aide à domicile, du GIHP accompagnant les PVVIH
- Co-animation : un médecin, une assistante sociale

Perspectives 2016

- Programmer d'autres formations pour l'année 2016
- Réfléchir aux modalités de financement de ces actions de formation

○ I. CRESPEL en remplacement d'I. BERTRAND SALLES pour la commission Prévention/Dépistage

Objectif principal	Améliorer l'offre de dépistage du VIH/Hépatites/iST et de santé sexuelle sur le territoire aquitain
---------------------------	--

Résultats 2015

- Recensement de l'offre de dépistage VIH/VHC au cours de l'année 2013 en Aquitaine
- Réalisation d'un rapport « état des lieux de l'offre de dépistage VIH/VHC en Aquitaine »
- Cartographie des lieux de dépistage VIH (classiques et rapides) en ligne sur le site du Corevih
- Restitution de l'offre de dépistage sur chaque territoire (avec les acteurs de dépistage, la DT/ARS) et propositions de pistes pour améliorer cette offre
- Rapprochement de l'Université de Bordeaux Talence pour mise en œuvre d'actions de dépistage en milieu universitaire
- Définition de modalités des ateliers « santé sexuelle et dépistage VIH, hépatites, IST » pour des professionnels intervenant dans l'accompagnement individuel et mise en place de ces ateliers sur trois sites : Bayonne, Périgueux, Bordeaux.
- Rédaction d'un article pour les pharmaciens afin d'accompagner l'arrivée des auto-tests. Et diffusion de cet article à tous les pharmaciens d'Aquitaine
- Réalisation d'une journée de formation pour les pharmaciens libéraux aux autotests.

Perspectives 2016

- Réalisation des formations TROD VIH/VHC (en fonction de l'édition de l'arrêté)
- Poursuite de l'animation des ateliers santé sexuelle et dépistage
- Mise en place d'une journée autour des nouveaux outils de prévention

○ D. LACOSTE pour la commission Traitements & Recherche ;

Objectif principal

Améliorer la qualité de prise en charge des PVIH

Résultats 2015

- Animation du groupe de travail « VIH Interact » par un pharmacien hospitalier (pharmaciens, pharmacologues, cliniciens) ; mise à jour du logiciel d'interactions médicamenteuses « VIH Interact » dans le cadre d'une convention avec le CREDIM

Evolution de la fréquentation du site VIH Interact entre 2014 et 2015 :

- le nombre de sessions a augmenté de 18%,
 - le nombre d'utilisateurs a augmenté de 20%
 - le nombre de pages vues a augmenté de 2%
 - Réflexion sur la pharmacovigilance & travail sur les ARV génériques
 - Bilan et perspectives en région des RCP VIH et Hépatites
 - Réflexion sur de nouveaux outils (à destination des médecins généralistes et des patients)
- Modification du traitement TPE en STR par le Stribild©

Perspectives 2016

- Réfléchir à la création d'un groupe PrEP
- Travailler à une version pour smartphone du logiciel VIH-InterAct
- Poursuivre les mises à jour de la plaquette « Thérapeutiques anti rétrovirales : Modalités de prise, effets indésirables », des autres outils d'aide à la prise en charge et du logiciel d'interactions médicamenteuses « VIH Interact »
- Organisation d'une rencontre des usagers et associations pour une présentation des grandes données de la Cohorte Aquitaine (février 2016)

○ M. Hessamfar pour la commission Accidents d'Exposition au Sang

Objectif principal

Améliorer la prise en charge des AES

Résultats 2015

- Elaboration de la plaquette TPE et diffusion à l'ensemble des médecins référents des AES de la région. Posologie : 3 comprimés 1 fois par jour pendant 28 j : 1 TRUVADA/1 PREZISTA 800mg/1 NORVIR 100 mg
- Définition de la méthodologie de travail d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en matière d'AES au CHU de Bordeaux (services des urgences de St André, Pellegrin, services d'infectiologie de St André, de Pellegrin, services de santé au travail) et du questionnaire de la satisfaction du public ayant été pris en charge pour un AES. La Commission a bénéficié de l'appui technique du Dr Florence Saillour et d'Aurélié Martin de la Cellule d'aide méthodologique pour les évaluations des pratiques professionnelles au CHU Bordeaux pour l'élaboration du protocole de l'EPP des AES.

Perspectives 2016

- Actualisation de la plaquette Kit TPE
- Evaluation des pratiques professionnelles concernant les AES dans les services des urgences du CHU de Bordeaux de début mars à fin juin.
- Evaluation de la satisfaction du public ayant été pris en charge pour un AES dans les services des Urgences du CHU de Bordeaux.
Un stagiaire du Master 2 santé publique de l'ISPED sera embauché par le Corevih pour 4 mois (de début mars à fin juin) pour réaliser cette EPP des AES et l'enquête de satisfaction.

○ Autres activités 2015

1er décembre

- Comme tous les ans, le COREVIH-GECSA s'est associé à l'ORSA et à la CIRE Aquitaine pour la rédaction de la lettre d'information du 1er décembre. Le COREVIH a également relayé sur son site l'ensemble des actions mises en œuvre par les partenaires lors de cette journée.

- Des stands d'informations sur le VIH ont été tenus par les personnels du COREVIH au CHU de Pellegrin et au CH de Bayonne.

Formations

- Formations « Actualisation des connaissances en matière de VIH/SIDA » des équipes soignantes de l'espace santé des étudiants de l'Université de Bordeaux

Appel à projet IRESP

- Appel à projets Prévention 2015 de l'Institut de Recherche en Santé Publique : Participation à l'écriture du projet « Repérage précoce des pratiques sexuelles à risque et intervention brève en médecine générale : Recherche Interventionnelle sur la Communauté Urbaine de Bordeaux ». Promoteur du projet : Equipe Infection par les VIH et Maladies Associées/ Inserm U897 en partenariat avec le Corevih et le Réseau Agir 33.

Perspectives 2016

- Formations « Actualisation des connaissances en matière de VIH/SIDA » des IDE scolaires de la Gironde
- Réfléchir aux modalités de financement de ces actions de formation
- Renouveler la co-écriture de la lettre annuelle d'information sur la lutte contre le VIH/Sida et les hépatites sur la région ALPC

Groupe Conditions de vie/qualité de vie (thèse D. Barger)

Projet sourds éducation affective et sexuelle (Service Accueil des sourds, Pôle de Santé Publique, Corevih)

- **F. DABIS pour le Groupe « Système d'Information Hospitalier »**
Groupe de travail permanent du COREVIH, avec une équipe CHU / INSERM / ISPED dédiée et couvrant le territoire Aquitain

Spécificité : Le système d'information du COREVIH Aquitaine permet l'inclusion et le suivi de la Cohorte ANRS CO3 Aquitaine :

Cohorte ouverte, depuis 1987

Investigateur principal : F. Bonnet (depuis 2015)

Méthodologiste : F. Dabis

Gestionnaire de la recherche : CHU (à partir de 2016)

- **Equipe CHU / INSERM / ISPED dédiée et couvrant le territoire Aquitain :**
 - Techniciennes d'études cliniques - CHU de Bordeaux
 - Pharmacien de santé publique - CHU de Bordeaux
 - Attaché(e)s de recherche clinique - INSERM U 1219 / ANRS
 - Chef de Projet Cohorte - INSERM U1219 / ANRS
 - Gestionnaire de bases de données - INSERM U1219 / ANRS
 - Statisticien - INSERM U1219 / ANRS
 - Informaticien CREDIM (ISPED) / ANRS
- **Hôpitaux participants :**
 - CHU de Bordeaux (5 services)
 - CH d'Agen, Arcachon, Bayonne, Dax, Libourne, Mont-de-Marsan, Pau, Périgueux et Villeneuve-sur-Lot (9 hôpitaux dans les 5 départements aquitains)
 - **Recueil de données** au sein des services hospitaliers :
 - Pendant la consultation par les cliniciens
 - Par les techniciennes d'études cliniques et les attachés de recherche clinique à partir des dossiers médicaux
 - Données anonymisées et consentement de tous les patients
 - **Par e-CRF et transfert automatisé des données biologiques (au CHU) depuis le 1 juillet 2013 : système ARPEGE®**
 -

Nouveaux patients éligibles à une prise en charge en 2015

- **N = 232 inclusions**
 - **Dont 36 découvertes de séropositivité dans l'année**
 - Sexe ratio H:F = 5:1
 - 86,1% dans leur département de résidence
 - 11,1% d'origine sub-Saharienne
 - 17,2% au stade SIDA
 - Médiane de CD4 (EIQ) : 515 (380 - 789) / mm

3

- **Patients éligibles mais non encore inclus** (250+ sur au moins 18 mois) (en attente de consentement écrit)

Patients suivis en 2015

File active : Patients ayant eu ≥ 1 recours au système de soins hospitalier dans la période (12 mois)

N = 3 907 patients

- **Caractéristiques épidémiologiques-cliniques**
 - Sexe masculin : 71,7%
 - Age médian (EIQ) : 51 ans (44 – 57)
 - Durée médiane (EIQ) depuis le sérodiagnostic : 17,4 ans (9,6 – 23,7)
 - Ag HBs positif : 4,2% (93,1% des patients de la file active ont leur statut VHB documenté)
 - Ac anti-VHC positif : 17,0% (92,8% des patients de la file active ont leur statut sérologique VHC documenté)
- ARN VHC positif : 43,0% (n = 308)
- **13 patients passés au stade SIDA dans l'année**
- **33 patients décédés dans l'année**
 - 18 (54,5%) au stade C/SIDA
 - 6 patients co-infectés par le VHC
 - Causes de décès : cancers non classant Sida, pathologies cardio-vasculaires, et broncho-pulmonaires, co-infection par le VHC, ...
- **17% des PVVIH de la file active 2014 n'ont pas été repérés comme vus au moins une fois en 2015 dans les mêmes services**
- **Patients traités par ARV : N = 3 882 (99,4%)**
 - Depuis moins de 6 mois : 154 (4,0%)
 - Depuis 6 mois et plus : 3 728 (96,0%)
 - Profil viro-immunologique au dernier suivi

	Taux médian de CD4 (/mm ³)	Charge virale médiane (copies/mL)
Patients traités < 6 mois	524 (287 - 737)	<40 (< 40 - 983)
Patients traités \geq 6 mois	635 (460 - 849)	< 40 (< 20 - < 40)

Utilisation des services de santé en 2015

- **Recours hospitaliers : N = 10 362 pour 3 907 patients suivis**

	Consultations	Hospitalisations de jour	Hospitalisations complètes	Autres recours
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
CHU (8 201)	4255 (51,9)	2037 (24,8)	430 (5,3)	1479 (18,0)
CHG (2 161)	1729 (80,0)	92 (4,3)	97 (4,5)	243 (11,2)
Total (10 362)	5984 (57,7)	2129 (20,6)	527 (5,1)	1722 (16,6)

- **Durée* de séjour en hospitalisation classique (N = 527)**
 - Médiane : 4 jours
 - Intervalle interquartile : 2 - 8 jours
 - Etendue : 1 - 203 jours

Fréquence des comorbidités (3 tableaux successifs)

**File active 2015
(N = 3 746)**

Caractéristiques	n (%)
Insuffisance rénale chronique (N = 3 608) (diagnostic ou 2 mesures consécutives d'e-GFR < 60)	546 (15,1)
Événement cardio-vasculaire (diagnostic ou ttt par angioplastie/endartérectomie/pontage)	413 (11,0)
Hypertension (N = 3 743) (2 tensions artérielles TAS \geq 140 mmHg et/ou TAD \geq 90 mmHg consécutives ou prise d'un traitement antihypertenseur)	1 777 (47,5)
Ttt anti-hypertenseur actuellement	877 (23,4)
Diabète (diagnostic ou glycémie élevée ou prise d'un ttt antidiabétique)	494 (13,2)
Cancer tout type (diagnostic)	415 (11,1)

*Morbidités signalées au moins une fois au cours du suivi

**File active 2015
(N = 3 746)**

Caractéristiques	n (%)
Insuffisance rénale chronique (N = 3 608) (diagnostic ou 2 mesures consécutives d'e-GFR < 60)	546 (15,1)
Evénement cardio-vasculaire (diagnostic ou ttt par angioplastie/endartérectomie/pontage)	413 (11,0)
Hypertension (N = 3 743) (2 tensions artérielles TAS ≥ 140 mmHg et/ou TAD ≥ 90 mmHg consécutives ou prise d'un traitement antihypertenseur)	1 777 (47,5)
Ttt anti-hypertenseur actuellement	877 (23,4)
Diabète (diagnostic ou glycémie élevée ou prise d'un ttt antidiabétique)	494 (13,2)
Cancer tout type (diagnostic)	415 (11,1)

Morbidités signalées au moins une fois au cours du suivi

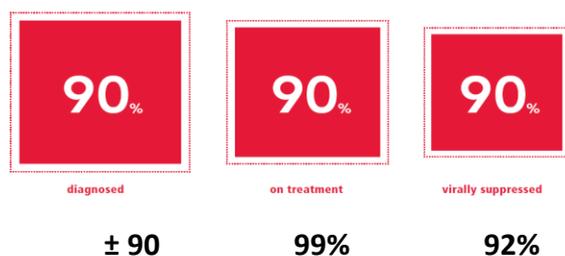
Les comorbidités en résumé (File active 2015)

- **Aucune :** 55,8 %
- **Une des précédentes :** 23,4 %
- **Deux des précédentes :** 12,6 %
- **Trois ou plus :** 8,1 %
- **Hépatite C traitée par DAA :** 125 / 308 40,6 %
- **Hépatite B traitée :** 38 / 64 59 %

Utilisation des services de santé en 2015

Les objectifs internationaux sont globalement atteints en Aquitaine

THE TREATMENT TARGET



Perspectives

Dépistage, diagnostic & entrée dans les soins

Avec la CIRE, le laboratoire de virologie du CHU et les CEGIDD

- Analyse des tendances temporelles des diagnostics et nouvelles infections
- Description géographique « fine »
- Détection éventuelle de « clusters »

Maintien dans les soins

- Avec les équipes hospitalières
- Mise en place de conduites à tenir individuelles standardisées pour les cliniciens et leurs équipes de soins
- Mise en place d'algorithmes d'analyse des files actives et de leur évolution par service (cf. groupe « ruptures de soins »)
- Sélection d'indicateurs de performance
- Amélioration d'ARPEGE® : tableaux de bord, alertes, transferts automatisés, dossier unique, e-DO

Au delà du contrôle viro-immunologique et de la prise en charge des co-morbidités

- Prévention et dépistage des co-morbidités évitables : monitoring à intensifier
- Etude complète de la consommation de soins : planifiée (Appel d'offres APITHEM 2014)
- Qualité de VIH : comment la mesurer ? Comment l'optimiser ? Projet planifié (Sidaction 2016)
 - Analyse de l'offre et de la demande
 - Données démographiques et économiques
 - Données comportementales
 - Données psycho-sociales

Débats avec les participants :

Prévention/dépistage

Un débat s'est engagé sur la prévention avec confrontation des concepts classiques de prévention/dépistage (responsabilisation, approche généraliste versus publics prioritaires). Certains regrettant la prééminence du dépistage par rapport à la prévention primaire notamment envers les jeunes, d'autres défendant les nouveaux principes de la prévention combinée.

Il est important d'avoir une connaissance plus fine et actualisée des populations et des différents outils disponibles (Prep, TPE, Trod...). Il ne faut pas confondre les outils et les méthodes / stratégies de prévention. On pourrait scinder la commission Prévention/dépistage en deux commissions mais cela n'est ni l'esprit du rapport d'experts 2013 ni celui de son actualisation (en préparation). Sur ce sujet, ce sont principalement prononcés Pascale Grand, F. Dabis, E. Sorbé, F. Bouhier.

Implication des usagers :

Une implication des usagers insuffisante dans les travaux du Corevih est soulignée par D. Lacoste. Lors de la réunion du Groupe Technique National du 20/06 dernier, a été évoqué le fait qu'il était important de partir des besoins, des attentes des PVVIH pour bâtir des projets qui répondent vraiment à leurs besoins, attentes.

Afin d'avoir une meilleure homogénéité de la prise en charge, du parcours de santé du patient, F Dabis propose de réaliser des diagnostics par territoire (attentes des acteurs, usagers et professionnels, de l'offre de soins, de dépistage et de prévention).

IV. BILAN FINANCIER 2014

Présentation du bilan budgétaire par D. LACOSTE, en l'absence Mme Zamaron

Intitulé	Charges (euros)	Produits (euros)
Dotation ARS (FIR)		800 000
Autre produit		1499
Charges Personnel Médical (0,1ETP coordo médical : D. Lacoste, 0,25 ETP médecin : F. Dabis, 1 ETP pharmacien : S. Ayayi	148483	
Charges Personnel Non Médical : Tec/Arcs, 7 ETP :Mmes M.J. Blaizeau, M. Decoin, S.Delveaux, C. D'Ivernois, C. Hanappier, E. Lenaud, A. Pougetoux ; coordinatrice 1 ETP : I. Crespel, secrétaire 1ETP : B. Naura	489465	
Charges générales	35 000	
Charges exceptionnelles	832	
Charges, amortissements, provisionnement	421	
Frais de structure 17%	136255	
Résultat 2015	810 456	801 499
Solde	-8 957	

V. MISSION D'APPUI AU PROJET DE COREVIH NOUVELLE AQUITAINE

Suite à la réforme territoriale, il est rappelé l'arrêté du 3 août 2015 prorogeant le mandat des membres du Corevih jusqu'au 1er décembre 2016, voire à mars 2017 selon certaines informations, laissant plus de temps pour préparer la prochaine mandature.

Afin de préparer au mieux le nouveau Corevih ALPC, un audit financé par l'ARS ALPC a été effectué par la société « Atelier de l'Evaluation en prévention et promotion de la santé » (ATEV) sur les trois sites : les trois départements du Limousin, les quatre départements de Charente Poitou et les cinq départements du Corevih Aquitaine.

Plusieurs réunions ont déjà été programmées entre les différents acteurs du futur Corevih pour préparer cette « fusion ».

Le 23 septembre au Centre Hospitalier d'Angoulême sera présenté la synthèse de l'état des lieux des trois régions et des propositions, préconisations concernant les missions et l'organisation du Corevih Nouvelle Aquitaine seront faites.

Sont invités à participer à cette journée (pour l'Aquitaine), les membres du Bureau et les Pilotes des

commissions.

I CRESPEL présente, en l'absence de M. NOCK (ATEV) le diaporama concernant **les résultat de l'état des lieux** :

Réaliser un état des lieux de l'organisation et des actions des COREVIH dans les trois régions fusionnées.

Définir d'où l'on part

Permettre l'élaboration d'un projet commun pour le futur COREVIH

Négocier où l'on va

Hépatites : inclus dans les missions du COREVIH Centre Poitou-Charentes, pas dans les autres régions, où une collaboration existe pour les co-infections.

IST et santé sexuelle: les acteurs de prévention investissent ce champ (missions des CeGIDD).

Accord sur l'inclusion des IST dans la surveillance et la prévention, discussion sur la santé sexuelle

3 systèmes d'information:

DOMEVIH (Poitou-Charentes), NADIS (Limousin et Poitou-Charentes), ARPEGE (Aquitaine)

Chaque équipe veut a priori garder son système ou tout au moins les avantages afférents

Des mission différentes :

Données nationales: agrégation possible

Aquitaine : Gestion de la cohorte, souhait d'inclure les données sur IST et PrEP

TEC-ARC: souhait de diversifier les tâches

Commissions similaires: Traitements et recherche, suivi des patients, accompagnement, milieu carcéral, AES, dépistage et prévention, incluant TPE et PrEP

Spécificités :

Aquitaine: système d'information

Centre Poitou-Charentes: communication, co-infections VIH-hépatites

Accord sur l'intérêt et l'utilité des rencontres régionales: réflexion, confrontation des pratiques, collaborations

Limites: la distance, les frais de déplacement, le matériel audio et visio

La gestion des commissions en Aquitaine: mode de désignation, d'animation et de suivi donne satisfaction

Crainte de voir les budgets baisser

Augmentation nécessaire du temps de coordination

Maintien d'une coordination médicale dans chaque CHU

Remboursement des frais de déplacement de tous les acteurs intervenant dans la coordination

Souhait d'une clarification de l'utilisation des fonds dédiés par les centres hospitaliers

D'abord définir un projet pour le COREVIH Nouvelle Aquitaine, en fonction:

- du cadrage national (en attente)
- de la situation régionale

Ensuite, définir l'organisation le mieux à même de permettre l'atteinte des objectifs: membres, bureau, commissions...

Inscrire le projet du COREVIH dans la stratégie définie par ONUSIDA

90 %
DES PERSONNES
INFECTEES SONT
DEPISTEES

90 %
DES PERSONNES
DEPISTEES SONT
SOUS ARV

90 %
DES PERSONNES
SOUS ARV ONT
UNE CHARGE

Les objectifs concernant les PVVIH sont déjà atteints en Nouvelle Aquitaine. Il faut mettre l'accent sur le dépistage et la qualité.

A partir des constats suivants:

1. Les traitements permettent de contrôler le virus et d'empêcher sa transmission.
2. La prévention fondée sur l'information généraliste et la responsabilisation individuelle ne permet pas une diminution des contaminations dans les populations les plus touchées.

- Changement de paradigme pour la prévention:

Adoption d'une stratégie de prévention médicalisée

- Soutenir les CeGIDD et les associations dans leurs actions « hors les murs »

- Intensifier la proposition du dépistage auprès des communautés les plus touchées, à l'image de ce qui se fait pour les HSH

- Trouver des relais permettant l'intervention auprès des personnes originaires de pays à forte endémie

- Organiser le COREVIH pour soutenir cette approche (nomination de membres en lien avec les groupes les plus touchés)

- Organiser les actions du COREVIH selon deux niveaux territoriaux :

La région: Pilotage, relations avec l'ARS, organisation et suivi des commissions, observatoire régional...

Le département:

- Définition du parcours des personnes atteintes, du dépistage aux soins et à l'accompagnement psycho-médicosocial
- Soutien des CeGIDD en lien avec la Délégation Départementale de l'ARS

- Prévention des IST, vie affective et santé sexuelle

- Bien définir le rôle du COREVIH à partir de ses missions et de ses compétences: formation des intervenants auprès de la population générale et des jeunes

- Etayer les acteurs de promotion de la santé sexuelle en population générale par un apport d'informations validées et actualisées

- Faciliter au maximum la participation à la réflexion régionale en limitant les déplacements

Visioconférences: recenser les possibilités dans chaque département (CH, ARS...)

Audiocconférences à développer

Site internet: Un forum par commission, permettant la contribution régulière de tous les membres

Débats avec les participants :

Aménagement des commissions :

F. Bouhier préconise une redéfinition des commissions, des grands champs, des grands domaines pour s'investir collectivement. Agir là où cela semble important, innover en s'appuyant sur les données, « redonner du sens »

Approche territoriale :

P. Grandaye propose que les nouveaux membres du Corevih fixent les enjeux, les défis par territoire.

Concernant les services offerts, quelles sont les inégalités, quelle est la demande des PVVIH ? Veiller à l'articulation ville/hôpital, à l'équité des services offerts sur les territoires. Importance de la territorialisation du futur Corevih. Aller vers les publics les plus fragilisés. F Bouhier précise que chaque département peut s'orienter vers un public prioritaire = Actions du Corevih vers ces différents publics.

L'impact des mesures de prévention reste trop limité

Suite à la question de M. Maunoury sur le fait que la prévention ne permet pas de faire chuter les contaminations, F Dabis fait référence à l'évaluation du Plan National du Sida 2010-2014 du Haut Comité de Santé Publique. Concernant l'axe 1 : prévention, information, éducation à la santé, il est précisé que si l'on se réfère aux chiffres de nouvelles contaminations, l'impact des mesures de prévention apparaît limité et le rapport souligne qu'il est indispensable de faire porter l'accent sur les publics HSH, pour lesquels on observe une augmentation des contaminations. Voir rapport complet ci-après : [EvalPNLvihsidaist20102014.pdf](#)

Organisation

Organisation de journées ciblées (thématiques, champs d'actions).

VI- CONCLUSION

D. Lacoste annonce que la dernière AG du Corevih Aquitaine est clôturée car la prochaine sera celle de la région « Nouvelle Aquitaine ». Il remercie les participants pour leur participation à l'AG et l'ensemble des acteurs qui sont impliqués dans les travaux du Corevih et grâce à qui le Corevih est ce qu'il est.