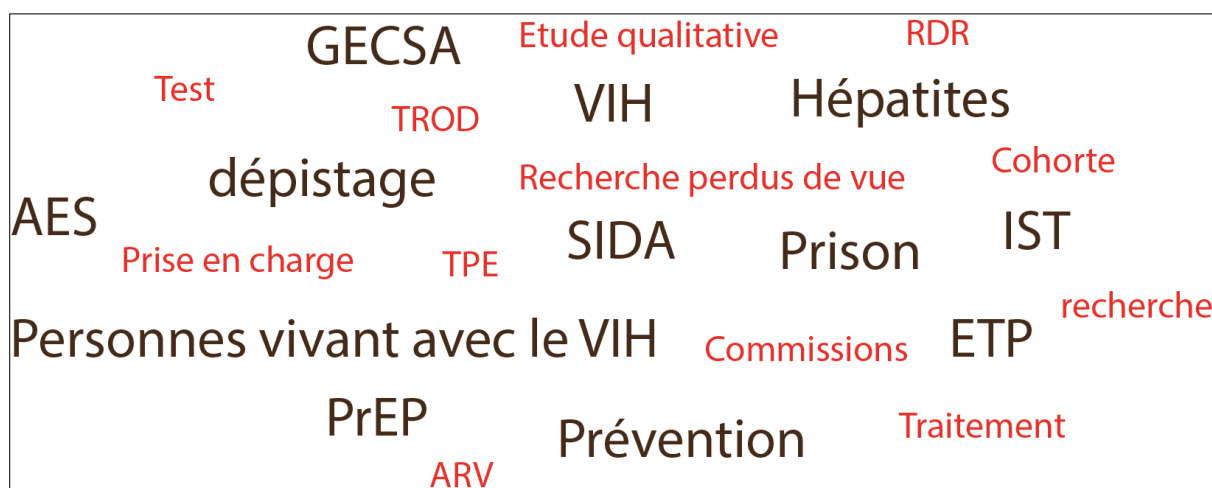




RAPPORT D'ACTIVITE 2016



COMITÉ DE COORDINATION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE L'INFECTION PAR LE VIH

COREVIH Aquitaine - Hôpital du Tondu - Groupe Hospitalier Pellegrin

Place Amélie Raba Léon - 33076 BORDEAUX Cedex - Tél : 05 56 79 56 06 - Fax : 05 56 79 60 87

corevih@chu-bordeaux.fr ■ www.corevih-aquitaine.org

Table des matières

INTRODUCTION DU PRESIDENT	3
DESCRIPTION DU COREVIH D'AQUITAINE	5
CARTE D'IDENTITE.....	5
LES RESSOURCES DU COMITE.....	7
LE COREVIH AQUITAIN EN ACTION	8
ANIMATION ET IMPLICATION DU COMITE	8
COMMISSIONS.....	13
SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER.....	23
SON ORGANISATION	23
SES RESULTATS.....	26
Première partie : DONNÉES À L'INCLUSION	26
Deuxième partie : DONNÉES AU SÉRODIAGNOSTIC.....	37
Troisième partie : FILE ACTIVE 2016	48
CONCLUSION DU PRESIDENT	56
REMERCIEMENTS AUX ACTEURS IMPLIQUES	57

INTRODUCTION DU PRESIDENT

Cette dernière année de la deuxième mandature du COREVIH Aquitaine (prolongée en fait jusqu'au 31 mai 2017 pour la mise en place du Corevih Nouvelle Aquitaine), comme le montre bien ce rapport d'activité 2016, aura été encore très active et riche par la variété de ses actions.

Le contexte, avec la mise en place des CeGIDD, la PREP, les réflexions et travaux consacrés à l'évolution vers le COREVIH Nouvelle Aquitaine, la finalisation de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, ne pouvait que nous stimuler pour initier des activités innovantes.

La PREP a été mise en place au cours de l'année dans les principaux centres de prise en charge de la Région. La commission dédiée à ce travail a été un outil qui s'est vite révélé indispensable par la dynamique impulsée, aidée par le travail de recueil de cette activité par les cliniciens impliqués. Cette action restera bien sûr un axe prioritaire pour la suite, en lien avec les CeGIDD.

Les CeGIDD se sont progressivement mis en place, et cette évolution doit se poursuivre sur 2017. Ils ont un besoin évident d'accompagnement et l'ARS a confirmé le rôle clé du COREVIH pour cela. Les modèles d'organisation et les moyens sont hétérogènes rendant particulièrement nécessaire cette coordination.

La réflexion sur la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030, dont le texte a finalement été finalisé début 2017, comme d'ailleurs les nouveaux textes sur les COREVIH, auront été dans toutes les têtes dans les projets et les actions menés en 2016.

Cela sera certainement un fil rouge pour les années à venir.

Le discours ambiant rappelle souvent les objectifs de l'ONU-SIDA : les « trois 90... ». Nous faisons d'ores et déjà mieux pour les traitements et leurs résultats... Mais cela ne doit pas cacher les résultats insuffisants pour l'entrée dans le soin (dépistage, accès aux services de santé) et la continuité des soins, voire de la prise en charge dite globale... Les objectifs de travail pour corriger cela ont été centrés sur les perdus de vue, la qualité de vie notamment, à poursuivre impérativement.

Sinon, tout en menant ces nouvelles pistes de travail, les actions précédentes ont été poursuivies...

Certaines thématiques évoluent et vont soit faire une « pause » soit se réformer tout en prévoyant de prendre une nouvelle dimension dans le cadre de la Nouvelle Aquitaine...

Toute cette dynamique, centrée désormais sur le VIH, les IST, va se renouveler dans un contexte élargi sur la Grande Région Nouvelle Aquitaine avec de nouveaux acteurs de Poitou-Charentes et du Limousin et de nouveaux défis organisationnels certes mais aussi un enrichissement par d'autres expériences de terrain.

A l'occasion de ce dernier Rapport d'Activités « Aquitain », je me dois en tant que Président, remercier chaleureusement tous les acteurs de notre Corevih, que ce soit sur le terrain chacun dans son domaine acteurs de Santé ou associatifs, patients, membres élus ou non, et bien sûr particulièrement toute l'équipe sans laquelle rien de tout cela ne serait possible,

notre coordinatrice en premier lieu, sans oublier le travail réalisé en lien avec l'ISPED, l'INSERM, toujours dans le cadre du Pôle de Santé Publique du CHU de Bordeaux.

Enfin, je remercie l'ARS qui nous a toujours associés en amont aux réflexions sur les thématiques nous concernant ainsi qu'à la préparation de la grande mutation régionale...

D.Lacoste, Président du COREVIH Aquitaine

DESCRIPTION DU COREVIH D'AQUITAINE

CARTE D'IDENTITE

Définis par un décret d'instauration¹, les COREVIH (Comité de **Co**ordination **RE**gionale de lutte contre l'infection due au **V**irus de l'**I**mmunodéficience **H**umaine) sont des **instances régionales et collégiales dont l'expertise pluridisciplinaire répond aux enjeux locaux de la lutte contre le VIH**². Le comité Aquitain est né le 26 octobre 2007³. Il est actuellement dans sa seconde mandature de 4 ans.



Le COREVIH d'Aquitaine **siège au Centre Hospitalier Universitaire** de Bordeaux, dans les locaux de l'hôpital du Tondu (Groupe hospitalier Pellegrin de Bordeaux). Il est rattaché au Pôle de Santé Publique. Sa région administrative d'intervention est l'Aquitaine⁴.

En 2015, Il dénombre **88 membres** issus des 4 collèges qui le composent, représentant pour la région : 8 Centres hospitaliers dont le CHU, 6 Réseaux ville-hôpital, 2 Conseils départementaux, 3 Centres de dépistage anonyme et gratuit/Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST et 21 associations ou regroupements associatifs (de professionnels ou d'usagers)⁵.

Répartition des membres du Corevih par structures

REPRESENTATION CENTRES HOSPITALIERS			RESEAUX		
CHU	Bordeaux	8	Réseau hépatites	Pessac	1
Centre hospitalier	Libourne	2	Réseau Santé Solidarité	Bègles	1
Centre hospitalier	Blaye	1	Réseau VIH 24	Périgueux	2
Centre hospitalier	Mont de Marsan	3	Réseau VIH Gironde	Bordeaux	2
Centre hospitalier	Dax	1	REVIH DAX	Dax	1
Centre hospitalier	Agen	1	Rézopau	Pau	2
Centre hospitalier	Pau	1			
Centre hospitalier	Bayonne	1	CONSEILS DEPARTEMENTAUX		
UCSA Maison d'arrêt	Gradignan	1	Conseil Départemental 64	Pau	1
ASSOCIATIONS			Conseil Départemental 33	Bordeaux	1
Médecins du Monde	Bordeaux	2			
Actif santé	Cenon	2	CDAG/CIDDIST		

¹ Décret no 2005-1421 du 15/11/2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

² <http://www.corevih-aquitaine.org/sites/corevih.cpm.aquisante.priv/files/Decret%20dinstauration%20des%20Corevih%2015.11.05.pdf>

³ http://www.gironde.gouv.fr/content/download/4168/19927/file/11_VolII_1107.pdf (pp.12-14)

⁴ 5 départements (La Gironde, la Dordogne, le Lot-et-Garonne, les Landes et les Pyrénées Atlantiques) pour une population de 3 335 134 habitants répartis sur 42 024 km².

⁵ La composition des collèges en détail : <http://www.corevih-aquitaine.org/content/corevih-daquitaine>

CACIS	Bordeaux	3	CIDDIST	Bayonne	1
CEID	Bordeaux	1	CIDDIST	Dax	1
CEID Béarn addictions	Pau	1	CDAG/CIDDIST	Mont de Marsan	1
CEID Dordogne	Périgueux	1			
Chrétien et Sida	Le Bouscat	1			
CSAPA	Pau	1	UNIVERSITE SEGALEN Bx 2		
	Marmande	1	GECSA/ISPED	Bordeaux	1
FEHAP	Labenne	1	INSERM U 897	Bordeaux	1
	Bayonne	1	Pharmacovigilance	Bordeaux	1
Fédération Hospitalière de France	Bordeaux	1			
GAPS	Bordeaux	3			
IPPO	Bordeaux	2			
IREPS	Bordeaux	2			
Le Girofard	Bordeaux	1			
MFPP	Bordeaux	3			
PROMO-FEMMES	Bordeaux	1			
SIDA INFO SERVICE	Bordeaux	1			
Sid 'Avenir	Nay	1			
SNEG	Région	1			
SNIIL	Nontron	1			
Sos Habitat de Soins	Bègles	2			
UDAF 33	Bordeaux	1			
AIDES Béarn	Pau	1			
AIDES Dordogne	Périgueux	1			
AIDES Gironde	Bordeaux	6			
AIDES Lot et Garonne	Agen	1			
AIDES Pays Basque	Bayonne	1			
AIDES SUD OUEST	Bordeaux	1			

Elu lors de l'Assemblée Générale du 27 janvier 2012, **le bureau actuel est composé de 8 membres.**

Dr Denis LACOSTE	Président	Médecine Interne Maladies Infectieuses Hôpital St André –Bordeaux
Frédéric BOUHIER	Vice-Président	Association AIDES AQUITAINE
Jean jacques BOUYER		GAPS – Hôpital Saint André – 33075 Bordeaux
Christine COURATTE ARNAUDE		Coordi Santé Béarn & Soule, 3 rue Dupla, 64046 Pau
Pr François DABIS		ISPED – Université Bordeaux2 – 33076 Bordeaux
Nathalie DANJOU		Réseau VIH 24 - 16 r B. du Gesclin, Périgueux
Dr Yann GERARD		Service Médecine Maladies Infectieuses – CH Dax
Dr Brigitte REILLER		CEID – 16 rue Planterose – 33000 Bordeaux

LES RESSOURCES DU COMITE

Le Président assume la mission de Coordinateur Médical. Les membres du COREVIH sont appuyés dans leurs travaux par **une équipe de salariés** soit 10,35 ETP.

Les TECs/ARCs (7 du Corevih et 2 de l'ISPED) participent au recueil de données épidémiologiques au niveau de 9 Centres Hospitaliers⁶ et de 4 services⁷ du CHU de Bordeaux.

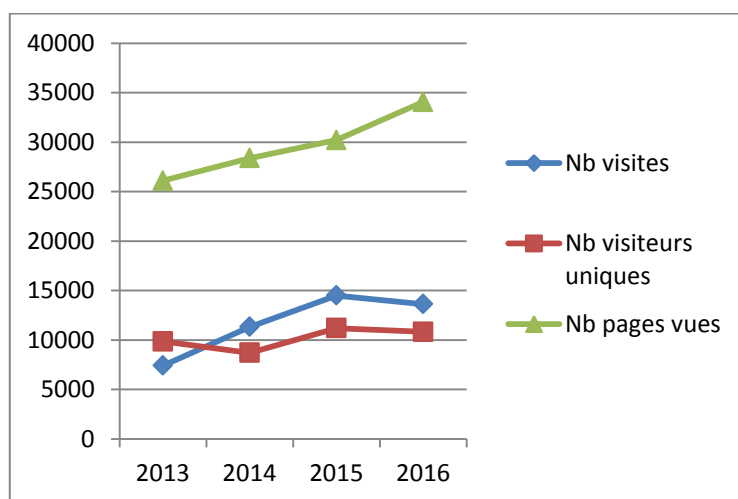
Denis Lacoste	Coordinateur médical	0,1 ETP
Brigitte Naura	Secrétaire	1ETP
Isabelle Crespel	Coordnatrice des activités	1 ETP
Sylvie Ayayi	Chargée d'études / activité de recueil	1ETP
Pr François Dabis	Médecin Coordinateur	0,25 ETP
Mmes Blaizeau, Decoin, Delveaux, D'Ivernois, Hanappier, Lenaud, Pougetoux & Mmes Diarra et Uwamaliya (Personnels ISPED)	Techniciens d'Etudes Cliniques (TECs) Attachés de Recherche Clinique (ARCs)	1 ETP/ TEC, ARC soit 7 ETP
Raoul Nawabzad puis Sandra Fauquier	Internes en santé publique	1ETP

Le comité gère son site internet.

➔ www.corevih-aquitaine.org



Evolution de la fréquentation du site Internet 2013-2015



De 2013 à 2016, le nombre de visites a augmenté de 45%, le nombre de pages vues de 23% et le nombre de visiteurs uniques de 8%.

⁶ Périgueux, Bordeaux, Libourne, Arcachon, Dax, Mt de Marsan, Agen, Villeneuve s/Lot, Bayonne et Pau.

⁷ Pellegrin, Saint André, Haut-Lévêque, Bordeaux-Pédiatrie

Les dotations du COREVIH sont issues du Fond d'Intervention Régional (FIR) de l'ARS.

Le compte de résultat simplifié est le suivant :

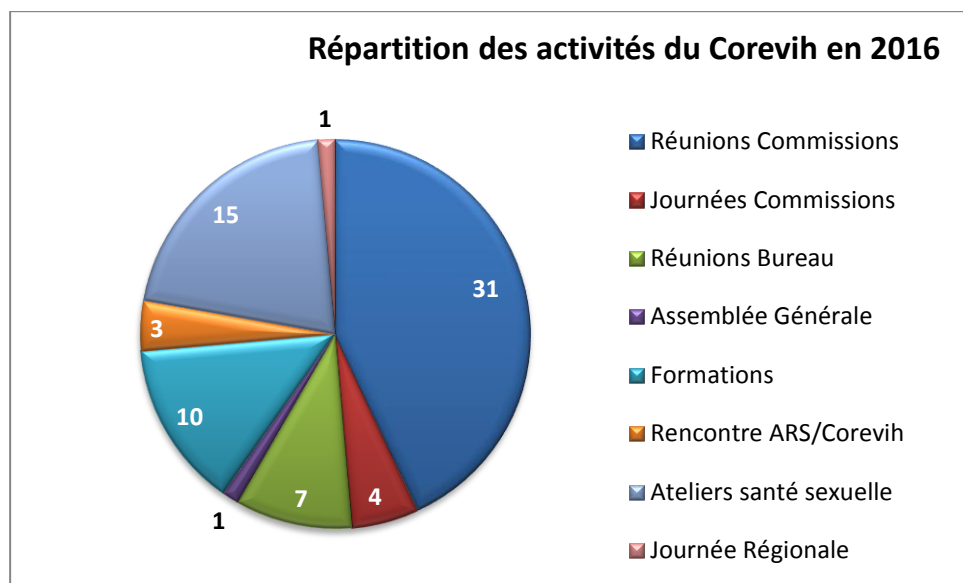
Intitulé	Charges (euros)	Produits (euros)
Dotation ARS (FIR)		800 000
Autre produit		4000
Charges Personnel Médical	152 645	
Charges Personnel Non Médical	492 774	
Charges générales	57 824	
Charges exceptionnelles	1 572	
Frais de structure 17%	136 680	
Résultat 2016	841495	804 000
Solde	-37495	

L'audit Grande Région (24000 euros avancés) doit être remboursé donc le résultat final est réellement de **-13 495 euros**...

LE COREVIH AQUITAIN EN ACTION

ANIMATION ET IMPLICATION DU COMITE

Les activités du Corevih pour l'année 2016 se répartissent de la façon suivante :



Les activités du Corevih se répartissent de la façon suivante : 43% pour les réunions des commissions, 21% pour les ateliers santé sexuelle/dépistage et 14% pour les formations.

Lors des 7 réunions de bureau, les membres ont travaillé sur :

- ✂ Les orientations à donner aux actions menées par le Comité
- ✂ L'accompagnement et le suivi des travaux des Commissions du COREVIH,
- ✂ Le suivi des aspects financiers du Comité,
- ✂ L'organisation des relations du COREVIH avec l'ARS et le CHU,
- ✂ L'organisation d'événements : journée régionale et plénière annuelle.

L'assemblée plénière annuelle du comité (30 juin 2016)

Ouverte aux titulaires comme aux suppléants (15,5% de participation des membres élus cette année, 41 participants), elle a permis de faire le point sur l'activité générale, d'en présenter le bilan aux membres et de définir les contours des travaux à mettre en œuvre pour l'année à venir.

La 9^{ème} journée régionale s'est tenue à Biarritz le 1^{er} avril 2016.

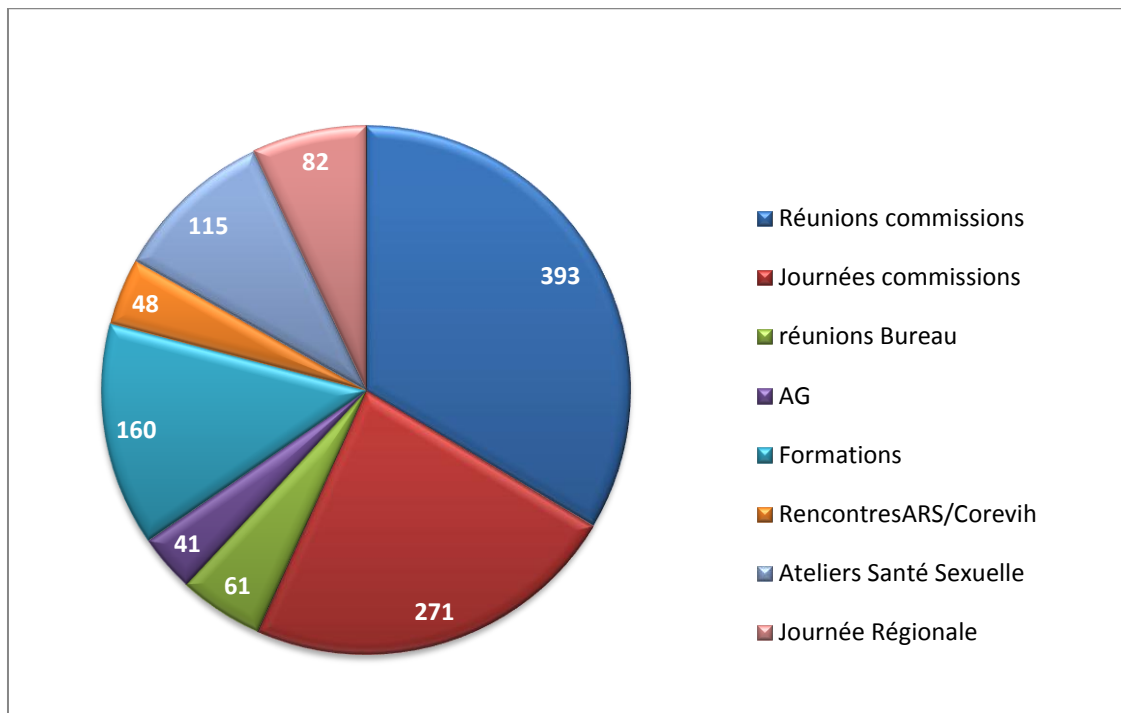


82 acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH en Aquitaine (dont 18% des membres du Corevih) ont pu se retrouver pour échanger autour des enjeux actuels :

- ✂ Simplification des traitements dans les situations complexes : Cas cliniques -Discussion
- ✂ Dépister et traiter les cancers chez les PVVIH
- ✂ CeGGID : Mise en place en Aquitaine et bilan à 3 mois
- ✂ Présentation du programme ETAPE
- ✂ Table ronde : Prophylaxie Post-exposition (PreP)
 - Rapport d'experts 2015 : Pr Philippe Morlat
 - La PrEP vue par les soignants et aspects organisationnels– D Lacoste
 - Vision associative (TRT5)

Une réunion Régionale importante : « Les nouveaux outils de Prévention, à l'heure de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle » a été organisée par la commission Prévention-Dépistage le 12 décembre 2016 (cf chapitre commissions).

Répartition des acteurs impliqués dans les activités du Corevih



Les acteurs sont fortement impliqués dans l'ensemble des activités du Corevih et principalement dans les différentes réunions des commissions thématiques (35%) et les journées des Commissions (21%).

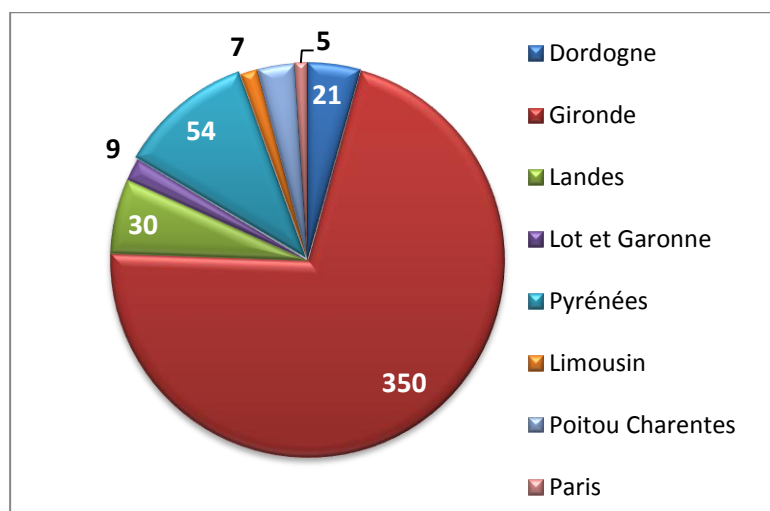
Les commissions de travail qui se sont réunies le plus sont la Commission « Prise en charge de la rupture du soin » (8 fois), la Commission « AES » (5 fois) et le COPIL ETP (5 fois).

Les **journées des Commissions** de travail ont compris 2 journées régionales ETP, ½ journée sur « Le suivi des PVVIH en Aquitaine et la recherche médicale : Données récentes des cohortes ANRS CO3 Aquitaine et CO13 HEPAVIH. Quelles retombées pratiques? » et enfin 1 journée sur les « Nouveaux outils de prévention ».

Au total **1 171 personnes ont participé à l'ensemble des activités** du Corevih Aquitaine, soit **491 personnes différentes qui ont participé à au moins une activité.**

On constate une **progression du taux de participation de 38%** par rapport à l'année précédente.

Répartition géographique des acteurs aux activités du Corevih (hors Aquitaine, participants aux journées)



Le taux de participation des personnes :

⇒ d'Aquitaine :

- Gironde 71%
- Pyrénées Atlantiques : 11%
- Landes : 6%
- Dordogne : 4%
- Lot et Garonne : 2%

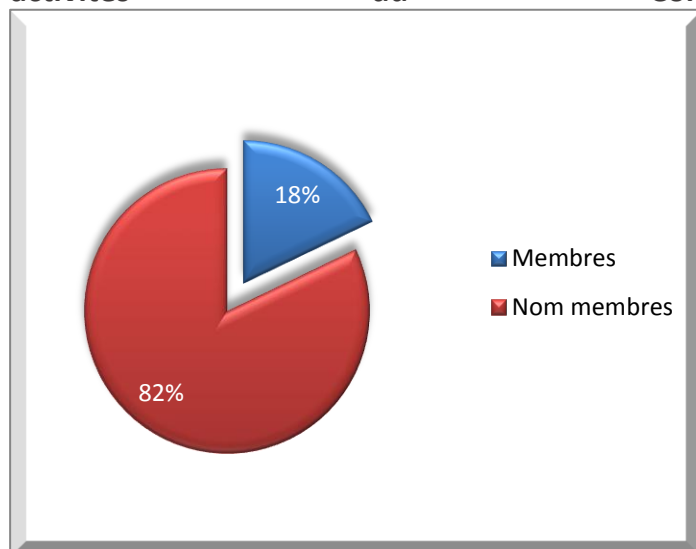
⇒ du Poitou Charentes : 3%

⇒ du Limousin : 2%

⇒ de Paris : 1%

Les membres du comité restent attentifs à **l'implication d'autres acteurs** qui ne sont pas encore membres mais qui restent incontournables dans le cadre des activités du Corevih (82% de participation de non membres du Corevih).

Participation des membres et non membres aux activités du Corevih



Les élus et la coordination gardent une implication forte au-delà du territoire régional en se mobilisant dans des **espaces décisionnels et des manifestations nationales** :

- ✂ Groupe Technique National des COREVIH
- ✂ Journées des Coordinateurs des Comités
- ✂ Journée de Transversalité Inter-Corevihs
- ✂ Journée d'Echanges des Acteurs de la Lutte contre le SIDA (JEALS) et journées annuelles de la Société Française de Lutte contre le Sida



COPIL ARS /COREVIH

L'ARS accompagne la transition vers le Corevih Nouvelle Aquitaine, une 1^{ère} réunion s'est déroulée le 29/11/2016 avec les acteurs des Corevih Aquitaine, Corevih Poitou Charentes (Centre Val de Loire) et du Corevih Limousin/Midi Pyrénées, suivie de nombreuses autres depuis...

L'évolution vers un Corevih « Nouvelle Aquitaine » :

Jusque fin avril 2017, les Corevih d'Aquitaine, du Poitou Charentes et du Limousin ont exercé leurs missions dans leurs zones géographiques respectives d'Aquitaine, du Poitou Charentes et du Limousin.

Le Corevih dans le cadre de la réforme territoriale va s'étendre à la région Nouvelle Aquitaine (Aquitaine, Poitou Charentes, Limousin).

Pour accompagner cette réforme territoriale, un **Audit** financé par l'ARS s'est déroulé d'avril à septembre 2016 par Francis Nock de l'Atelier d'Evaluation en Prévention et Promotion de la santé.

Après une phase d'état des lieux « Définir d'où l'on part », un rapport de synthèse de la première phase a permis de dégager trois enjeux majeurs pour l'élaboration du projet du COREVIH : la définition de son périmètre, de ses objectifs et de son organisation territoriale ([-> Synthèse](#))

Ensuite, les partenaires des Corevih des 3 anciennes régions administratives ont posé les bases du projet du COREVIH Nouvelle Aquitaine « Négocié où l'on va » lors de la rencontre du 23/09/2016 au CH d'Angoulême ([-> Synthèse](#) de la réunion).

Puis le 20/10 les 3 équipes Corevih d'Aquitaine, du Poitou Charentes et du Limousin se sont retrouvées au CH d'Angoulême pour faire un état des lieux du fonctionnement et des activités de chacun. Ce processus est en cours et doit aboutir fin mai 2017.

COMMISSIONS

PREVENTION/DEPISTAGE

Nom du pilote : **Dr Isabelle Siney (depuis 2016)**

Structures composant le groupe de travail : Conseils Généraux (24, 33, 47, 64), Services PMI (33, 24), CDAG CIDDIST, Cacic, Enipse, Girofard, Collectif SIDA 33, ARS, Médecins de Monde (MDM), MDM Bizia, IPPO, MDRS 24, Coordi Santé Béarn et Soule, RévihDax, IREPS, La Case, AIDES, Resaida, Sida Info Service, MFPP



Objectif principal	Améliorer l'offre de dépistage du VIH/Hépatites/IST et de santé sexuelle sur le territoire aquitain
Objectif spécifique	Permettre à la population du territoire aquitain d'accéder équitablement à un dépistage du VIH/Hépatites/IST et à un accompagnement en santé sexuelle de qualité
Objectifs opérationnels	⇒ Communiquer sur l'offre de dépistage: qui peut se faire dépister ? où ?, par qui ? et comment ? ⇒ Animer des ateliers en santé sexuelle et dépistage pour faciliter les échanges entre acteurs de dépistage autour de l'approche globale en santé sexuelle, dépistage, pour amener les professionnels à trouver des solutions aux problèmes rencontrés avec les personnes accompagnées ⇒ Elaborer le contenu et réaliser des formations TROD VIH/VHC ⇒ Réaliser une journée de sensibilisation sur les nouveaux outils de prévention

Résultats

- ➔ Réalisation de 5 formations TROD VIH/VHC de 3 jours (3 à Bordeaux, 1 à Mont de Marsan, 1 à Dax)
- ➔ Animation par Patrice Couric, psychosociologue d'une série de 5 ateliers santé sexuelle et dépistage sur 3 sites : Bayonne, Périgueux, Bordeaux
- ➔ Réalisation d'une journée autour « des stratégies diversifiées de prévention VIH/IST/Hépatites » le 12/12/2016.

Perspectives 2017

- ➔ Réalisation des formations TROD VIH/VHC
- ➔ Poursuite de l'animation des ateliers santé sexuelle et dépistage

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions de commission : 3 pour 51 participations

Nombre d'ateliers « santé sexuelle » : 5 pour 103 participants

Nombre de participants formations TROD VIH/VHC : 103

Nombre de participants Journée stratégies diversifiées de prévention VIH/IST/Hépatites » : 184

TRAITEMENTS & RECHERCHE

Nom du pilote : **Dr Isabelle Raymond, Dr Serge Tchamgoué**

Structures composant le groupe de travail : CHU de Bordeaux, CH Libourne

Objectif principal	Améliorer la qualité de prise en charge des PVVIH
Objectif spécifique	Actualiser les connaissances des professionnels Améliorer la prise en charge thérapeutique des PVVIH Permettre la gestion du risque iatrogène au cours de la prise en charge multidisciplinaire du VIH

Résultats

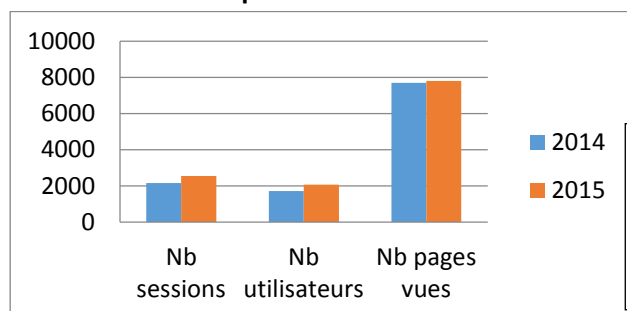
➔ Animation du groupe de travail « VIH-InterAct » par un pharmacien hospitalier



VIH-InterAct : interactions médicamenteuses

(pharmaciens, pharmacologues, cliniciens) Mise à jour du logiciel d'interactions médicamenteuses « VIH Interact » dans le cadre d'une convention avec le CREDIM et avec un soutien financier multi-firmes:-> [Lien](#) vers le site

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



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
- ➔ Mise à jour du tryptique sur les ARV
- ➔ 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© en lien avec la Commission AES

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions de commissions : 2 pour 9 participants

Nombre de réunions du groupe VIH-InterAct : 4

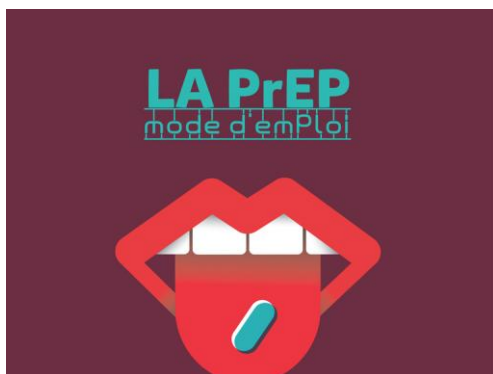
Nombre de visites sur le site : 2548

PrEP

Nom du pilote : **Dr Charles Cazanave**

Structures composant le groupe de travail : CHU de Bordeaux, CH Libourne, ISPED

Objectif principal	Améliorer la Prévention et réduire les risques d'infection VIH/IST en Région
Objectif spécifique	Mettre en place un recueil des données PrEP des consultations initiales et de suivi Assurer une offre de consultations PrEP sur tout le territoire



-> [Brochure de Aides](#)

Résultats

- ➔ Pr le recueil de données PrEP les fiches initiale et de suivi ont été élaborées
- ➔ Les expériences de mise en place des consultations PrEP ont été partagées

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de personnes ayant demandé une prescription de PrEP en Aquitaine : 103

Nombre de prescriptions effectuées : 87

Nombre de consultations PrEP réalisées : 307

Nombre de réunions de la Commissions : 4

Nombre de participants aux réunions : 45

INTER-COREVIH PRISON

Nom des pilotes : **Dr Denis Lacoste (Aquitaine), M. Quentin Jacoux (Poitou-Charentes)**

Structures composant le groupe de travail : DIRSP, ARS, AIDES, CH Poitiers, CHU Bordeaux, US Gradignan, SIDACTION, IREPS, MDRS 24

Objectif principal	Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH, Hépatites en milieu pénitentiaire
Objectifs spécifiques	Améliorer le lien entre les différents acteurs Améliorer la prévention en milieu carcéral Améliorer l'accès au dépistage en cours de détention Améliorer la PEC médicale (meilleur accès aux TSO, eau de javel,...) au sein de l'établissement pénitentiaire et à la sortie



Résultats

- ➔ Participation à l'écriture d'un projet déposé par l'IREPS auprès de l'ARS
 - **Objectifs :**
 - Améliorer le parcours de santé des personnes détenues porteuses du VIH, des Hépatites, des IST en milieu pénitentiaire et lors de la préparation à la sortie en région ALPC ; Pour ce faire :
 - **Activités :**
 - Seront à déterminer en fonction de l'avancement du projet...

*EN QUELQUES CHIFFRES :
Nombre de réunion du COPIL : 1*

RUPTURES DE SOINS

Nom du pilote : **Dr Yann Gérard**

Structures composant le groupe de travail : CHU Bordeaux, CH Dax, GAPS CPS, AIDES, ISPED

Objectif principal	Améliorer le parcours de santé des patients infectés par le VIH
Objectifs spécifiques	Comprendre les raisons des décrochages de prise en charge pour limiter les perdus de vue hospitaliers Harmoniser les pratiques en matière de gestion des personnes en rupture de suivi au sein des services hospitaliers Améliorer le lien médecins de ville-médecins hospitaliers pour une meilleure prise en

Résultats

- ➔ Elaboration et diffusion auprès de l'ensemble des chefs de service des maladies infectieuses de 2 algorithmes :
 - recommandations régionales sur la recherche annuelle des perdus de vue
 - patient
- ➔ Réalisation de l'étude qualitative des ruptures du parcours de soins chez les personnes vivant avec le VIH en Aquitaine par le Dr Caroline Giacomoni, anthropologue

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions : 8 pour 46 participants

1 algorithme produit sur la recherche annuelle des perdus de vue et 1 algorithme patient

1 étude qualitative des ruptures du parcours de soins chez les personnes vivant avec le VIH en Aquitaine réalisée en cours de valorisation



Perspectives 2017

- ➔ Animation d'une table ronde sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH lors de la journée régionale du Corevih Aquitaine
- ➔ Assurer le suivi de la procédure régionale pour la recherche annuelle des perdus de vue

PRISE EN CHARGE PSYCHO SOCIALE

Nom du pilote : **Mme Claude Lassalle**

Participants : GAPS-CPS, IREPS, CHU Bordeaux, GIROFARD

Thématique de la commission : prise en charge psycho-sociale

Objectif principal	Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des PVVIH en établissements et structures sociales et médico-sociales
Objectifs spécifiques	Actualiser les connaissances en matière de VIH/IST/Hépatites. Faire évoluer les représentations individuelles et collectives et lutter contre les représentations Lever les angoisses liées à l'accompagnement d'une personne porteuse du VIH et/ou d'une hépatite

Résultats

- ➔ 3 formations sur "l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH" à destination des personnels d'aide à domicile, du GIHP accompagnant les PVVIH
Co-animation par un médecin : Dr Lacoste et une assistante sociale : Mme Lassalle du GAPS

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de formations : 3 auprès de 33 professionnels

Evaluation :

Formation 2/02/2016 : pour 62.5 % des participants la formation a répondu à leurs attentes

Formation 3/03/2016 : pour plus de 80% des participants la formation a répondu à leurs attentes

Formation 27/10/2016 : pour 78% des participants la formation a répondu à leurs attentes

Perspectives 2017

- ➔ Réaliser d'autres formations pour l'année 2017

ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES)

Nom du pilote : **Dr Mojgan HESSAMFAR**

Participants : CHU Bordeaux (Services des Urgences, d'infectiologie et de médecine interne de Pellegrin, St André, services de santé au Travail, CAMEPP), Centre Hospitalier de Langon

Objectif principal Améliorer la prise en charge des AES

Objectifs spécifiques Faciliter l'accès au kit Traitement Post Exposition
Evaluer les pratiques professionnelles des AES dans les services des urgences
Mesurer la satisfaction des bénéficiaires de la prise en charge des AES



Résultats

- 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
- Réalisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) 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 (CAMEPP) au CHU Bordeaux pour l'élaboration du protocole de l'EPP des AES. Antoine Mehri lors de son stage de Master 2 de l'ISPED a réalisé l'EPP et l'enquête de satisfaction de début mars à fin juin 2016.

EN QUELQUES CHIFFRES :

Nombre de réunions : 6

Nombre de participants : 49

Perspectives 2017

- Actualisation de la plaquette Kit TPE
- Poursuite de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles concernant les AES dans les services des Urgences du CHU de Bordeaux .
- Evaluation de la satisfaction du public ayant été pris en charge pour un AES dans les services des Urgences du CHU de Bordeaux.

AUTRES ACTIVITES

1^{er} décembre



**JOURNÉE
MONDIALE
DE LUTTE
CONTRE
LE SIDA**



- 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 1^{er} 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 et un set de plateau a été distribué au CH de Bayonne dans les 3 selfs des professionnels de santé, 2 restaurants universitaires d'Anglet et de Bayonne, et au Relais H du CH de Bayonne

2700 sets de plateau au format A3 ont été distribués au niveau des 4 selfs du CHU (Pellegrin, Haut-Lévêque, Saint-André et Direction Générale) et des 2 selfs des IMS de Xavier Arnozan et de Pellegrin) et 500 sets au format A4 au Relais H

Formations

Formations « Actualisation des connaissances en matière de VIH/SIDA » auprès des Infirmières scolaires de la DSDEN de la Gironde

Repérage Précoce Intervention Brève en Santé Sexuelle

Participation au groupe de travail « 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.

Bordeaux, France

Projet QualiVIH de Diana Barger, Doctorante en santé publique, option épidémiologie Université de Bordeaux - Inserm U1219

Participation au COPIL du projet QualiVIH. L'objectif est de concevoir un système d'information dématérialisé pour le recueil de données rapportées par les PVVIH (e-Patient-Reported Outcomes [e-PRO]), en complément des données cliniques et biologiques, visant à caractériser et améliorer l'état de santé globale des PVVIH.

EN QUELQUES CHIFFRES :
Nombre de stands d'information VIH 1^{er} décembre : 2
Nombre de lettres d'information diffusées : 500
Nombre de formations : 2 auprès de 30 professionnels

Perspectives 2017

- ➔ 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
- ➔ Participer au COPIL du projet QualiVIH
- ➔ Renouveler la co-écriture de la lettre annuelle d'information sur la lutte contre le VIH/Sida et les hépatites sur la région ALPC

SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

SON ORGANISATION

Le système d'information hospitalier du COREVIH Aquitaine (responsable : Pr François DABIS) génère une base de données régionale sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Les données de ce système d'information permettent la constitution et le suivi de la Cohorte Aquitaine. Cette cohorte (Pr Fabrice BONNET, Investigateur principal ; Pr François DABIS, méthodologiste ; Olivier LELEUX, chef de projet) est gérée à l'Unité INSERM 1219 (ISPED, Université de Bordeaux). Elle est labellisée par l'Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les Hépatites Virales (ANRS) dans le cadre de l'Action Coordonnée n°7 "Cohortes".

L'organisation du système d'information et de la cohorte ANRS CO3 Aquitaine était la suivante fin de l'année 2016.

- Unités participantes

Maladies Infectieuses, Médecine interne :

CHU de Bordeaux : N. BERNARD, F. BONNET, S. CALDATO, O. CAUBET, C. CAZANAVE, G. CHENE, FA. DAUCHY, D. DONDIA, P. DUFFAU, H. DUTRONC, M. DUPON, I. FAURE, C. GREIB, M. HESSAMFAR-JOSEPH, D. LACOSTE, E. LAZARO, S. LE PUIL, D. MALVY, M. MECHAIN, P. MERCIÉ, P. MORLAT, D. NEAU, A. OCHOA, I. PELLEGRIN, J.L. PELLEGRIN, M. PILLOT-DEBELLEIX, T. PISTONE, I. RAYMOND, MC. RECEVEUR, A. SAUNIER, L. SORIN, C. VALETTE, MA. VANDENHENDE, MO. VAREIL, JF. VIALARD, H. WILLE, G. WIRTH

Hôpital de Libourne : O. CAUBET, S. DE WITTE, H. FERRAND, S. TCHAMGOUE

Hôpital d'Arcachon : C. COURTAULT

Hôpital de Bayonne : F. BONNAL, S. FARBOS, MO. VAREIL, H. WILLE

Hôpital de Pau : G. DUMONDIN, V. GABORIEAU, E. MONLUN

Hôpital d'Orthez : Y. GERARD

Hôpital de Dax : K. ANDRE, L. CAUNEGRE, Y. GERARD

Hôpital de Mont-de-Marsan : M. FOISSAC, Y. GERARD, C. LASBASSE-DEPIS

Hôpital d'Agen : Y. IMBERT, B. LEFORT, P. RISPAL

Hôpital de Villeneuve-sur-Lot : I. CHOSSAT

Hôpital de Périgueux : P. LATASTE, J. MARIE, N. ROUANES

Virologie : P. BELLECAVE, H. FLEURY, P. TRIMOULET, C. TUMIOTTO (*CHU Bordeaux*)

Immunologie : I. PELLEGRIN (*CHU Bordeaux*)

Pharmacovigilance : F. HARAMBURU, G. MIREMONT-SALAME (*CHU de Bordeaux*)

Pharmacologie : S. BOUCHET, D. BREILH (*CHU de Bordeaux*)

- Recueil de données

S. LAWSON-AYAYI (chargée d'étude - COREVIH), MJ. BLAIZEAU, M. DECOIN, S. DELVEAUX, C. HANNAPIER et A. POUGETOUX (techniciennes d'études cliniques - COREVIH), C. D'IVERNIS et E. LENAUD (attachées de recherche clinique - COREVIH), F. DIARRA et B. UWAMALIYA-NZIYUMVIRA (attachées de recherche clinique - INSERM U1219)

- Gestion des données

V. CONTE, V. SAPPARRART, D. TOUCHARD (CREDIM, ISPED)

- Traitement des données

F. LE MAREC, J. MOURALI et A. PERRIER (INSERM U1219)

En 2016, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux (services de médecine interne et maladies infectieuses) et les services de médecine des hôpitaux de Libourne, Arcachon, Bayonne, Pau, Orthez, Dax, Mont-de-Marsan, Agen, Villeneuve-sur-Lot et Périgueux ont contribué au recueil de données. Celui-ci est compatible avec les exigences du dossier national pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (DOMEVIH). Un questionnaire électronique (e-CRF) permet la collecte confidentielle et standardisée des données lors de chaque recours (consultation ou hospitalisation).

A l'inclusion des patients dans le système d'information, le dossier comprend :

- Date d'inclusion
- Caractéristiques socio-démographiques
- Circonstances de dépistage et de contamination VIH
- Antécédents médicaux personnels et familiaux
- Co-infections par les hépatites virales
- Historique des traitements ARV (VIH & hépatites)
- Sérologies antérieures CMV, toxoplasmose et autres examens complémentaires
- Nadir et zénith des CD4 et des charges virales VIH et valeurs à l'inclusion
- Explorations fonctionnelles antérieures en lien avec le VIH et les virus des hépatites
- Grossesses antérieures

Lors de chaque suivi, le questionnaire permet la mise à jour des variables évolutives ci-dessous, en fonction de la pratique :

- Date et modalités du recours aux soins
- Grossesse en cours
- Données anthropométriques
- Diagnostics principal/associés et stade de l'infection
- Habitudes de vie (tabac, alcool, addictions)
- Traitements ARV (VIH & hépatites)
- Autres traitements (prophylaxies, chimiothérapie,...)
- Biologie : viro-immunologique, numération de la formule sanguine et taux de prothrombine, biochimie (bilan lipidique, glycémie, hémoglobine glyquée, albumine, acide lactique, CRP, créatinine, parathormone, vitamine D, calcium, phosphates, lipase, transaminases, gammaGT, bilirubine), bilan urinaire (protéines, créatinine, phosphate, albumine)
- Alpha Foeto Protéine, tropisme VIH, recherche HLA-B5701
- Sérologies et explorations complémentaires des hépatites virales (fibrotest, fibroscan, ponction biopsique hépatique)
- Sérologies syphilis, CMV et toxoplasmose
- Ostéodensitométries, actes chirurgicaux cardiovasculaires, actes de réparation des anomalies de la répartition des graisses

Au décès :

- Date et causes de décès

Un système électronique ARPEGETM permet, *via* internet la collecte dématérialisée des informations relatives aux visites d'inclusion et de suivi. Ce système permet également la rétro-information sur les dossiers individuels et par unités participantes.

La démarche qualité appréciant la validité des données enregistrées dans la base de données comprend plusieurs étapes :

- La validation continue des déclarations de décès, des pathologies classant SIDA et des principaux événements morbides d'intérêt (diabète, événements cardiovasculaires, cancers) selon un protocole pré-établi et au fur et à mesure de leur signalement. Un comité de validation se réunit pour revoir les dossiers des patients récemment décédés.
- Une série de contrôles réalisés lors de chaque importation dans la base de données informatisée de nouvelles informations récemment saisies permet d'évaluer la cohérence des données ; les erreurs potentielles relevées à ce stade sont vérifiées et corrigées si besoin.
- Un contrôle qualité effectué annuellement avec des visites sur site ; il consiste en une vérification systématique des données recueillies sur un échantillon de l'effectif de la file active, tiré au sort sur une période déterminée, par un moniteur indépendant.
- Une recherche annuelle des patients perdus de vue (patients non revus depuis plus d'un an). Elle fait appel aux dossiers hospitaliers du CHU de Bordeaux et des hôpitaux participants, et aux dossiers des médecins traitants libéraux ou hospitaliers, selon un protocole pré-établi. Cette recherche est complétée tous les cinq ans par une interrogation de la base nationale des causes de décès gérée par le Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) dans le cadre de la recherche du statut vital des patients classés perdus de vue définitifs dans le système d'information.

Les données présentées dans ce rapport d'activité sont les données consolidées pour l'année 2016.

SES RESULTATS

Première partie : DONNÉES À L'INCLUSION

La **base de données** comporte l'ensemble des informations recueillies sur tous les patients adultes infectés par le VIH-1, ayant eu au moins un contact avec l'un des services participants et donné leur consentement éclairé. Elle comptait **10 025 patients** inclus jusqu'au 31 décembre 2016 et pour lesquels on disposait à cette date de **312 319 observations** cumulées.

Plus d'un patient sur cinq est inclus dans un hôpital général, soit 2 264 patients au total (la participation au système d'information s'est faite progressivement pour les différents hôpitaux).

A leur inclusion dans le système d'information hospitalier, **1 791 patients** étaient déjà au stade SIDA (**SIDA prévalents**). **1 748 patients** sont passés au stade SIDA au cours de leur suivi et sont donc des cas de **SIDA incidents**.

285 patients infectés par le VIH ont été nouvellement inclus en 2016 dans les services participants. Parmi eux, **36 étaient des découvertes de séropositivité dans l'année**.

Au 31 décembre 2016, environ **681 patients** avaient par ailleurs eu un contact avec les services participants, mais n'avaient pas encore donné leur consentement de participation. Ces patients **ne sont pas comptabilisés dans la file active 2016**.

2 739 décès ont été recensés de manière cumulée au 31 décembre 2016, dont **32 au cours de l'année 2016**.

Les 18 tableaux et 10 graphiques suivants permettent une description générale de l'ensemble des patients inclus et de la file active 2016 selon les principales caractéristiques socio-démographiques, épidémiologiques, cliniques et biologiques. Les tendances au cours du temps sont présentées entre 1996, année d'introduction des multithérapies hautement actives et 2016.

Tableau 1. Evolution des inclusions, des files actives et des décès au cours du temps, 1996-2016

	Nombre de patients inclus dans l'année	File active de l'année	Nombre de sujets décédés dans l'année
1996	458	2 373	197
1997	347	2 573	86
1998	279	2 620	82
1999	312	2 780	59
2000	264	2 852	52
2001	218	2 924	71
2002	245	3 092	68
2003	228	3 126	56
2004	320	3 334	58
2005	309	3 580	68
2006	238	3 632	56
2007	208	3 751	55
2008	209	3 846	54
2009	234	3 928	58
2010	289	4 066	58
2011	210	4 162	46
2012	198	4 214	51
2013	151	4 155	44
2014	418	4 305	45
2015	276	4 511	41
2016	285	4 449	32

1996 : début des inclusions dans les hôpitaux de Libourne et de Villeneuve sur Lot

2004 : début des inclusions à l'hôpital de Mont de Marsan et reprise des inclusions à l'hôpital de Libourne (suspendue en 2001) ; 2007 : reprise des inclusions à l'hôpital de Villeneuve-sur-Lot (suspendue en 2000)

2008 : début des inclusions à l'hôpital de Périgueux

2009 : début des inclusions à l'hôpital de Pau

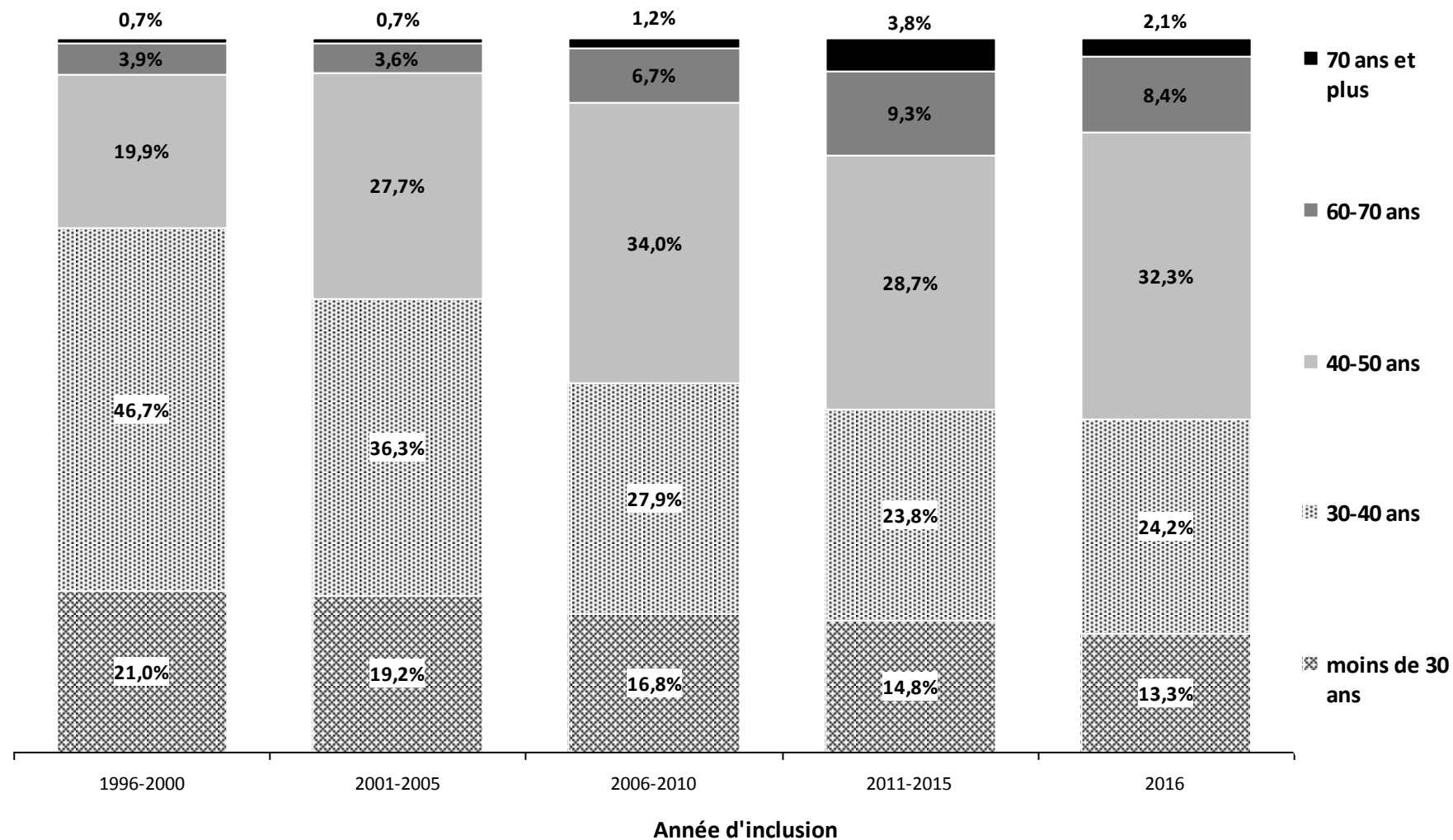
2014 : début des inclusions à l'hôpital d'Agen ; reprise des inclusions à l'hôpital de Périgueux (suspendue en 2010) ; reprise des inclusions à l'hôpital de Mont-de-Marsan (suspendue en 2007)

2016 : début des inclusions à l'hôpital d'Orthez

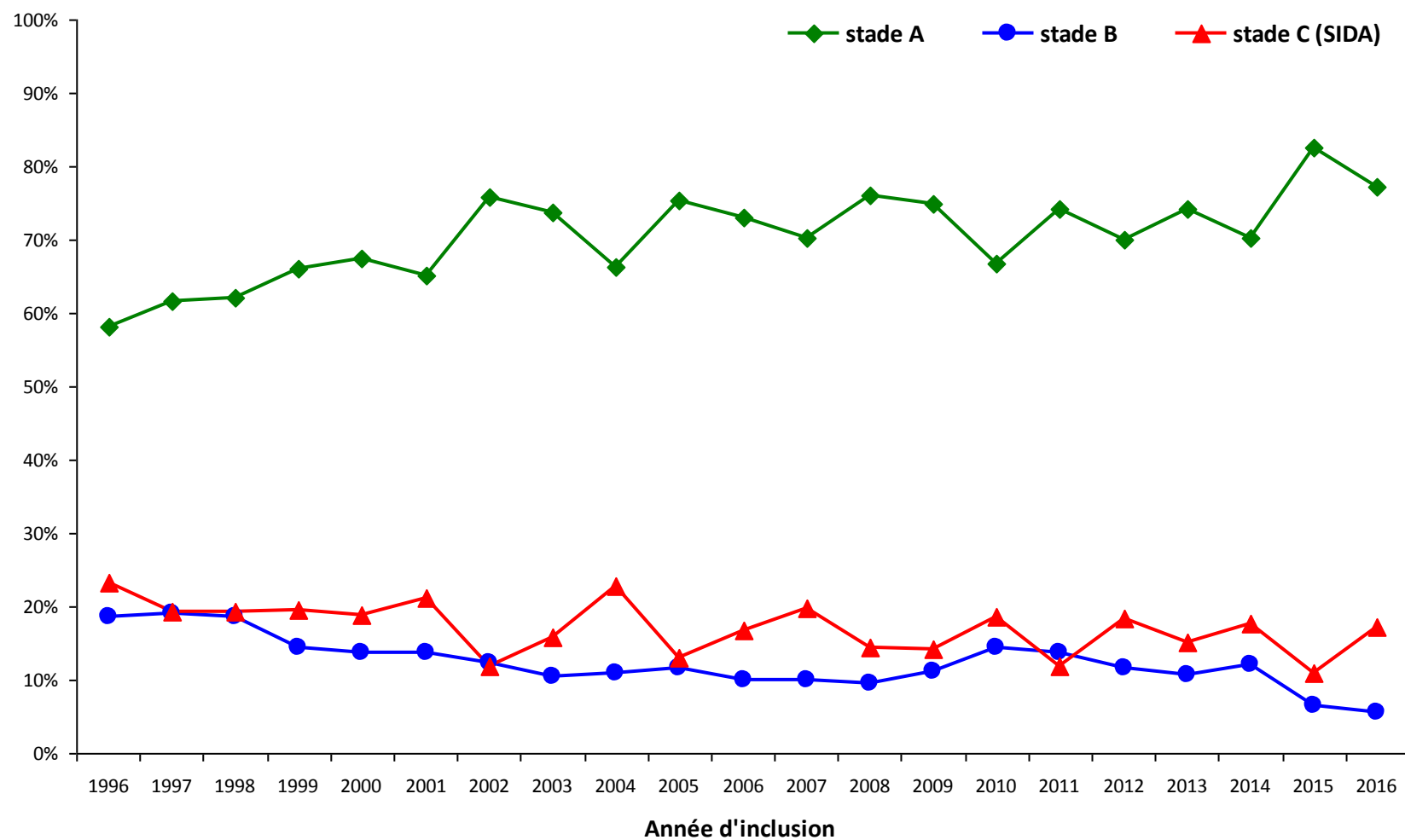
Tableau 2. Caractéristiques des sujets à l'inclusion selon les périodes d'inclusion (N = 10 025)

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	1405 (100)	2924 (100)	1660 (100)	1320 (100)	1178 (100)	1253 (100)	285 (100)	10025 (100)
Sexe								
Homme	1005 (71,5)	2198 (75,2)	1267 (76,3)	950 (72,0)	848 (71,9)	927 (74,0)	220 (77,2)	7415 (74,0)
Femme	399 (28,4)	725 (24,8)	393 (23,7)	370 (28,0)	327 (27,8)	325 (25,9)	65 (22,8)	2604 (26,0)
Transgenre	1 (0,1)	1 (<0,1)	-	-	3 (0,3)	1 (0,1)	-	6 (<0,1)
Age (en années)								
<30	737 (52,5)	1085 (37,1)	348 (21,0)	253 (19,2)	198 (16,8)	148 (14,8)	38 (13,3)	2844 (28,4)
30-39	422 (30,0)	1161 (39,7)	776 (46,7)	479 (36,3)	329 (27,9)	298 (23,8)	69 (24,2)	3534 (35,2)
40-49	141 (10,0)	408 (14,0)	330 (19,9)	365 (27,6)	400 (34,0)	360 (28,7)	92 (32,3)	2096 (20,9)
50-59	69 (4,9)	164 (5,6)	130 (7,8)	166 (12,6)	158 (13,4)	246 (19,6)	56 (19,7)	989 (9,9)
60-69	21 (1,5)	79 (2,7)	65 (3,9)	48 (3,6)	79 (6,7)	117 (9,3)	24 (8,4)	433 (4,3)
70 et plus	15 (1,1)	27 (0,9)	11 (0,7)	9 (0,7)	14 (1,2)	47 (3,8)	6 (2,1)	129 (1,3)
Mode de contamination								
Homo-bisexualité	425 (30,3)	1018 (34,8)	650 (39,1)	534 (40,4)	517 (43,9)	533 (42,5)	127 (44,6)	3804 (38,0)
Toxicomanie IV	564 (40,1)	869 (29,7)	328 (19,7)	131 (9,9)	101 (8,6)	95 (7,6)	11 (3,8)	2099 (20,9)
Homo-bisexualité/toxicomanie IV	31 (2,2)	54 (1,9)	11 (0,7)	10 (0,8)	6 (0,5)	3 (0,2)	2 (0,7)	117 (1,2)
Hétérosexualité	194 (13,8)	673 (23,0)	519 (31,3)	536 (40,6)	471 (40,0)	525 (41,9)	108 (37,9)	3026 (30,2)
Transfusion	107 (7,6)	150 (5,1)	40 (2,4)	20 (1,5)	12 (1,0)	9 (0,7)	3 (1,1)	341 (3,4)
Hémophilie	42 (3,0)	28 (1,0)	5 (0,3)	6 (0,5)	-	1 (0,1)	-	82 (0,8)
Mère-enfant	-	-	3 (0,2)	12 (0,9)	15 (1,3)	12 (1,0)	2 (0,7)	44 (0,4)
Accident d'exposition au VIH	-	3 (0,1)	-	5 (0,4)	7 (0,6)	3 (0,3)	6 (2,1)	24 (0,2)
Indéterminé	42 (3,0)	129 (4,4)	104 (6,3)	66 (5,0)	49 (4,1)	72 (5,7)	26 (9,1)	488 (4,9)
Stade de l'infection								
A	966 (68,8)	1860 (63,6)	1037 (62,5)	941 (71,3)	847 (71,9)	928 (74,1)	220 (77,2)	6799 (67,8)
B	208 (14,8)	502 (17,2)	284 (17,1)	155 (11,7)	133 (11,3)	137 (10,9)	16 (5,6)	1435 (14,3)
C (SIDA)	231 (16,4)	562 (19,2)	339 (20,4)	224 (17,0)	198 (16,8)	188 (15,0)	49 (17,2)	1791 (17,9)

Graphique 1. Evolution de la distribution de l'âge à l'inclusion selon la période d'inclusion, 1996-2016



Graphique 2. Evolution de la distribution des stades cliniques de l'infection à l'inclusion selon l'année d'inclusion, 1996-2016



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Stade A	266	214	173	206	178	142	186	168	212	233	174	146	159	175	193	156	137	112	294	229	220
Stade B	85	66	52	45	36	30	30	24	35	36	24	21	20	26	42	29	23	16	51	18	16
Stade C/SIDA	107	67	54	61	50	46	29	36	73	40	40	41	30	33	54	25	36	23	74	30	49

Tableau 3a. Caractéristiques des sujets de sexe masculin à l'inclusion selon les périodes d'inclusion (N = 7 415)

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	1005 (100)	2198 (100)	1267 (100)	950 (100)	848 (100)	927 (100)	220 (100)	7415 (100)
Age (en années)								
<30	490 (48,8)	744 (33,8)	228 (18,0)	142 (15,0)	124 (14,6)	127 (13,7)	31 (14,1)	1886 (25,4)
30-39	322 (32,0)	905 (41,2)	602 (47,5)	338 (35,6)	223 (26,3)	198 (21,4)	48 (21,8)	2636 (35,5)
40-49	121 (12,0)	341 (15,5)	274 (21,6)	294 (30,9)	301 (35,5)	272 (29,3)	71 (32,3)	1674 (22,6)
50-59	51 (5,1)	129 (5,9)	103 (8,1)	138 (14,5)	118 (13,9)	197 (21,3)	46 (20,9)	782 (10,6)
60-69	13 (1,3)	62 (2,8)	53 (4,2)	30 (3,2)	71 (8,4)	94 (10,1)	20 (9,1)	343 (4,6)
70 et plus	8 (0,8)	17 (0,8)	7 (0,6)	8 (0,8)	11 (1,3)	39 (4,2)	4 (1,8)	94 (1,3)
Mode de contamination								
Homo-bisexualité	424 (42,2)	1017 (46,3)	650 (51,3)	534 (56,2)	514 (60,6)	532 (57,4)	127 (57,7)	3798 (51,2)
Toxicomanie IV	363 (36,1)	602 (27,4)	241 (19,0)	95 (10,0)	62 (7,3)	74 (8,0)	9 (4,1)	1446 (19,5)
Homo-bisexualité/toxicomanie IV	31 (3,1)	54 (2,5)	11 (0,9)	10 (1,1)	6 (0,7)	3 (0,3)	2 (0,9)	117 (1,6)
Hétérosexualité	68 (6,8)	327 (14,9)	251 (19,8)	234 (24,6)	218 (25,7)	248 (26,7)	57 (25,9)	1403 (18,9)
Transfusion	50 (5,0)	83 (3,8)	22 (1,7)	9 (0,9)	3 (0,4)	3 (0,3)	1 (0,4)	171 (2,3)
Hémophilie	39 (3,9)	25 (1,1)	5 (0,4)	5 (0,5)	-	1 (0,1)	-	75 (1,0)
Mère-enfant	-	-	1 (0,1)	5 (0,5)	6 (0,7)	7 (0,8)	-	19 (0,3)
Accident d'exposition au VIH	-	2 (0,1)	-	3 (0,3)	5 (0,6)	1 (0,1)	2 (1,0)	13 (0,2)
Indéterminé	30 (3,0)	88 (4,0)	86 (6,8)	55 (5,9)	34 (4,0)	58 (6,3)	22 (10,0)	373 (5,0)
Stade de l'infection								
A	680 (67,7)	1344 (61,1)	781 (61,7)	656 (69,1)	608 (71,7)	686 (74,0)	171 (77,7)	4926 (66,4)
B	148 (14,7)	387 (17,6)	208 (16,4)	111 (11,7)	89 (10,5)	98 (10,6)	10 (4,6)	1051 (14,2)
C (SIDA)	177 (17,6)	467 (21,2)	278 (21,9)	183 (19,3)	151 (17,8)	143 (15,4)	39 (17,7)	1438 (19,4)

Tableau 3b. Caractéristiques des sujets de sexe féminin à l'inclusion selon les périodes d'inclusion (N = 2 604)

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	399 (100)	725 (100)	393 (100)	370 (100)	327 (100)	325 (100)	65 (100)	2604 (100)
Age (en années)								
<30	246 (61,7)	340 (47,0)	120 (30,5)	111 (30,0)	74 (22,6)	57 (17,5)	7 (10,8)	955 (36,7)
30-39	100 (25,1)	256 (35,3)	174 (44,3)	141 (38,1)	104 (31,8)	100 (30,8)	21 (32,3)	896 (34,4)
40-49	20 (5,0)	67 (9,2)	56 (14,2)	71 (19,2)	98 (30,0)	88 (27,1)	21 (32,3)	421 (16,2)
50-59	18 (4,5)	35 (4,8)	27 (6,9)	28 (7,5)	40 (12,2)	49 (15,1)	10 (15,4)	207 (7,9)
60-69	8 (2,0)	17 (2,3)	12 (3,1)	18 (4,9)	8 (2,4)	23 (7,1)	4 (6,1)	90 (3,5)
70 et plus	7 (1,8)	10 (1,4)	4 (1,0)	1 (0,3)	3 (0,9)	8 (2,4)	2 (3,1)	35 (1,3)
Groupe de contamination								
Toxicomanie IV	201 (50,4)	267 (36,8)	87 (22,1)	36 (9,7)	39 (11,9)	21 (6,5)	2 (3,1)	653 (25,1)
Hétérosexualité	126 (31,5)	346 (47,7)	268 (68,2)	302 (81,6)	253 (77,4)	277 (85,3)	51 (78,5)	1623 (62,3)
Transfusion	57 (14,3)	67 (9,3)	18 (4,6)	11 (3,0)	9 (2,8)	5 (1,5)	2 (3,1)	169 (6,5)
Hémophilie	3 (0,8)	3 (0,4)	-	1 (0,3)	-	-	-	7 (0,3)
Mère-enfant	-	-	2 (0,5)	7 (1,9)	9 (2,8)	5 (1,5)	2 (3,1)	25 (1,0)
Accident d'exposition au VIH	-	1 (0,1)	-	2 (0,5)	2 (0,6)	2 (0,6)	4 (6,1)	11 (0,4)
Indéterminé	12 (3,0)	41 (5,7)	18 (4,6)	11 (3,0)	15 (4,6)	15 (4,6)	4 (6,1)	116 (4,4)
Stade de l'infection								
A	285 (71,4)	515 (71,0)	256 (65,1)	285 (77,0)	237 (72,5)	242 (74,5)	49 (75,4)	1869 (71,8)
B	60 (15,1)	115 (15,9)	76 (19,3)	44 (11,9)	44 (13,4)	39 (12,0)	6 (9,2)	384 (14,7)
C (SIDA)	54 (13,5)	95 (13,1)	61 (15,5)	41 (11,1)	46 (14,1)	44 (13,5)	10 (15,4)	351 (13,5)

Tableau 4. Evolution du taux de lymphocytes CD4 (en cellules/mm³) à l'inclusion* selon la période d'inclusion (N = 10 025)

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	1405 (100)	2924 (100)	1660 (100)	1320 (100)	1178 (100)	1253 (100)	285 (100)	10025 (100)
Taux de CD4 non renseigné	140 (10,0)	106 (3,6)	29 (1,7)	17 (1,3)	28 (2,4)	148 (11,8)	77 (27,0)	585 (5,4)
< 50	99 (7,8)	391 (13,9)	134 (8,2)	76 (5,8)	52 (4,5)	12 (1,1)	4 (1,9)	768 (8,1)
[50-200[	197 (15,5)	674 (23,9)	333 (20,4)	203 (15,6)	155 (13,5)	85 (7,7)	15 (7,2)	1662 (17,5)
[200-350[	262 (20,7)	664 (23,6)	366 (22,4)	277 (21,3)	227 (19,7)	177 (16,0)	34 (16,3)	2007 (21,2)
[350-500[	263 (20,8)	490 (17,4)	347 (21,3)	296 (22,7)	275 (23,9)	233 (21,1)	34 (16,3)	1938 (20,4)
≥ 500	444 (35,0)	599 (21,2)	451 (27,7)	451 (34,6)	441 (38,4)	598 (54,1)	121 (58,2)	3105 (32,8)
Total	1265 (100)	2818 (100)	1631 (100)	1303 (100)	1150 (100)	1105 (100)	208 (100)	9480 (100)
Moyenne	427	320	382	429	447	565	587	410
Ecart-type	289	263	278	285	276	299	320	291
Médiane	390	274	346	399	421	529	549	370
Intervalle interquartile	213-594	113-456	178-529	232-574	250-590	352-725	342-779	194-572
Etendue	1-1620	1-2530	1-2057	2-2750	1-2571	3-2180	3-1783	1-2750

*ou à défaut à la première biologie renseignée dans le trimestre

Graphique 3. Evolution du taux de lymphocytes CD4 à l'inclusion selon l'année d'inclusion, médiane et étendue interquartile

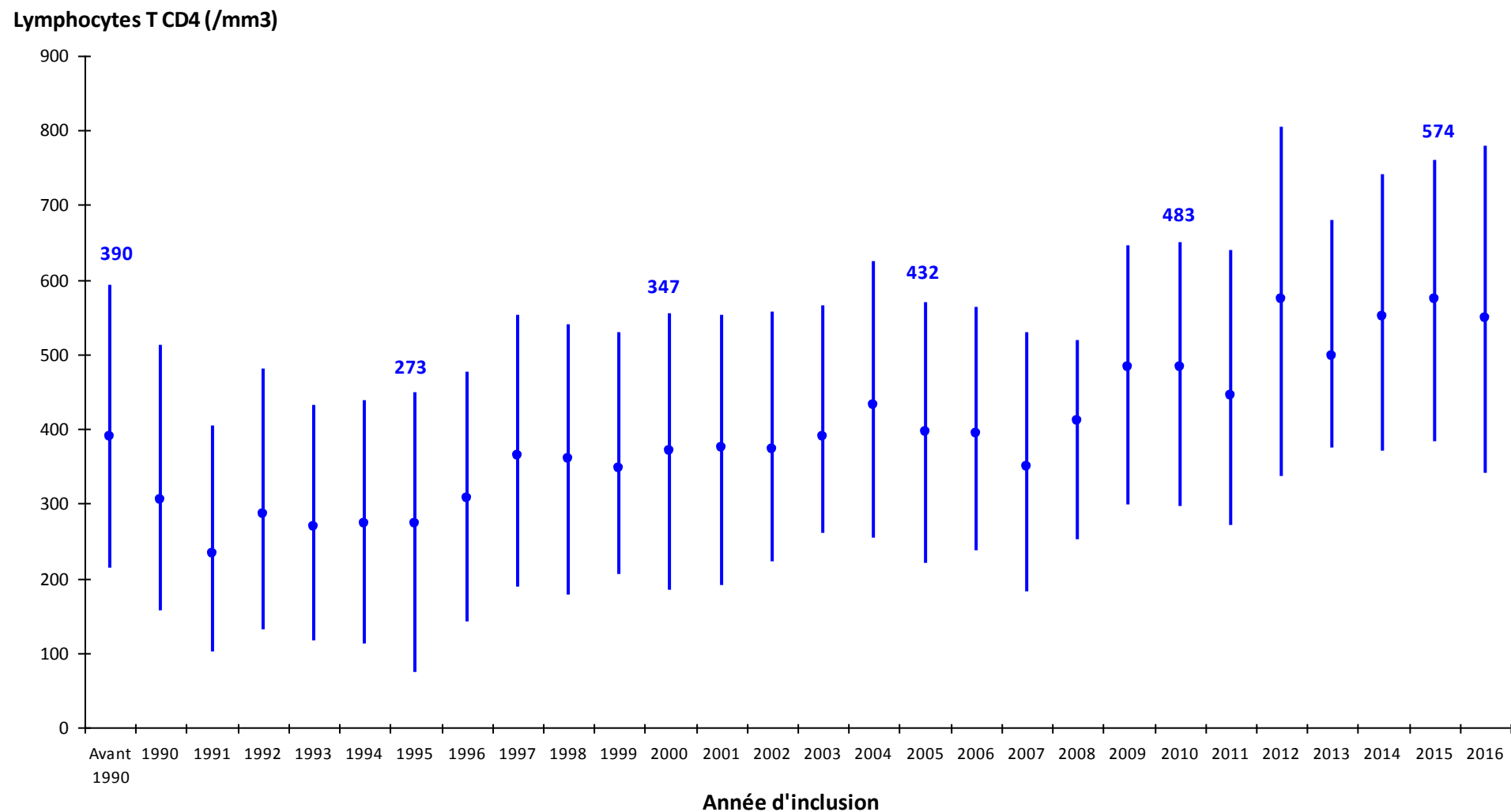
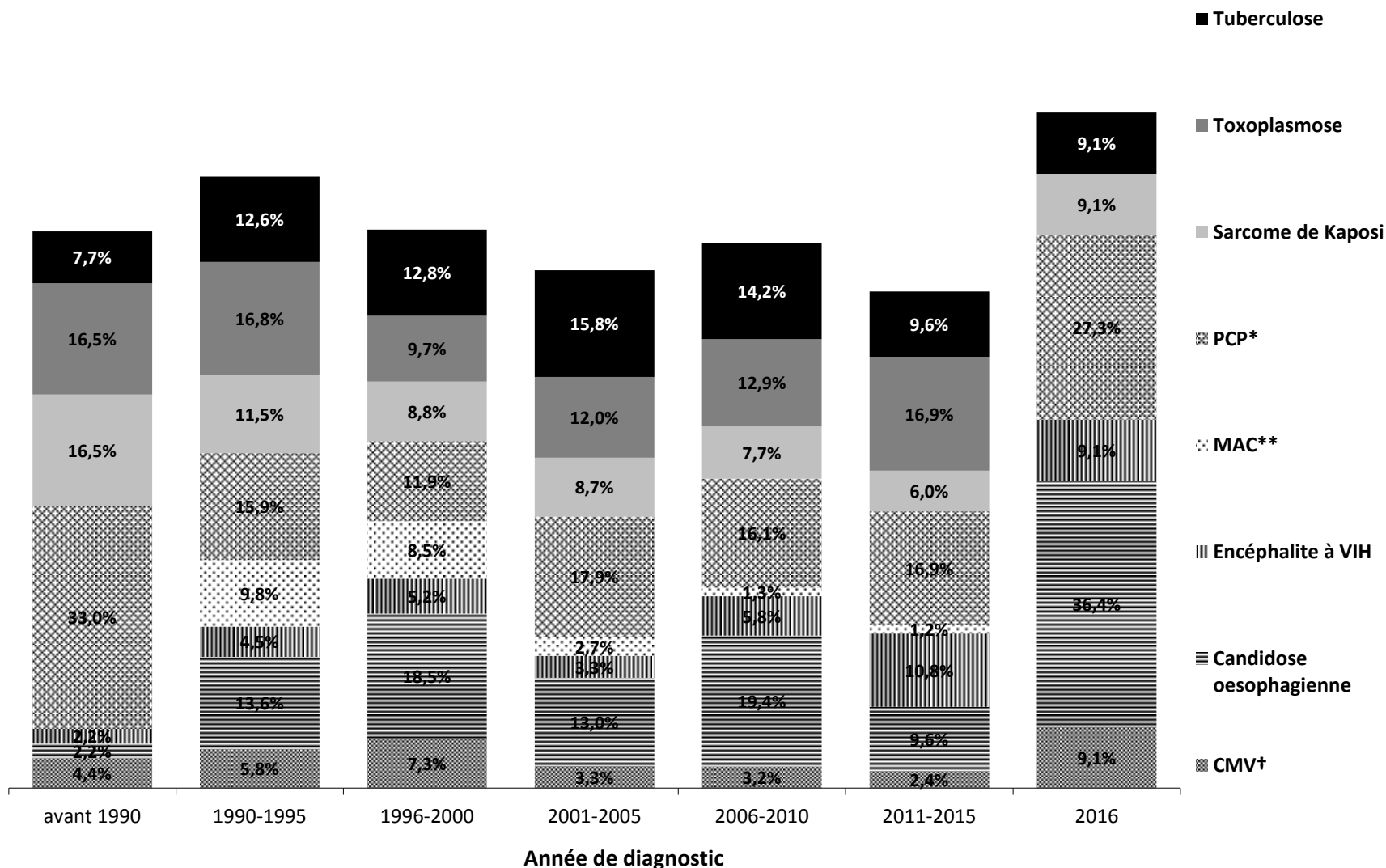


Tableau 5. Evolution de la charge virale plasmatique en copies/mm³ à l'inclusion selon la période d'inclusion

	< 1990*	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	1405 (100)	2924 (100)	1660 (100)	1320 (100)	1178 (100)	1253 (100)	285 (100)	10025 (100)
Charge Virale non renseignée	1405 (100)	2914 (99,7)	230 (13,9)	16 (1,2)	25 (2,1)	111 (8,9)	66 (23,2)	4767 (47,6)
< 50			95 (6,6)	305 (23,4)	415 (36,0)	718 (62,9)	158 (72,2)	1691 (32,2)
[50-10000]		7 (70,0)	664 (46,5)	470 (36,0)	336 (29,1)	206 (18,0)	27 (12,3)	1710 (32,5)
> 10000		3 (30,0)	671 (46,9)	529 (40,6)	402 (34,9)	218 (19,1)	34 (15,5)	1857 (35,3)
Total		10 (100)	1430 (100)	1304 (100)	1153 (100)	1142 (100)	219 (100)	5258 (100)
Moyenne			123589	120253	112908	70437	106612	124860
Ecart-type			533554	503501	556404	557050	456882	574987
Médiane			8437	3738	815	<40	<40	3404
Intervalle interquartile			500-67775	68-44908	<40-34100	<20-1362	<20-72	<50-54815
Etendue			<20->9999999	<20-7698000	<10->9999999	<10-10000000	<10-10000000	<10-6320000

*Mesure de la charge virale non disponible
10 résultats de charge virale entre 1990 et 1995

Graphique 4. Evolution de la distribution des principales pathologies inaugurales du stade SIDA (SIDA incidents) selon leur année de diagnostic



*PCP : infection à *Pneumocystis pneumonia* ; ** MAC : infection à *Mycobacterium avium complex* ; CMV : infection à *Cytomegalovirus*

Année	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N*	126	56	58	40	49	40	36	42	32	34	34	33	29	35	24	21	25	10	11	16	11

* nombre total de patients passés au stade SIDA entre 1996 et 2016

Deuxième partie : DONNÉES AU SÉRODIAGNOSTIC

49 sujets nouvellement diagnostiqués séropositifs pour le VIH en 2016 ont été inclus dans le système d'information hospitalier du COREVIH Aquitaine.

Le sexe ratio H:F de ce sous-groupe de patients nouvellement diagnostiqués et pris en charge est de 4 :1. Leur âge médian est 34,6 ans (intervalle interquartile : 28,7 - 45,3 ans). 30 patients (61,2%) ont moins de 40 ans au diagnostic de l'infection par le VIH et ils sont 43 (87,8%) à avoir moins de 50 ans.

34 patients (69,4%) sont originaires de France et 8 (16,3%) sont d'Afrique sub-Saharienne.

46 patients (93,9%) résident en Aquitaine et 42 (85,7%) ont été pris en charge dans leur département de domicile.

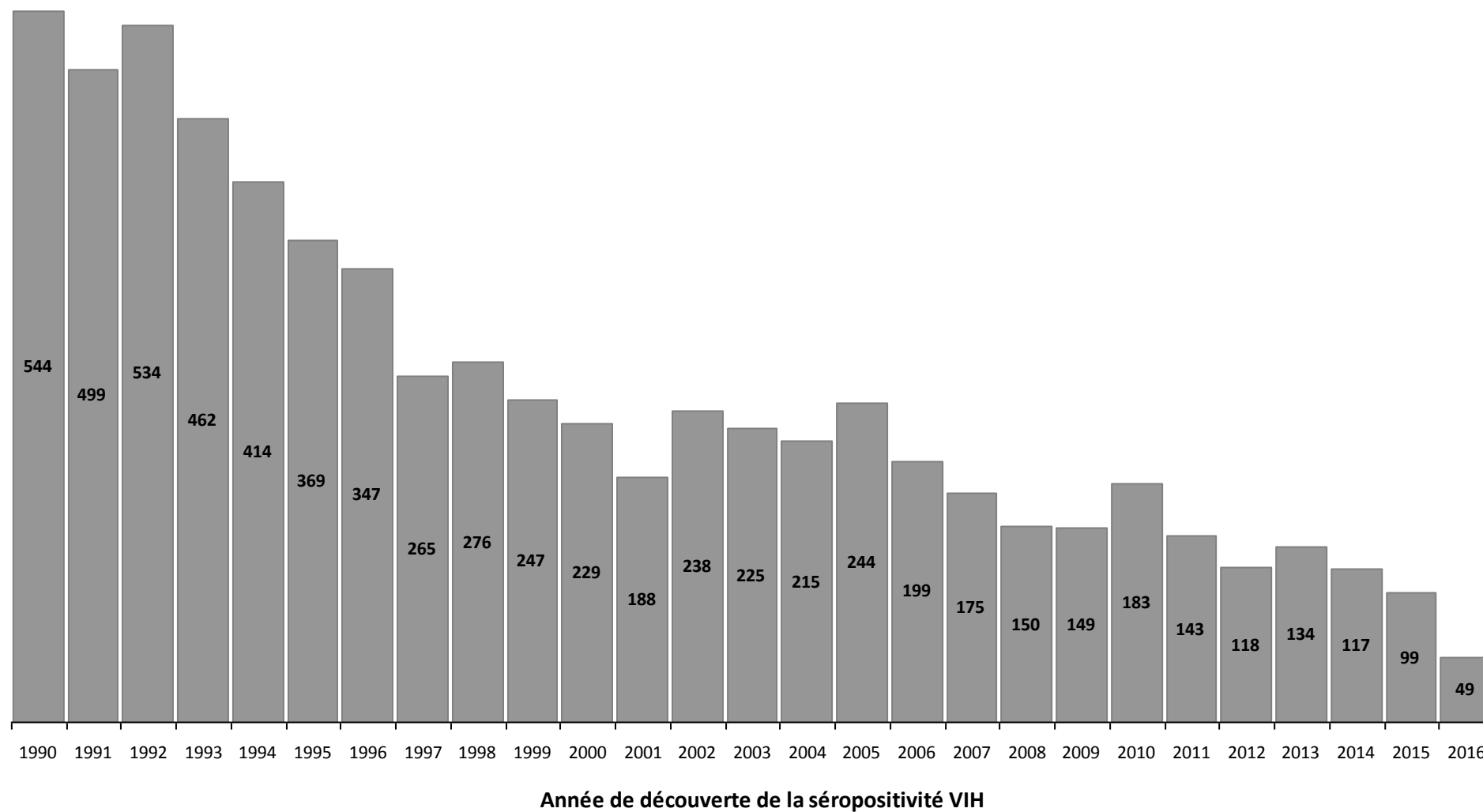
Pour 22 patients (44,9%), le test à l'origine de la découverte de la séropositivité a été prescrit par un médecin généraliste. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ont adressé 9 (18,4%) séropositifs nouvellement diagnostiqués en 2016 pour une prise en charge hospitalière.

Un contact homosexuel est à l'origine de la contamination par le VIH pour 31 patients (63,3%) ; soit 4 hommes sur 5. Les 18 autres patients (36,7%) ont tous été contaminés par voie hétérosexuelle.

La majorité des patients nouvellement diagnostiqués en 2016 était à un stade asymptomatique de l'infection (45 patients au stade A). Pour 4 patients (8,2%), la découverte de l'infection par le VIH s'est faite à un stade plus avancé (stade C / SIDA).

La recherche de l'antigène HBs et des anticorps anti-VHC a pu être faite dès l'inclusion pour 36 et 37 patients respectivement. Aucun patient n'a présenté un résultat positif pour l'antigénémie HBs. La sérologie VHC s'est révélée positive pour un patient.

Graphique 5. Evolution des sujets inclus selon l'année de découverte de la séropositivité* VIH (N = 10 023)



3213 patients diagnostiqués avant 1990

* 2 dates de découverte de la séropositivité manquantes

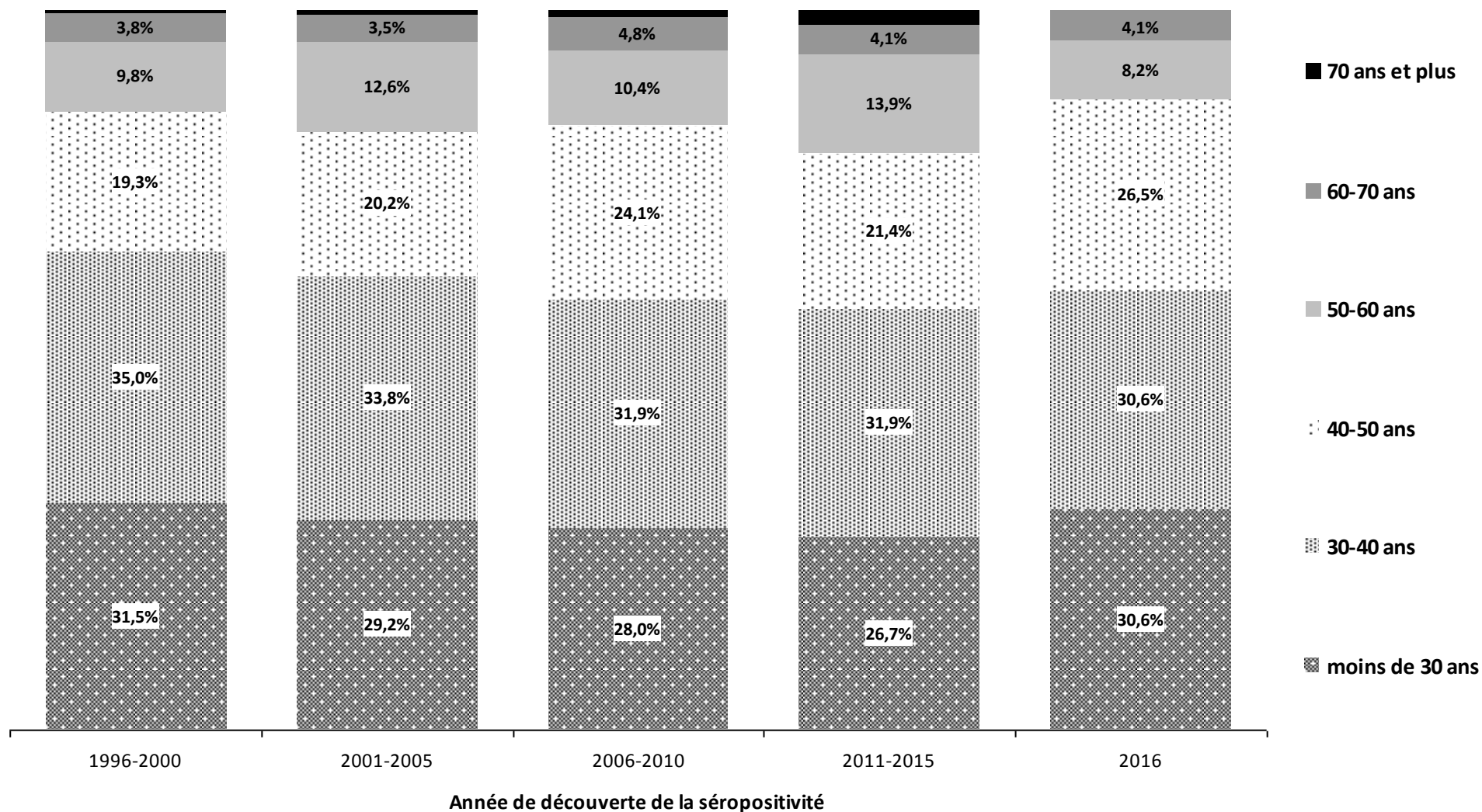
Tableau 6. Caractéristiques des sujets* selon la période de découverte de la séropositivité VIH (N = 10 023)**

	< 1990	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	N (%)	N (%)	N (%)
Inclusions	3211 (100)	2822 (100)	1364 (100)	1110 (100)	856 (100)	611 (100)	49 (100)	10023 (100)
Sexe								
Homme	2353 (73,3)	2112 (74,8)	1033 (75,7)	774 (69,7)	640 (74,8)	463 (75,8)	39 (79,6)	7414 (74,0)
Femme	855 (26,6)	709 (25,1)	331 (24,3)	336 (30,3)	215 (25,1)	147 (24,0)	19 (20,4)	2603 (26,0)
Transgenre	3 (0,1)	1 (<0,1)	-	-	1 (0,1)	1 (0,2)	-	6 (<0,1)
Age au diagnostic (en années)								
<30	2091 (65,1)	1240 (44,0)	431 (31,6)	324 (29,2)	240 (28,0)	163 (26,7)	15 (30,6)	4504 (44,9)
30-39	741 (23,1)	930 (32,9)	478 (35,0)	375 (33,8)	273 (31,9)	195 (31,9)	15 (30,6)	3007 (30,0)
40-49	237 (7,4)	392 (13,9)	263 (19,3)	224 (20,2)	206 (24,1)	131 (21,4)	13 (26,5)	1466 (14,6)
50-59	101 (3,1)	164 (5,8)	133 (9,8)	140 (12,6)	89 (10,4)	85 (13,9)	4 (8,2)	716 (7,2)
60-69	25 (0,8)	69 (2,4)	52 (3,8)	39 (3,5)	41 (4,8)	25 (4,1)	2 (4,1)	253 (2,5)
70 et +	16 (0,5)	27 (1,0)	7 (0,5)	8 (0,7)	7 (0,8)	12 (2,0)	-	77 (0,8)
Mode de contamination								
Homo-bisexualité	969 (30,2)	1081 (38,3)	569 (41,7)	448 (40,4)	403 (47,1)	303 (49,6)	31 (63,3)	3804 (38,0)
Toxicomanie IV	1373 (42,8)	536 (19,0)	126 (9,2)	37 (3,3)	18 (2,1)	9 (1,5)	-	2099 (20,9)
Homo-bisexualité/toxicomanie IV	72 (2,2)	26 (0,9)	9 (0,7)	5 (0,4)	3 (0,4)	2 (0,3)	-	117 (1,2)
Hétérosexualité	444 (13,8)	850 (30,1)	550 (40,3)	536 (48,3)	377 (44,0)	250 (40,9)	18 (36,7)	3025 (30,2)
Transfusion	157 (4,9)	144 (5,1)	21 (1,5)	12 (1,1)	1 (0,1)	6 (1,0)	-	341 (3,4)
Hémophilie	77 (2,4)	3 (0,1)	1 (0,1)	1 (<0,1)	-	-	-	82 (0,8)
Mère-enfant	21 (0,7)	15 (0,6)	5 (0,4)	3 (0,3)	-	-	-	44 (0,4)
Accident d'exposition au VIH	2 (<0,1)	4 (0,1)	1 (0,1)	6 (0,6)	5 (0,6)	6 (1,0)	-	24 (0,2)
Indéterminé	96 (3,0)	163 (5,8)	82 (6,0)	62 (5,6)	49 (5,7)	35 (5,7)	-	487 (4,9)
Stade de l'infection à l'inclusion								
A	1937 (60,3)	1845 (65,4)	925 (67,8)	853 (76,9)	684 (79,9)	509 (83,3)	45 (91,8)	6798 (67,8)
B	613 (19,1)	434 (15,4)	179 (13,1)	109 (9,8)	67 (7,8)	33 (5,4)	-	1435 (14,3)
C (SIDA)	661 (20,6)	543 (19,2)	260 (19,1)	148 (13,3)	105 (12,3)	69 (11,3)	4 (8,2)	1790 (17,9)

* 2 dates de découverte de la séropositivité manquantes

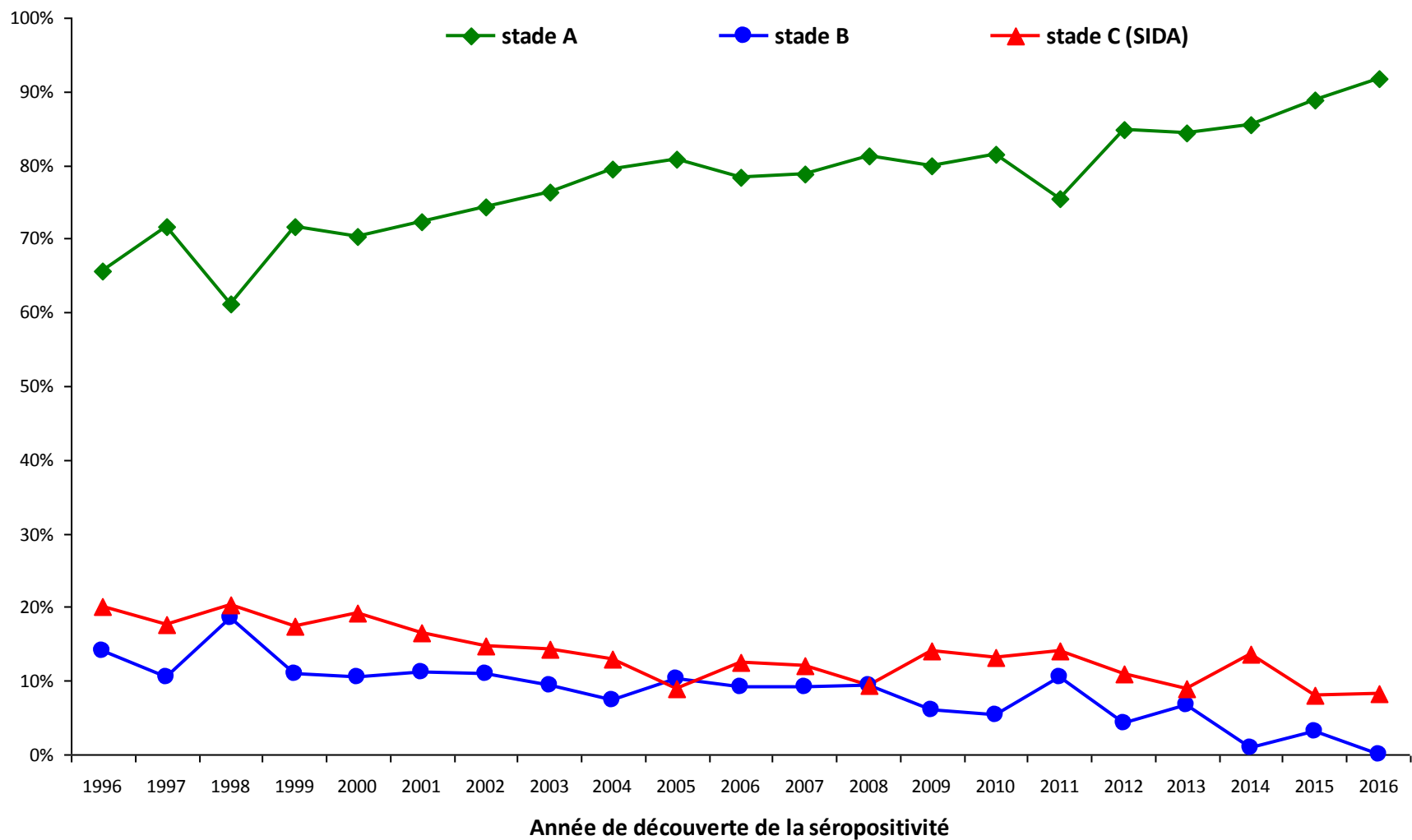
** 3213 patients diagnostiqués avant 1990

Graphique 6. Evolution de la distribution de l'âge au diagnostic selon l'année de découverte de la séropositivité* VIH, 1996-2016



* 2 dates de découverte de la séropositivité manquantes

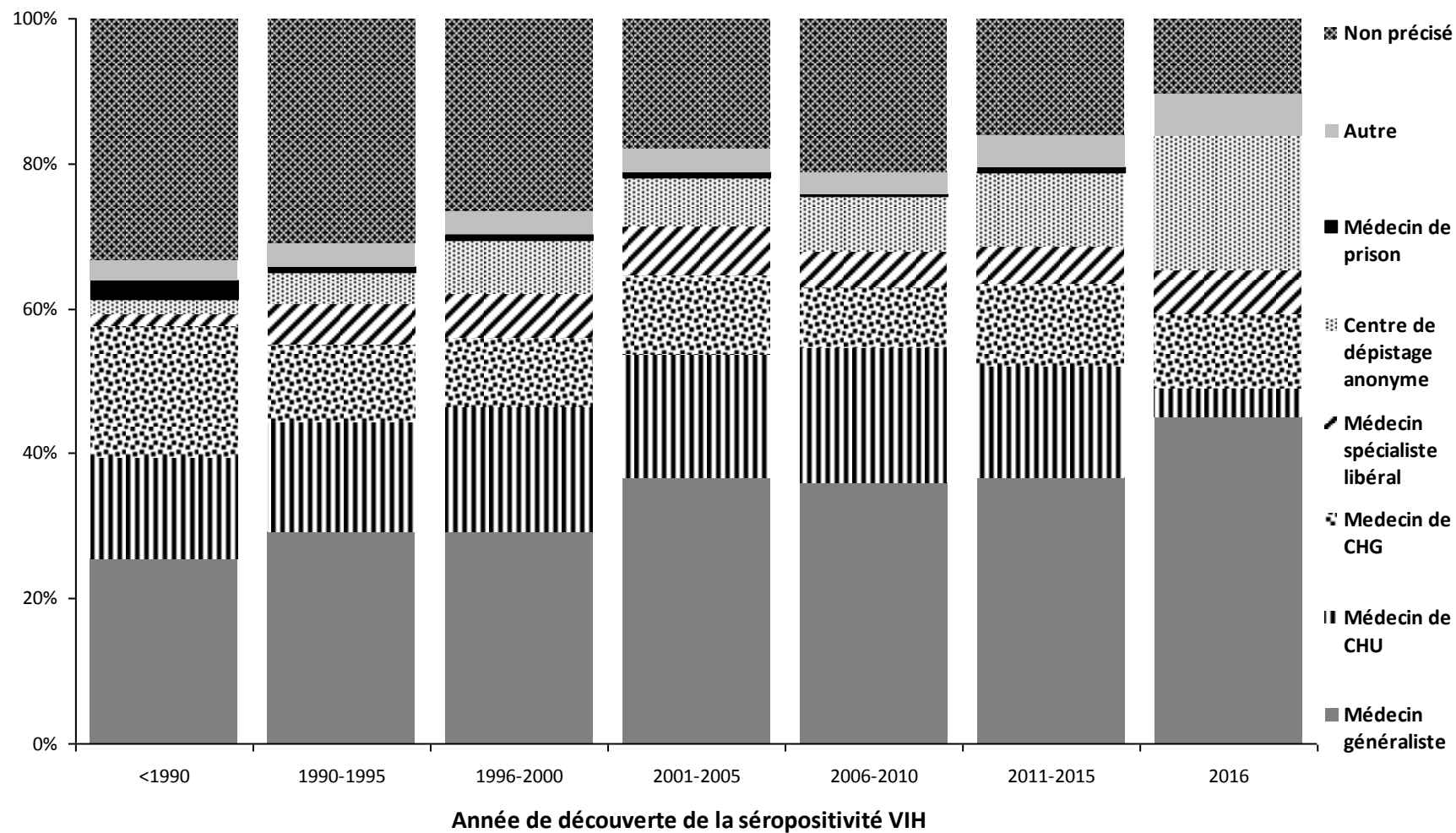
Graphique 7. Evolution de la distribution des stades cliniques à l'inclusion selon l'année de découverte de la séropositivité* VIH, 1996-2016



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Stade A	229	190	169	177	161	136	177	172	172	197	156	138	122	119	149	108	100	113	100	88	45
Stade B	49	28	51	27	24	21	26	21	16	25	18	16	14	9	10	15	5	9	1	3	-
Stade C/SIDA	70	47	56	43	44	31	35	32	28	22	25	21	14	21	24	20	13	12	16	8	4

* 2 dates de découverte de la séropositivité manquantes

Graphique 8. Prescripteur à l'origine du test de dépistage selon la période de découverte de la séropositivité* VIH (N = 10 023)



* 2 dates de découverte de la séropositivité manquantes

Tableau 7a. Répartition des sujets de sexe masculin par mode de contamination selon l'âge au moment de la découverte de la séropositivité* VIH (N = 7 414)

Mode de contamination	Classes d'âge au moment de la découverte de la séropositivité VIH (en années)						Total	Age médian (années)
	< 30 ans	30-39	40-49	50-59	60-69	≥ 70		
Homo/bisexualité	1405 (37,0)	1319 (34,7)	712 (18,7)	262 (6,9)	78 (2,1)	22 (0,6)	3798 (100,0)	33,2
Toxicomanie IV	1008 (69,7)	394 (27,3)	39 (2,7)	5 (0,3)	-	-	1446 (100,0)	27,4
Homo/bisexualité et toxicomanie IV	72 (61,5)	33 (28,2)	10 (8,6)	2 (1,7)	-	-	117 (100,0)	28,3
Hétérosexualité	355 (25,3)	445 (31,7)	323 (23,0)	200 (14,3)	65 (4,6)	15 (1,1)	1403 (100,0)	37,8
Hémophilie	56 (74,7)	12 (16,0)	1 (1,3)	4 (5,3)	2 (2,7)	-	75 (100,0)	18,7
Transfusion	34 (19,9)	28 (16,4)	43 (25,1)	30 (17,5)	26 (15,2)	10 (5,9)	171 (100,0)	44,6
Mère enfant	19 (100,0)	-	-	-	-	-	19 (100,0)	naissance
AES**	6 (46,1)	4 (30,8)	1 (7,7)	2 (15,4)	-	-	13 (100,0)	26,6
Indéterminé	93 (25,0)	107 (28,8)	89 (23,9)	48 (12,9)	29 (7,8)	6 (1,6)	372 (100,0)	38,6
Total	3049 (41,1)	2342 (31,6)	1218 (16,4)	553 (7,5)	200 (2,7)	53 (0,7)	7414 (100,0)	32,3

* une date de découverte de la séropositivité manquante

** AES : accident d'exposition au sang et sexuelle

Tableau 7b. Répartition des sujets de sexe féminin par mode de contamination selon l'âge au moment de la découverte de la séropositivité* VIH (N = 2 603)

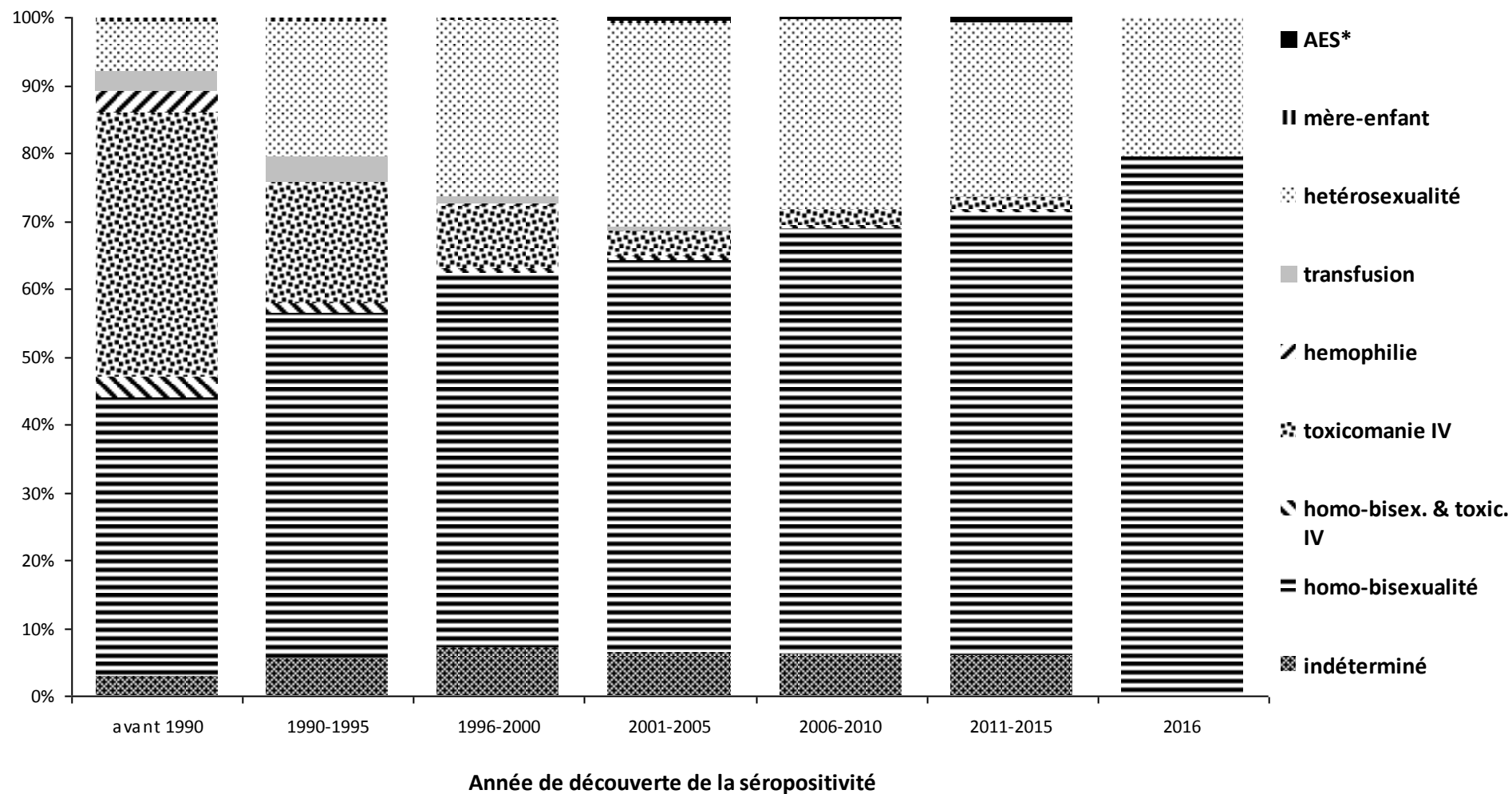
Mode de contamination	Classes d'âge au moment de la découverte de la séropositivité VIH (en années)						Total	Age médian (années)
	< 30 ans	30-39	40-49	50-59	60-69	≥ 70		
Toxicomanie IV	502 (76,9)	140 (21,4)	9 (1,4)	2 (0,3)	-	-	653 (100,0)	26,3
Hétérosexualité	822 (50,7)	447 (27,5)	199 (12,3)	116 (7,2)	33 (2,0)	5 (0,3)	1622 (100,0)	29,9
Hémophilie**	3 (42,8)	1 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	-	7 (100,0)	24,1
Transfusion	41 (24,3)	45 (26,6)	23 (13,6)	31 (18,3)	16 (9,5)	13 (7,7)	169 (100,0)	38,8
Mère-enfant	25 (100,0)	-	-	-	-	-	25 (100,0)	naissance
AES[†]	5 (45,4)	3 (27,3)	-	3 (27,3)	-	-	11 (100,0)	28,8
Indéterminé	53 (45,7)	29 (25,0)	15 (12,9)	10 (8,6)	3 (2,6)	6 (5,2)	116 (100,0)	31,6
Total	1451 (55,8)	665 (25,5)	247 (9,5)	163 (6,3)	53 (2,0)	24 (0,9)	2603 (100,0)	28,7

* une date de découverte de la séropositivité manquante

** femmes atteintes de la maladie de Willebrand

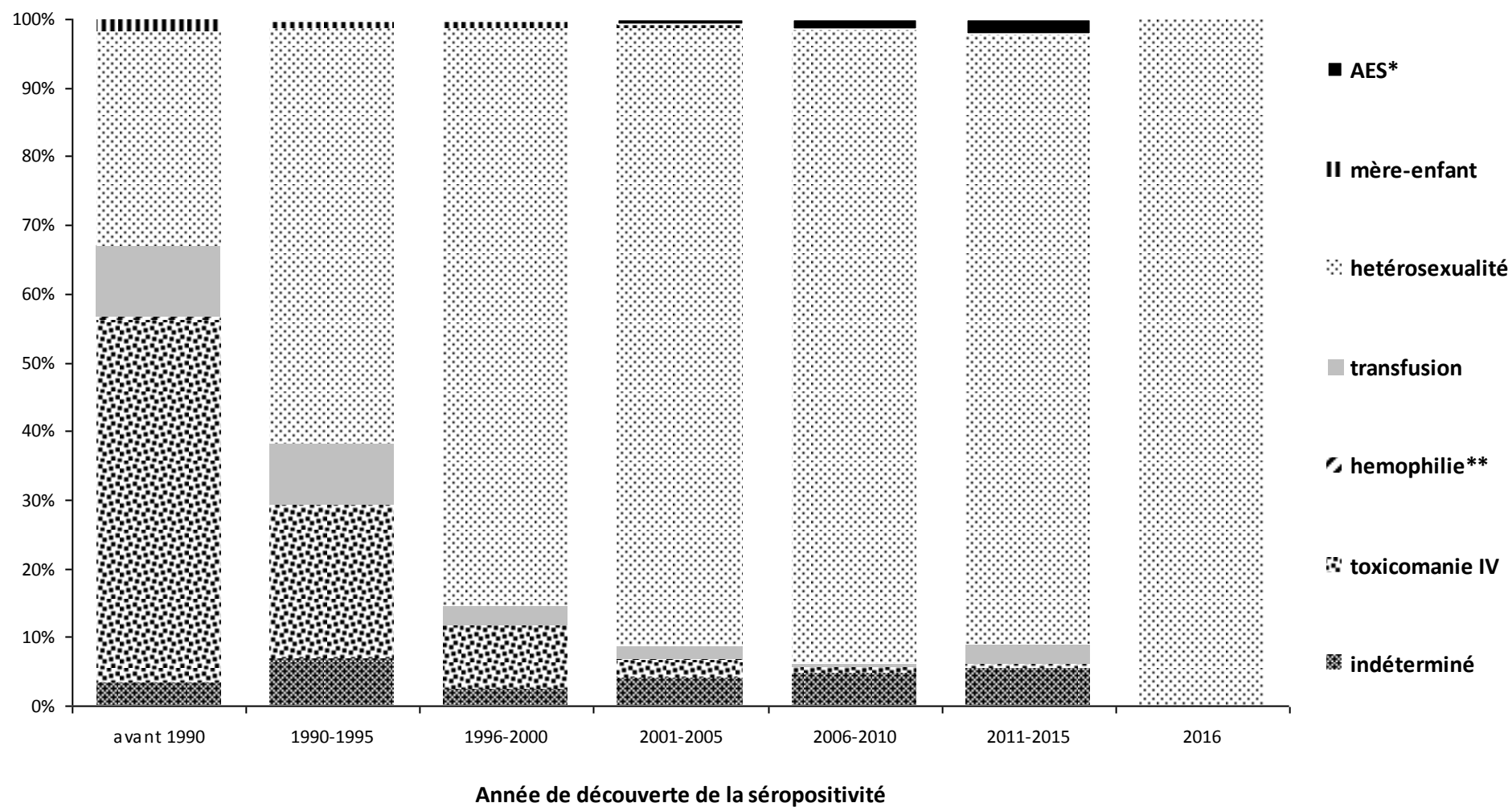
†AES : accident d'exposition au sang et sexuelle

Graphique 9a. Evolution des modes de contamination des sujets de sexe masculin selon l'année de découverte de la séropositivité VIH



* AES : accident d'exposition au sang et sexuelle

Graphique 9b. Evolution des modes de contamination des sujets de sexe féminin selon l'année de découverte de la séropositivité VIH



* AES : accident d'exposition au sang et sexuelle ; ** femmes atteintes de la maladie de Willebrand

Tableau 8. Découvertes de séropositivité* à un stade tardif et avancé

	Nouvelles découvertes de séropositivité	Inclus dans les 12 mois suivants le sérodiagnostic	Inclus dans les 12 mois suivants et au stade SIDA	Inclus dans les 12 mois suivants, au stade SIDA <u>ou</u> avec un taux de CD4 < 200/mm ³ ⁽¹⁾	Inclus dans les 12 mois suivants, au stade SIDA <u>ou</u> avec un taux de CD4 < 350/mm ³ ⁽²⁾
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
< 1990	3211	1111 (34,6)	159 (14,3)	228 (20,5)	408 (36,7)
1990-1995	2822	1553 (55,0)	258 (16,6)	523 (33,7)	834 (53,7)
1996-2000	1364	766 (56,2)	135 (17,6)	232 (30,3)	382 (49,9)
2001-2005	1110	688 (62,0)	84 (12,2)	187 (27,2)	315 (45,8)
2006-2010	856	524 (61,2)	58 (11,1)	136 (26,0)	238 (45,4)
2011-2015	611	407 (66,6)	33 (8,1)	71 (17,4)	134 (32,9)
2016	49	49 (100,0)	4 (8,2)	6 (12,2)	8 (16,3)
Total	10023	5098 (50,9)	731 (14,3)	1383 (27,1)	2319 (45,5)

* 2 dates de découverte de la séropositivité manquantes

(1) stade avancé

(2) stade tardif

Troisième partie : FILE ACTIVE 2016

La file active pour une année donnée correspond au nombre de patients suivis l'année considérée. Elle représente le nombre de patients pour lesquels au moins une fiche a été renseignée dans l'année.

Caractéristiques des patients suivis en 2016

4 449 patients dont 285 nouveaux inclus ont été suivis dans les services participants au système d'information hospitalier entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2016. Ce qui représente un total de 11 371 contacts hospitaliers dans l'année.

La durée médiane de l'infection depuis la séropositivité pour les patients de cette file active 2016 est de 17,6 années ; intervalle interquartile : 9,9 - 24,4 années. Plus de 99% des patients suivis en 2016 avaient un traitement ARV en cours à leur dernière visite de l'année.

Les caractéristiques de ces patients sont présentées dans les tableaux 9a, 9b, 9c, 9d et 10.

Au 31 décembre 2016, environ **681 patients** avaient par ailleurs eu un contact avec les services participants, mais n'avaient pas encore donné leur consentement de participation. Ces patients **ne sont pas comptabilisés dans la file active 2016**.

Causes de décès en 2016

32 patients sont décédés en 2016. Neuf d'entre eux (28,1%) étaient au stade A à leur décès, 8 (25,0%) au stade B et 15 (46,9%) au stade C/SIDA.

Les principales co-morbidités ayant causé ou contribué à leur décès sont présentées dans le tableau 11.

Parmi ces 32 patients, deux étaient co-infectés par le virus de l'hépatite C et un l'était par le virus de l'hépatite B.

Données médico-économique en 2016

En 2016, pour une file active de 4 449 patients, le nombre des recours hospitaliers s'élève à 11 423 et les consultations (63,0%) représentent le premier mode de prise en charge des patients (tableau 12).

La médiane de durée de séjour en hospitalisation complète est de 4 jours (intervalle interquartile : 2 - 12 jours) pour 266 hospitalisations dans l'année ; 13 (4,9%) des patients hospitalisés le restent plus d'un mois (tableau 13).

Tableau 9a. File active 2016. Caractéristiques socio-démographiques des patients à la dernière visite (N = 4 449)

Caractéristiques socio-démographiques	N (%)	
Sexe		
Homme	3211	(72,2)
Femme	1236	(27,8)
Transgenre	2	(<0,1)
Age (en années)		
15 - 29	144	(3,2)
30 - 39	502	(11,3)
40 - 49	1177	(26,5)
50 - 59	1692	(38,0)
60 - 69	654	(14,7)
70 et plus	280	(6,3)
Mode de contamination		
Homo/bisexualité	1869	(42,0)
Usage de drogue par voie intraveineuse	539	(12,1)
Homo/bisexualité et toxicomanie IV	29	(0,7)
Hétérosexualité	1644	(36,9)
Hémophilie	25	(0,6)
Transfusion	80	(1,8)
Mère enfant	29	(0,7)
AES*	18	(0,4)
Indéterminé	216	(4,8)
Origine géographique		
France	3684	(82,8)
Afrique sub-saharienne	463	(10,4)
Europe de l'Est	29	(0,7)
Europe (autres)	111	(2,5)
Caraïbes	11	(0,2)
Afrique du Nord	70	1,6)
Asie	38	(0,8)
Autres	43	(1,0)
Femmes et Grossesse		
Femmes	1236	(100,0)
Grossesses	52	(4,2)

* AES : accident d'exposition au sang et sexuelle

Tableau 9b. File active 2016. Consommations de produits addictifs des patients à la dernière visite (N = 4 449)

Caractéristiques au dernier suivi	N (%)	
Consommation de tabac (N = 3 871)		
Non fumeurs	1017	(26,3)
Fumeurs actuels	1819	(47,0)
Anciens fumeurs	1035	(26,7)
Consommation d'alcool (N = 3 459)		
Non "buveurs"	783	(22,6)
"Buveurs" actuels	2105	(60,9)
Anciens "buveurs"	571	(16,5)
Buveurs actuels (N = 345)		
Moins de 4 verres par jour	238	(69,0)
4 à 8 verres par jour	95	(27,5)
Plus de 8 verres par jours	12	(3,5)
Consommation de drogues (N = 1 327)		
Pas de drogues	337	(25,4)
Utilisation actuelle de drogues	489	(36,8)
Anciens drogués	501	(37,8)
Consommation de produits psycho-actifs (N = 25)		
Produits injectables	25	(100,0)
Produits non injectables	16	(64,0)

Tableau 9c. File active 2016. Caractéristiques cliniques des patients à la dernière visite (N = 4 449)

Caractéristiques cliniques	N (%)	
Délai depuis la séropositivité		
< 3 mois	12	(0,3)
[3 mois - 1 an[	70	(1,6)
[1 - 3 ans[	210	(4,7)
[3 - 5 ans[	195	(4,4)
[5 - 10 ans[	645	(14,5)
[10 - 15 ans[	736	(16,5)
[15 - 20 ans[	701	(15,8)
≥ 20 ans	1878	(42,2)
Stade de l'infection		
A	2573	(57,8)
B	948	(21,3)
C (SIDA)	928	(20,9)
Passage au stade SIDA*	11	(0,3)
Sérologie VHC (recherche Ac anti-VHC)		
Patients ayant eu une recherche	4082	(91,8)
Ac anti-VHC positifs	703	(17,2)
Sérologie VHC (recherche de l'ARN du VHC)		
Patients ayant eu une recherche**	736	(18,0)
ARN VHC positif	308	(41,8)
Sérologie VHB (recherche Ag HBs)		
Patients ayant eu une recherche	4104	(92,2)
Ag HBs Positif	159	(3,9)

* passage au stade SIDA en 2016 parmi les patients asymptomatiques ; ** Recherche d'ARN du VHC parmi les patients ayant eu une recherche des Ac anti-VHC

Tableau 9d. File active 2016. Traitement antirétroviral (ARV) et paramètres viro-immunologiques des patients à la dernière visite (N = 4 449)

Traitements ARV et paramètres viro-immunologiques		N	(%)
Traitements ARV			
Non traités par ARV		22	(0,5)
Traités par ARV		4427	(99,5)
Moins de 6 mois		171	(3,9)
6 mois et plus		4256	(96,1)
Taux de lymphocytes CD4 (en cellules/mm³)			
Patients ayant eu une mesure dans les 6 mois		3748	(84,2)
< 200		126	(3,4)
[200 - 500[		937	(25,0)
≥ 500		2685	(71,6)
Charge virale VIH (en copies/mL)			
Patients ayant eu une mesure dans les 6 mois		3579	(80,4)
< 50		3277	(91,6)
[50 - 10000]		250	(7,0)
> 10000		52	(1,4)

Tableau 10. File active 2016. Distribution de la charge virale VIH et du taux de lymphocytes CD4 selon le statut vis-à-vis du traitement antirétroviral (ARV)

	Patients traités par ARV		Patients non traités par ARV
	plus de 6 mois	moins de 6 mois	
	(N = 3586)	(N = 147)	(N = 14)
Taux de CD4/mm ³ médian [IIQ]	659 [480 - 883]	507 [313 - 725]	535 [416 - 754]
Taux de CD4 ≥ 500/mm ³ (%)	2600 (72,5)	75 (51,0)	10 (66,7)
	(N = 3423)	(N = 142)	(N = 15)
Charge virale copies/ml [IIQ]	<20 [<20 - <20]	22 [<20 - 280]	27 [<20 - 985]
Charge virale < 50 copies/ml (%)	3185 (93,0)	85 (59,9)	7 (50,0)

IIQ : intervalle interquartile

Tableau 11. Principales causes de décès en 2016 (N = 32 patients)

	N*	(%)
Pathologies classant SIDA	-	
Autres causes		
Cancers non classants	14	49,8
Pathologie respiratoire	13	40,6
Pathologie cardiovasculaire	6	18,8
Insuffisance rénale	4	12,5
Insuffisance hépato-cellulaire	1	3,1
Suicide	1	3,0

* plusieurs causes possibles pour un même patient

Tableau 12. File active 2016 : Répartition des recours hospitaliers par mode de prise en charge

	CHU	CHG	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Consultations	4904 (57,0)	2288 (81,2)	7192 (63,0)
Hospitalisations complètes	183 (2,1)	83 (2,9)	266 (2,3)
Hospitalisations de jour	1767 (20,5)	89 (3,2)	1856 (16,2)
Autres			
Cardiologie	320 (3,7)	29 (1,0)	349 (3,1)
Hépto-Gastroentérologie	256 (3,0)	28 (1,0)	284 (2,5)
Néphrologie	125 (1,5)	17 (0,6)	142 (1,2)
Proctologie	98 (1,1)	3 (0,1)	101 (0,9)
Cancérologie	94 (1,1)	26 (0,9)	120 (1,1)
Dermatologie	85 (1,0)	28 (1,0)	113 (1,0)
Diabétologie-Endocrinologie	63 (0,7)	31 (1,1)	94 (0,8)
Rhumatologie	71 (0,8)	8 (0,3)	79 (0,7)
Gynécologie	52 (0,6)	18 (0,6)	70 (0,6)
Pneumologie	43 (0,5)	15 (0,5)	58 (0,5)
Autres spécialités	97 (1,1)	42 (1,5)	139 (1,2)
Nouvelles extérieures*	448 (5,2)	112 (4,0)	560 (4,9)
Total	8606 (100,0)	2817 (100,0)	11423 (100,0)

* en dehors des services participants

Tableau 13. File active 2016 : Distribution de la durée de séjour en hospitalisation complète selon le stade clinique de l'infection (N = 266)

Durée d'hospitalisation (en jours)	Stade clinique de l'infection*						Total	
	Stade A		Stade B		Stade C			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0-30	87	(94,6)	50	(100,0)	116	(93,6)	253	(95,1)
< 8	59		40		80		179	
8 - 14	21		5		21		47	
15 - 21	4		2		11		17	
22 - 30	3		3		4		10	
31 - 60	4	(4,3)	-		6	(4,8)	10	(3,8)
> 60	1	(1,1)	-		2	(1,6)	3	(1,1)
Total	92	(34,6)	50	(18,8)	124	(46,6)	266	(100,0)
Moyenne (en jours)	9		6		10		9	
Ecart-type	13		6		18		15	
Médiane(en jours)	4		4		4		4	
Espace Inter-quartile	2 - 11		2 - 6		2 - 12		2 - 11	
Minimum-Maximum	1 - 94		1 - 28		1 - 152		1 - 152	

* Classification CDC 1993

CONCLUSION DU PRESIDENT

A la lecture de ce rapport, on peut confirmer que le Corevih reste mobilisateur, a développé de nombreuses actions nouvelles qui « collent » au contexte.

Si certains axes de travail seront amenés à évoluer soit par essoufflement des acteurs, soit pour s'adapter, il n'en reste pas moins que l'année 2017 et l'évolution vers le COREVIH Nouvelle Aquitaine vont être l'occasion dans ce nouveau moule avec une équipe renouvelée, une assemblée plus ciblée sur les acteurs et les structures les plus impliqués, de « refonder » la lutte contre le VIH et les IST.

Les objectifs en Prévention s'élargissent clairement au-delà du VIH en tenant compte des réalités socio-économiques, ceux concernant le soin à proprement parler s'inscrivent désormais dans un vrai parcours de Santé.

La charge de travail à venir dans le cadre de la grande Région va nécessiter une révision du fonctionnement dans plusieurs domaines et une réorganisation, sans doute un renforcement de la coordination avec des tâches partagées. La communication entre tous les acteurs va devoir être renforcée...

Si nous sommes confrontés à un devoir de réorganisation, nous savons d'ores et déjà que de nombreuses tâches nous attendent, les attentes sont fortes (CeGIDD...) avec des objectifs assez clairs dans une démarche de Santé Sexuelle.

La lutte contre l'infection à VIH évolue en fonction de l'épidémie elle-même dans les populations dites « cibles », et nos missions s'étendent au-delà, avec certes toujours un accompagnement des acteurs engagés auprès des patients eux-mêmes, mais aussi de nouveaux partenariats à inventer dans des domaines comme la Réduction des Risques en amont de la contamination, l'Education Nationale...

Donc une vraie mutation avec un changement d'échelle à négocier pour le COREVIH, mais nous n'en sommes pas à notre coup d'essai !

Donc bon vent et que vogue le COREVIH(IST) Nouvelle Aquitaine...

D.Lacoste, Président Corevih Aquitaine

REMERCIEMENTS AUX ACTEURS IMPLIQUES

STRUCTURE	NOM PRENOM
AIDES/COREVIH	BOUHIER Frédéric
AIDES	BOURSIER Céline
	BROUARD Anthony
	CASTET John
	COQUELIN Vincent
	GRANDHAYE Pascale
	GUENON Claudie
	JACOUX Quentin
	LEBARBANCHON Sophie
	MILLIEN Christiane
	MONSEGU Karine
	PENAVAYRE Gilles
	SEINE Raphael
APHP PARIS	SALMON Dominique
ARS	BARATCHART Béatrice
	BESSON Marie
	DEBELLEIX Marie
	LEFEVRE Sophie
	MURAT Philippe
	RABAU Fabienne
	VALADIE JEANNEL martine
ARS 47	HERVY Catherine
ARS 40	LAYLLE Nadège
ARS 64	PEREZ Daniel
CACIS	BLAZY Isabelle
	MAUNOURY Mélanie
CCECQA	PARTHENAY Anouck
CD 33	BERTRAND SALLES Isabelle
	LE HEN Isabelle
CD 47	ANXIONNAZ Franck
	CAPPIELLO Annie
CDAG Agen	HERPE Françoise

STRUCTURE	NOM PRENOM
CEID BORDEAUX	DELILE Jean Michel
	REILLER Brigitte
CEID BEARN	HENROTIN Jean Philippe
CH BOURGES	JULIEN Joëlle
CH DAX	CAUNEGRE Laurence
	GERARD Yann
	MORA Marie Pascale
CH LANGON	HOSTYN Véronique
CH LIBOURNE	BONNET Céline
	EYQUARD Fabienne
	FERRAND Hélène
	TCHAMGOUE Serge
CH MONT DE MARSAN	DUMOULIN Xavier
	LASBASSES-DEPIS Claudine
CH PERIGUEUX	JEHANNIN Pascale
	LATASTE Philippe
CH PERPIGNAN	BOUCHKIRA Hakim
CHU BORDEAUX	BEREAU Justine
	BONNET Fabrice
	CALDATO Sabrina
	CAZANAVE Charles
	DAGUSET Murielle
	DE LEDINGHEN Victor
	DUSABE GRETTE Eliane
	ESQUER Catherine
	FAURE Isabelle
	FERAY Isabelle
	FORT Patrick
	GARCIA Sophie
	GREIB Carine
	HESSAMFAR Mojgan

STRUCTURE	NOM PRENOM
CHU Bordeaux	JESUPRET Joelle
	JUGIE Elsa
	KHAN Aasfa
	LAMBINET Virginie
	LEBLOND Lise
	LECLERC Isabelle
	MARTIN Aurélie
	MINOT Aimée
	MORLAT Philippe
	NAURA Brigitte
	PASLIER Annaig
	PERAL Céline
	PETIT-MONEGER Aurélie
	RAYMOND Isabelle
	REIGADAS Sandrine
	RUNEL BELLIARD Camille
	SAILLOUR Florence
	SCHOTTEY Michel
	THOMAS Thierry
	TRIMOULET Pascale
	VALDENNAIRE Guillaume
	XUEREB Fabien
CHU Nantes	BILLAUD Eric
CHU ORLEANS	ARSAC Philippe
CHU POITIERS	SYLVAIN Christine
CDAG/CIDDIST 64	BARTHABURU Gratianne
	BEGUE Isabelle
	ROMEO Maria
COLLECTIF SIDA 33/IPPO	TOURNE Maryse
COORDI SANTE	COURATTE ARNAUDE Christine
COREVIH AQUITAINE/ISPED	LAWSON AYAYI Sylvie

STRUCTURE	NOM PRENOM
COREVIH AQUITAINE	BLAIZEAU Marie José
	CRESPEL Isabelle
	DECOIN Madeleine
	DELVEAUX Sandrine
	D'IVERNOS Caroline
	HANAPPIER Corinne
	LACOSTE Denis
	LENAUD Edwige
	NAURA Brigitte
COREVIH ALSACE	MISBACH Anne
COREVIH CENTRE POITOU CHARENTES	LE MOAL Gwenael
	RAVIER Brice
COREVIH LANGUEDOC ROUSSILLON	FAVIER Carine
COREVIH MIDI PYRENEES LIMOUSIN	GENET VILLEGIER Claire
COREVIH PICARDIE	PIK Jean Jacques
CPIP AU SPIP CHARENTE	NAEL Loic
DAC ETP 47	BOURLANGE Laure
DGS	BARBIER Christine
DSEN 64	BOLZE Catherine
ENIPSE	BROCAS David
	POUPARD Tristan
EPS MAISON BLANCHE PARIS	CHAMPENOIS Karen
ET PENITENTIAIRE DE BAPAUME	VERNET M.
GAPS CPS	BOUYER Jean Jacques
	LASSALLE Claude
	MADELINE Guylène
LE GIROFARD	DEVAUX Philippe
SOS HABITAT	POUGEARD Michelle
INTERVENANT ATELIERS D'ECHANGES DE PRATIQUES AUTOUR DE LA SANTE SEXUELLE ET DEPISTAGE	COURIC Patrick
INTERVENANTS COLLOQUE PRISON	CASTELLANO Juan Carlos
	SANMARTIN José

STRUCTURE	NOM PRENOM
IREPS	COURALET Delphine
	HANNECART Sandrine
	SIBERT Martine
	VAN LACKEN Vincent
	RAMIS Sylvie
	ROLLAND Mélanie
ISPED	BARGER Diana
	DABIS François
LA CASE BORDEAUX	ALLA Marielle
	RATEL Rebecca
MDRS	BUREAU Isabelle
	CAMBOU MATTEI Jeannette
	DANJOU Nathalie
MEDECINS DU MONDE	BARDY Jean Didier
	QUENNEPOIX Valérie
MFPPF	LANSSADE Daniele
PLANNING FAMILIAL 64	HECKMANN Sandrine
BIZIA	OLAIZOLA Cyril
ORSA	OCHOA André
PACE	COMMUNIER Arlette
PHARMACOVIGILANCE	HARAMBURU Françoise
	MIREMONT Ghada
CENTRE EXPERT HEPATITES	FOUCHER Juliette
PSYCHOLOGUE LIBERAL	SORBE Emmanuel
RESAIDA	LUSSEAU David
RESEAU PERINAT AQUITAINE	MORALES Corinne
SIDACTION	NOUIOUAT Ridha
	VALLET-PAPATHEDOROU Nathalie
SIS ANIMATION	PATE Adeline
SOS HABITAT	POUGEARD Michelle
UNITE SANITAIRE 24	COUGOUL Bernard
UNITE SANITAIRE ANNÉEULLIN	GUICHARD Jean Claude

STRUCTURE	NOM PRENOM
UNITE SANITAIRE GRADIGNAN	LE PORT Gildas
UNITE SANITAIRE PERPIGNAN	REMY André Jean
UNITE SANITAIRE VILLENEUVE –LES- MAGUELONNE	MEROUEH Fadi
UNIVERSITAIRE Bx PSYCHOLOGIE	PIMARE Laurie
UNIVERSITE BORDEAUX 2	CONORT Guillaume
DIRSP	LESPIAUC Marie Anne
URPS	DARGACHE-SABLE Françoise
USMP Pau	TEILHAUD Frédéric

Cette liste ayant été constituée à partir des feuilles d'émargement, nous nous excusons si certains participants ne figurent pas dans cette liste.



COREVIH Aquitaine - Hôpital du Tondu Groupe Hospitalier Pellegrin - Place Amélie Raba Léon
- 33076 BORDEAUX Cedex - Tél : 05 56 79 56 06 - Fax : 05 56 79 60 87

corevih@chu-bordeaux.fr www.corevih-aquitaine.org